



Situación actual y reorganización de la medicina operacional en las fuerzas militares

Raul Rojas Alvarez
Fernando Torres Romero

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

**FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
ESCUELA SUPERIOR DE GUERRA**



MONOGRAFÍA

11

**SITUACIÓN ACTUAL Y REORGANIZACIÓN DE LA MEDICINA
OPERACIONAL EN LAS FUERZAS MILITARES**

**Mayor RAUL ROJAS ALVAREZ
Mayor FERNANDO TORRES ROMERO**

**Curso CIM 2005
Bogotá, D.C., Mayo del 2005**

TABLA DE CONTENIDO

	Pag.	
1.	INTRODUCCION	1
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
3.	FORMULACION DEL PROBLEMA	8
3.1.	OBJETIVOS	8
3.1.1.	Objetivo General	8
3.1.2.	Objetivos específicos	8
3.2.	JUSTIFICACION	9
4.	HISTORIA	13
4.1.	SALUD OPERACIONAL EN EL MUNDO	13
4.2.	HISTORIA SALUD OPERACIONAL EN COLOMBIA	13
5.	FUNDAMENTO LEGAL DE LA SALUD OPERACIONAL EN COLOMBIA	20
5.1.	Antecedentes Legales	20
5.1.1	Manual de Medicina Preventiva	20
5.1.2	Manual del medio ambiente para Unidades Tácticas	20
5.1.3	Ley 352 de 1997	20
5.1.4	Acuerdo No. 005 mayo 30 de 1997	22
5.1.5	Decreto 1795 del 2000	23
5.1.6	Omisión de socorro en el nuevo Código Penal	24
6.	ANALISIS DE MEDICINA OPERACIONAL EJERCITO NACIONAL	27
6.1.	FORTALEZAS DE MEDICINA OPERACIONAL DE LAS FUERZAS MILITARES	27

6.1.1.	Implementación de la medicina de combate	27
6.1.2.	Atención del herido en combate	27
6.1.3.	Hospitales de Campaña	27
6.1.4.	Experiencia	28
6.1.5.	Versatilidad	28
6.1.6.	Organización piramidal	28
6.1.7.	Medicina de Combate	28
6.2.	DEBILIDADES ACTUALES DE SALUD OPERACIONAL	28
6.2.1.	Personal	28
6.2.2.	Dualidad de funciones	28
6.2.3.	Aplicación objetivos	29
6.2.4.	estadísticas	29
6.2.5.	Plan Estratégico	29
6.2.6.	Mapa riesgo	29
6.3.	AMENAZAS ACTUALES DE LA SALUD OPERACIONAL	29
6.4.	OPORTUNIDADES ACTUALES DE LA SALUD OPERACIONAL	31
7.	PROYECTO DE RESTRUCTURACION DE LA SALUD OPERACIONAL FUERZAS MILITARES	33
7.1.	MISIÓN ACTUAL DE LA SALUD OPERACIONAL	33
7.2.	VISIÓN ACTUAL DE LA SALUD OPERACIONAL	35
7.3.	OBJETIVOS GENERALES DE LA SECCIÓN DE MEDICINA OPERACIONAL ACTUALES	36
7.4.	OBJETIVOS PROPUESTOS	37
7.4.1.	Objetivo general	37
7.4.2.	Objetivos específicos	37
7.5.	PERFILES Y FUNCIONES ACTUALES A PROPONER EN EL NUEVO PROYECTO SALUD OPERACIONAL DE LAS FUERZAS MILITARES	40

7.5.1.	Jefe de Salud Operacional de las Fuerzas Militares	40
7.5.2.	Subdirectores de Salud Operacional en cada una de las tres Fuerzas	41
7.5.3.	Subdirector de Salud Operacional	41
7.5.4.	Coordinador de Salud Operacional	42
7.5.5.	Epidemiólogo de la Dirección de Sanidad	42
7.5.6.	Coordinador en fomento y prevención	42
7.5.7.	Coordinador de Salud Ocupacional	42
7.5.8.	Coordinador de Patología y Ciencias Forenses	43
7.5.9.	Técnicos en Ciencias Forenses y Criminalística	43
7.5.10.	Coordinador de Sanidad en Campaña	43
7.6.	ORGANIGRAMA PROPUESTO PARA LA SALUD OPERACIONAL DE LAS FUERZAS MILITARES	44
7.6.1.	Propuesta d Diagrama organizacional de la Salud Operacional dentro de la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares	44
7.6.1.1.	Propuesta de Diagrama Organizacional de Salud Operacional dentro de la Dirección de Sanidad de cada una de las Fuerzas (Ejercito, Armada, Fuerzas Aérea)	44
7.6.1.2.	Salud Operacional dentro de las Unidades Tácticas de cada una de las Fuerzas	46
7.7.	MEDICINA EN COMBATE	47
7.7.1.	Proyecto “Pantera”	49
7.7.1.1.	Marco Legal Proyecto “Pantera”	49
7.7.1.2.	Provisión de personal proyecto Pantera	50
7.7.1.3.	Organización del Grupo “Pantera”	51
7.7.1.4.	Responsabilidad logística	53
7.7.1.5.	Misión	53
7.7.1.6.	Justificación y objetivos propuestos	53
7.7.1.7.	Localización	54
7.7.1.8.	Análisis de medicina de combate mediante los grupos “pantera”	55

8.	CONCLUSIONES	60
9.	BIBLIOGRAFÍA	65

RESUMEN

TITULO : SITUACIÓN ACTUAL Y REORGANIZACIÓN DE LA SALUD OPERACIONAL DENTRO DE LAS FUERZAS MILITARES

AUTORES : MY. RAUL ROJAS ALVÁREZ
MY. FERNANDO TORRES ROMERO

TEMA : Situación actual del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y su Reorganización con Énfasis en Salud Operacional. Basado en el trabajo CEM 2004: “módulo de atención en salud para las operaciones Militares en Colombia”.

FORMULACION DEL PROBLEMA: ¿Como Es el proceso de la Salud operacional en la atención de los efectivos de las Fuerzas Militares?

OBJETIVOS : Evaluar el proceso de la Salud Operacional en la atención de los efectivos de las Fuerzas Militares para formular algunas medidas tendientes a su mejoramiento

JUSTIFICACIÓN: La realización de éste trabajo nace de la necesidad de dar a conocer la relevancia de la Salud Operacional en el desarrollo del Ejército Colombiano, identificando sus debilidades, para corregirlas y hacer de las amenazas fortalezas. También se planteará un proyecto que pretende resolver las principales inquietudes, aplicando un nuevo modelo dentro del Sistema de Salud de las Fuerzas Militares.

CONCLUSION : La Salud Operacional es una naciente rama de la Sanidad Militar, que pretende ponerse a la altura de la misión de las Fuerzas Militares, consecuente con los cambios que acarrear el accionar conjunto integrando los recursos sanitarios de las tres Fuerzas. Es obligatoria la adecuación de toda la estructura de la Salud Operacional a las necesidades actuales, motivo del presente trabajo.

PALABRAS CLAVE: Salud Operacional, Gatra, Pantera, Emerevac, Ecat, Medicina de campaña y medicina de combate

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Bogotá, 16 Mayo del 2005

GLOSARIO

BROTOS EPIDEMICOS: incremento en el número de enfermedades, o aparición de enfermedades de alta peligrosidad de contagio. Ejemplo: Epidemia de meningitis, Fiebre amarilla, brote epidémico de fiebre tifoidea.

ENFERMEROS DE COMBATE: Se refiere al personal de Soldados entrenados en primeros auxilios, tales como control de sangrados, oclusión de heridas, vendajes y transporte de heridos desde el sitio de ocurrencia del hecho hasta la atención médica o de enfermería adecuada.

LEISHMANIASIS: Enfermedad parasitaria, transmitida por vectores tipo insectos: Lutzomyia y Phlebotomus, mosquitos propios de zonas selváticas. Estos insectos llevan el parásito de hombres infectados u animales vertebrados enfermos a otro huésped, transportando la enfermedad de enfermos, a sanos, a los cuales inocular el parásito; el cual se reproduce en el nuevo huésped y causa lesiones en la piel o en las vísceras de los individuos.

MAPA DE RIESGO EPIDEMIOLÓGICO: Representación gráfica de sitios en donde es típica la aparición de determinadas enfermedades. Ocurre así por condiciones de clima, altura, medio ambiente de determinadas especies de animales y insectos etc. Los anteriores factores condicionan que determinada enfermedad ocurra en un sitio geográfico determinado y no en otro. Ejemplo el paludismo ocurre en los llanos orientales pero en Bogotá es de ocurrencia rara en razón a que el mosquito transmisor no sobrevive en alturas superiores a los 800 metros.

MATRIZ DOFA: Matriz DOFA (en inglés SWOT) es la sigla usada para referirse a una herramienta analítica que le permitirá trabajar con toda la información que posea sobre su negocio, útil para examinar sus Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas¹

MEDICINA PREVENTIVA: Rama de la medicina encargada de prevenir la ocurrencia de enfermedad. Antes que esta aparezca, formas y métodos de prevenirlas, como el método más eficaz conocido hasta el momento a nivel global en el futuro de tratamiento de las enfermedades.

QUIROFANO: Sinónimo de sala de cirugía, infraestructura física adecuada para realizar procedimientos quirúrgicos

PATOLOGIA: Es sinónimo de “enfermedad”, rama de la medicina que trata de las enfermedades. Etimología: “patos”: enfermedad, “logos”: tratado. Especialidad médica.

TRIAGE: Anglicismo que significa: Clasificación. Procedimiento médico de clasificación de heridos, creado inicialmente en los procesos de atención de heridos de la guerra de Corea. Actualmente se emplea en todos los hospitales de trauma del mundo y en todos los conflictos en donde ocurran víctimas de cualquier tipo de conflicto, desastre natural o artificial.

VECTOR: generalmente se denomina a un insecto, animal o medio de transporte de una enfermedad de un individuo enfermo a un individuo sano. Ejemplo mosquito anófeles transmite el parásito del paludismo de un individuo enfermo a otro sano.

VAGINOSIS: Enfermedad propia de la mujer, inflamación de órganos sexuales producida por agentes bacterianos, parasitarios o virales.

¹ESTADOS UNIDOS. s.a. RICOVERI MARTIN. MATRIZ DOFA. En: ricoveri.tripod.com.ve/ricoverimarketing2/id18.html. consultado en marzo 14 del 2005

LISTA DE ABREVIATURAS

TOE	Tabla de organización y equipo
DISAN	Dirección de Sanidad de Ejército
FFMM	Fuerzas Militares
MASH	Mobile Army Surgical Hospital
SSMP	Sistema de salud militar policial
NCP	Nuevo Código Penal. Ley 599 del 2000
GATRA	Grupo aerotransportado de soporte avanzado en trauma
EMEREVAC	Equipo médico de rescate y evacuación
ECAT	Equipo de cuidado crítico aerotransportable

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Página

GRÁFICOS:

Gráfico No. 1.	Brotos epidemiológicos año 2004. Disan	4
Gráfico No. 2	Mapa de sitios sembrados con minas en Colombia	6
Gráfico No. 3.	Diagrama organizacional. Salud Operacional dentro de la Dirección De Sanidad General de las Fuerzas Militares	
Gráfico No.4	Diagrama Organizacional. Salud Operacional en cada una de las Fuerzas	
Gráfico No.5	Diagrama organizacional. Salud Operacional en las Instituciones de salud de cada una de las Fuerzas	

FOTOS:

Foto No. 1: Proceso desminación .foto extraída programa mejoramiento de la vida en los programas humanitarios y de ayuda. Journal USA. Feb 2005	6
Foto No. 2 y 3: Operaciones sanitarias Irak En: http://www.armymedicine.army.mil/news/photos/fullsize/lg_shower.cfm . Consultado febrero 15 2005	16
Foto No 4: Evacuación helicoportada herido en combate. Gatra. San Vicente Caguan. Febrero 2004	17

Foto No.5: Uniforme Ejército Libertador. Fuente http://ministeriordefensanacional.gov.co consultado abril 4/05	18
Foto No. 6: Montaje Hospital Campaña. Gatra. San Vicente Caguan. Febrero /04	18
Foto No. 7 y 8: Montaje Hospital Campaña. Gatra. San Vicente Caguan. Febrero 2004	19
Foto 9 y 10: Montaje Hospital Campaña. Gatra. San Vicente Caguas. Febrero 2004	22
Foto No. 11 y 12. Montaje Hospital Campaña. Gatra. Sala de Cirugía. San Vicente Caguan. Febrero 2004	24

1. INTRODUCCION

Esta monografía se motiva en el trabajo “Modelo integral de atención en salud para operaciones militares en Colombia”¹ donde tratan una de las misiones de la Salud Operacional : En el presente trabajo haremos un recuento histórico de la salud operacional en el mundo para luego situarnos en nuestro país; establecer las misiones y por último llegar a la Medicina de Combate, rama esta de la Salud Operacional para concluir con un proyecto de organización que le dé su justo valor a la Salud Operacional.

El propósito de éste trabajo es revisar la situación actual del sistema de salud haciendo énfasis en la salud operacional dentro de las Fuerzas Militares. Buscando emitir un modelo de reorganización.

En el primer capítulo se pretende hacer un breve recorrido en la historia de la salud operacional en Colombia y en el mundo; para entender su contexto en la medicina y como se liga a la historia de los ejércitos.

En el siguiente se considera las primeras noticias escritas de la sanidad documentadas en los papiros egipcios, pasando por Roma, que nos deja como herencia el término “médicos”, dado al Oficial encargado de la atención de los heridos. Posteriormente en la Biblia donde se encontró el primer tratado de medicina preventiva.

¹ MARTINEZ. Norberto y QUIROGA. Fernando. Modelo integral de atención en salud para operaciones militares en Colombia. Bogotá. 2004, 106 p.

En conclusión se describirá como el desarrollo de los ejércitos va de la mano con el desarrollo de la Salud Operacional. Una vez centrados en la historia y para terminar veremos como se desarrollo la Salud Operacional en Colombia.

En el capítulo quinto (5) se citará la reglamentación que rige la Salud Operacional y determina sus alcances y objeto.

Una vez que el lector haya hecho el recorrido por la historia y se ilustre con la normatividad se encontrará con una revisión de la Salud Operacional en Colombia, que utiliza como instrumento la matriz DOFA, permitiéndole identificar los aspectos positivos y negativos de ésta organización.

Por último, se pretende una vez identificadas las fortalezas, debilidades, amenazas, y oportunidades, proponer un esquema de organización que corrija los procesos de la Salud Operacional y rescate las fortalezas que hoy se mantienen. El siguiente proyecto busca acercarse a una tentativa de modelo objetivo y sistemático de lo que debe ser la Salud Operacional en el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares, pretendiendo darle su justo valor fundamentándolo en las teorías de la ingeniería organizacional y teniendo en cuenta como base la doctrina actual de las operaciones en Comandos Conjuntos.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La función de prevenir es responsabilidad de la Salud operacional, en el año 2004 se presentaron 2091 casos de Leishmaniasis desde el 1 de enero al 31 diciembre del 2004². y 5000 casos nuevos presentados actualmente desde el 1 de enero del 2005 al 30 de abril del 2005. 1500 casos de paludismo durante el 2004 en todo el territorio nacional³. ¿Dónde estaba la función preventiva de la Salud Operacional? , se pudiera haber previsto la epidemia presentada por la exposición de la tropa a los vectores; son básicamente dos factores que no permitieron la intervención del personal sanitario en ésta problemática. Uno de los objetivos de ésta monografía es llegar al fondo de ésta problemática.

Debe ser doctrina de la Salud operacional establecer políticas que permitan incidir en el planeamiento de las operaciones. Se puede afirmar que gran parte de los casos que se presentaron eran de carácter previsible. En la actualidad de manera reactiva se han tomado medidas que están permitiendo incidir en el problema; lo cual simplemente pone en relieve, lo que hubiera podido ser, si se hubiesen tomado las medidas necesarias a tiempo.

Existen trabajos epidemiológicos donde se evidencia el conocimiento de la problemática en salud de la Institución, pero sin que exista la acción proactiva por parte de la salud operacional, lo que demuestra el conflicto de comunicación entre la Dirección de Sanidad

² SANDOVAL. Álvaro y PARRA. Martha. Otras alternativas en el tratamiento de la Leishmaniasis. En: Boletines Salud Operacional de Dirección de Sanidad del Ejército Nacional 31 dic 2004 y 2005. Bogotá. DC. Monografía Esdegue

³ COLOMBIA. DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO. Mapa epidemiológico de reportes brotes epidémicos. 2002

y su rama. Se pretende estructurar los canales de comunicación que permita desarrollar el trabajo conjunto⁴.

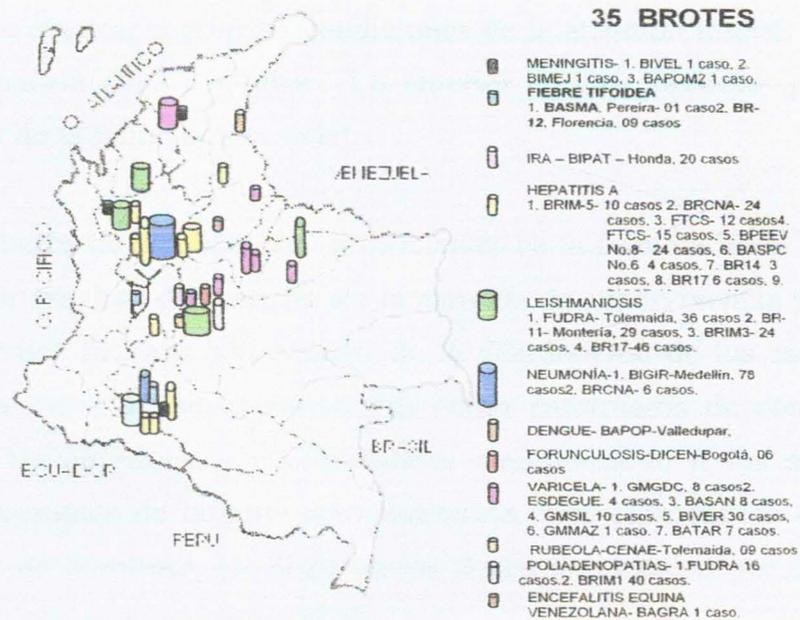


Gráfico 1. Brotes epidemiológicos año 2004. Disan

“Brote de Fiebre amarilla” y “Vaginosis⁵” en un batallón de contraguerrillas integrado 100% por soldados voluntarios. Esto permite evidenciar otra de las graves dolencias de la Sanidad en general, pero que incide grandemente en la salud ocupacional. No existe consciencia de la importancia en el manejo de la información estadística. En el caso citado casi se despliega toda una alarma nacional para lo que tan solo era un error de una persona mal preparada para desempeñar las funciones epidemiológicas en una Unidad táctica. ¿Que hubiera pasado con el planeamiento de los recursos si no se hubiera identificado el error de un reporte que implicaba a los soldados en una patología femenina?. Se debe dar mayor importancia al manejo de las estadísticas.

⁴ COLOMBIA. DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO. Mapa epidemiológico de reportes brotes epidémicos. 2002

⁵ ROJAS. Raúl. En: Entrevista. SUBDIRECTOR CIENTÍFICO DIRECCIÓN DE SANIDAD. Febrero 15 2004. Disan.s.e.s.d.

Ciento sesenta y ocho (168)⁶ minutos para la evacuación de un paciente es un tiempo envidiable para cualquier Fuerza en conflicto. La evacuación de los soldados durante el año 2004 se fundamentó en la implementación de los grupos de Atención de trauma (Gatra); lo que sin duda alguna, mejoró las condiciones de la atención inicial, permitiendo una evacuación satisfactoria de los heridos. Lo anterior es una fortaleza que se debe afianzar en las políticas de la Salud Operacional.

Por otro lado los enfermeros de combate son insuficientes en la primera línea. Conforman el primer escalón y pilar que han demostrado ser la garantía de supervivencia y moral para el combatiente. Diferentes factores han ocasionado la disminución de los enfermeros de combate en la primera línea: Personas entrenadas como enfermeros de combate, están llenando las TOE de las enfermerías y dispensarios reemplazando a los auxiliares de enfermería o como integrantes de la parte administrativas. **Los enfermeros de combate deben ser enfermeros de combate**; los dispensarios deben ser dotados por auxiliares de enfermería que en muchos casos pueden ser civiles.

Otra dificultad que los autores identifican es la carencia de empoderamiento de las funciones de la Salud Operacional, por parte del Oficial de Sanidad. Secundario a que coexisten las políticas centrales para concientizarlo de la importancia de sus funciones. Se puede resumir en la carencia de liderazgo y cumplimiento de funciones de los Oficiales de Sanidad.

Se ha encontrado personal con insuficiente preparación en cargos directivos de la Salud Operacional. Se evidencia una distribución aleatoria de los cargos que deben tener un perfil determinado. No existen requisitos mínimos para desempeñar un cargo en la Salud Operacional. Cargos de gran responsabilidad se dejan en manos de personal sin rango ni

⁶ COLOMBIA. FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA. FUERZA DE TAREA "OMEGA". PROYECTO PANTERA. 2004

preparación. Por lo anterior uno de los objetivos de éste trabajo es establecer los perfiles de los cargos que determinan el éxito de la Salud Operacional.

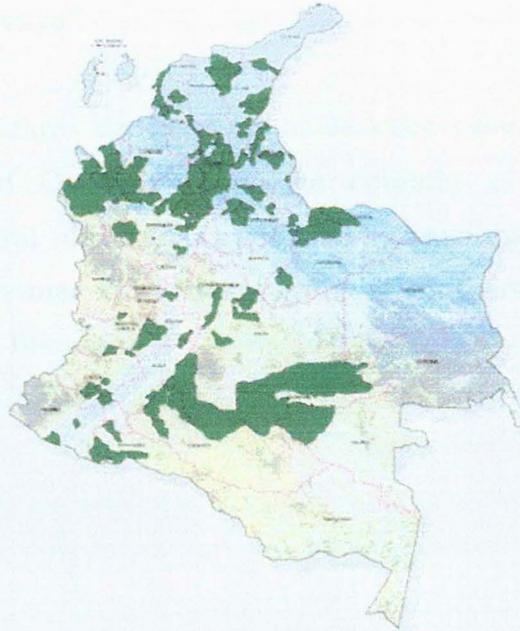


Gráfico 2. Mapa de sitios sembrados con minas en Colombia⁷



Foto. No. 1. Proceso desminación .foto extraída programa mejoramiento de la vida en los programas humanitarios y de ayuda. Journal USA. Feb 2005

Se creó que en Colombia existen sembradas 70.000 minas sembradas en ciento cinco(105) municipios instaladas por grupos de terroristas

⁷COLOMBIA. MINISTERIOR DE DEFENSA. Informe sobre “Minas Quiebrapatras”, año 2000.

FARC y ELN. Durante 1992 y 1994, murieron 98 militares como consecuencia de las minas y 254 civiles resultaron heridos. Entre enero de 1997 y febrero del 2000, 87 miembros de las Fuerzas Militares fallecieron 269 han sufrido amputaciones, según cifras del Comando General de las Fuerzas Militares⁸.

A criterio de los autores desde el punto de vista sanitario, ésta problemática no se ha afrontado; la Salud Operacional no ha cobrado el protagonismo necesario en la rehabilitación integral de estos pacientes. Adicional a las políticas internas ésta organización debe tomar el liderazgo para reincorporar estos efectivos en procura el mantenimiento de la fuerzas

⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE DEFENSA. Informe sobre “Minas Quiebrapatás”, año 2000

3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Como Es el proceso de la Salud operacional en la atención de los efectivos de las Fuerzas Militares?

3.1. OBJETIVOS:

3.1.1. Objetivo General:

Evaluar el proceso de la Salud Operacional en la atención de los efectivos de las Fuerzas Militares para formular algunas medidas tendientes a su mejoramiento.

3.1.2. Objetivos específicos:

3.1.2.1 Determinar la relación existente entre la Dirección de Sanidad y la Salud Operacional

3.1.2.2. Realzar la importancia de la Salud Operacional en el planeamiento y desarrollo de las operaciones militares

3.1.2.3. Revisar el clima organizacional de la Salud Operacional

3.1.2.4. Documentar la normatividad legal

3.1.2.5. Revisar la Salud operacional en el mundo y extrapolar los aspectos positivos a nuestras Fuerzas Militares

3.1.2.6. Ponderar el valor de la evacuación de los heridos en combate

3.1.2.7. Comprobar el nivel de capacitación del personal encargado de la atención primaria del herido en combate

- 3.1.2.8. Inventariar las falencias en los procesos de evacuación de heridos
- 3.1.2.9. Proponer un organigrama de la Salud Operacional en las Fuerzas Militares
- 3.1.2.10. Resaltar la importancia de la Salud Operacional como apoyo al Sistema Nacional de Salud en caso de desastres.
- 3.1.2.11. Proponer los perfiles de los cargos de la Salud Operacional

3.2. JUSTIFICACION:

“Se entiende como Salud Operacional las actividades de Salud inherentes a las operaciones Militares o de Policía y funciones de salud especializada que tienen por objeto, el mantenimiento y la recuperación de la aptitud psicofísica especial, que deben tener en todo tiempo los efectivos de las FF.MM. y de la Policía Nacional, para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de cada Fuerza⁹”.

De lo anterior se deduce que la Salud Operacional tiene dos componentes principales: La Medicina de Campaña y la Medicina de Combate y tiene como objeto la atención del efectivo para mantener la integridad de la Fuerza. No son funciones propias de la Salud Operacional la atención de beneficiarios retirados y pensionados.

Podemos advertir que en países de gran desarrollo sus Fuerzas Militares tienen la misión de asistir a la población en caso de desastre gracias a su infraestructura, con la cual nosotros también contamos. Por lo que consideramos debe dársele mayor énfasis a esa misión de la Salud operacional. Tenemos ejemplos positivos de la actuación de las Fuerzas Militares en donde lideramos la respuesta ante desastres tales como Armero, Armenia, en donde se brindó apoyo eficaz y temprano a la población civil, gracias a nuestra infraestructura de campaña y evacuación.

⁹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. LEY 352 DE 1997 Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. . En : Diario Oficial ,l No. 42.965, de 23 de enero de 1997

Se considera que los Oficiales de de Sanidad de cada una de las regiones y de acuerdo a su nivel, deben integrar y ser líderes de todos los Comités de desastres de cada uno de las regiones. Este tipo de organizaciones por ningún motivo deben ser de responsabilidad de particulares como sucede hoy en día y se debe tener un compromiso activo de la Medicina Operacional. En la actualidad los Oficiales de Sanidad se han aislado de los comités de desastre de sus regiones perdiendo una gran oportunidad para ejercer el liderazgo externo.

Se desprende del Decreto¹⁰ que la Sanidad en Campaña es un componente relevante de la Medicina operacional debidamente reglamentado: **La sanidad en Campaña** se entiende como “actividades de salud física y mental, dirigidas al personal militar, orientadas a *prevenir* lesiones y enfermedades y a **recuperar y devolver al combatiente en el menor tiempo posible a su lugar en el combate**, tanto en guerra regular como irregular, entrenamiento o instrucción militar. Su función, es mantener en las mejores condiciones de salud al combatiente y en caso de lesión, enfermedad o trauma definir en el menor tiempo posible su regreso al servicio o traslado definitivo al nivel de atención médica respectivo. Está principalmente dirigido al Ejército Nacional, Infantería de Marina e Infantería de Aviación”.

A criterio de los autores se pudo identificar un evidente divorcio entre las operaciones militares y la medicina operacional, esto desde ningún tipo de vista es adecuado para un sistema de sanidad Militar.

Una medicina operacional no está encargada de planear infraestructura ni tampoco elaborar estudios de conveniencia ni oportunidad, por citar un ejemplo, esto es una función de la Dirección General de Salud de las Fuerzas Militares. La Salud Operacional en cambio debe ir de la mano de las operaciones militares., debe estar un perfecto matrimonio y en

¹⁰ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. LEY 352 DE 1997 Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. . En : Diario Oficial ,l No. 42.965, de 23 de enero de 1997

completa armonía con el cumplimiento de la misión. **En conclusión la Salud Operacional es la Medicina del soldado.**

En síntesis la función de la Salud Operacional es mantener el número de efectivos para lo cual debe incidir en la prevención, evacuación y rehabilitación de **los Combatientes**, lo cual la constituye como una herramienta invaluable del Ejército y una rama de la salud de la Dirección de Sanidad. Debemos diferenciar claramente las funciones de la Dirección de Sanidad como ente matriz de la salud l sin indalgarle sus funciones a la Salud Operacional.

Buscando en la doctrina de la Salud Operacional actual encontramos:

No se aplica en muchos de los campos que incluso ya están reglamentados en las Fuerzas Militares.

Falta unificar las políticas de Sanidad en torno a la Salud operacional.

Existe la necesidad de hablar un lenguaje coherente y específico desde el mismo momento de su definición, se evidencia desconocimiento de la misma definición de Salud Operacional,

No se han dado a conocer mapas de riesgo epidemiológicos, a pesar que a nivel central existen.

La función de la Plana Mayor Especial y Estado Mayor Especial, no se cumple, lo que se evidencia en la falta de asesoramiento de los Oficiales de Sanidad en la planeación de las operaciones.

No existe una política encaminada a difundir las medidas que se identifican a nivel central

Con el desarrollo de la Salud operacional se llegará a cobrar el protagonismo necesario que permita al encargado de la salud operacional determinar las zonas de Vivac, manejo de desechos sanitarios, control de áreas de crecimiento de mosquitos y vectores de enfermedades como el paludismo, chagas, leishmania. Las medidas preventivas encaminadas al control de los vectores deben partir de la Salud operacional.

El conocimiento minucioso de la Salud Operacional debe argumentar elementos básicos tales como: territorio y variabilidades, tipo de operación, climas, calculo probable de bajas, heridas con mayor probabilidad de ocurrir, tipos de instalaciones a utilizar, medios y tiempos de evacuación. Todos estos elementos con el fin de asesorar al Comandante, planificar recursos y tomar las medidas necesarias para que se desarrollen las operaciones dentro del clima de existencia de un sistema de Salud presente y eficaz.

4. HISTORIA

4.1. SALUD OPERACIONAL EN EL MUNDO

La Salud operacional surgió como una necesidad apremiante en el mantener el estado de salud en los combatientes. La historia de los estados libres de hoy ha sido determinada por la historia de sus guerras. Por ende ha sido una preocupación la atención del combatiente.

La medicina operacional igualmente ha representado un papel importante en el desarrollo de la medicina orbital en el sentido que sirvió para realizar modelos prácticos en la atención de las poblaciones los cuales incluso han sido escritos en apartes en los papiros de Egipcios, Los Centuriones romanos organizaron su atención medica en el combate y denominaron al Oficial encargado en la atención de sus heridos “Medicus”¹¹, termino con el cual se denomina a los médicos actuales.

Apartes bíblicos (Deuteronomio¹²) evidencian la existencia de manuales de manuales de Medicina preventiva desde épocas remotas.

Posteriormente, la medicina operacional de los ejércitos se utilizó en la de las grandes pandemias de pestes en el viejo continente tales como las de la peste bubónica con la intervención de sus hombres en armas los cuales cumplieron misiones de evacuación de enfermos e incineración de las víctimas. Este tipo de atención integral ha sido utilizada para la atención de la población en general hasta nuestros días.

¹¹ , 9, GUZMAN. Fernando. EN: Posición Social y Científica de la Medicina en el siglo XVII ¿Sí ha cambiado en cuatro siglos? Bogotá DC. 2004. Universidad del Rosario. Disponible en: [Www.encolombia.com/heraldo2422902posicion.htm](http://www.encolombia.com/heraldo2422902posicion.htm). Acceso marzo 13 del 2005

¹² S.a. VERSION CASIODORO DE LA REINA (1569). La Santa Biblia. Versículo 20 “Leyes de La Guerra”.Revisión 1960, antigua Revisión. Editorial sociedades Bíblicas unidas. Pagina 197. 1960

En la guerra de Crimea se trata e sistematizar métodos y procedimientos con el grupo de enfermeras voluntarias bajo los principios de Florence Naightingale ¹³(1854-1856) y con el comienzo de la misma enfermería, la cual se generó en el mismo campo de combate.

Existen apuntes curiosos de medicina de combate tales como el Cirujano de Napoleón Hunter y Larrey, SXVIII, cuando practicaron aproximadamente 200 amputaciones en el campo de Batalla, anestesiando a los pacientes con frío como elemento crucial para realizar estos procedimientos durante las campañas Napoleónicas en Rusia¹⁴

Las heridas de guerra han motivado los grandes avances en el progreso de la medicina, las cuales se trataron inicialmente mediante tratamientos improvisados y estas improvisaciones terapéuticas en el afán de salvar la vida aún se practican en el ejercicio diario de la medicina. Curiosamente se han retroalimentado y han servido como modelos adecuados en la atención adecuada de los pacientes. La Medicina de combate ha participado en desarrollo de la cirugía y la medicina de campaña, importantes ramas de la salud operacional.

Durante la Primera Guerra Mundial (1914 - 1918) las ametralladoras aumentaron el poder de los fusiles, los gases venenosos tales como el fosfeno, el cloro, gas mostaza, provocaron la muerte de de 90.000 soldados y causaron daños pulmonares a más de 1,3 millones de personas. En la primera guerra¹⁵ también ocurrió que lo que no hicieron las armas lo consiguieron las enfermedades y las epidemias: El tifus se ensañó con los ejércitos de Rusia y Austria. El conflicto cobró 8,5 millones de soldados, 21 millones de heridos y muertes civiles por acciones militares. La desnutrición, el raquitismo, la tuberculosis, las secuelas físicas y psíquicas fueron los resultados aterradores de la guerra. (10). ¿Tendría la capacidad nuestra Salud Operacional de encarar un conflicto de tal magnitud?

¹³ PARIS. UNESCO: Oficina Internacional de Educación, vol. XXVIII, N° 1, marzo 1998, págs. 173-189,

¹⁴ GUZMAN. Fernando. EN: Anestesia loco- regional. Disponible en: [http // www anestesisweb.ens.uabc.mx/articulos/residentes/anestesia_locorregional.htm](http://www.anestesisweb.ens.uabc.mx/articulos/residentes/anestesia_locorregional.htm). Acceso 13 marzo de 2005

¹⁵ PARIS. UNESCO: Oficina Internacional de Educación, vol. XXVIII, N° 1, marzo 1998, págs. 173-189,

La Segunda Guerra Mundial (1939 - 1945) produjo el genocidio más grande de los judíos. Murieron aproximadamente 6 millones de ellos y hubo una mortalidad total de 55 millones de personas. En Bengala murieron más de 1,5 millones de hindúes por hambruna en la postguerra. Los avances fueron notables en la cirugía plástica y reconstructiva y las técnicas de rehabilitación de los inválidos.¹⁶

Así sucesivamente se ha visto la necesidad de crear nuevas técnicas para el tratamiento de los soldados y mantener los efectivos, evolucionaron dos campos importantes de la Salud Operacional cuales son la Medicina de campaña y la medicina de combate. El ejército norteamericano en la guerra de Corea y del Vietnam, utilizaron un gran desarrollo tecnológico tanto militar como de infraestructura en instalaciones y recursos de campaña, se crearon los centros de atención de heridos en combate, inician por los puestos de socorro y unidades hospitalarias de campaña, los MASH¹⁷ (Mobile Army Surgical Hospital) en donde se realizaban cirugías de control de daños, atención inicial de heridas y se incentivaron medidas metodológicas de grados de atención de heridos, clasificación de los mismos (Triage), métodos que se siguen utilizando hoy en día y que gracias a los cuales se han salvado miles de vidas en todo el mundo, puesto estos métodos de evacuación y tratamiento no solamente se han utilizado en el tratamiento de los heridos en guerra si no en la misma atención de heridos en las diferentes ciudades estadounidenses y del mundo entero.

En la guerra contra Irak¹⁸, la continuación de éstos sistemas de atención en medicina de combate, pero mejorados por parte de los Estados Unidos y vemos como hoy en día agregamos elementos importantes como la telemedicina en el que el sistema médico se basa en la utilización de este medio y unido a un buque hospital con todas las especialidades necesarias y altísima tecnología a cientos de kilómetros del área de conflicto, que funcionaba con profesionales altamente especializados, en áreas mas próximas al conflicto

¹⁶VASQUEZ. Flavio y VASQUEZ. Marco, LA MEDICINA EN EL SIGLO XX Hospital "Luis Uría de la Oliva". La Paz – Bolivia. En: www.revistamedica.8m.com/medmoder1.htm. consultado marzo 2 del 2005

¹⁷ USA. INTERNATIONAL SOCIETY FOR TELEMEDICINA (IST) . Disponible En: <http://www. Isft.org/> acceso abril 20 de 2005

¹⁸ USA. INTERNATIONAL SOCIETY FOR TELEMEDICINA (IST) . Disponible En: <http://www. Isft.org/> acceso abril 20 de 2005

se habilitaban M.A.S.H. (Mobile Army Surgical Hospital) con personal militar, no necesariamente profesionales médicos, pero entrenados en la utilización de equipamiento disponible en estas unidades (equipos radiológicos, sistemas de monitoreo de signos vitales, etc.) y en la zona de conflicto propiamente dicho dentro de los escuadrones de batallas algunos soldados trabajan como los llamados “medic” con alto nivel de entrenamiento en soporte vital básico, intermedio y en algunos casos avanzado.

Estos tres niveles se encuentran unidos mediante las telecomunicaciones, lo que permite transmitir radiografías, resultados de laboratorio, etc., y realizar interconsultas para luego decidir si a un paciente es necesario evacuarlo al hospital naval, o mediante la telemonitoría se puede seguir en tiempo real su estabilización y tratamiento inicial en el M.A.S.H.¹⁹, una vez estabilizado el paciente ya es transportado en mejores condiciones al buque hospital, al cual se llega en un promedio de 15 minutos y se encuentra localizado en el Golfo Pérsico en donde el herido ya es sometido a procedimientos quirúrgicos de III y IV nivel de complejidad y recuperado en unidades de cuidados intensivos totalmente dotadas tanto por personal como la infraestructura adecuada.



Foto. 2 y 3. Operaciones sanitarias Irak .En:http://www.armymedicine.army.mil/news/photos/fullsize/lg_shower.cfm. Consultado febrero 15 2005

¹⁹ USA. INTERNATIONAL SOCIETY FOR TELEMEDICINA (IST) . Disponible En: [http://www. Isft.org/](http://www.Isft.org/) acceso abril 20 de 2005

Este aspecto de la Salud operacional en el Campo de combate, es un ejemplo a seguir en la implementación de nuestros Grupos aerotransportado de soporte avanzado en trauma (GATRAS), guardando las proporciones y haciendo énfasis en el aspecto de evacuación.



Foto no.4. Evacuación helicoportada herido combate. Gatra. San Vicente Caguan. Febrero 2004

4.2.HISTORIA DE LA SALUD OPERACIONAL EN COLOMBIA

Lamentablemente el concepto de salud operacional, como se conoce ahora, no cuenta con hechos documentados en nuestra historia. Sin embargo, si se remonta a la historia del Ejército se llega las campañas libertadoras donde se identifican los primeros esbozos de Salud Operacional.

Continuando con la búsqueda de las raíces de la Salud Operacional, se llega a la historia de médicos militares formados en escuelas europeas (Alejandro Próspero Reverend (1796-1881)²⁰ se sumaron a la causa libertadora, trabajando hombro a hombro con nuestros

²⁰ VENEZUELA. MINISTERIO DE CULTURA. Consultado en : www.venezuelatuya.com/biografias/reverend.htm. Acceso el 9 de marzo del 2005

héroes. Existe borrosos recuerdos de épicas acciones de los galenos, en la campaña libertadora. Es ejemplo las dificultades de índole sanitaria que tuvieron que superar al conducir un ejército sin uniformes adecuados, recordándonos los casos de congelamiento que hoy en día doscientos años después aún padecemos. Soldados de climas tropicales tuvieron que ascender a alturas tales como la del Páramo de Pisba (3900 metros de altura) y altos niveles de pluviosidad alcanzando temperaturas inferiores a los cinco (5°). Es de imaginarse los ingentes esfuerzos por parte de esta naciente Sanidad en Campaña que tuvieron que hacerse, para mantener los efectivos en la línea de combate.



Foto no. 5. Uniforme Ejército Libertador

Fuente: <http://ministeriodefensanacional.gov.co> consultado abril 4/05



Foto no. 6: Montaje Hospital Campaña. Gatra.

San Vicente Caguan. Febrero /04

Como único testimonio histórico se documenta la atención de que fue objeto el libertador por su médico personal. Queda por escrito en nuestra historia el reporte de la necropsia del libertador que sirve, hoy en día como base al desarrollo de la salud operacional. A Alejandro Prospero Reverend²¹, le son enaltecidos sus servicios a la campaña libertadora, quedando como reconocimiento de un país a la importancia de la sanidad en campaña.

²¹VENEZUELA. MINISTERIO DE CULTURA. Consultado en : www.venezuelatuya.com/biografias/reverend.htm, Acceso el 9 de marzo del 2005



Foto no. 7. y 8. Montaje Hospital Campaña. Gatra. San Vicente Caguan. Febrero 2004

Se puede tomar como un segundo momento histórico en el desarrollo de la Salud Operacional la creación del Batallón de Sanidad

5. FUNDAMENTO LEGAL DE LA SALUD OPERACIONAL EN COLOMBIA:

5.1. Antecedentes Legales:

5.1.1 Manual de Medicina Preventiva²²:

Las funciones de la Salud Operacional como hoy se conocen estaban embebidas en varios reglamentos que documentaban reglamentar las funciones de la Sanidad; de los miembros del Ejército. Es por eso que se cita el Manual de Medicina Preventiva de 1986, según la disposición 0001086 junio 5/86, donde se disponen todas las normas de Medicina Preventiva, función hoy en día de la Salud Operacional. Se reconoce como rama principal de la Medicina en Campaña, la acción preventiva; según se encuentra reglamentado. Sin embargo en la práctica se observa formando parte de otra dependencia (Promoción y prevención) lo que en muchos casos se entorpece su funcionamiento.

5.1.2. Manual del Medio ambiente para Unidades Tácticas²³

El cual pretende reglamentar las medidas preventivas en salud que inciden en la salud de la tropa. Reglamentado según la Resolución 000631 del 01 de agosto del 2001.

5.1.3. Ley 352 de 1997

La responsabilidad de la salud de los miembros de las Fuerzas Militares se encuentra en cabeza de la Dirección General de la Sanidad Militar, cuyo fundamento legal se encuentra fundamentado en la Ley 352 de 1997: en sus artículos primero y segundo en donde se crea inicialmente la composición del Sistema de Salud de las FFMM y de la Policía Nacional, derivándose de dicha Ley el objeto (artículo 1 y 2), que a la postre determina la creación y funciones de la Salud Operacional en Colombia. Hasta su reglamentación la Salud

²² COLOMBIA. FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA. En: Manual del medio ambiente para Unidades Tácticas. Bogotá. 2002. Imprenta Ejército Nacional

²³ COLOMBIA. FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA. En: Manual de medicina preventiva. Bogotá. 1986. Imprenta Ejército Nacional

Operacional era un apéndice de la parte asistencial de la Sanidad sin que se diferenciara en sus funciones y responsabilidades.

Dá vida a la salud operacional el artículo 25 de la Ley 352 de 1997, de la cual se cita textual los siguientes artículos:

ARTÍCULO 1o. COMPOSICIÓN DEL SISTEMA²⁴. El Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, SSMP, está constituido por el Ministerio de Defensa Nacional, el Consejo Superior de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, el Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares, el Subsistema de Salud de la Policía Nacional y los afiliados y beneficiarios del Sistema. El Subsistema de Salud de las Fuerzas Militares lo constituyen el Comando General de las Fuerzas Militares, la Dirección General de Sanidad Militar, el Ejército Nacional, la Armada Nacional, la Fuerza Aérea y el Hospital Militar Central. El Subsistema de Salud de la Policía Nacional lo constituyen la Policía Nacional y la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional.

ARTÍCULO 2o. OBJETO. El objeto del SSMP es prestar el servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios y el servicio de sanidad inherentes a las operaciones militares y policiales.

ARTÍCULO 25. SALUD OPERACIONAL²⁵. Entiéndese por Salud Operacional las actividades en salud inherentes a las operaciones militares y las actividades de salud

²⁴ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. LEY 352 DE 1997 Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. . En : Diario Oficial ,l No. 42.965, de 23 de enero de 1997

²⁵ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. LEY 352 DE 1997 Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. . En : Diario Oficial ,l No. 42.965, de 23 de enero de 1997

especializada que tienen por objeto el mantenimiento y la recuperación de la aptitud psicofísica especial, que deben tener en todo tiempo los efectivos de las Fuerzas Militares y Policiales para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de cada Fuerza, incluyendo entre otras sanidad en campaña, medicina naval y medicina de aviación.

PARÁGRAFO. Los Directores de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional dispondrán de la infraestructura administrativa en cuanto a los medios, organización, funcionamiento y disponibilidad para una inmediata atención del personal de que trata este artículo”.

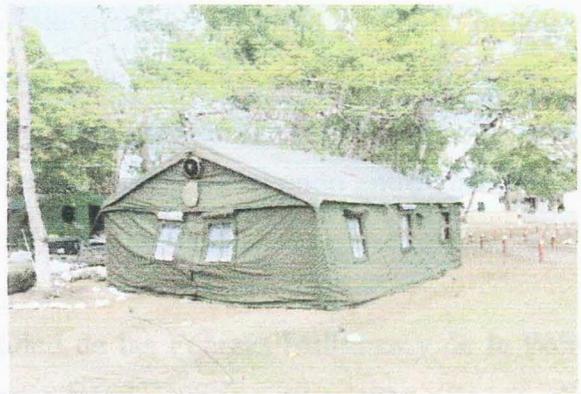


Foto no. 9. y 10. Montaje Hospital Campaña. Gatra. San Vicente Caguán. Febrero 2004

5.1.4. ACUERDO No. 005 Mayo 30 de 1997:

EL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD DE LAS FUERZAS MILITARES Y DE LA POLICIA NACIONAL : Por el cuál 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. El objetivo de este acuerdo es dar operativamente cumplimiento a la **Ley 352 del 1997** con el fin de crear toda la infraestructura necesaria para la implementación de la Salud Operacional, Salud ocupacional, Sanidad en campaña, medicina naval y medicina de aviación. Éste acuerdo

fija las bases para establecer responsabilidades en las diferentes ramas de la Sanidad Militar, lo que permite individualizar las responsabilidades en cada uno de los campos.

5.1.5. Decreto 1795 del 2000:

Se desprende del **artículo 29 del 2000** la cobertura que debe alcanzar la salud operacional incluyendo otras ramas como son la **Medicina en Campaña, La Medicina Naval y la Medicina de Aviación**. Aquí se reglamenta la inclusión de estos elementos importantes de la Salud operacional que no estaban en la Ley 352, ni en los acuerdos precedentes.

En el artículo 29 ARTICULO 29.- SALUD OPERACIONAL²⁶.- Son las actividades en salud inherentes a las Operaciones Militares y del Servicio Policial y las actividades de salud especializada que tienen por objeto prevenir, proteger y mantener la aptitud psicofísica especial, que deben tener en todo tiempo los efectivos de las Fuerzas Militares y Policiales, para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de cada Fuerza, incluyendo entre otras Sanidad en Campaña, Medicina Naval y Medicina de Aviación.

PARAGRAFO: Los Directores de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional dispondrán de la infraestructura administrativa en cuanto a los medios, organización, funcionamiento y disponibilidad para una inmediata atención en salud para el personal de que trata este Artículo

Se desprende de éste artículo, la delimitación de las funciones de la Salud Operacional, lo que en concepto de los autores, es la piedra angular que determina sus alcances. Evidenciándose que en ningún momento no es función la atención de los beneficiarios, retirados o pensionados. Lo anterior es misión de la Sanidad Militar asistencial.

²⁶ COLOMBIA. MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. En: La Fuerza Pública en el siglo XXI.. Imprenta Nacional. 2000. P.533

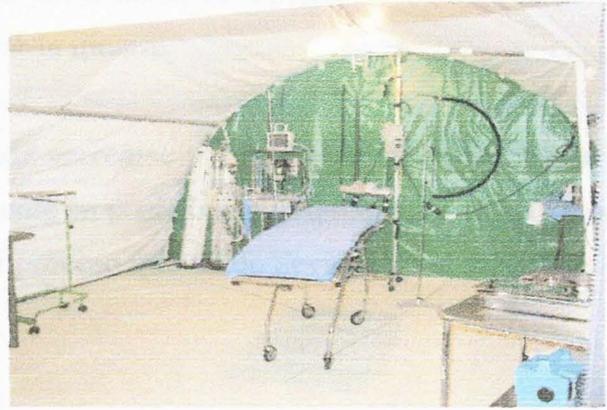
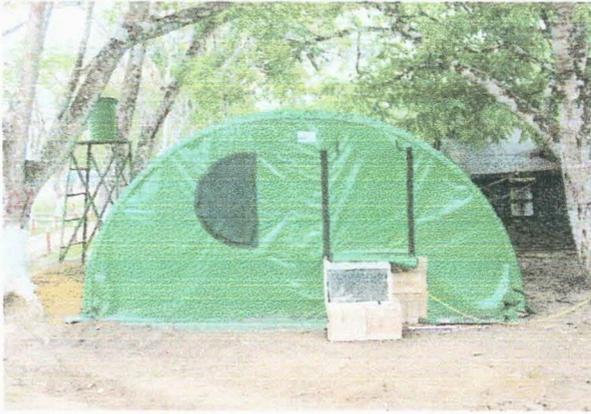


Foto no. 11 y12. Montaje Hospital Campaña. Gatra. Sala de Cirugía. San Vicente Caguan. Febrero 2004

5.1.6. Omisión de socorro en el nuevo Código Penal^{27 28}:

Uno de los temas más importantes de Asunción Voluntaria, cuando se asume voluntariamente la protección real de una persona dentro del propio ámbito de dominio, se encuentra en materia de responsabilidad penal del médico.

Por el sólo hecho de ser médico existe garantía y por ende responsabilidad en comisión por omisión en caso de no evitar un resultado lesivo. Este deber de garante se deriva del Código de Ética Médica. Sin embargo, esta posición no distingue si el médico es tratante del paciente, rural, de urgencias o especialista; además de que estas conductas deben ser analizadas de modo diferente y por lo tanto tendrán consecuencias disímiles.

El compromiso genérico de protección implícito en la adopción de la protección médica constituye la base que hace de todo médico un garante, con lo que se pretende hacer responsable por comisión de omisión a todo galeno que no atienda al paciente que luego fallezca o sufra lesiones.

Sin embargo, a la luz de la nueva normatividad penal si un médico pasa cerca de un lugar en donde se encuentra un herido y no lo auxilia, deberá responder por omisión de socorro y

²⁷ SILVA SÁNCHEZ, Jesús. “La responsabilidad del médico por omisión”, pag. 129

²⁸ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. LEY 599, Julio 24 de 2000. Diario Oficial No 44.097.

no por homicidio por omisión. Así, el médico por ostentar tal calidad no siempre responde por homicidio por omisión en caso de no evitar la muerte.

Ahora bien, en caso de que un médico decida acercarse al herido que se encuentra en la calle, operará la asunción voluntaria como fuente en posición de garante, pues de este modo el médico se convierte en dueño absoluto del proceso que ha de llevar o no al resultado, en centro decisorio del mismo²⁹

El medico tiene un deber legal y un deber jurídico de evitar la producción del resultado de muerte de su paciente, consagrados en los Artículos 25 y 127 del NCP.³⁰

En síntesis, puede decirse que el médico, dependiendo de la situación en que se encuentre responderá por Omisión de Socorro (Artículo 131 del NCP³¹) pero si se tratase de un médico de algún organismo de socorro responderá por Omisión de Asistencia Sanitaria (Artículo 152 del NCP.

En la revisión del fundamento legal de la Salud Operacional se puede determinar las funciones y por tanto la misión principal. Con ésta base se pueden identificar los caso en que se confunde las funciones de la Sanidad Militar con las actividades propias de la Salud Operacional. En éste capítulo se sientan las bases por las cuales fue creada la Salud Operacional, se determina toda la normatividad que marcó su nacimiento legal; posteriormente se regula esquema de organización e infraestructura para generar una salud operacional funcional. Es evidente en concepto de los autores la falta de aplicación en

²⁹ SILVA SÁNCHEZ, Jesús. “La responsabilidad del médico por omisión”, pag. 129

³⁰ MONTEALEGRE LYNETT, Eduardo. “La culpa en la actividad médica. Imputación objetiva y deber de cuidado”. Bogotá, D.C. Universidad Externado de Colombia. 1988. pag.76. Monografías de Derecho Penal No.1

³¹ FORERO RAMÍREZ, Juan. “El delito de Omisión en el Nuevo Código Penal”, Legis, 1 ed. Bogotá, D.C. 2002

muchos aspectos de ésta Ley. Existe un gran vacío en lo concerniente a la infraestructura, compensado parcialmente con una reciente dotación de equipos.

Se expone igualmente todo lo inherente a la Omisión como un elemento a tener en cuenta desde el punto vista Penal, que permita alertar como se puede incurrir en un delito al desempeñar deficientemente las funciones de la Salud Operacional.

6. ANALISIS DE LA MEDICINA OPERACIONAL EN EL EJÉRCITO NACIONAL

En éste capítulo se pretende aplicar la matriz DOFA a la Organización de la Salud operacional. Buscando encontrar sus fortalezas, oportunidades y determinar sus debilidades y amenazas, para realizar un análisis objetivo encaminado a optimizar la salud operacional. Sin desconocer el trayecto recorrido por esta organización.

6.1. FORTALEZAS DE LA MEDICINA OPERACIONAL DE LAS FUERZAS MILITARES

Son infinitas las fortalezas; la primera organización en acudir a un llamado de urgencia de cualquier tipo dentro del Estado, llámese desastre natural o artificial, accidente de cualquier etiología, eventos que causen conmoción nacional tales como ataques terroristas, accidentes de impacto humano relevantes y situaciones que amenacen a la nación de cualquier índole.

- 6.1.1. **Implementación de la medicina de combate:** En concepto del autor, la estructuración de la salud operacional, se vio representada con la aparición con los grupos “Pantera” lo cual le ha dado un vuelco a la medicina de combate.
- 6.1.2. **Atención del herido en combate:** Se cuenta con una gran movilidad y personal altamente entrenado para la atención de los heridos en el mismo frente de batalla.
- 6.1.3. **Hospitales de Campaña:** Se cuenta con el equipamiento necesario para la atención del herido de combate, resaltando una gran movilidad resultante de los medios de transporte con que se cuentan.

- 6.1.4. **Experiencia:** Se tiene la experiencia en la atención de desastres, de donde el ejército a cumplido una destacada labor. todas las eventualidades ocurridas históricamente en la Nación
- 6.1.5. **Versatilidad:** Disposición de desdoblamiento de bases y unidades de atención de emergencia y desastres en caso de necesidad. Se tiene la capacidad de acceder a las zonas más remotas del País sin importar las limitaciones del terreno.
- 6.1.6. **Organización piramidal:** Este tipo de organización permite ser líderes en la atención de desastres. Cohesión, espíritu de cuerpo, una organización sólida, jerarquizada y con experiencia que se ha distinguido por su liderazgo en cualquier situación y que históricamente se ha comprobado su eficacia.
- 6.1.7. **Medicina de Combate:** La creación de los Grupos “Pantera” dentro del modelo de atención conjunto del herido en combate y se **convierte en la principal fortaleza de la Salud operacional.**

6.2. DEBILIDADES ACTUALES DE LA SALUD OPERACIONAL

- 6.2.1 **Personal:** Existe deficiencia en el número de médicos generales, el abrupto crecimiento de la Fuerzas hizo que la cantidad de médicos generales se hiciera insuficiente para atender las necesidades de la Fuerza. En la planta de personal no se cuenta con Médicos Epidemiólogos, especialistas en Salud Ocupacional, patólogos ni técnicos en criminalística.
- 6.2.2 **Dualidad de funciones:** Las funciones de la Salud Operacional se han entrecruzado con las misiones de la Sanidad Militar. Debe ser un organismo dependiente de la Sanidad Militar pero no paralelo.

- 6.2.3 Aplicación Objetivos:** A pesar que la Ley estableció los objetivos de la Salud Operacional en la práctica se evidencia el desconocimiento de éstas normas
- 6.2.4 Estadísticas:** Es deficiente el manejo de estadísticas en la Sanidad Militar, lo que no permite el manejo ni planeamiento objetivo de los recursos.
- 6.2.5 Plan Estratégico:** La misión de la Salud operacional no está de acuerdo al Plan Estratégico de cada una de las Fuerzas. La Salud operacional debe actuar paralelamente con el mismo objetivo; el cumplimiento de la Misión de las Fuerzas Militares. El Objetivo de la Salud Operacional debe estar acorde con el plan estratégico de cada una de las Fuerzas.³² Este aspecto no está incluido dentro de su misión, ni visión o alguno de los objetivos..
- 6.2.6 Mapa riesgo:** Se carece de un mapa de riesgo debidamente documentado, ni hemos utilizado el sistema de salud general para extrapolarlo al nuestro. Cabe anotar que nosotros debemos estar en la vanguardia en la Medicina preventiva dentro del país puesto estamos presente en la totalidad del territorio Nacional y debe ser esto una de las debilidades que deberíamos corregir utilizando toda esta información para elaborar el mapa de riesgo más objetivo en asuntos epidemiológicos y preventivos de la Nación.

6.3. AMENAZAS ACTUALES DE LA SALUD OPERACIONAL

- 6.3.1. Personal:** El desdoblamiento de las Unidades de Combate, también se ha visto en la Salud Operacional. En la actualidad se ha tenido que recurrir a emplear personal supraespecializado lo que podría acarrear el colapso de la parte asistencial de la sanidad Militar.

³²COLOMBIA. COMANDO EJÉRCITO NACIONAL. En: Plan estratégico institucional 2003-2006, Comando del Ejército Nacional. S.e. s.d.

- 6.3.2. La diversidad de terrenos y plataformas climáticas de nuestro territorio
- 6.3.3. La gran cantidad de efectivos repartidos en toda la geografía y que están expuestos no solamente a la amenaza propia del cumplimiento de la misión en contra de la amenaza narcoterrorista, sino también a el riesgo de los distintos agentes epidemiológicos derivados de esta variedad. Vg. Expuestos a epidemias y endemias tales como el paludismo, fiebre amarilla, fiebre tifoidea, las cuales son inmunoprevenibles y que deberíamos afrontar con certeza desde el punto de vista operacional
- 6.3.4. poblaciones cerradas propias de las Fuerzas Militares V.g. Batallones, presentan un alto riesgo epidemiológico. Una epidemia en una población militar tiene un impacto epidemiológico mayor que la población general.
- 6.3.5. El territorio Colombiano por razones de estructura geológica, tiene zonas de alto riesgo de desastres naturales tales como erupciones volcánicas, movimientos telúricos, inundaciones, etc., las cuales hacen necesario que incentivamos una medicina operacional adecuadamente estructurada en razón a que las Fuerzas Militares han sido por memoria histórica, el primer organismo en la atención, dirección y apoyo a la nación en este tipo de contingencias. Este punto hace necesaria una Medicina Operacional útil en tiempo de paz o guerra en cualquier estado.
- 6.3.6. El narcoterrorismo, en su ataque indiscriminado hace necesaria una Medicina Operacional fortalecida. Inesperadamente se presentan actos que causan conmoción y víctimas no solo institucionales sino de particulares que hacen necesario que seamos las Fuerzas Militares la institución en la vanguardia en la atención de lo todos afectados

6.3.7. El aumento del pie de Fuerza, hace necesario un desarrollo congruente y sostenido en la Medicina operacional.

6.4. OPORTUNIDADES ACTUALES DE LA SALUD OPERACIONAL

6.4.1. El talento humano de un alto valor en todos sus aspectos y quienes siempre están con el animo de servicio y acierto.

6.4.2. la infraestructura que tenemos en todas las organizaciones de las Fuerzas Militares, que hace posible incentivar cualquier institución médica en cualquier parte del territorio nacional en cualquier clima, altura modo y lugar

6.4.3. Capacidad de movilizarnos a cualquier zona, lo cual es fortaleza y simultáneamente una gran oportunidad

6.4.4. De desarrollar un adecuado sistema de Salud operacional que puede ser utilizado tanto en tiempo de guerra como de paz

6.4.5. De utilizar la gran experiencia obtenida en la atención de desastres naturales, amenaza terrorista y en enfermedades inmunoprevenibles para desarrollar doctrina, escritos, reportes científicos, planes de retroalimentación, cursos de acción, útiles no solo para las Fuerzas Militares, sino para la población general.

6.4.6. La gran oportunidad de utilización de la infraestructura instalada en todo el territorio nacional.

6.4.7. Se considera que analizando la Medicina operacional del Ejercito Nacional, no todo esta errado y existe mucho terreno que se ha logrado por esta sección, un gran porcentaje de todos los puntos se han incentivado, se ha hecho un esfuerzo juicioso,

comprometido, en un alto porcentaje acertado en su implementación y el modelo que se propone establecer es el de hacer recomendaciones que podrían ser útiles en su retroalimentación positiva y para su mejoramiento continuo dentro del marco del cumplimiento de la misión. Lo más interesante del modelo actual, es que ha servido y ha sido útil en la atención del estado de salud de los integrantes de las Fuerzas Militares. Pero se considera que es necesario un redireccionamiento para ajustarlo a los verdaderos intereses para los que fue creada la Medicina Operacional.

7. PROYECTO DE RESTRUCTURACION DE LA SALUD OPERACIONAL EN LAS FUERZAS MILITARES

7.1. MISIÓN ACTUAL DE LA SALUD OPERACIONAL (actual 2005)³³

“Garantizar la orientación técnico-científica mediante doctrina de la prestación de servicios integrales de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal activo, retirado, pensionado y a sus beneficiarios, así mismo en el servicio de sanidad inherente a las operaciones militares a través de sus unidades propias mediante la contratación de instituciones prestadoras de salud y profesionales habilitados”

La misión (análisis de la misión actual) :Debe reestructurarse totalmente y debe ajustarse a la filosofía de la misión de la medicina operacional : “se considera que el ultimo párrafo inherente a las operaciones militares a través de unidades propias o mediante la contratación de instituciones prestadores de servicios de salud y profesionales habilitados,” es verdadero en su parte a la inherencia, pero absolutamente la Salud operacional debe dejarse en “contratación a instituciones prestadoras de servicios de salud y profesionales habilitados”, esto es totalmente contrario a la Doctrina. La Salud operacional es INHERENTE como dice el párrafo completo a las OPERACIONES MILITARES, por ningún motivo las FFMM, no deben nunca delegar en la contratación de terceros a que nos manejen la Salud Operacional.

Los estamentos de Sanidad de las Fuerzas Militares tienen como obligación y esto es una orden por decreto y de acuerdos

³³ COLOMBIA. EJERCITO NACIONAL. En: Políticas actuales de Salud Operacional de la Dirección General de Ejercito, año 2005

ARTICULO 29.- SALUD OPERACIONAL³⁴.- Son las actividades en salud inherentes a las Operaciones Militares y del Servicio Policial y las actividades de salud especializada que tienen por objeto prevenir, proteger y mantener la aptitud psicofísica especial, que deben tener en todo tiempo los efectivos de las Fuerzas Militares y Policiales, para desempeñarse con seguridad y eficiencia en las actividades propias de cada Fuerza, incluyendo entre otras Sanidad en Campaña, Medicina Naval y Medicina de Aviación.

PARAGRAFO: Los Directores de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional dispondrán de la infraestructura administrativa en cuanto a los medios, organización, funcionamiento y disponibilidad para una inmediata atención en salud para el personal de que trata este Artículo)³⁵ .

Por lo anterior es totalmente impensable delegar y contratar la medicina operacional que comprende la Sanidad en campaña y la medicina en combate en Terceros como reza la misión actual. Se considera que se debe reajustar totalmente la misión de esta sección. Las Fuerzas no deben arriesgar la vida de profesionales civiles no entrenados en la recolección de heridos dentro de un área de combate, puesto estaríamos violando normatividad en relación con el Derecho internacional humanitario. Por lo anterior es imprescindible según nota de los autores que esta función la realicen personal médico o paramédico de las FFMM, quienes igualmente tienen el entrenamiento adecuado.

³⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DEFENSA NACIONAL. DECRETO NÚMERO 1795 DE 2000. septiembre 14.2000. . En: La Fuerza Pública en el siglo XXI.. Imprenta Nacional. 2000. P.533

³⁵ COLOMBIA. MINISTERIO DEFENSA NACIONAL. DECRETO NÚMERO 1795 DE 2000. septiembre 14.2000. . En: La Fuerza Pública en el siglo XXI.. Imprenta Nacional. 2000. P.533

Además actividades como rehabilitación, doctrina de prestación de servicios integrales de salud a los retirados y pensionados, no son actividades propias de esta sección. La medicina operacional no es otra dirección de Sanidad, no es una entidad con funciones y esta sección se debe encaminar como lo dice implícitamente el decreto estar dirigidas a las operaciones militares y del servicio policial.

El área operacional en sanidad no puede asumir toda la misión de la Sanidad de las Fuerzas Militares, esta corresponde propiamente a la parte asistencial de la Sanidad de las Fuerzas Militares, la parte operacional es la parte Dinámica que va de la mano con el desarrollo de la misión y las operaciones militares y esto debe desarrollarse creando una doctrina especializada en la operacionalización de la salud. Incluso la misma medicina se ha desarrollado gracias a éstas secciones, la medicina de combate y en campaña ha dado el surgimiento incluso a grandes avances en el conocimiento médico que se ha aplicado a la población general. Por ningún momento se debe diluir la verdadera misión de la Salud operacional.

7.2. VISIÓN ACTUAL DE LA SALUD OPERACIONAL:³⁶

Ser una sección objetiva y oportuna en la asesoría técnico-científica de los aspectos en salud operacional, salud ocupacional, vigilancia en salud pública militar, promoción y prevención de la prestación de los servicios integrales de salud a través de la Dirección de la Sanidad del Ejército a las unidades militares de la fuerza.

Esta “visión” **debe reestructurarse:** debe concebirse la organización de salud operacional como el Sueño a futuro mediano (Promedio de diez años, para proyectar toda una organización hacia el futuro) y realmente no se está cumpliendo, Si se tiene una misión insuficiente, se carecerá en cadena de una visión acertada.)

³⁶ COLOMBIA. EJERCITO NACIONAL. En: Políticas actuales de Salud Operacional de la Dirección General de Ejército, año 2005

La anterior Visión tiene sin embargo aspectos muy relevantes, se proyecta a futuro “la vigilancia en salud pública militar” y esto es importante y en esta frase existe una base importante dentro de esta sección, pero se considera que como visión debe implementarse la sanidad en campaña para tiempos no solo de guerra sino de paz , pensando en un futuro post-conflicto y que se cimiente la medicina operacional como elemento importante en cualquier contingencia tanto natural como artificial que amenace el estado Colombiano.

Se propone la siguiente visión basado en los anteriores argumentos:

Ser un Departamento organizado, estructurado y consolidado dentro de la Sanidad de las Fuerzas Militares, posicionados en la Medicina de campaña y combate con cobertura en el 100% de las unidades de las Fuerzas Militares. Ser líderes en la medicina preventiva de la nación con las capacidades de asesoría permanente y apoyo inmediato y eficaz a las Fuerzas Militares, disminuyendo la morbilidad y mortalidad del herido en combate atendiéndolo en la misma zona de combate, estabilizándolo y evacuándolo dentro de los mejores estándares de calidad y atención científica y oportuna, disminuyendo riesgo de muerte y secuelas. Ser una organización asesora y colaboradora con la población general en caso de desastres naturales o provocados por el hombre como apoyo a la población general en toda circunstancia, modo o lugar tanto en tiempo de paz como guerra.

7.3. OBJETIVOS GENERALES DE LA SECCIÓN DE MEDICINA OPERACIONAL ACTUALES³⁷:

- 7.3.1. Fortalecer los servicios básicos asistenciales en todas las unidades tácticas con Establecimientos de salud
- 7.3.2. Reestructurar la red de Servicios
- 7.3.3. Adecuar la infraestructura para que funcione la Salud operacional

³⁷ COLOMBIA. EJERCITO NACIONAL. En: Políticas actuales de Salud Operacional de la Dirección General de Ejercito, año 2005

- 7.3.4. Desarrollar la salud operacional en la Fuerza
- 7.3.5. Fortalecer la capacidad de reacción
- 7.3.6. Implementar el sistema de garantía de la calidad de servicio
- 7.3.7. Ejecutar programas de fomento y prevención
- 7.3.8. Capacitar el talento humano
- 7.3.9. Optimizar los recursos
- 7.3.10. Aumentar la productividad laboral
- 7.3.11. Rehabilitación integral del personal herido en combate
- 7.3.12. Humanizar el servicio de sanidad

7.4. OBJETIVOS PROPUESTOS: PROYECTO REESTRUCTURACIÓN SALUD OPERACIONAL

Según los autores del presente trabajo, se proponen los siguientes objetivos así:

7.4.1. Objetivo General:

Desarrollar la Salud operacional en toda su cobertura, Medicina de Campaña, Medicina de combate, que sea eficaz, oportuna y eficiente tanto en tiempo de guerra como de paz.

7.4.2. Objetivos específicos:

Se proponen los siguientes específicos dentro del marco de metas parciales para alcanzar el objetivo principal:

- 7.4.2.1. Crear la estructura formal de la medicina operacional conjunta para las fuerzas Militares tanto desde el punto de vista organizativo como de planta de personal y física
- 7.4.2.2. Proveer una planta física propia dentro de la Dirección General de Salud de las Fuerzas Militares en la que se encuentren las siguientes secciones físicas con los elementos necesarios. La planta física debe contener las siguientes secciones :

- Creación del Centro de crisis de la Salud Operacional de las Fuerzas Militares con su sala de comunicaciones completa, en donde haya todos los equipos para unir en red cualquier unidad militar dentro del territorio nacional, con microondas, radios de comunicaciones, telefonía celular, satelital, líneas de comunicación directas con el Ministerio de Salud, equipos de telemática,.
- Centro de computo con base de datos epidemiológica
- Sección de Medicina de campaña :
- Sección de Medicina de combate
- Sección de documentación nacional de Salud Operacional y publicaciones

Lo anterior incluso para dar cumplimiento a lo dispuesto con el artículo 29 del **DECRETO NUMERO 1795 DE 2000**: “PARAGRAFO: Los Directores de Sanidad de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional dispondrán de la infraestructura administrativa en cuanto a los medios, organización, funcionamiento y disponibilidad para una inmediata atención en salud para el personal de que trata este Artículo”³⁸.

7.4.2.3. Propiciar la dotación tanto de la planta de personal como de equipos necesarios para la dotación de la sede principal de Salud operacional y en las Unidades de la red de apoyo de la Salud operacional.

7.4.2.4. Promoción de la medicina de combate en el rescate del herido en cumplimiento de la misión, dentro de los mejores estándares de calidad, oportunidad, agilidad, celeridad, eficacia, en la atención del herido, llevando la Salud operacional a través de la medicina operacional a la misma zona de combate, atención inicial oportuna,

³⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. DECRETO NUMERO 1795 DE 2000, *artículo 29*, septiembre 14 del 2000. En: La Fuerza Pública en el siglo XXI.. Imprenta Nacional. 2000. P.533

recolección , evacuación, control de daños y atención del herido optima, adecuada disminuyendo su morbilidad , mortalidad y probables secuelas

- 7.4.2.5. Disminuir al máximo epidemiológico posible todas las enfermedades y entidades inmunoprevenibles dentro de todas las Unidades de las Fuerzas Militares y en caso de la presentación de estas, su atención oportuna y eficaz, disminuyendo al más bajo porcentaje su recidiva
- 7.4.2.6. Incentivar el centro de documentación de la Salud operacional con el objetivo de la actualización en tiempo real del mapa de riesgo epidemiológico en todo el territorio nacional
- 7.4.2.7. Propiciar a la Salud operacional como un órgano consultor y líder dentro del Estado Mayor de las Fuerzas Militares y proyectarlo así hasta la misma Plana Mayor de las Unidades Tácticas
- 7.4.2.8. Creación de la especialización en Medicina Militar de la Universidad Militar Nueva Granada y posicionarla como líder en Latinoamérica.
- 7.4.2.9. Incentivar la creación de la Red de apoyo de Salud operacional dentro de todos los Dispensarios la red de salud de las Fuerzas Militares (Mediante la sección de comunicaciones dentro de los Hospitales, Dispensarios y Enfermerías de todo el territorio nacional las 24 horas del día.)
- 7.4.2.10. Propiciar el liderazgo de los Oficiales de Sanidad en todas las Unidades de las Fuerzas Militares como los ejes operativos de la Salud operacional en todo el territorio nacional.

7.5. PERFILES Y FUNCIONES ACTUALES Y A PROPONER EN EL NUEVO PROYECTO DE SALUD OPERACIONAL DE LAS FUERZAS MILITARES:

Se identifican actualmente varios cargos en cuanto a la Salud operacional actual así están siendo ocupados por personal que no está capacitado para desempeñar estas funciones, a continuación se analizarán cada uno de los cargos propuestos y hará la redefinición de los mismos así:

La Salud Operacional debe estar integrada a nivel central por Oficiales Médicos especialistas en Salud Pública, Salud Ocupacional y Médicos internistas, los cuales deben ser los Jefes de las Cuatro subdirecciones especiales: Medicina en Campaña, Medicina de Combate, Medicina Naval y Medicina de Aviación (en el cual debe estar nombrado un Oficial Médico especialista en Medicina Aeronáutica y Espacial (Actualmente se encuentran tres(3) Oficiales en formación en la Universidad Nacional en éste ramo de la Medicina.

7.4.1. Jefe de Salud Operacional de las Fuerzas Militares:

Se debe establecer claramente el cargo específico del Director de Salud Operacional e las Fuerzas Militares, dependiente jerárquicamente de la Dirección de Sanidad General de las Fuerzas Militares.

Este cargo debe ser ocupado de un Oficial Médico de Grado Coronel y especializado en Epidemiología y Salud Pública, o en un futuro Oficial Médico con Especialización en Medicina Militar, con matrícula profesional, egresado de alguno de los programas de especialización colombianos aprobados por el Icfes.

Esta persona debe ser un Asesor Directo del Director de Sanidad General de las Fuerzas Militares y la Salud Operacional se debe manejar igualmente desde el punto de vista Conjunto con la integración de las tres Fuerzas.

Esta persona debe tener un perfil especial y un conocimiento adecuado y real de toda la Sanidad de las Fuerzas Militares.

7.5.2. Subdirectores de Salud operacional en cada una de las tres Fuerzas:

Los cuales deben ser multiplicadores de toda la filosofía y principios de la Salud Operacional, debe igualmente ser un Oficial Médico de grado TC o CF de alguna de las Fuerzas, Médico con Especialización Epidemiología y Salud Pública o en su defecto Especialista en Medicina Militar.

7.5.3. Subdirector de Salud Operacional: Actualmente se reglamente un Oficial Médico de grado Mayor con requisitos académicos de profesional en medicina con una experiencia de cuatro (4) años en orden público y cargos en Brigadas Móviles o Fuerzas Especiales. (Ver Anexo A).

Se considera que el conocimiento empírico de un área a través de la sola experiencia no es suficiente para desempeñar el cargo de Subdirector de Salud Operacional del Ejército y los requisitos son totalmente desfasados para un cargo de la anterior jerarquía. Se necesita un médico especialista en Salud pública y epidemiología, egresado de cualquier programa en Colombia, avalado por el Icfes.

7.5.3.1. Como Subdirector de Salud Operacional se propone personal con los siguientes perfiles y destrezas:

Es perentorio y obligatorio que este cargo lo ejerza un médico con esta especialidad en razón de contar con todos los conocimientos y destrezas desarrolladas a través de su entrenamiento y experiencia y es una de los directivos de la organización de Salud Operacional, en el recaerán planes y proyectos, dirigir, controlar, supervisar y verificar que se cumplan todos los proyectos de la Salud Operacional tanto en el área de Medicina de Combate como Medicina de Combate.

Se observa la falencia que en la Dirección de Sanidad del Ejército existe nombrado tan solo Médico Civil Epidemiólogo y Salubrista, y esto es totalmente inaceptable para una población de aproximadamente doscientos sesenta mil (260.000) efectivos repartidos en toda la geografía del país.

7.5.4. Coordinador de Salud Operacional:

Se propone un Oficial de grado Capitán, Oficial del Cuerpo Administrativo, profesional en Medicina y /o enfermería con especialización en Salud y Epidemiología. Consideramos, son adecuados los requisitos para desempeñar dicho cargo.

7.5.5. Epidemiólogo de la Dirección de Sanidad: Es pertinente y congruente con la organización, sin embargo se **requiere que exista en Ejército un mínimo de tres epidemiólogos**, ya sean civiles o militares dentro de la Organización y con responsabilidad de las zonas epidemiológicas nacionales, con la misma distribución de los Comandos Conjuntos creados. Comando Conjunto Caribe, Comando Unificado del Sur y Occidente). Lo anterior es importante en razón a que las áreas concuerdan con áreas de diferente componente y riesgo epidemiológico.

7.5.6. Coordinador en fomento y prevención:

Debe ser ocupado por un médico epidemiólogo de los mencionados anteriormente y no puede ser ocupado por un Medico General o Enfermera Jefe con título en Medicina General o Enfermería profesional, como lo propone la organización actual de la Dirección de Sanidad de Ejército.

7.5.7. Coordinador de Salud Ocupacional :

Se concuerda con la política que debe ser desempeñado por personal Militar o Civil con entrenamiento en Salud Operacional y los criterios tanto de responsabilidad, perfil ocupacional y requisitos son adecuados.

7.5.8. Coordinador de Patología y Ciencias Forenses:

Debe ser desempeñado por un **médico especialista en patología**. **Es importante que la Dirección de Sanidad, tenga dentro de su organización un OFICIAL MEDICO especialista en esta área de la Salud**. Actualmente existe déficit de especialistas en esta área en las Fuerzas Militares.

No se tiene capacidad de realizar estudios de patología adecuados. Estudio de casos de muerte con obligatoriedad de estudio de patología, se carece totalmente del servicio de reconocimiento médico legal y forense. No se dispone de una sección de Medicina forense en la institución con capacidad de identificación y tratamiento adecuado de cadáveres.

7.5.9. Técnicos en Ciencias Forenses y Criminalística:

Son las personas técnicas en esta área y que hacen la parte operativa en el reconocimiento dactilar, manejo de cadáveres y realización de autopsias bajo la supervisión del patólogo y trámites ante el Instituto de Medicina Legal y Ciencias forenses. **Las Fuerzas Militares están en mora de incentivar la Sección de Patología y ciencias forenses y de tener una infraestructura como una morgue adecuada y laboratorio de patología**.

Se debe incentivar el entrenamiento de Sub-Oficiales de grado Sargento en adelante como técnicos en Ciencias Forenses y criminalística y debe existir mínimo uno de ellos dentro de las TOE de los Hospitales Regionales

7.5.10. Coordinador de Sanidad en Campaña:

Es inadmisibile que esta función sea ejercida por un Sargento Segundo (Ver Anexo B) y lo nombran como Coordinador de Sanidad en Campaña. Con un requisito mínimo nivel técnico con educación como Enfermero de Combate con experiencia de cuatro (4) orden público y cargos en Brigadas Móviles y/o Fuerzas Especiales.

7.5.10.1. Se propone que para el cargo de Coordinador de Sanidad en Campaña se

Tenga en cuenta:

Debe ser ejercido por El Oficial de Sanidad o el Director del Hospital Regional en cada una de las Unidades. Estos cargos de coordinadores de Sanidad en campaña deben ser del resorte de un profesional universitario médico o enfermera jefe, puesto estas personas son las que van a ser multiplicadores de la Dirección de Salud Operacional de las Fuerzas Militares.

7.6. ORGANIGRAMA PROPUESTO PARA LA SALUD OPERACIONAL DE LAS FUERZAS MILITARES:

Los Autores proponen el siguiente organigrama:

Con los anteriores modelos se asignaron específicamente las funciones y requisitos de cada uno de los integrantes de la Sección de Salud Operacional dentro de Dirección de Sanidad del Ejército³⁹ (ver copia de los anexos manual específico de funciones y requisitos) y se hace las siguientes críticas a dicho manual:

7.6.1. Propuesta de Diagrama organizacional de la Salud Operacional dentro de la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares:

Para la comprensión del anterior enfoque se propone el siguiente esquema organizacional de la Salud Operacional de las Fuerzas Militares: por lo anterior se plantea el siguiente esquema organizacional:

(Ver gráfico No.3 diagrama Organizacional. Salud operacional dentro de la Dirección General de las Fuerzas Militares)

El anterior esquema organizacional se determina para el complejo directivo inmerso dentro de la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares, y se considera que se debe estructurar de una forma conjunta dentro de las tres Fuerzas.

³⁹ COLOMBIA. EJERCITO NACIONAL. Dirección de Sanidad Ejército. En: Manual específico de funciones y requisitos, 2005, s.e.

7.6.1.1. Propuesta de Diagrama Organizacional de la Salud Operacional dentro de la Dirección de Sanidad de cada una de las Fuerzas (Ejército, Armada, Fuerza Aérea):

Para Cada una de las fuerzas igualmente se plantea las siguientes funciones
(Ver: grafico No. 4. Diagrama Organizacional. Salud operacional en cada una de las Fuerzas)

Un Subdirector de Salud operacional de Ejército, encargado de continuar las directrices de la salud operacional enmarcadas desde la Dirección de Sanidad de las Fuerzas Militares. Y esto debe se debe implementar de ahora en adelante **CONJUNTAMENTE CON LAS TRES FUERZAS** de acuerdo a la nueva forma de actuar de las Fuerzas Militares como lo son los Comandos Conjuntos.

Se considera que se debe actuar paralelamente dentro de cada una de las fuerzas de forma similar por tal razón deben existir Subdirectores de Salud Operacional de Ejército, Armada y Fuerza Aérea. Los anteriores subdirectores deberán implementar su organigrama al respecto yendo igualmente con las políticas de la Dirección de Sanidad de cada una de las fuerzas, pero sin existir organizaciones paralelas y sin que se pierda la cadena administrativa de continuidad y esto a favor de continuar las operaciones realizadas conjuntamente.

Los Subdirectores de Salud Operacional de cada una de las Fuerzas tendrán la misión de servir de puente con las Unidades de mando jerarquizadas de cada una de las Direcciones de Sanidad, pero mantendrán su estructura en cuanto a la Medicina operacional.

La cadena de Salud Operacional se debe mantener así sucesivamente manteniendo muchas de las funciones hasta llegar a la totalidad de las Unidades Militares de la siguiente manera

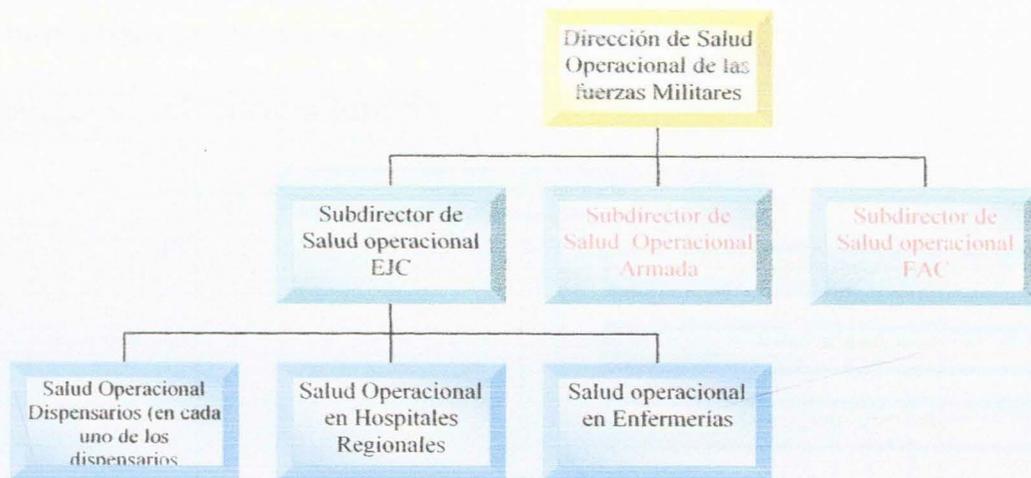


Gráfico No. 4. Diagrama Organizacional. Salud operacional en cada una de las Fuerzas

Se trata que la línea de mando llegue hasta la organización de todos los establecimientos de salud de cada una de las Fuerzas inserto dentro de su organización actual y que desde los Dispensarios, Enfermerías y Hospitales Regionales, la medicina operacional sea del resorte del Comandante de cada una de estas respectivas instituciones.

7.6.1.2. Salud Operacional dentro de las Unidades Tácticas de cada una de las Fuerzas:

Se trata de llevar la organización operacional hasta la misma zona de Combate con el siguiente esquema organizacional propuesto:

(Ver gráfico No. 5. Diagrama organizacional)

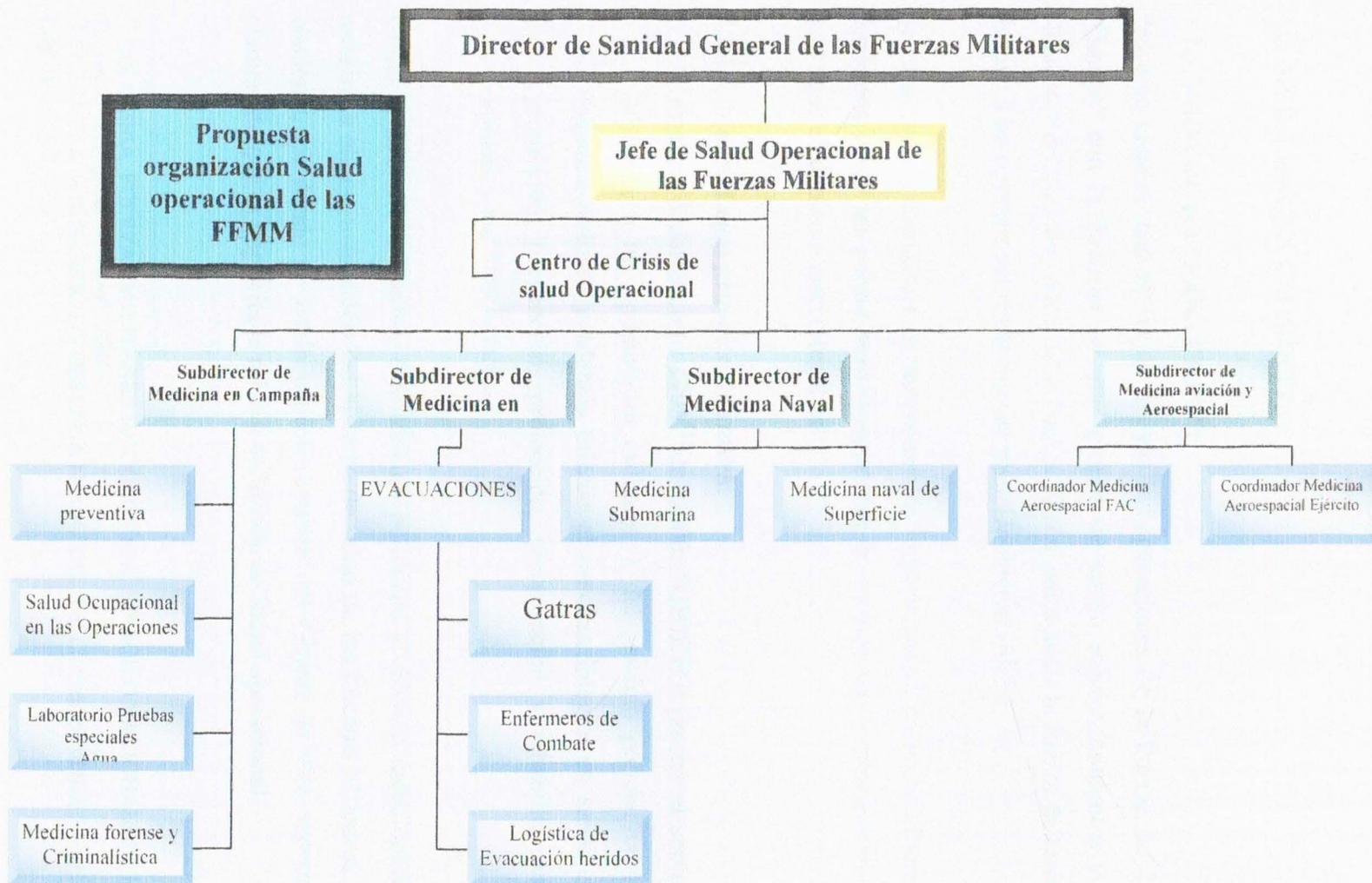


Grafico No. 5. Diagrama Organizacional.

Salud operacional en las Instituciones de salud de cada una de las Fuerzas

Siempre de tener en la mente los dos elementos sustanciales de la medicina operacional cuales son la Medicina de campaña y la Medicina de combate. La salud Operacional debe ser Responsabilidad del Director del estamento de Sanidad, y en las enfermerías y Dispensarios pequeños de Unidades tácticas debe estar a cargo del mismo Oficial de Sanidad que en la mayoría de los casos es el médico Subteniente o Teniente, quien igualmente hace parte de la plana mayor de la Unidad Táctica.

Grafico No. 3 Diagrama organizacional. Salud Operacional Dentro de la Dirección de Sanidad General De las Fuerzas Militares



7.7. MEDICINA EN COMBATE:

7.7.1. PROYECTO “PANTERA”⁴⁰:

Proyecto creado con el fin de apoyar las operaciones de la Fuerza de Tarea Conjunta “Omega” con la doctrina integrar grupos de apoyo médico conjuntos compuestos por elementos de Ejército, Armada y Fuerza Aérea, par apoyar la fuerza de tarea conjunta con destino a las operaciones en el Sur del país. Operación JM.

Se basa en tres elementos organizacionales importantes el proyecto “Pantera” el cual se denomina como un puesto aerotransportable de recolección y clasificación de heridos el cual tiene el siguiente marco legal así:

7.7.1.1. Marco Legal proyecto “Pantera:

Artículo 5 del decreto 1795⁴¹ del 2000: “OBJETO: prestar el servicio de sanidad inherente a las operaciones militares y del servicio policial como parte de su logística militare y además brindar el servicio integral en salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios

Como comentario del autor, éste artículo pertenece al decreto mencionado el cual hace referencia ala estructuración del sistema de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, en donde se habla específicamente del Objeto de este sistema. Se denota claramente que es implícita la misma definición de Salud operacional.

⁴⁰ COLOMBIA. FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA. EJERCITO NACIONAL. En: Proyecto Pantera, Fuerza tarea conjunta “Omega”. 2004

⁴¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. En: La Fuerza Publica del siglo XXI Nueva Legislación. 2000. 899.p.

7.7.1.2. Provisión de Personal proyecto “Pantera”:

En Oficio del día 9 de agosto del 2004, referencia Número 147902 CGM-JEMC-DGSM-SSS-486 Con asunto Disponibilidad Personal de Sanidad, Dirigido al Señor Mayor General Comandante del Ejército Nacional, Por parte del Comandante General de las Fuerzas Militares, se dispone que⁴² :

Todo el personal Militar de Sanidad a nivel Nacional y que se requiera de acuerdo a las necesidades contemplada en las Operaciones del Plan JM, en apoyo a las Operaciones de la Fuerza de Tarea Conjunta “OMEGA” debe estar disponible y participar de manera activa, siendo un compromiso y responsabilidad de todos en la conformación de los Grupos Aerotransportable de Personal y ante la dificultad presentada en la conformación de cada uno de los relevos y analizando que la operación JM se extenderá por un tiempo indefinido; por tal motivo solicito a eses Comando envíe el listado del personal de Oficiales y Suboficiales que conformarán los próximos relevos hasta el mes de marzo del 2005, con turnos bimestrales, exceptuándose el mes de diciembre el cual será compartido por dos relevos. Merece resaltar que deberá ser incluido el personal que no ha participado hasta completar la primera ronda y de ahí en adelante la programación se efectuará en estricto orden de antigüedad.

De acuerdo con la prioridad, el apoyo a las Operaciones Militares, prevalece sobre vacaciones o algún otro acto administrativo, por lo cual en caso de requerirse excluir algún personal, deberá estar plenamente justificado, previéndose las contrataciones o reemplazos que sean requeridos en los Establecimientos de Sanidad Militar y en el Hospital Militar Central, con el fin de no entorpecer el desarrollo de las actividades asistenciales diarias.

⁴² COLOMBIA. COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES. En: Disponibilidad Personal Sanidad. Oficio No. 147902 CGM-JEMC-DGSM-SSS-486. 2004 agosto 9.s.e.

Con Oficios similares dirigidos al Comando de la Armada Nacional y Fuerza Aérea, se ordena a esos Comandos, la provisión de personal para conformar estos grupos de evacuación de heridos. Nota del autor : lo anterior expresa que se integra el grupo Pantera por personal de las tres Fuerzas, con el objeto de apoyar la Fuerza de Tarea “OMEGA”. Hasta el momento se activa un modo conjunto de apoyo a las operaciones conjuntas de las Fuerzas Militares.

7.7.1.3. Organización del Grupo “Pantera”⁴³

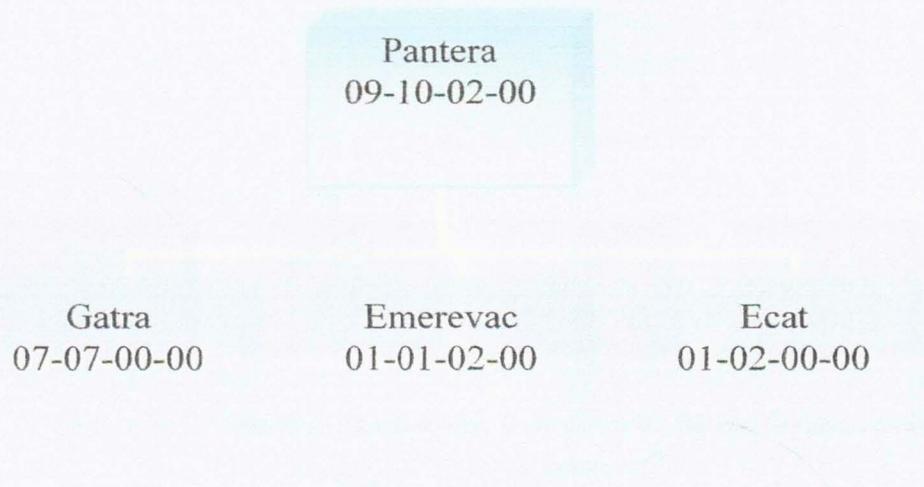


Grafico No. 6. Diagrama Organizacional. Proyecto “Pantera”⁴⁴

- **Pantera** : Puesto Aerotransportable de recolección y clasificación de heridos
- **Gatra** : Grupo aerotransportable de soporte avanzado en trauma :compuesto por: dos (2) cirujanos generales, un (1) anesthesiólogo, un (1) médico general, un (1)bacteriólogo, dos (2) enfermeras jefes y un (1) instrumentador quirúrgico

⁴³ COLOMBIA. FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA. EJERCITO NACIONAL. En: Proyecto Pantera, Fuerza tarea conjunta “Omega”. 2004

⁴⁴ COLOMBIA. FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA. EJERCITO NACIONAL. En: Proyecto Pantera, Fuerza tarea conjunta “Omega”. 2004

- **Emerevac:** Equipo médico de rescate y evacuación:(Área de combate al Gatra) Compuesto por: un (1) médico general, un (1) auxiliar de enfermería, dos(2) suboficiales o soldado profesional rescatista o camillero. **Toda Unidad Táctica debe conformar su EMEREVAC**
- **Ecat:** Equipo de cuidado crítico aerotransportable: (Gatra a Hospital de mayor nivel) conformado por : un (1) internista o médico de aviación, dos(2) auxiliares de enfermería

Cada Gatra Así mismo tendrá la siguiente organización⁴⁵:

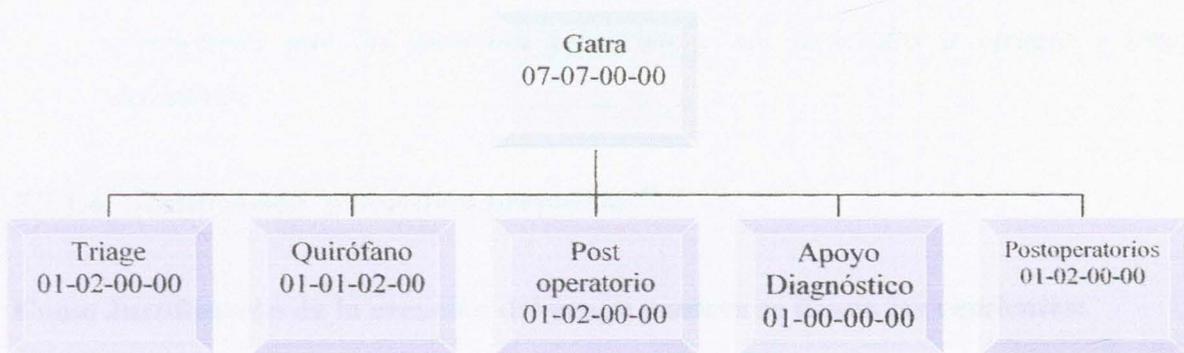


Grafico No. 7. Diagrama Organizacional. Cada uno de los Gatrás (Grupo aerotransportable de soporte avanzado)⁴⁶



Fotos 13, 14,15. Montaje Hospital de Campaña. Gatra .San Vicente. Febrero 2004

⁴⁵ COLOMBIA. FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA. EJERCITO NACIONAL. En: Proyecto Pantera, Fuerza tarea conjunta "Omega". 2004

⁴⁶ COLOMBIA. FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA. EJERCITO NACIONAL. En: Proyecto Pantera, Fuerza tarea conjunta "Omega". 2004

7.7.1.4. Responsabilidad Logística:

Estará a Cargo de las Direcciones de Sanidad de las Fuerzas con sus establecimientos de Sanidad.

7.7.1.5. Misión⁴⁷

Prestar apoyo inmediato a los heridos en combate, acortando el tiempo de inicio de reanimación y atención avanzada, con control de lesiones críticas, estabilizar y realizar las evacuaciones médicas hacia los centros de mayor complejidad, en condiciones que les permitan sobrevivir y ser sometidos a cirugía y terapias definitivas.

7.7.1.6. Justificación y objetivos propuestos⁴⁸:

Como Justificación de la creación del grupo pantera se tienen las siguientes:

- *No tener red de Sanidad en campaña sólida*
- *Empleo de armas no convencionales con gran poder destructivo*
- *Infraestructura local no adecuada*
- *Proporción de mortalidad en combate de 30%*
- *Grandes distancias de evacuación*
- *Condiciones tipográficas y climáticas adversas*
- *Disponibilidad de aeronaves limitada*
- *Material actual obsoleto e insuficiente*

⁴⁷ COLOMBIA. FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA. EJERCITO NACIONAL. En: Proyecto Pantera, Fuerza tarea conjunta “Omega”. 2004

⁴⁸ COLOMBIA. FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA. EJERCITO NACIONAL. En: Proyecto Pantera, Fuerza tarea conjunta “Omega”. 2004

Objetivos Inmediatos⁴⁹:

- *Contar con una unidad de alta movilidad (bajo peso, poco volumen, sencillo de operar y de mantener)*
- *Complejidad suficiente para la atención primaria de lesiones y preparación para la evacuación*
- *Especializada en la Atención del trauma*
- *Entrenamiento permanente*
- *Capacidad para ser activada y movilizada en periodos de tiempo extremadamente cortos. (alta capacidad de reacción)*
- *Disponible en forma permanente*

Objetivos mediano plazo:

- *Disminuir las cifras de mortalidad*
- *Disminuir severidad de secuelas*
- *Mejorar la calidad de la atención de los heridos por trauma de guerra, dándoles un manejo adecuado*
- *Disminuir los costos por la atención de las lesiones, así como las indemnizaciones por secuelas y muerte*

7.7.1.7. Localización⁵⁰:

Se localizaron tres gatas en San José del Guaviare, San Vicente del Caguan y Tres Esquinas. Lo anterior como apoyo en las tres zonas críticas en el apoyo de los heridos en combate, en los sitios de más alta concentración de tropas, dentro de Unidades Militares y con capacidad de desdoblamiento y de desplazamiento de acuerdo al nivel de las operaciones a realizar.

⁴⁹ COLOMBIA. FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA. EJERCITO NACIONAL. En: Proyecto Pantera, Fuerza tarea conjunta "Omega". 2004

⁵⁰ COLOMBIA. FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA. EJERCITO NACIONAL. En: Proyecto Pantera, Fuerza tarea conjunta "Omega". 2004

7.7.1.8 Análisis de la medicina de combate mediante los grupos “pantera”: Según comentario de los autores se considera que han sido viables y han creado una organización verdaderamente eficaz. Se estructura la Sanidad Operacional a nivel de medicina de combate como un estructura determinante, el cual ha significado logros significativos.

Anteriormente la medicina de combate se realizaba con la doctrina en que la Unidad afectada mediante el uso de sus propios recursos de sanidad, recogía los heridos en el campo de batalla, los llevaba a un puesto de socorro, allí se clasificaban, se les practicaba la reanimación inicial y si el Oficial de Sanidad o quien hiciera sus funciones, determinaba remisión a un centro asistencial de mayor nivel , el paciente era trasladado, haciendo previamente las coordinaciones con la sección de personal y el Comandante de la Unidad Táctica.

La forma de operar de las Unidades ha cambiado, se ha incrementado el número de los efectivos, lo que ha hecho necesario crear un sistema de evacuación de heridos más eficiente. Por lo anterior hacen la aparición los grupos de evacuación organizados y insertos dentro de la misma organización logística. En el año 2003, cuando se realiza el apoyo a la Operación Libertad en Cundinamarca como la primera fase de la Operación JM, dentro de los CODAS (Comando de apoyo logístico), se crea exitosamente un puesto de recolección de heridos, que actuó eficazmente en el apoyo de Medicina de Combate a ésta operación.

Posteriormente Se activa la Fuerza de Tarea del Sur. Se determina la necesidad de crear un sistema de Medicina de Combate mucho más grande y estructurado para una operación militar Conjunta y con alto numero de bajas calculadas. Consecuente con lo

anterior, hacen su aparición los grupos “Pantera” que igualmente han cumplido su misión exitosa en apoyo a un Comando Conjunto.

Lo relevante de estos grupos es que se integró tanto de personal como apoyo logístico de elementos de las tres Fuerzas, se activan tres **GATRAS**, en San José del Guaviare, San Vicente y Tres Esquinas. Se establecen resultados satisfactorios tales como disminuir el tiempo mínimo de evacuación a 120 minutos en promedio, dentro de las mejores condiciones de atención médica⁵¹, al 31 de diciembre del 2004 se han atendieron 218 pacientes en los años de 2003 y 2004 con un promedio de costo minuto de evacuación de cincuenta y ocho mil pesos (\$58.000.00). Lo anterior no solo es un factor monetario, sino que se han salvado vidas de combatientes de las FFMM, que se encontraban en peligro inminente de muerte. V.g. traumas penetrantes a tórax y abdomen, secundarios a heridas por arma de fuego.

La función de los Gatrás es estabilizar hemodinámicamente al herido en combate y realizar procedimientos de “Damage control”: Control de Daños. Lo que se define como los procedimientos de estabilización hemodinámica, controlar sangrados y eventos que amenacen la vida en el periodo inmediato. En estas Unidades no se debe realizar por ningún motivo cirugías que pueden hacerse en otros centros de atención tales como procedimientos neuroquirúrgicos, Instrumentaciones y osteosíntesis, cirugías electivas, ni intervenciones en apoyo de jornadas de acción cívico militar. La función es exclusiva de atención de los heridos de combate, en ningún modo la medicina de combate puede convertirse en Atención general de Salud, puesto esto es función de la parte asistencial de las Direcciones de Salud de cada una de las Fuerzas y se desvirtuaría el objetivo de la creación de los Gatrás.

Los resultados de los Gatrás y los grupos “Pantera” son de mostrar. Sin embargo ya es tiempo de hacer retroalimentación positiva para incentivarlos y optimizarlos.

⁵¹ COLOMBIA. FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA. EJERCITO NACIONAL. En: Proyecto Pantera, Fuerza tarea conjunta “Omega”. 2004

Se ha determinado que una de sus amenazas y falencias son con respecto al personal que se ha tenido que desplazar a cumplir las funciones propias de medicina en Combate. Se está utilizando personal altamente especializado en áreas que no son de su competencia. Se destaca una necesidad para cubrir otra vg. Caso de un coloproctólogo que lo envían a un Gatra a hacer las veces de un médico general o cirujano general, descubriendo una necesidad en su Unidad de origen.

También se ha detectado que existe disminución en la cantidad de médicos generales militares en las Fuerzas Militares y existen más especialistas. Lo anterior crea una pirámide inversa, que ha llevado a que se utilicen los especialistas en labores de médicos generales.

El personal que debe ser asignado a los Grupos “Pantera” debe tener según los autores los siguientes perfiles de entrenamiento y requisitos:

- Médicos Militares generales: Deben ser los encargados de manejar los Emerevac, con función inicial de recolección inicial de los heridos. Este punto es relevante puesto en los primeros minutos tras una adecuada atención médica, se garantiza la sobrevivencia de un paciente.
- Los Gatrás: deben estar integrados por Médicos entrenados en especialidades de Trauma: Cirujanos Generales, Anestesiólogos, Ortopedistas, y Médicos Militares especialistas en Medicina Militar. Todos sin excepción deben haber cursado el Curso de ATLS (Soporte Vital en Trauma) y deben estar certificados al respecto.
- No deben incluirse personal de supraespecialistas tales como Cirujanos de Mano, Cirujanos de Tórax, Cirugía de Columna, Coloproctología, Cirugía Vascular etc. En razón a que estos especialistas son indispensables para la

atención de los heridos en los Niveles III Y IV de atención médica y necesitan una infraestructura tanto de planta física como de equipos altamente especializados además de Unidades de Cuidados intensivos. Se ha determinado que al incluir éste personal en los Gatras, se descubren vacíos en las Unidades de Origen tales como los Hospitales Regionales Militares y Hospital Militar Central, creando una gran necesidad y represamiento de pacientes.

El valor de costo hora de un médico general en una EPS es de quince mil pesos (\$15.000.00) promedio .La hora de especialista treinta mil pesos (\$30.000.00) y la de supraespecialista cuarenta y cinco mil pesos (\$45.000.00), por lo anterior no tiene justificación desde el punto de vista económico emplearlos en funciones de médico general. Esto es importante a tener en cuenta ya que la utilización de los médicos supraespecialistas en el área acarrea que se realicen contratos con médicos civiles a altos costos.

- Los supraespecialistas deben prestar el apoyo al grupo “Pantera” desde sus unidades de origen y se deben tener como reserva estratégica en el tratamiento de los heridos de alta complejidad, tales como heridas por arma de fuego en el sistema nervioso central, cardioráxicas, columna vertebral, lesiones vasculares de alta complejidad, lesiones óseas que requieran instrumentación y osteosíntesis y pacientes que requieran atención en Unidades de Cuidado intensivo.
- Por ningún motivo se deben enviar médicos que no tengan especialidades de trauma o que necesiten equipos de alta tecnología para desempeñarse tales como: Psiquiatras, Pediatras, Otorrinolaringólogos, Radiólogos, fisiatras, oftalmólogos, dermatólogos, patólogos. Etc. Estas especialidades son para atención de los pacientes derivados para su atención específica. Si se hacen orgánicos de un Gatra, se evidencia desperdicio de una persona en funciones que desconocen totalmente y se abre una necesidad en otra unidad sanitaria militar.

- Las Fuerzas Militares en Colombia, dada su trayectoria, amenaza terrorista, cantidad de Guarniciones y Unidades, además con capacidad de una Facultad de Medicina están en mora de crear una Especialidad de MEDICINA MILITAR. Para formar Médicos Militares Especialistas en esta área, integrales, en la atención de la Medicina de Combate y Medicina de Campaña, con alto entrenamiento en trauma y medicina preventiva.
- El personal de Suboficiales de Sanidad y Soldados, que integran toda la organización de los grupos “pantera” deben tener los cursos de trauma, reanimación y atención de heridos pertinentes. El personal orgánico de todo el sistema de medicina en combate debe estar entrenado en los cursos de reanimación que corresponden a su nivel, como requisito indispensable para integrar los mismos.
- Los enfermeros de combate deben ser fortalecidos en su entrenamiento. Este punto es importante puesto son los apéndices naturales del Sistema de Salud operacional en cada una de las Unidades que están en el frente de combate.

En síntesis el modelo de Medicina de combate, manejado a nivel de los Gatras ha sido excelente y se ha observado un orden con un gran merito la intervención conjunta de la Sanidad Militar. Sin embargo es el momento de realizar una retroalimentación positiva para optimizarlos y de una vez proyectarnos al nuevo sistema de operación en las Fuerzas Militares.

8. CONCLUSIONES

- 8.1 La salud operacional es la razón de ser de la sanidad en la fuerza pública, en criterio de los autores, no se están formando especialistas en el área que requiere la Salud Operacional. Son ingentes los esfuerzos de la institución para la formación de médicos especialistas en las áreas asistencial; olvidando la principal función de la Salud Operacional. No contamos con especialistas en trauma y evacuación de heridos.
- 8.2 El gran número de Oficiales de Sanidad con carreras afines a la medicina, no se vienen desempeñando en su área. En la actualidad existen doce (12) enfermeras Jefes en cargos administrativos (Ver Anexo C).
- 8.3 La necesidad de especialistas en la Fuerza, ha venido siendo planeada por la Sanidad Militar, sin tener en cuenta las necesidades de la Salud Operacional, tal es el caso de que se cuenta con cincuenta y cuatro (54) psicólogos militares⁵²; los cuales engrosan la planta de Sanidad sin que se desempeñen en beneficio de la Salud Operacional, mientras que solo se cuenta con sesenta y ocho médicos generales (68)⁵³ de los cuales veinticuatro (24) se encuentran haciendo especialidades en el Hospital Militar y en Ciudades capitales como Tunja, Barranquilla, Pasto , Medellín, Bucaramanga, Valledupar, Cali, Neiva, etc. para un total de Diez (10) en ciudades capitales, dejando el impacto de la Medicina de Combate a menos de 50% de médicos generales, de los cuales menos del 1% conforman la planta de los grupos “pantera” (Ver anexo. Personal Sanidad a nivel Nacional)

⁵² COLOMBIA. DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO. En: tabla de organización de personal. Abril 31 del 2005.

⁵³ COLOMBIA. DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO. En: tabla de organización de personal. Abril 31 del 2005.

- 8.4 Existe una dualidad de funciones entre la salud operacional y la dirección de sanidad, la salud operacional no debe delegar sus funciones de prevención, ni afrontar misiones que no son de su competencia, como atención de beneficiarios.
- 8.5 En la historia de la humanidad una inquietud evidente en todas las épocas, fue la necesidad de mantener el número de efectivos en completo alistamiento para el combate, incidiendo en los factores sanitarios que mermaban las tropas. En muchos casos de manera mas determinante que las acciones enemigas.
- 8.6 A pesar que en Colombia los reportes escritos de actividades sanitarias en los ejércitos se remontan a la historia del ejército libertador; es tan solo en 1997 que se reglamentan.
- 8.7 En el interior de la organización no existe una conciencia clara de la misión de la salud operacional, incluso dentro del mismo personal sanitario. Se ha confundido la misión de la sanidad con la misión de la salud operacional.
- 8.8 Una falla garrafal que atañe a una de sus funciones, es la exclusión de la prevención, como misión primordial para alcanzar el objetivo de mantener el número de efectivos en combate.
- 8.9 En el año pasado, el gran número de casos de leishmaniasis, demostró lo importante que es para el éxito de las operaciones el desarrollo de medidas que permitan incidir en la prevención de enfermedades típicas de determinadas regiones.
- 8.10 Es necesario canales de comunicación fluidos entre la medicina operacional, y las actividades propias de la fuerza. Debe dictarse doctrina en este aspecto.

- 8.11 Existen innumerables fortalezas en la salud operacional en las fuerzas militares, que no se han integrado, lo que desencadena ingentes esfuerzos separados, acarreando incrementos de costos. Deben integrarse los recursos de armada, aviación y ejercito, con lo que el cumplimiento de la misión de la salud operacional, se alcanzaría con una importante mejoría en la economía de recursos humanos y materiales.
- 8.12 En concepto de los autores. uno de los problemas que mas están incidiendo en la problemática de la salud operacional, es la utilización de personal inadecuado para el desempeño de algunos cargos de carácter técnico; por la naturaleza misma de la fuerza, los dejamos en personal no calificado. Por citar un ejemplo, se menciona el empleo de soldados para el manejo de la estadística en las unidades. Y al otro lado, utilizamos personal altamente especializado para cumplir misiones de menor nivel, como el empleo de Supraespecialistas en los GATRAS.
- 8.13 No contamos con el personal necesario para los ECAT (Equipo de evacuación crítica aerotransportada). Hoy en día en la Fuerza existe una persona con el entrenamiento adecuado para estas labores.
- 8.14 Debemos dictar políticas claras para el entrenamiento del personal. En la actualidad existe un importante déficit de enfermeros de combate, a pesar del gran número de personal entrenado. Múltiples son las causas que inciden en este fenómeno pero en la que mejor se puede incidir, por parte de la salud operacional es la reglamentación de los cursos, buscando determinar los perfiles para los candidatos. No se debe permitir que el personal de enfermeros de combate cambien profesión, estimulados por la misma fuerza, al candidatizarlos para otros cursos afines en salud, pero que se desvían de la misión principal.
- 8.15 Existe desconocimiento por parte de los Oficiales de Sanidad de sus deberes como garantes de la salud operacional en sus unidades. Como integrantes de la plana Mayor Especial, deben convertirse en difusores de la misión de la Salud Operacional.

- 8.16 Se debe dictar políticas encaminadas a alcanzar el liderazgo externo, por parte de los oficiales de sanidad, en su participación a nivel local en los comités de desastres, que deben convertirse en líderes que dirijan la atención de calamidades públicas.
- 8.17 Se evidencia en algunos casos indolencia, por las funciones de la salud operacional, especialmente las que se relacionan con las misiones de combate. Existe confusión en cuanto al papel que se debe cumplir en estos casos.
- 8.18 La función más importante de salud operacional en concepto de los actores es incidir positivamente en la prevención y mejorar sustancialmente la atención del herido de combate.
- 8.19 La creación de los **GRUPOS “PANTERA”** ha sido la principal fortaleza alcanzada por la salud operacional, por lo cual se considera, que el esfuerzo principal debe estar encaminado a consolidarlos y suplir sus dolencias.
- 8.20 Es importante tomar medidas encaminadas a incrementar el número de médicos generales con entrenamiento en evacuación y estabilización de heridos para fortalecer la atención de los **GATRAS**
- 8.21 Una amenaza latente del funcionamiento de los **GATRAS** es empleo de personal altamente especializado lo que incrementa los costos, de su funcionamiento. Se debe emplear el personal estrictamente necesario. Se debe incentivar la creación de la Especialidad Médica “**MEDICINA MILITAR**” dirigida a suplir ésta deficiencia.
- 8.22 Se Debe diferenciar claramente las funciones de la Dirección de Sanidad como ente matriz de la salud sin indalgarle sus funciones a la Salud Operacional.

8.23 El organigrama propuesto por este trabajo propende, por un funcionamiento ágil de la salud operacional dotándolo de personal calificado, para lo cual determina el perfil de los cargos; considerando que al incidir en este nivel de la organización; se incide directamente sobre un factor determinante de éxito para el cumplimiento de la misión.

9. BILIOGRAFÍA

COLOMBIA. COMANDO EJÉRCITO NACIONAL. En: Plan estratégico institucional 2003-2006, Comando del Ejército Nacional. S.e. s.d.

COLOMBIA. COMANDO GENERAL DE LAS FUERZAS MILITARES. En: Disponibilidad Personal Sanidad. No. 147902 CGM-JEMC-DGSM-SSS-486.Oficio. 2004 agosto 9.s.e.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. LEY 352 DE 1997 Por la cual se reestructura el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones en materia de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. . En: Diario Oficial, 1 No. 42.965, de 23 de enero de 1997

COLOMBIA. DIRECCIÓN DE SANIDAD EJÉRCITO. Mapa epidemiológico de reportes brotes epidémicos. 2002

COLOMBIA. DIRECCION SANIDAD EJÉRCITO NACIONAL. En: Políticas actuales de Salud Operacional de la Dirección General de Ejército, año 2005.

COLOMBIA. DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO. En: tabla de organización de personal. Abril 31 del 2005.

COLOMBIA. EJERCITO NACIONAL. Dirección de Sanidad Ejército. En: Manual específico de funciones y requisitos, 2005, s.e.

COLOMBIA. FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA. EJERCITO NACIONAL. En: Proyecto Pantera, Fuerza tarea conjunta "Omega". 2004

COLOMBIA. FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA. En: Manual del medio ambiente para Unidades Tácticas. Bogotá. 2002. Imprenta Ejército Nacional

COLOMBIA. FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA. En: Manual de medicina preventiva. Bogotá. 1986. Imprenta Ejército Nacional

COLOMBIA. FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA. FUERZA DE TAREA “OMEGA”. PROYECTO PANTERA. 2004

COLOMBIA. MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. DECRETO NUMERO 1795 DE 2000, *artículo 29*, septiembre 14 del 2000. En: La Fuerza Pública en el siglo XXI. Imprenta Nacional. 2000. P.533

COLOMBIA. MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. En: La Fuerza Publica del siglo XXI Nueva Legislación. 2000. 899.p.

COLOMBIA. MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL. En: La Fuerza Pública en el siglo XXI. Imprenta Nacional. 2000. P.533

COLOMBIA. MINISTERIO DEFENSA NACIONAL. DECRETO NÚMERO 1795 DE 2000. septiembre 14.2000. . En: La Fuerza Pública en el siglo XXI.. Imprenta Nacional. 2000. P.533

COLOMBIA. MINISTERIO DE DEFENSA. Informe sobre “Minas Quiebrapatas”, año 2000.

COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPÚBLICA. LEY 599, Julio 24 de 2000. Diario Oficial No 44.097

FORERO RAMÍREZ, Juan. “El delito de Omisión en el Nuevo Código Penal”, Legis, 1 ed. Bogotá, D.C. 2002

GUZMAN. Fernando. EN: Anestesia loco- regional. Disponible en: [http // www anestesisweb.ens.uabc.mx/articulos/residentes/anestesia_locorregional.htm](http://www.anestesisweb.ens.uabc.mx/articulos/residentes/anestesia_locorregional.htm). Acceso 13 marzo de 2005

GUZMAN. Fernando. EN: Posición Social y Científica de la Medicina en el siglo XVII ¿Sí ha cambiado en cuatro siglos? Bogotá DC. 2004. Universidad del Rosario. Disponible en: Www.encolombia.com/heraldo2422902posicion.htm. Acceso marzo 13 del 2005

MARTINEZ. Norberto y QUIROGA. Fernando. Modelo integral de atención en salud para operaciones militares en Colombia. Bogotá. 2004, 106 p.

MONTEALEGRE LYNETT, Eduardo. "La culpa en la actividad médica. Imputación objetiva y deber de cuidado". Bogotá, D.C. Universidad Externado de Colombia. 1988. pag.76. Monografías de Derecho Penal No.1 págs. 173-189.

PARIS. UNESCO: Oficina Internacional de Educación, vol. XXVIII, N° 1, marzo 1998.
ROJAS. Raúl. En: Entrevista .SUBDIRECTOR CIENTÍFICO DIRECCIÓN DE SANIDAD. Febrero 15 2004. Disan.s.e.s.d.

S.a. VERSION CASIODORO DE LA REINA (1569). La Santa Biblia. Versículo 20 "Leyes de La Guerra".Revisión 1960, antigua Revisión. Editorial sociedades Bíblicas unidas. Pagina 197. 1960

SANDOVAL. Álvaro y PARRA. Martha. Otras alternativas en el tratamiento de la Leishmaniasis. En: Boletines Salud Operacional de Dirección de Sanidad del Ejército Nacional 31 dic 2004 y 2005. Bogotá. DC. Monografía Esdegue

USA. INTERNATIONAL SOCIETY FOR TELEMEDICINA (IST) . Disponible En: [http://www. Isft.org/](http://www.Isft.org/) acceso abril 20 de 2005

VASQUEZ. Flavio y VASQUEZ. Marco, LA MEDICINA EN EL SIGLO XX Hospital "Luis Uría de la Oliva". La Paz – Bolivia. En: www.revistamedica.8m.com/medmoder1.htm. Consultado marzo 2 del 2005

VENEZUELA. MINISTERIO DE CULTURA. Consultado en: www.venezuelatuya.com/biografias/reverend.htm, Acceso el 9 de marzo del 2005

CONTENIDO

INTRODUCCION	01
OBJETIVO GENERAL	02
OBJETIVO ESPECIFICO	03
ALCANCE	04
RESPONSABILIDAD	05

PROCEDIMIENTOS OPERACIONALES

FUNCIONES

1. OBJETIVO GENERAL	01
2. OBJETIVO ESPECIFICO	02
3. ALCANCE	03
4. RESPONSABILIDAD	04
5. PROCEDIMIENTO	05
6. CONTROL	06
7. EVALUACION	07
8. MONITORIA	08
9. MEJORAMIENTO CONTINUO	09
10. CIERRE	10
11. ANEXOS	11
12. GLOSARIO	12
13. REFERENCIAS	13
14. HISTORIAL DE REVISIONES	14
15. APROBACION	15
16. FECHA DE EMISION	16
17. FECHA DE VIGENCIA	17
18. FECHA DE REVISION	18
19. FECHA DE CANCELACION	19
20. FECHA DE SUSPENSIÓN	20
21. FECHA DE REACTIVACIÓN	21
22. FECHA DE ARCHIVO	22
23. FECHA DE DESARCHIVO	23
24. FECHA DE DESTRUICIÓN	24
25. FECHA DE RECUPERACIÓN	25
26. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	26
27. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	27
28. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	28
29. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	29
30. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	30
31. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	31
32. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	32
33. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	33
34. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	34
35. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	35
36. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	36
37. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	37
38. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	38
39. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	39
40. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	40
41. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	41
42. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	42
43. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	43
44. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	44
45. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	45
46. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	46
47. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	47
48. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	48
49. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	49
50. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	50
51. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	51
52. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	52
53. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	53
54. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	54
55. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	55
56. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	56
57. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	57
58. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	58
59. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	59
60. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	60
61. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	61
62. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	62
63. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	63
64. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	64
65. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	65
66. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	66
67. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	67
68. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	68
69. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	69
70. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	70
71. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	71
72. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	72
73. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	73
74. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	74
75. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	75
76. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	76
77. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	77
78. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	78
79. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	79
80. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	80
81. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	81
82. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	82
83. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	83
84. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	84
85. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	85
86. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	86
87. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	87
88. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	88
89. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	89
90. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	90
91. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	91
92. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	92
93. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	93
94. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	94
95. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	95
96. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	96
97. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	97
98. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	98
99. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	99
100. FECHA DE RECONSTRUCCIÓN	100

ANEXO A

I. IDENTIFICACIÓN DEL CARGO

DENOMINACIÓN : OFICIAL DE SALUD OPERACIONAL Y OCUPACIONAL GRADO: MY
 DEPENDENCIA : DIRECCIÓN DE SANIDAD
 NÚMERO DE CARGOS : UNO (1)
 SUPERIOR INMEDIATO : SUBDIRECTOR

AREA: SALUD OPERACIONAL Y OCUPACIONAL SUBAREA:

II RESPONSABILIDAD

FUNCIONES

PRODUCTO

- 1 ASESORAR AL NIVEL DIRECTIVO EN LOS ASPECTOS TÉCNICOS RELACIONADOS CON PLANEACIÓN, ORGANIZACIÓN, INVESTIGACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS OPERACIONALES, PARA APLICARLOS EN LAS UNIDADES MILITARES
- 2 ADMINISTRAR, DIRIGIR, CONTROLAR Y EVALUAR EL DESARROLLO DE LOS POLITICAS, PROGRAMAS Y PROYECTOS DESARROLLADOS EN LA SECCIÓN.
- 3 ASESORAR Y DIRIGIR LOS PROGRAMAS OPERACIONALES DE LA DIRECCIÓN COMO SON; PLAN 10.000, PLAN VACUNACIÓN, CÓDIGO 042, ATEP, ENTRE OTROS.
- 4 ASESORAR Y PRESENTAR PROPUESTAS EN LA MODIFICACIÓN DE LA NORMATIVIDAD ESTABLECIDA EN LA LEY 352, ACUERDOS Y PROTOCOLOS DE MANEJO.
- 5 PRESENTAR Y SUSTENTAR PROGRAMAS FUTUROS AL NIVEL DIRECTIVO DE LA DIRECCIÓN DE SANIDAD.
- 6 DIRIGIR E INTERVENIR OPORTUNA Y ACERTADAMENTE EN EVENTOS DE SALUD PÚBLICA MILITAR E INVESTIGACIÓN, COMO SON BROTES EPIDÉMICOS.
- 7 GESTIONAR ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS U ORIENTACIONES DE POLÍTICAS NACIONALES EN SALUD CON LOS INSTITUTOS ESTATALES RECTORES DEL SECTOR SALUD
- 8 SUPERVIGILAR EL FUNCIONAMIENTO DE LA SECCIÓN, PARA DAR CUMPLIMIENTO A LO SOLICITADO EN LOS ACUERDOS, COMO SON: ESTADÍSTICA DE MORBILIDAD, ESTADÍSTICA DE MORTALIDAD, ESTADÍSTICA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS, ESTADÍSTICA DE BROTES EPIDÉMICOS.
- 9 PRESENTAR PERIÓDICAMENTE AL NIVEL DIRECTIVO EL DESARROLLO Y ESTADO ACTUAL DE LOS PROGRAMAS IMPLEMENTADOS EN LAS UNIDADES MILITARES.
- 10 PRESENTAR PERIODICAMENTE AL NIVEL DIRECTIVO INFORMES GERENCIALES A CERCA DEL ESTADO Y AVANCES DE LOS PROYECTOS PROPUESTOS.
- 11 LAS DEMÁS QUE SEAN ASIGNADAS, DE ACUERDO CON EL AREA DE DESEMPEÑO.

- * DIRECCIÓN, CONTROL Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE SALUD OPERACIONAL, OCUPACIONAL, VIGILANCIA EPIDEMIO LÓGICA Y DEMÁS PROYECTOS.
- * BOLETINES TÉCNICOS PARA LA DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS E INVESTIGACIONES ALCANZADOS DENTRO DEL PROGRAMA.
- * FORTALECIMIENTO DE LA SANIDAD EN CAMPAÑA EN LAS UNIDADES MILITARES DE LA FUERZA.

III PERFIL OCUPACIONAL

CONOCIMIENTO EN SALUD MILITAR
CONOCIMIENTO EN PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
CONOCIMIENTO EN EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FFMM
CONOCIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD DEL SUBSISTEMA
HABILIDADES EN ADMINISTRACIÓN
HABILIDADES EN ORIENTACIÓN
HABILIDADES EN PLANEACIÓN
HABILIDADES DE TRABAJO EN EQUIPO
APTITUD DE RESPONSABILIDAD
APTITUD DE COMPROMISO
APTITUD DE MEJORAMIENTO
FACILIDAD DE EXPRESIÓN
CAPACIDAD DE ANÁLISIS

CAPACIDAD DE REACCIÓN

IV. REQUISITOS

EDUCACIÓN : PROFESIONAL EN MEDICINA

NIVEL : EJECUTIVO

EXPERIENCIA : CUATRO (4) AÑOS EN ORDEN PÚBLICO
CARGOS EN BRIGADAS MÓVILES Y/O FUERZAS ESPECIALES.

OTROS :

1. NAME OF THE PROJECT
2. LOCATION
3. DATE OF THE STUDY
4. SCALE OF THE STUDY

STATE OF THE ART

1. INTRODUCTION
2. OBJECTIVES
3. SCOPE
4. RESEARCH METHODOLOGY
5. DATA COLLECTION
6. DATA ANALYSIS
7. RESULTS AND DISCUSSION
8. CONCLUSIONS
9. RECOMMENDATIONS
10. REFERENCES

ANEXO B

I. IDENTIFICACIÓN DEL CARGO

DENOMINACIÓN : COORDINADOR DE SANIDAD EN CAMPAÑA GRADO : SS
 DEPENDENCIA : DIRECCIÓN DE SANIDAD
 NÚMERO DE CARGOS : UNO (1)
 SUPERIOR INMEDIATO : JEFE SECCIÓN SALUD OPERACIONAL Y OCUPACIONAL

AREA: SALUD OPERACIONAL Y OCUPACIONAL SUBÁREA: SALUD OPERACIONAL

II RESPONSABILIDAD

FUNCIONES

PRODUCTO

- 1 ASESORAR AL NIVEL DIRECTIVO SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMOS QUE FORTALEZCAN LA SANIDAD EN LAS UNIDADES DE LA FUERZA, COMO EN ACTIVIDADES DE MANEJO DE AGUA PARA CONSUMO HUMANO, BOTIQUINES DE SALUD PARA EL COMBATE, HOSPITALES DE CAMPAÑA, PUESTOS DE SOCORRO.
- 2 COORDINA JUNTO CON LA SECCIÓN DE TALENTO HUMANO, EL PROGRAMA GENERAL DE CAPACITACIÓN EN SANIDAD EN CAMPAÑA EN LAS UNIDADES DE LA FUERZA.
- 3 DIFUNDIR LA NORMATIVIDAD EXISTENTE SOBRE LA SANIDAD EN CAMPAÑA Y SUS AVANCES TECNOLÓGICOS.
- 4 PARTICIPA ACTIVAMENTE EN LAS DEMOSTRACIONES QUE REALIZAN OFERENTES SOBRE TECNOLOGÍA EN EL TEMA, CON EL FIN DE IMPLEMENTAR AVANCES TÉCNICO-CIENTÍFICOS DEL AREA EN MENCIÓN.
- 5 VIGILAR LA EJECUCIÓN DE PLANES Y ORDENES , REALIZANDO LAS ACCIONES NECESARIAS PARA LOGRAR LA INTERVENCIÓN DE LOS COMITÉS EN CADA UNO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SANIDAD MILITAR.
- 6 LAS DEMÁS QUE SEAN ASIGNADAS, DE ACUERDO CON EL AREA DE DESEMPEÑO.

- FORTALECER LA SANIDAD EN CAMPAÑA, MEDIANTE LA INVERSIÓN EN TECNOLOGÍA Y CAPACITACIÓN DE PERSONAL PARA EL APOYO EN LAS OPERACIONES MILITARES.
- MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES FÍSICAS Y SANITARIAS EN EL DESARROLLO DE OPERACIONES MILITARES.

III PERFIL OCUPACIONAL

CONOCIMIENTO EN SALUD PÚBLICA MILITAR
CONOCIMIENTO EN EL SUBSISTEMA DE SALUD DE LAS FFMM
CONOCIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD DEL SUBSISTEMA
HABILIDADES EN ADMINISTRACIÓN
HABILIDADES EN ORIENTACIÓN
HABILIDADES EN PLANEACIÓN
HABILIDADES DE TRABAJO EN EQUIPO
APTITUD DE RESPONSABILIDAD
APTITUD DE COMPROMISO
APTITUD DE MEJORAMIENTO
FACILIDAD DE EXPRESIÓN
CAPACIDAD DE ANÁLISIS
CAPACIDAD DE REACCIÓN

IV. REQUISITOS

EDUCACIÓN : SUBOFICIAL ADMINISTRATIVO
ENFERMERO DE COMBATE

NIVEL : TÉCNICO

EXPERIENCIA : CUATRO (4) AÑOS EN ORDEN PÚBLICO
CARGOS EN BRIGADAS MÓVILES Y/O FUERZAS ESPECIALES.

OTROS :

ANEXO C

A NIVEL NACIONAL

CATEGORIA	BR	UNIDAD	CIUDAD	CEDULA	GRADO	ARMA	ESPEC	APELLIDOS	NOMBRES	PROFESION	F.ULT.TRAS	F.INGRESO	F.ULT.ASC
OFICIAL MIL	BR1AV	CBRAV	BOGOTA	63433510	ST	ADM	MED	YUSSEFF GRANADOS	CLAUDIA PAOLA	MEDICO GENERAL	20041211	20040903	20041216
OFICIAL MIL	BR1AV	CBRAV	BOGOTA	52145700	CT	ADM	MED	AREVALO BOGOTA	ALIX YAMILE	MEDICO GENERAL	20030301	19971213	20011213
OFICIAL MIL	BR1AV	UN-ESP	BOGOTA	18368771	MY	ADM	MED	HERNANDEZ TORRES	FREDY EDUARDO	MEDICO GENERAL	20010212	19910909	20011201
OFICIAL MIL	BR1AV	BAHEL	TOLEMAIDA	37095602	TE	ADM	MED	LOPEZ PICO	AMPARO	MEDICO GENERAL	20011201	20010515	20010515
OFICIAL MIL	BR1M10	BR1M10	MIRAFLORES	72210231	ST	ADM	MED	LINERO SALCEDO	BERNARDO GREGORIO	MEDICO GENERAL	20041211	20040903	20041216
OFICIAL MIL	BR1M11	BR1M11	ANTIOQUIA	37328461	ST	ADM	MED	VERJEL HERNANDEZ	DAMIA GREGORIA	MEDICO GENERAL	20041211	20040903	20041216
OFICIAL MIL	BR1M12	BR1M12	FLORENCIA	98213540	ST	ADM	MED	MONTANO DUARTE	JHON LEONARDO	MEDICO GENERAL	20041211	20040903	20041216
OFICIAL MIL	BR1M3	BR1M3	UCARAMANGA	72129429	ST	ADM	MED	CHONA SUAREZ	WILLINGTON	MEDICO GENERAL	20040119	20021228	20021228
OFICIAL MIL	BR1M32	BR1M32	RES. ESQUINA	79049310	TE	ADM	MED	MAHECHA GUTIERREZ	MIGUEL ANGEL	MEDICO GENERAL	20040701	2E+08	20001214
OFICIAL MIL	FUDRA	BR1M3	TOLEMAIDA	56045349	ST	ADM	MED	CUBIDES AMEZQUITA	JENNER RODRIGO	MEDICO GENERAL	20021228	20021228	20021228
OFICIAL MIL	FUDRA	BR1M1	LA MACARENA	93128497	CT	ADM	MED	ORJUELA PEREZ	HECTOR MANUEL	MEDICO GENERAL	20050130	19981223	20031201
OFICIAL MIL	JEDSH	DISAN	BOGOTA	52420326	TE	ADM	MED	FIGUEROA PEDREROS	JENNY PAOLA	MEDICO GENERAL	20040601	20001216	20001216
OFICIAL MIL	JEDSH	DISAN	BOGOTA	52259334	TE	ADM	MED	GARCIA RODRIGUEZ	HILDA STELLA	MEDICO GENERAL	20040508	20001001	20001001
OFICIAL MIL	JEDSH	UMNG-ESP	BOGOTA	52007320	CT	ADM	MED	CORZO PEREZ	PAULA ADRIANA	MEDICO GENERAL	20041219	19981223	20031201
OFICIAL MIL	JEDSH	UMNG-ESP	BOGOTA	79987940	CT	ADM	MED	GOMEZ RODRIGUEZ	JUAN CARLOS	MEDICO GENERAL	20041219	19990202	20040601
OFICIAL MIL	JEDSH	UMNG-ESP	BOGOTA	16022229	CT	ADM	MED	GUTIERREZ MUÑOZ	ISMAEL ELEAZAR	MEDICO GENERAL	20041219	19981223	20031201
OFICIAL MIL	JEDSH	UMNG-ESP	BOGOTA	79719604	CT	ADM	MED	PINO VILLARREAL	LUIS EDUARDO	MEDICO GENERAL	20041219	19991001	19991001
OFICIAL MIL	JEDSH	UMNG-ESP	BOGOTA	71077133	CT	ADM	MED	RIAÑO PEREZ	HERNANDO HUMBERTO	MEDICO GENERAL	20041219	19980918	20031201
OFICIAL MIL	JEDSH	UMNG-ESP	BOGOTA	51957013	CT	ADM	MED	ROZO RAMOS	MARTHA JANNETH	MEDICO GENERAL	20041219	19990202	20040601
OFICIAL MIL	JEDSH	UMNG-ESP	BOGOTA	52556345	CT	ADM	MED	VASQUEZ VISCAINO	YADIRA ASTRID	MEDICO GENERAL	20041219	19980918	20031201
OFICIAL MIL	JEDSH	DISAN	BOGOTA	60524003	CT	ADM	MED	NIETO BOGOTA	NUBIA FABIOLA	MEDICO GENERAL	20041219	19971202	20011202
OFICIAL MIL	JEDSH	UMNG-ESP	BOGOTA	52362693	CT	ADM	MED	HERNANDEZ ALDANA	ERIS ANTONIO	MEDICO GENERAL	20041219	19981223	20031201
OFICIAL MIL	JEDOC	ESMIO	MEDELLIN	51966468	CT	ADM	MED	PINEDA LOPEZ	NIDYA PATRICIA	MEDICO GENERAL	20041219	19981223	20031201
OFICIAL MIL	JEDOC	ESMIO	BOGOTA	52375484	ST	ADM	MED	RENGIFO PELAEZ	LUZ ESNEIDA	MEDICO GENERAL	20041219	2004903	20041216
OFICIAL MIL	TEJE	BOGOL3	SINAI	79948622	TE	ADM	MED	JIMENEZ BAEZ	WILLIAN JAVIER	MEDICO GENERAL	20050101	20000315	20000315
OFICIAL MIL	TEJE	UMNG-ESP	BOGOTA	13504284	CT	ADM	MED	CONTRERAS CALDERON	JOSE BENJAMIN	MEDICO GENERAL	20031201	19971203	20011203
OFICIAL MIL	TEJE	UMNG-ESP	BOGOTA	79665636	CT	ADM	MED	DE LA BARRERRA PADILLA	HENRY	MEDICO GENERAL	20030301	19971213	20011213
OFICIAL MIL	TEJE	UMNG-ESP	BOGOTA	78824376	TE	ADM	MED	GARCIA ARAQUE	HANS FRED	MEDICO GENERAL	20021201	19990801	19990801
OFICIAL MIL	TEJE	UMNG-ESP	BOGOTA	51990825	CT	ADM	MED	GUTIERREZ GUERRA	LIGIA CONSUELO	MEDICO GENERAL	20031201	19971202	20011203
OFICIAL MIL	TEJE	UMNG-ESP	BOGOTA	79618075	CT	ADM	MED	MORENO ORTIZ	HAROLD HUMBERTO	MEDICO GENERAL	20021201	19971203	20011213
OFICIAL MIL	TEJE	UMNG-ESP	BOGOTA	76880571	CT	ADM	MED	MUNOZ RODRIGUEZ	ERIK EDGARDO	MEDICO GENERAL	20041219	19971213	20011213
OFICIAL MIL	TEJE	UMNG-ESP	BOGOTA	73130422	CT	ADM	MED	PEÑA CABEZA	FABIAN MARCIAL	MEDICO GENERAL	20031201	19971202	20011202
OFICIAL MIL	TEJE	UMNG-ESP	BOGOTA	71659054	CT	ADM	MED	RAMIREZ CABRALES	FREDY VLADIMIR	MEDICO GENERAL	20021201	19971213	20011213
OFICIAL MIL	TEJE	UMNG-ESP	BOGOTA	52621849	CT	ADM	MED	TOQUICA OSORIO	JEANNETH ELOYNE	MEDICO GENERAL	20021201	19971202	20011202

**PERSONAL DE SANIDAD
A NIVEL NACIONAL**

CATEGORIA	BR	UNIDAD	CIUDAD	CEDULA	GRADO	ARMA	ESPECIALIDAD	APELLIDOS	NOMBRES	PROFESION	F.ULT.TRAS	F.INGRESO	F.ULT.ASC
OFICIAL MIL	BR01	CBR01	TUNJA	29661674	ST	ADM	SIC	MOLANO ROJAS	DIANA MARCELA	PSICOLOGO	20021228	20021228	20021228
OFICIAL MIL	BR02	CBR02	BARRANQUILLA	65752074	TE	ADM	SIC	MORA TRUJILLO	MARIA TERESA	PSICOLOGO	20031201	20011001	20011001
OFICIAL MIL	BR03	CBR03	CALI	52708718	ST	ADM	SIC	AVILA CASTILLO	DALIA ANDREA	PSICOLOGO	20041211	20040903	20041211
OFICIAL MIL	BR03	CBR03	CALI	7688870	TE	ADM	SIC	PEREZ PERDOMO	LUIS ARTURO	PSICOLOGO	20040119	19880914	20030610
OFICIAL MIL	BR04	GMCOR	MEDELLIN	52470556	ST	ADM	SIC	BUSTACARA RODRIGUEZ	SANDRA	PSICOLOGO	20041211	20040903	20041211
OFICIAL MIL	BR04	BAS04	MEDELLIN	39782939	MY	ADM	SIC	CONTRERAS ORTIZ	INGRID MARIA	PSICOLOGO	20020701	19930903	20031201
OFICIAL MIL	BR04	BIAMA	CHOCO	32107681	ST	ADM	SIC	RUIZ TORRES	CATALINA	PSICOLOGO	20041211	20040903	20041211
OFICIAL MIL	BR04	BAJES	MEDELLIN	52427852	ST	ADM	SIC	SANCHEZ NIETO	ANA MARIA	PSICOLOGO	20031210	20021228	20021228
OFICIAL MIL	BR05	CBR05	BUCARAMANGA	52345418	ST	ADM	SIC	VARGAS CAMACHO	PAULA MARIA	PSICOLOGO	20021228	20021228	20021228
OFICIAL MIL	BR05	CBR05	BUCARAMANGA	51876170	CT	ADM	SIC	ROJAS CRUZ	MARIA ADELA	PSICOLOGO	20011201	19961205	20011205
OFICIAL MIL	BR07	CBR07	BILLAVICENCIO	52269112	ST	ADM	SIC	MEZA SANCHEZ	ADRIANA M.	PSICOLOGO	20040119	20021228	20021228
OFICIAL MIL	BR07	CEO	BERTO CARRE	79723807	ST	ADM	SIC	RODRIGUEZ SALGUERO	DIEGO MAURICIO	PSICOLOGO	20041211	20040903	20041211
OFICIAL MIL	BR08	CBR08	ARMENIA	40422292	ST	ADM	SIC	KUJUNDZIC CORTES	YEINY VIVIANA	PSICOLOGO	20021228	20021228	20021228
OFICIAL MIL	BR09	CBR09	NEIVA	51799722	MY	ADM	SIC	CHAVES MUÑOZ	GLORIA VICTORIA	PSICOLOGO	20040701	19930903	20031201
OFICIAL MIL	BR10	BAPOP	VALLEDUPAR	63473521	ST	ADM	SIC	CHAPARRO RODRIGUEZ	JOHANA MARIA	PSICOLOGO	20041211	20040903	20041211
OFICIAL MIL	BR11	CBR11	MONTERIA	52553656	CT	ADM	SIC	BARRERA ARIAS	LUVY PATRICIA	PSICOLOGO	20011201	19981223	20031201
OFICIAL MIL	BR12	CBR12	FLORENCIA	52428389	ST	ADM	SIC	CALDERON BARON	MARIA BIBIANA	PSICOLOGO	20041211	20040903	20041211
OFICIAL MIL	BR13	CBR13	BOGOTA	51915964	CT	ADM	SIC	BUITRAGO SANCHEZ	ELIZABETH	PSICOLOGO	20001001	19971202	20011202
OFICIAL MIL	BR13	CBR13	BOGOTA	66917415	ST	ADM	SIC	OSPINA LOPEZ	MARIA ISABEL	PSICOLOGO	20021228	20021228	20021228
OFICIAL MIL	BR14	CBR14	PTO BERRIO	52268691	ST	ADM	SIC	ESPINOSA RODRIGUEZ	LUISA FERNANDA	PSICOLOGO	20021228	20021228	20021228
OFICIAL MIL	BR16	CBR16	YOPAL	52328672	CT	ADM	SIC	MARTINEZ CASTRO	ZORAIDA	PSICOLOGO	20031201	19981223	20031201
OFICIAL MIL	BR17	CBR17	CAREPA	52316049	ST	ADM	SIC	PALACIOS TORRES	IVON ADRIANA	PSICOLOGO	20021228	20021228	20021228
OFICIAL MIL	BR18	CBR18	ARAUCA	52790037	ST	ADM	SIC	COMBITA GUZMAN	SONIA DEYANIRA	PSICOLOGO	20021228	20021228	20021228
OFICIAL MIL	BR19	BAS19	BOGOTA	37943310	CT	ADM	SIC	VILLARREAL PIERUCCINE	CARMEN SOFIA	PSICOLOGO	20011201	19961205	20011205
OFICIAL MIL	BR21	BASAN	BOGOTA	52053320	CT	ADM	SIC	MORALES HERRERA	ELSA PATRICIA	PSICOLOGO	20040119	19981223	20031201
OFICIAL MIL	BR27	CBR27	SANTANA	22461061	ST	ADM	SIC	SANTAMARIA BARRIOS	EDNA MARGARITA	PSICOLOGO	20021228	20021228	20021228
OFICIAL MIL	BRCNA	CBCNA	RES ESQUINA	46672649	ST	ADM	SIC	SOLER MARTINEZ	HILDA PATRICIA	PSICOLOGO	20021228	20021228	20021228
OFICIAL MIL	BRIAV	CBRAV	BOGOTA	22804713	ST	ADM	SIC	BARRIOS VIGGIANI	PATRICIA MERCEDES	PSICOLOGO	20041211	20040903	20041211
OFICIAL MIL	BRIAV	CBRAV	BOGOTA	51951109	CT	ADM	SIC	FAJARDO ORTIZ	SANDRA JEANNETT	PSICOLOGO	20031201	19981223	20031201
OFICIAL MIL	BRIM10	BRIM10	VALLEDUPAR	52454558	ST	ADM	SIC	GARCIA DE GRIJA	CAROLINA	PSICOLOGO	20041211	20040903	20041211
OFICIAL MIL	BRIM11	BRIM11	MONTERIA	83090735	ST	ADM	SIC	CORTES QUIMBAYA	REINALDO	PSICOLOGO	20041211	20040903	20041211
OFICIAL MIL	BRIM12	BRIM12	FLORENCIA	40049455	ST	ADM	SIC	RINCON DIAZ	MARITZA ALEXANDRA	PSICOLOGO	20041211	20040903	20041211
OFICIAL MIL	BRIM6	BRIM6	POPAYAN	4639588	ST	ADM	SIC	DIAZ CARRERO	DIANA CRISTINA	PSICOLOGO	20041211	20040903	20041211

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

