

LA MEDICINA Y LA GUERRA: EL LENTO DESPLIEGUE DE LA MEDICINA MILITAR EN COLOMBIA

HUGO ARMANDO SOTOMAYOR TRIBÍN, M.D, PEDIATRA, MSc EN SEGURIDAD Y DEFENSA NACIONALES*

*Profesor de la Facultad de Medicina de Universidad Militar Nueva Granada
y de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud*

Resumen

Tras una breve caracterización del surgimiento de la medicina moderna en Colombia y una aproximación a la evolución de las guerras del país, se precisan unas consideraciones sobre las enfermedades y las guerras, sobre los desarrollos médico quirúrgicos asociadas a ellas, sobre el impacto ecológico que tiene el conflicto armado presente, sobre las organizaciones sanitarias en la historia de nuestras guerras, sobre la historia de los riesgos de la misión médica en el país y sobre la necesidad de la conciencia que el personal sanitario debe tener de su ejercicio profesional para evitar los abusos. Para concluir se plantean unas consideraciones sobre la Medicina Militar en Colombia

MEDICINE AND WAR: THE SLOW EXTENSION OF MILITARY MEDICINE IN COLOMBIA

Abstract

After a short characterization of the surge of modern medicine in Colombia and a match to the evolution of war in the country, it is necessary to make some considerations about the illnesses and the wars, about the medical and surgical developments associated with them, about the ecologic impact from the armed conflict, about the sanitary organizations in the history of our wars, about the history of the risks of the medical missions and about the consciousness that the sanitary personnel must have in their professional life to avoid abuses. Finally, some thoughts about Military Medicine in Colombia.

A MEDICINA E A GUERRA A DISPERSÃO DEVAGAR DA MEDICINA NA COLÔMBIA

Resumo

Depois de uma breve caracterização da medicina moderna na Colômbia e de uma aproximação à evolução das guerras do país, se faz preciso considerar alguns pontos sobre as doenças e as guerras, sobre o desenvolvimento médico cirúrgico delas, o impacto ecológico que tem o presente conflito armado, sobre as organizações sanitárias na história de nossas guerras, sobre os riscos da missão médica no país e a necessidade da consciência que o pessoal sanitário deve ter no seu exercício profissional para evitar os abusos. Finalmente, mencionam-se alguns considerações na Medicina Militar na Colômbia.

* Correspondencia: husotri@gmail.com Dirección postal: Academia Nacional de Medicina, Cra. 7 No. 69-11

El surgimiento de la medicina moderna en Colombia y la evolución de las guerras en Colombia

Puede decirse que la medicina moderna en Colombia, la que se estructura sobre las tres mentalidades que la caracterizan, la anatomopatológica, la fisiopatológica y la etiopatológica, se constituyó a partir de 1868 con la fundación de la Universidad Nacional y su Facultad de Medicina y con la creación de la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá en 1873, convertida en 1891 en la Academia Nacional de Medicina. Al este también contribuyeron la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena fundada en 1826-1827, la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia en 1871, la Academia de Medicina de Medellín en 1887, y la Sociedad de Cirugía de Bogotá en 1902.

Por su parte, las guerras civiles que azotaron a lo que hoy es Colombia desde la Declaración de la Independencia del 20 de julio de 1810 hasta Guerra de los Mil Días, (1899-1902), han sido confrontaciones armadas dominadas por diferencias ideológicas de tipo religioso y por facciones políticas con diferentes miradas sobre la economía y la organización del Estado, que se han ido llevando a cabo con débiles y pequeños ejércitos, pero con abundantes organizaciones guerrillas y con la participación en todos los bandos de niños y jóvenes. Cabe resaltar que entre los combatientes de las confrontaciones dadas en los siglos XX y XI en especial los de las organizaciones armadas ilegales, ha sido importante la participación de menores de edad.

El tamaño de los ejércitos durante los diferentes conflictos del siglo XIX fue pequeño, porque la población colombiana era pequeña y el Estado débil y fraccionado. En el siglo XIX la oficialidad fue producto de nombramientos sobre la base de directrices políticas al vaivén de la vida política nacional y de los resultados militares y no de una carrera militar estructurada en escuelas de formación. Los censos de población de Colombia en el siglo XIX revelaron que en 1800, todavía bajo el gobierno español, había en el Virreinato de la Nueva Granada 821.000 habitantes, que Colombia en 1825 tenía 1' 221.000 habitantes, que en 1835 los habitantes sumaban 1' 433.000, que en 1843, recién terminada la llamada de Guerra de los Supremos la población era de 1' 634.000, que en 1851, en pleno liberalismo político y económico y año en que se declaró abolida la esclavitud de los negros en el país, la población era de 1' 865.000, que en 1864, un año

después de la Constitución de Rionegro y prácticamente la liquidación del ejército, los habitantes sumaban 2'327.000, que en 1870 la población era de 2'560.000, que en 1887 los habitantes sumaban 3'442.000, que en 1898, un año antes de iniciarse la Guerra de los Mil Días, la población era de 4'172.000, que en 1905, después de la separación de Panamá, la población era de 4'737.000, que en 1912, fundadas ya hacía más de tres años la Escuela Militar de Cadetes y la Escuela Superior de Guerra, la población sumaba 5'386.500, que en 1918 la población sumaba 6'120.000, que en 1938, cuatro años después de haberse firmado el armisticio con el Perú, tras el conflicto amazónico iniciado en 1932, los habitantes de Colombia sumaban 9'066.200, que en 1951, tres años después del "Bogotazo" tras el asesinato de Jorge Eliécer Gaitán, la población colombiana ascendía a 12' 379.900, que en 1964, en pleno surgimiento de algunas de las organizaciones armadas ilegales, animadas con la ideología del socialismo, la población era de 18' 33800, que en 1973, recién fundado el grupo armado del M-19 la población era de 23' 881.900, que en 1985, año en que esta organización se tomó el Palacio de la Justicia y en el que el Eln y las Farc comenzaron a utilizar ampliamente las minas antipersona, la población era de 31'593.600, que en 1993, año en que se expidió la ley 100 con su negativo impacto sobre las políticas de salud pública la población era de 37' 422.800 y que en 2008, la población colombiana era casi de 45'000.000 habitantes.

Las Fuerzas Militares -Ejército, Armada y Fuerza Aérea- comenzaron a organizarse con la administración del Presidente Rafael Reyes a partir de 1905, se fortalecieron a raíz del Conflicto Amazónico Colombo-Peruano de 1932-1934 y han crecido significativamente en las administraciones de los Presidentes Andrés Pastrana Arango, 1998-2002 y Álvaro Uribe Vélez, 2002-2006, y 2006-2010 gracias a la implementación de lo que se llamó el Plan Colombia. En Junio de 2009 las Fuerzas Militares de Colombia tenían un total 285.220 efectivos, correspondientes al 0,53% de la población, discriminados en 237.466 en el Ejército; 13.134 en la Fuerza Aérea y 34.620 en la Armada. Estas Fuerzas Militares, junto con la Policía Nacional, constituyen la Fuerza Pública. La Policía Nacional, adscrita, a raíz de los sucesos de 1948, desde 1953, y luego Ministerio de Defensa, cuenta para la fecha con alrededor de 152.000 uniformados. Lo que significa que hoy las Fuerzas Armadas o Fuerza Pública cuenta en Colom-

bia con un total 437. 220 uniformados. En nuestras guerras civiles desde 1812 y hasta 1902, las confrontaciones se dieron entre pequeños ejércitos y entre guerrillas. Los mayores enfrentamientos de ejércitos regulares en nuestras guerras civiles fueron los registrados en las batallas de Peralonso, cerca de Cúcuta, y de Palonegro, cerca de Bucaramanga durante la Guerra de Mil Días. En la primera se enfrentaron 5610 soldados del ejército del gobierno y 4000 soldados de la oposición liberal; en la segunda, se enfrentaron más de 25.000 hombres, 15.000 del gobierno y 10.000 de los liberales, cifras de combatientes muy inferiores a muchas de las batallas de las guerras napoleónicas, y otras guerras europeas del siglo XIX y a los de la Guerra de Secesión de Estados Unidos. La llamada Violencia de los años 50 del siglo XX, cuando el país contaba con más de 12 millones de habitantes, fue dominada por las confrontaciones ideológicas entre liberales y conservadores y llevada a cabo principalmente por guerrillas contra las Fuerzas Militares y de Policía del Estado.

Las confrontaciones que comenzaron en Colombia a darse a partir de la mitad de los años 60 del siglo XX y hasta la caída del muro de Berlín en Noviembre de 1989 y la disolución de la Unión Soviética en diciembre de 1991, fueron luchas de guerrillas contra las fuerzas del Estado dadas en el marco de la Guerra Fría. En ese interregno de tiempo el país pasó de tener más de 18 millones a tener alrededor de 37 millones de habitantes. A partir de principios de la década del 90 la lucha que han seguido dando las organizaciones armadas ilegales contra el Estado y sus Fuerza Pública han estado sostenidas materialmente por las finanzas del narcotráfico, el delito del secuestro extorsivo y las llamadas “vacunas” a los empresarios y empresas. Esas organizaciones armadas ilegales han tratado e justificar esas acciones con diferentes discursos políticos. Desde los años 50 nuestras conflictos armados internos han sido confrontaciones de guerras irregulares con predominio de la lucha guerrillera, de baja intensidad de fuego, de aproximación indirecta, es decir evitando las confrontaciones con las Fuerzas Militares del Estado, pero buscando dañar las infraestructuras vial y energética y las poblaciones pobres, para así obligar al Estado a gastar ingentes recursos en la reparación de los bienes y pueblos destruidos, acrecentar la escasez de recursos económicos, e impedir la atención del Estado y generar problemas de gobernabilidad.

Las relaciones de la medicina en Colombia con las guerras

Tal y como se planteó en el artículo del fascículo 16-2 de la Revista *Med*, “La medicina y las guerras. Una introducción.” en Colombia también se pueden considerar o ver las guerras: 1) Con relación a las enfermedades y como desastre antrópico complejo; 2) Con relación a los desarrollos médico –quirúrgicos; 3) Con relación a las armas biológicas y la guerra ecocida, 4) Con relación a las organizaciones sanitarias, 5) Con relación al derecho internacional humanitario, y la misión médica y 6) Con relación a los abusos médicos.

1. Las enfermedades y las guerras en Colombia. Un desastre complejo

Los diferentes tipos de trauma físico, los traumas mentales, como la depresión, el estrés postraumático, y las enfermedades transmitidas por vectores, por el agua, los alimentos, las enfermedades de transmisión sexual, las de transmisión por vía aérea o respiratoria y las antropozoonosis han sido acompañantes permanentes de todas nuestras guerras desde el siglo XIX. La malaria siempre ha afectado a todos los combatientes que se internan en varios lugares de los climas cálidos; la fiebre amarilla afectó severamente durante el siglo XIX a las tropas de Cundinamarca y Antioquia que descendían a los valles del Magdalena y ha sido un problema entre ciertos combatientes y la población civil no vacunados en los últimos 15 años en la Serranía del Perijá y la Sierra Nevada de Santa Marta; la leishmaniasis sigue siendo un serio problema entre guerrillas, paramilitares y las Fuerzas Armadas que libran combates en ciertos ecotopos selváticos, como han sido los parajes de la llamada zona de distensión. De alrededor de 10.000 hombres de las Fuerzas Militares que recuperaron esa extensa selvática, 3000 han tenido leishmaniasis. Los nuches o infestaciones por *Dermatobia hominis* y las infestaciones micóticas en los pies también continúan siendo un importante problema entre los combatientes que viven en climas cálidos. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), entre ellas el sida, representan igualmente un problema entre las tropas, en razón a la costumbre inveterada en los combatientes de las Fuerzas Militares del mundo entero, a buscar en las relaciones sexuales el alivio a las tensiones propias de la vida de la milicia y, a pesar de toda la información que se provee sobre la prevención de esas enfermedades

y a tener sexo con normas de seguridad. Una de las cuatro compañías que tiene el Batallón de Sanidad “Soldado José María Hernández”, ubicado en la localidad de Puente Aranda en Bogotá, está, o estaba, hasta no hace muchos años, constituida, por pacientes con sida. El consumo de sustancias psicoactivas, entre ellas la marihuana, es amplio entre todos los combatientes, en virtud a la capacidad de los *cannabinoides*, principios activos de esta planta, de disipar el temor y la ansiedad. Pero del uso ocasional y coyuntural con estos fines, se puede pasar al abuso.

La situación sanitaria en las organizaciones armadas ilegales con respecto a las enfermedades de transmisión sexual, en especial el sida y al uso abusivo de sustancias psicoactivas es con seguridad muy seria, en razón a sus débiles organizaciones sanitarias. Un testimonio, recogido por Alfredo Molano, de un enfermera que sirvió a las Autodefensas, AUC, señala la situación de las mujeres y de las ETS y las conductas sexuales en el mundo de los combatientes, en este caso de las organizaciones, en el primer lustro del siglo XXI: “La verdad es que mujeres armadas y que salieran al combate, pocas, muy pocas. La gran mayoría eran prostitutas que traían o mandaban traer. Yo contra eso no tenía objeción, porque era una manera rápida y eficaz para liberar de energías a los combatientes, evitar deserciones y tener a los muchachos contentos. El problema eran las enfermedades venéreas. Yo tuve que curar gonorreas al por mayor, no pocas sífilis, y hacer cientos de exámenes de sida”. En el informe del 13 de octubre de 2004 la organización Amnistía Internacional, AI, a través del documento ‘Cuerpos marcados, crímenes silenciados’ que pone de manifiesto la situación de la mujer en las zonas más conflictivas del país, se aseguró que las Farc “han perseguido y matado por razones de orientación sexual, han obligado a sus víctimas a someterse a pruebas para detectar el virus del sida y han asesinado a seropositivos y a trabajadoras sexuales”.

También hay que detenerse en las enfermedades nutricionales, de las que tampoco escapan los combatientes. Una enfermedad nutricional específica, el beriberi, por déficit de vitamina B1, ha afectado a las tropas colombianas de forma ocasional y puntual en el siglo XIX y el XX. La malnutrición proteico calórico es un problema entre la población infantil de la enorme cantidad de familias desplazadas por el conflicto interno actual. Por último, el estrés postraumático, tan

frecuente entre los combatientes y entre la población civil vecina, víctima de los desplazamientos forzados que generan las luchas entre las organizaciones armadas ilegales y las fuerzas armadas colombianas, constituye un capítulo que amerita una profunda y efectiva intervención.

2. Los desarrollos médico-quirúrgicos y las guerras en Colombia

La medicina en general y la Medicina Militar en particular, se han desarrollado en los centros de poder mundial como Estados Unidos, Inglaterra, Francia, Alemania, Japón y, en los últimos años, Israel. En el curso de las diferentes guerras nacionales, de alta intensidad de fuego y de movilización de enormes recursos humanos y de material, la cirugía, la ortopedia, los servicios de prótesis y la infectología, han sido en Colombia las especialidades médicas que han logrado desarrollos importantes, desde que en nuestro país se adoptaron los conocimientos médico quirúrgicos desarrollados en los países líderes en la investigación científica y tecnológica y en la medicina. Como país periférico, Colombia lo que ha hecho a lo largo del siglo XX y de los primeros años del XXI, es adaptar a sus circunstancias y en medio de sus limitaciones y de sus guerras de baja intensidad de fuego, los progresos logrados en los centros de desarrollo científico-tecnológico. De ahí que se haga necesario conocer lo que fue sucediendo médicamente en los más importantes conflictos mundiales, así la participación colombiana no haya sido de forma directa, excepto en aquellos casos en que se envió personal de apoyo.

Durante la I Guerra Mundial se estudió mejor la herida de guerra, se aprendió a limpiar las heridas de todo elemento contaminante como los cuerpos extraños, los restos de ropa y los tejidos necrosados, se comenzó a hacer irrigación continua de las heridas con el líquido de Dakin, se descubrió que la sinovial era esencial para la defensa de la infección y que el sacrificio óseo debe limitarse a lo indispensable; nació la importancia de la hidratación, que se hacía por vía oral y rectal., y al final de la guerra, por vía subcutánea, se introdujo el citrato de sodio para preservar la sangre para poder ser transfundida y se creó un dispositivo de salud estableciendo varias zonas, principalmente las de vanguardia, con puestos de socorro y de *Triage* y formaciones de tratamientos y medios de evacuación y centros especializados en la retaguardia con una misión y un equipo

bien definidos. En la Guerra Civil Española J. Trueta, empleó exitosamente la cura oclusiva de las heridas y F. Durán- Jordá se encargó de los aspectos científicos y de organizar los servicios de transfusión sanguínea del ejército republicano, gracias al desarrollo de las técnicas de citratar la sangre al cuatro por mil y conservarla a temperaturas de entre dos y cuatro grados bajo cero. En la II Guerra Mundial, se empleó el ya desarrollado concepto del tratamiento integral temprano y oportuno, se mejoraron las formas de transporte, se emplearon y aplicaron líquidos en el mismo sitio de campaña; aparecieron en los ejércitos la figura de los paramédicos y se comenzó a recomendar la utilización de grandes cantidades de sangre, en contraposición al concepto reinante de solo utilizar el reemplazo de la sangre perdida. En 1940 el cirujano ortopedista alemán Gerhard Küntscher introdujo el tratamiento quirúrgico para el tratamiento de las fracturas óseas con los que se llamaron los clavos de Küntscher; en 1941 Estados Unidos comenzó la producción de grandes cantidades de la penicilina que los ingleses habían probado con algunos pacientes en 1940.

En la Guerra de Corea se comenzaron a estudiar los defectos de coagulación intravascular, se investigó y documentó la insuficiencia renal, se enfatizó en la utilización de los líquidos endovenosos, se avanzó en forma importante en las reparaciones vasculares gracias a la mejor dotación de los hospitales de campaña, a la anestesia y a la evacuación rápida; apareció el concepto de falla sistémica en los heridos con lesiones severas, se utilizó en grandes cantidades la sangre, haciéndose necesaria la utilización de métodos de transporte más prácticos y fáciles como, por primera vez, el helicóptero; se comenzó por primera a utilizar bolsas plásticas para los líquidos; los quemados fueron objeto de una gran atención y se les enviaba al centro para quemados de Texas, el Fort *Sam Houston* y se crearon los hospitales de campaña tipo Mash (*Mobile Army Surgical Hospital*), caracterizados por disponer de un gran apoyo logístico. Sobre la Guerra de Corea y su influencia en el ejército de Colombia a través de los oficiales colombianos que participaron en ella es bueno transcribir lo que el Brigadier General (r) Camilo Riaño, veterano y herido de y en esa guerra, escribió en su prólogo, titulado *Un concepto* para el libro que el autor de estas líneas, escribiera en 1997, *Guerras, enfermedades y médicos en Colombia*. Riaño escribió: “La Guerra de Corea, en la que nuestro ejército participó hombro a hombro con representaciones de los

mejores ejércitos del mundo, como parte de la fuerza multinacional de las Naciones Unidas, fue una de las experiencias más positivas para las Fuerzas Militares de Colombia. Nuestra contribución, con una unidad táctica, el Batallón Colombia, y una fragata de la Armada Nacional, trajo para las instituciones castrenses un cúmulo de experiencias y enseñanzas aprendidas como fruto de nuestra incorporación al VIII Ejército de los Estados Unidos cuyo comando tuvo la responsabilidad de la conducción de las operaciones militares en el Teatro de Guerra. Aun cuando el Batallón tuvo dentro de su organización una Sección de Sanidad que prestó eficientes servicios a los combatientes, pudimos apreciar y ser beneficiarios del excelente servicio médico y sanitario de esa extraordinaria maquinaria de combate que fue el VIII Ejército. Las exigentes medidas sanitarias, tomadas no sólo en las áreas de reserva sino en las líneas de combate, fueron cumplidas a cabalidad. Son dignas de destacar la uniformidad en la buena alimentación de todos los combatientes y el servicio de baño con temperatura ajustada a la estación y permanente cambio de ropa apropiada. ¡Y que no decir del servicio médico para los enfermos y heridos! Este importantísimo elemento, tan indispensable para la moral de las tropas, que quieren tener la seguridad de ser auxiliadas pronto y eficientemente, estuvo organizado mediante sucesivos puestos de socorro que dotados de todos los elementos humanos y quirúrgicos podían prestar inmediata atención según la gravedad del herido. Este iba siendo llevado rápidamente hacia atrás para no congestionar los puestos de socorro adelantados en donde podrían ser atendidos los que requerían auxilio inmediato. El último escalón de apoyo médico lo constituía el Hospital General del VIII Ejército, en Seúl, en donde se realizaban las más delicadas operaciones quirúrgicas a los numerosos heridos que se concentraban en este centro asistencial. El aspecto psicológico no tenía menos atención por parte del mando lo que les permitía a los combatientes soportar la dureza de la campaña y la ausencia de su patria y de sus seres queridos”.

En la Guerra del Vietnam se avanzó considerablemente en los estudios sobre presiones de oxígeno, se dio gran importancia a la resucitación oportuna y adecuada, manteniendo la permeabilidad de la vía aérea, se empleó la canalización de rutina de una vena importante para la administración de líquidos, se insistió en el monitoreo de la presión venosa central y la implantación de una sonda vesical para controlar

la eliminación urinaria, se describió el síndrome de dificultad respiratoria del adulto o pulmón de shock o pulmón de Danang, y se desarrolló y se aplicó por primera vez el respirador de volumen. En la Guerra del Vietnam la Sanidad Militar de los Estados Unidos, con las lecciones aprendidas en la guerra de Corea, decidió crear un centro de trauma organizado por los oficiales del *Walter Reed* y estableció unas normas para la evacuación de los pacientes, el sitio de evacuación y unas guías de manejo que permitieron mejorar la logística y el tratamiento de los pacientes heridos en combate, y utilizó helicópteros ambulancia con la mejor tecnología de la época, lo que permitió una evacuación casi inmediata desde el sitio de la herida hasta el hospital donde se iba a hacer su tratamiento integral definitivo. En las Guerras del Golfo Pérsico se usó la telemedicina en procesos diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Hoy los *Mash Mobile Army Surgical Hospital* (hospital quirúrgico móvil del ejército) de los Estados Unidos, se llaman CSH, *Combat Support Hospital* (hospital de apoyo en combate).

En Colombia, el servicio de ortopedia y prótesis del Hospital Militar Central dirigido sucesivamente por los doctores Fernando Serrano, padre e hijo, ha sido pilar en el tratamiento y rehabilitación de los soldados heridos por las minas antipersona que comenzaron a usar ampliamente las organizaciones armadas ilegales desde mediados de los años 80 del siglo XX en la medida que aumentaron sensiblemente sus pies de fuerza y tuvieron cierto y relativo control territorial en algunas partes del país. Desde el 20 de diciembre de 1989 el Ejército Nacional cuenta en Bogotá con el Batallón de Sanidad “Soldado José María Hernández” para la rehabilitación integral del personal discapacitado de las Fuerzas Militares con el fin de lograr su pronta recuperación. Este batallón de sanidad, dependiente de la Brigada Logística, cuenta con cuatro compañías especializadas en ortopedia, psiquiatría, medicina interna y junta médica. En estas compañías se atienden hombres afectados por las minas antipersona, estrés post traumático, sida y otras patologías asociadas al conflicto armado. Si bien la salud mental al no estar ampliamente considerada en los planes obligatorios de salud de la llamada Ley 100 de 1993, no ha logrado generar cambios y transformaciones importantes en la población civil afectada por el conflicto armado en Colombia, ella, por el régimen de excepción del que disfrutaban las Fuerzas Militares y la Policía Nacional, tiene un espacio en las sanidades de las Fuerzas Militares y en Policía.

3. Armas biológicas: la guerra ecocida en Colombia

La preocupación mundial por la utilización de las armas químicas y biológicas de destrucción masiva se inició con la utilización de las mismas en la I y II Guerra Mundial, continuó por la acumulación de ese tipo de armas durante la llamada Guerra Fría, en los arsenales de las grandes potencias mundiales y se activó de nuevo con la liquidación del bloque soviético tras la disolución de la Unión Soviética en 1991. Fueron armas que se desarrollaron por las naciones poseedoras de alta tecnología y de grandes centros de investigación militar, no en países pobres con escaso desarrollo científico-tecnológico y con ejércitos importadores de tecnología. Pero por el tipo de guerra tan asociado a las guerrillas, la guerra de aproximación indirecta y por la necesidad de estas guerrillas de tener fuentes económicas para mantener sus esfuerzos, la guerra que las organizaciones armadas ilegales sostienen contra el Estado colombiano, se ha convertido en una guerra ecocida con terribles consecuencias para todo el conglomerado del pueblo colombiano, en virtud a la destrucción de selvas para sembrar coca y amapola, a la destrucción de oleoductos y contaminación de lagunas, arroyos, quebradas y ríos por el vertimiento del petróleo en esas aguas, a la destrucción de pueblos pequeños y pobres y a los daños en las bocas tomas de los acueductos de las poblaciones.

Las guerrillas usan como arma biológica individual, no de destrucción masiva, a las minas antipersona “enriquecidas” con excrementos humanos y de animales, buscando con esta práctica que se infecten las heridas de sus víctimas. El reto en Colombia no ha sido, ni es, la utilización de armas químicas y biológicas de destrucción masiva por cuentas de los adversarios del Estado, sino la guerra ecocida.

4. Las organizaciones sanitarias en las guerras en Colombia

El precursor de nuestra Independencia, Don Antonio Nariño, fue el primer granadino en tener entre sus manos el texto fundador de la Medicina Militar: *Observaciones acerca de las enfermedades del ejército en los campos y guarniciones*, del inglés John Pringle, que publicado en su lengua en 1752 fue traducido al español en 1776. Desde los enfrentamientos entre federalistas y centralistas a partir de 1812 hubo conciencia entre los mandos de las tropas de la necesidad

de la asistencia sanitaria y a lo largo de todas las guerras civiles del siglo XIX y durante la Guerra de los Mil Días hubo hospitales de sangre levantados de forma improvisada para atender a los heridos y enfermos que se iban presentando en las confrontaciones. Se organizaron hospitales militares en Bogotá, en Panamá y en otras poblaciones de Colombia en el siglo XIX y a principios del XX - en secciones de los hospitales civiles existentes en el país, o en edificios y conventos expropiados a las comunidades religiosas - como el caso del Convento de las Carmelitas en Bogotá, convertido en hospital militar desde cuando el general Tomás Cipriano Mosquera se tomó a Bogotá el 5 de diciembre de 1861 y hasta cuando el presidente Rafael Núñez se lo entregó a los sacerdotes salesiano el 11 de febrero de 1890. Los gobiernos republicanos desde un principio se preocuparon por la asistencia médica de los militares creando para ese efecto contratos con los diferentes hospitales civiles que existían en ciudades como Bogotá, Popayán, Panamá, Cartagena, Barranquilla - Sabanalarga o estableciendo pequeños hospitales militares en Bogotá como los de Santa Librada y el ubicado en el convento del Carmen en Bogotá y contratando la asistencia de ellos con los médicos civiles que iban en aumento desde la fundación de la Universidad Central en Bogotá y la de Cartagena por Santander en 1826, por la Escuela de Medicina Privada, en Bogotá, en 1864 y por la Universidad Nacional en 1868.

Desde el siglo pasado, varios documentos oficiales al referirse a los servicios que prestaban ciertas secciones de los hospitales civiles a las tropas del ejército, o al referirse al Hospital de Santa Librada, en la década de los 20 del siglo XIX, o al ubicado anexo a la iglesia de Santa Bárbara, en el sur de Bogotá, o al adjunto al convento del Carmen de las Carmelitas, se refieren a ellos como hospitales militares, y al último, en especial como el Hospital Militar Central, con el claro propósito de diferenciarlo de los servicios similares que en otros lugares del país recibían los militares. La situación de apoyo médico a los contendientes de las diferentes guerras civiles con improvisadas "ambulancias" y pobres "hospitales de sangre" continuó de la misma forma pero en mucha mayor escala durante la llamada guerra civil de los Mil Días. En todas estas guerras por ser tan lenta la evacuación de heridos y muy difícil la atención médica en los frentes de guerra, médicos y cirujanos debían extraer gran cantidad de gusanos de las heridas, practicar ampliamente la amputación de extremidades y presenciar una gran mortalidad entre

los heridos. Rafael Reyes, al llegar a la presidencia de la República a principios del siglo XX, después de que desde muy joven había recorrido el país en busca de fortuna con la quina y el caucho y de haber participado en las luchas políticas y en las guerras civiles - donde obtuvo el grado de General - planteó una reforma militar cuyo propósito básico fue organizar un ejército profesional nacido de una Escuela Militar de oficiales y con una Escuela Superior de Guerra y crear una Escuela Naval Nacional. Los dos primeros objetivos se lograron y prosperaron antes de 1910, la Escuela Militar de Cadetes "José María Córdova" en 1907, y la Escuela Superior de Guerra en 1909. En esta línea de esfuerzos el Ministerio de Guerra a principios del siglo XX, en 1911, tomó en alquiler una parte de la Casa de Salud de Marly en Bogotá para que funcionara allí el Hospital Militar Central. En 1912 la Policía Nacional reglamentó el servicio médico e hizo un contrato con la Clínica Marly para la atención hospitalaria de su personal. Los gobiernos que siguieron al de Reyes continuaron preocupándose porque el Ejército contara con médicos y dispusiera de secciones en los hospitales civiles para que se atendieran a sus heridos y enfermos, e intentaron dotarlo de una organización de sanidad. La situación de salubridad y médica en general fue objeto de varias tesis de grado de médicos de la Universidad Nacional y motivo de conferencias sobre la medicina en los tiempos de guerra. El Presidente José Vicente Concha en 1916, expidió, en forma de decreto, el Reglamento de socorros urgentes y servicio de camilleros en el ejército, en el que además de indicar el equipo que estos debían portar se aclaraba que ellos quedaban bajo la protección del tratado de Ginebra y debían llevar en su brazo izquierdo el brazalete de neutralidad de la Cruz Roja de Ginebra.

La invasión peruana a la localidad amazónica colombiana de Leticia el 1 de septiembre de 1932, tomó al Ejército Nacional sin una adecuada estructura de sanidad, la cual pertenecía orgánicamente, hasta antes del decreto 89 de ese año, al llamado departamento 5, compuesto por dos secciones, la de Sanidad y Alimentación y la de Remonta, Veterinaria y Forraje. El servicio médico se seguía prestando mayoritariamente por médicos a contrato que atendían a los enfermos en sus hogares, en casas de salud y en las pocas enfermerías que tenían algunas unidades. En Bogotá los militares gravemente enfermos se atendían en una sección del Hospital de San José. Por las dificultades para la evacuación de un herido y por los insuficientes recursos para su tratamiento y ponerlo en condicio-

nes de trabajar, se creía, como escribió el Ministro de Guerra en las Memorias que presentó al congreso en 1932, que “es mejor para los fines de la guerra un soldado muerto que herido”. El decreto 89 de 1932 separó y tornó independiente del departamento 5 la sección de Sanidad y Alimentación, colocándola bajo la dirección de un médico con atribuciones y grado de coronel. Esta nueva sección de Sanidad reglamentó las funciones de los médicos de los cuerpos de tropa, reglamentó la vacunación antivariolosa y antitífica de las unidades militares y dio instrucciones para que se llevaran estadísticas sobre las patologías que se presentaran entre los hombres de tropa. La recién independizada sección de Sanidad y Alimentación comenzó a preocuparse entonces por la dieta del soldado -ya existía en la medicina en concepto de enfermedades por deficiencias nutricionales- por el establecimiento de la organización de enfermeros, por los vínculos legales entre Ejército y Cruz Roja, y decidió centralizar el aprovisionamiento de drogas para el Ejército haciendo pedidos directos a las casas farmacéuticas europeas y norteamericanas.

Tras la invasión de Leticia, el gobierno nacional expidió, entre las varias medidas para enfrentar tan delicada situación, el Decreto No. 1556 del 27 de Septiembre, con el que se creó el Departamento de Sanidad del Ministerio de Guerra. Este departamento de sanidad se preocupó de garantizar las mejores condiciones de atención a las tropas movilizadas en defensa de los intereses nacionales, por lo que actualizó el contrato con la Sociedad de Cirugía de Bogotá y el Hospital de San José para atender a los enfermos y heridos. Después que Colombia expulsó de su territorio a los peruanos y firmó el armisticio con el Perú en mayo de 1934, el gobierno en ese mismo año reorganizó el Departamento de Sanidad en cuatro secciones: 1) la de centralización de estudios técnicos, exámenes generales y reclutamiento ; 2) la de estadística general del Ejército ; 3) la de odontología y 4) la de farmacia y depósitos sanitarios. Además, organizó la atención médica del personal militar de la frontera sur en los hospitales de La Tagua y Primavera y en el buque hospital Jamarý, en Tarapacá. Al mando del Departamento de Sanidad quedó el médico y coronel Jorge Esguerra López, quien había ingresado a la carrera militar varios años antes y había realizado entre 1925 y 1926 un curso de Medicina Militar en el Hospital y Escuela de Sanidad Militar de *Val de Grace* en París. En 1937, por iniciativa del Doctor Esguerra López, el presidente de la República Alfonso López Pumarejo y su

Ministro de Guerra Plinio Mendoza Neira, expidieron el Decreto orgánico de la Sanidad Militar, pensando en ella como una entidad de carácter nacional con el fin de facilitar la prestación de servicios asistenciales médicos quirúrgicos a todo el personal castrense del país, conformado en ese entonces por un Ejército fortalecido, una renacida Aviación Militar y una vuelta a nacer Marina de Guerra. Esta Dirección General de Sanidad Militar del Ministerio de Guerra, tuvo una jefatura y tres servicios especiales de Aviación, Marina e Ingeniería Sanitaria.

En este mismo año el gobierno creó un nuevo Hospital Militar Central, dependiente de la Sanidad Militar, en las instalaciones de lo que había sido hasta entonces el edificio del personal de la guardia de la fábrica de municiones en el barrio San Cristóbal, para dar atención allí al personal activo, en donde actualmente funciona la Escuela Logística del Ejército. En 1938 se estableció la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja y Sanidad Militar. A partir de 1942 al médico y coronel Esguerra lo sucedió el teniente coronel médico Miguel Gómez Archiva, que después de más de un intento logró presentarle al gobierno nacional, encabezado por el doctor Mariano Ospina Pérez, un proyecto y estudio para la construcción de un moderno y espacioso Hospital Militar que pudiera dar atención no solo al personal de las Fuerzas Militares, sino también a sus familiares. Por iniciarse la construcción de este hospital el día 28 de julio de 1950 el presidente Ospina escogió esa fecha como el Día del Servicio de la Sanidad Militar y la apropiada para entregar la condecoración, creada en su gobierno, de la Orden del Mérito Sanitario “José Fernández Madrid” destinada a señalar y recompensar los actos de heroísmo, los servicios eminentes, los trabajos de investigación científica, el espíritu militar y el compañerismo de los miembros de la Sanidad Militar Colombiana. En 1949 se terminó de construir y se inauguró la primera Clínica de la Policía Nacional y en mayo de 1955 se creó la Sección de Sanidad de la Policía Nacional.

En 1956, entran en vigencia y reglamento de aptitud psicofísica del personal de las Fuerzas Militares, el reglamento de incapacidades, invalidez e indemnizaciones y se reglamentó la prestación de servicios médicos, quirúrgicos, odontológicos, hospitalarios y farmacéuticos, por el conducto de la Sanidad Militar de las respectivas guarniciones, al personal militar activo, sus esposas e hijos. En 1958 se descentralizó la Sanidad Militar por disposición ejecutiva No. 243

del 11 de julio, se suprimió la Dirección General del Servicio de Sanidad Militar y se crearon tres Sanidades de Fuerza del Ejército, Armada y Fuerza Aérea, las cuales pasaron a depender de los Comandos de Fuerza en lo administrativo, disciplinario y fiscal. El 25 de abril 1962 el Presidente Alberto Lleras Camargo inauguró el moderno y gigantesco Hospital Militar Central, al oriente de la localidad de Chapinero en Bogotá, que desde el Decreto N° 486 de 1961, antes de su inauguración había sido concebido como un centro de estudios para graduados. El Hospital se organizó como una entidad descentralizada afiliada a la Universidad Nacional.

En 1964, en la ofensiva militar en el sitio de Marquetalia, dirigida contra un grupo de campesinos dirigidos por Pedro Antonio Marín- alias, Tirofijo- las Fuerzas Militares de Colombia utilizaron por primera vez el helicóptero como vehículo de guerra y de evacuación de heridos. En entrevista que el doctor Gustavo Malagón Londoño le dio al autor de estas líneas el día 11 de diciembre de 2009, contó que habiendo participado él como médico militar en la toma de Marquetalia y en otras operaciones, que si bien hubo la oportunidad de evacuar algunos heridos en helicóptero, la inmensa mayoría de los heridos, en razón al pequeño tamaño de la mayoría de los helicópteros del gobierno, debieron evacuarse por tierra en un camino largo y difícil hasta el hospital de Neiva y de allí, a los más graves, en avión hasta Bogotá. En las campañas militares contra las llamadas repúblicas independientes de Marquetalia, El Pato, Riochiquito y Guayabero al no poderse evacuar tempranamente a los heridos en combate, los médicos y cirujanos, cuenta Malagón Londoño, que en no pocas veces tuvieron que limpiar de gusanos las heridas y amputar obligatoriamente extremidades afectadas. Dice también que en la campaña de Marquetalia la guerrilla utilizó por primera vez las minas y que en una persecución de las guerrillas en esa campaña, el ejército perdió 15 hombres. En 1966 las Fuerzas Militares hicieron circular en su interior un pequeño libro titulado “Sanidad en la guerra de guerrillas” en la que los oficiales médicos Gustavo Malagón y Guillermo Urrego con el médico Gabriel Acuña hicieron un compendio de sus experiencias, proyectando sus lecturas médicas alrededor de los aspectos médico-quirúrgicos en ese tipo de guerra.

En 1975, mediante Decreto 056 del Gobierno Nacional, en los artículos 5 y 6, se organizó el Sistema Nacional de Salud y se creó en forma independiente

el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional. En 1977 por iniciativa de Capitán de Navío Médico Ortopedista, Gustavo Malagón Londoño y otros médicos del Hospital Militar Central, el Ministerio de Defensa Nacional crea e inicia, en 1979, la Escuela Militar de Medicina y Ciencias de la Salud, que hasta 1982 estuvo adscrita al Hospital Militar Central. Además de ser el fundador de la Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, el Dr. Malagón Londoño fue el primer decano de la que en 1982, al crearse el Centro Universitario Militar Nueva Granada, sería la Facultad de Medicina del mismo, posteriormente denominado Universidad Militar Nueva Granada. En 1986 se inaugura el Hospital Central de la Policía en Bogotá y en 1989 se inaugura el Batallón de Sanidad “Soldado José María Hernández” para atender al personal de todas las Fuerzas Militares con algún grado de discapacidad física o mental. En 1990, el Sistema Nacional de Salud se reestructuró por medio de la Ley 10, quedando nuevamente excluido el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares. Con la Ley 100 de 1993, artículo 279, se reafirmó que el Sistema Integral de Seguridad Social en Salud no se aplicaba a los miembros de la Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, ni al personal regido por el Decreto Ley 1214 de 1990, con excepción de aquel que se vinculara a partir de la vigencia de esa Ley. Bajo la luz de la Ley 100, que expidió el congreso para reorganizar el sistema de Salud en Colombia y crear el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares, a través decreto 1266 del 24 de junio de 1994, las Sanidades del Ejército, la Armada y la Fuerza Aérea se fusionaron nuevamente. En esta ley y este decreto se dieron las normas para el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y se emitió el Decreto 1301 del 22 de junio de 1994, por el cual se organizó el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares, de la Policía Nacional y del personal civil del Ministerio de Defensa y del personal no uniformado de la Policía Nacional, así como del de sus entidades descentralizadas y se creó el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares, como establecimiento público del orden nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, con capacidad legal para ser sujeto de derechos y obligaciones. Con el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares las sanidades de las fuerzas desaparecían como entidades independientes.

El 17 de enero de 1997 el Congreso de la República aprobó el proyecto de Ley N° 352, que derogó el Decreto 1301 de 1993 y demás normas que lo regula-

ban, por el cual se reestructuró el Sistema de Salud de Seguridad Social para las Fuerzas Militares y la Policía Nacional. En 1997 tras tres breves años de existencia y ante una severa crisis, el gobierno nacional liquidó el Instituto de Salud de las Fuerzas Militares y puso en marcha la llamada Dirección General de Sanidad Militar. Las sanidades de las fuerzas de nuevo se independizaban tras la liquidación del efímero, o nacido muerto, Instituto de Salud de las Fuerzas Militares. Un año después, el 17 de Enero de 1998, entró en vigencia la mencionada Ley que creó la Dirección General de Sanidad Militar, con el objeto de prestar un servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y sus beneficiarios y prestar, por primera vez, bien definidos, servicios de sanidad inherentes a las operaciones militares. El decreto 1795 de septiembre 14 de 2000 que estructuró el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional definió el Sistema y la Sanidad Militar y Policial. Al primero lo concibió como un conjunto interrelacionado de instituciones, organismos, dependencias, afiliados, beneficiarios, recursos, políticas, principios, fundamentos, planes, programas y procesos debidamente articulados y armonizados entre sí para el cumplimiento de la misión, la cual es prestar el servicio público esencial en salud a sus afiliados y beneficiarios, mientras que a la Sanidad Militar y Policial las definió como un servicio público esencial de la logística militar y policial, inherente a su organización y funcionamiento, orientada al servicio del personal activo, retirado, pensionado y beneficiarios. Este decreto también definió el objeto de esas sanidades y en especial, definió conceptualmente los servicios de sanidad inherentes a las operaciones militares, la llamada salud operacional. La así definida salud operacional le ha permitido a la Dirección de Sanidad del Ejército el desarrollo y puesta en práctica, a partir del año 2000, de los Grupos avanzados de trauma en el área de combate y con ellos del proyecto y plan Pantera (Puesto aerotransportable de recolección y clasificación de heridos), cuya misión es prestar apoyo inmediato a los heridos en combate, acortando el tiempo de inicio de reanimación y atención avanzada, con control de las lesiones críticas y estabilización, realizando la evacuación de pacientes críticos. El organigrama de aquellos grupos avanzados de trauma en el área de combate hace depender de Pantera a los Gatra (Grupo aerotransportable de soporte avanzado en trauma), los Emeverac (Equipo médico de rescate y evacuación), el Ecat (Equipo de cuidado crítico aerotransportable) y las Usa (Unidad de servicios ad-

ministrativos y seguridad). En la actualidad, 2009, las Fuerzas Militares y de Policía colombianas han visto aparecer varios hospitales y cientos de dispensarios a lo largo y ancho de la geografía nacional. El Ejército Nacional tiene cuatro hospitales regionales –Bucaramanga, Tolomaidá, Medellín y Apiay–, 121 lugares de atención entre dispensarios y enfermerías, y dispone de dos aviones ambulancia o medicalizados y cuatro helicópteros ambulancia. La Fuerza Aérea no tiene hospitales regionales, pero cuenta con un centro de medicina aeroespacial y trece dispensarios. La Armada tiene tres hospitales regionales- Cartagena, centro de III nivel, Bahía Málaga, centro de II nivel, y Leguízamo, centro de II nivel- y tres dispensarios- Centro de Medicina Naval (Bogotá), centro de I nivel; Sanidad Escuela Naval de Suboficiales (Barranquilla), centro de II nivel; Sanidad Naval Baflim 10 (Guapi, Cauca), centro de I nivel. La Policía Nacional cuenta con el Hospital Central en Bogotá e importantes clínicas en Villavicencio, Manizales, Tunja, Cartagena, Cali, Bucaramanga, Santa Marta, Barranquilla y Envigado, y con una muy importante red de dispensarios en todo el país, coordinados todos por la Dirección Sanidad de la Policía Nacional. Las Fuerzas Armadas, en especial las Fuerzas Militares del Ejército y la Armada cuentan con grupos importantes de enfermeros o paramédicos de combate, sobre los que recae el rescate y atención de los heridos en combate, que se han beneficiado de un entrenamiento y unos recursos obtenidos por el Plan Patriota implementado por el Presidente Pastrana y aprovechado durante las administraciones del Presidente Uribe, en el que el apoyo técnico en el área de sanidad por cuenta de las Fuerzas Militares de Estados Unidos ha sido muy importante.

Al tiempo que las Sanidades de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional se han ampliado, fortalecido y tecnificado para ofrecer una cobertura al gran crecimiento numérico que esas fuerzas han tenido desde el gobierno de Andrés Pastrana Arango, 1998-2002 y en los gobiernos de Álvaro Uribe Vélez de 2002- 2006, y 2004-2010, las organizaciones armadas ilegales que han enfrentado al Estado, en especial una de ellas, las Farc, desde años atrás también han intentado organizar hospitales de campaña en las áreas controladas por ellas, aunque con grandes problemas. Un entrevistado por Molano cuenta: “Cuando las conversaciones de Manuel con Belisario... Fue cuando Jacobo quiso construir el mejor hospital militar del país y Marulanda le puso luz eléctrica a Casaverde... Un médico uniformado trajo los mejores especialistas de Cuba y de la

Unión Soviética para atender no sólo a los guerrilleros, sino a la población civil. El hospital costó ochocientos millones de peso. Jacobo quería un lujo de hospital y le dijo al médico: “¿Le doy dos pesos más y me completa la obra? El otro dijo: “Sí, claro, camarada”. Yo lo saqué con esos dos pesitos de más en mula. Se fue y nunca volvió. Eso fue lo que mató de infarto al viejo. Me dieron la orden de rodear al hospital y defenderlo”. La ex guerrillera Zenaida Rueda cuenta en su libro *Confesiones de una guerrillera* como en la región del departamento del Guaviare la Farc por lo menos tenía montado dos hospitales a finales de enero del 2004: “El hospital que manejaba Xiomara ahora estaba en Caño Lobos. Era un centro bien montado, que ya no dependía de César. Así como los soldados montaron sus hospitales para el Plan Patriota, las Farc también. Y éste era el hospital principal... Después nos mandaron para Yarumales, donde había otro hospital. Allí llegaban muchos heridos de bala, pero también muchos muertos, así que nos tocaba bañarlos y hacerles unos cajones de tablas.”

Aunque las Farc durante la administración del Presidente Andrés Pastrana y aprovechando la llamada zona de distensión de alrededor de 42.000 kilómetros cuadrados que ese presidente les concedió en los departamentos del Meta, Guaviare y Caquetá, pudieron montar importantes hospitales de campaña y una significativa logística sanitaria, aquellos y esta, prácticamente desaparecieron con la ofensiva del gobierno del Presidente Álvaro Uribe contra esa organización y tuvieron que regresar a los apoyos logísticos sanitarios elementales que siempre han acompañado a las guerrillas. Al igual que las Farc los otros grupos armados ilegales también han procurado tener redes de apoyo médico sanitario para sus combatientes, buscando a través de la colaboración, el servicio remunerado o la imposición por la intimidación, la participación de diferentes profesionales de la salud en la atención de su personal. Una enfermera que sirvió a las Auc en el primer lustro del siglo XXI, cuenta, según Molano, que “... caímos al aeropuerto de Larandia a las siete y diez minutos... En la puerta de la avioneta me esperaban el médico y un muchacho seco y callado. Mi nuevo jefe era un hombre de buena pinta, con barba entrecana, de unos cuarenta años y costeño. Después sabría que había servido en un batallón norteamericano en la Guerra del Golfo. Era traumatólogo, pero tenía una gran experiencia en hospitales de sangre. Lo llamaban Bob... Organicé un dispensario móvil. Muchas veces era más fácil ir al sitio donde estaban los heridos que

traerlos a donde yo estaba. Me dieron cinco mulas y diez hombres. Un hospital de sangre que podía competir con un Segundo Nivel de cualquier ciudad. No me negaban ninguna droga ni instrumento.” Las dificultades para la adecuada y oportuna atención médica de los heridos de las organizaciones armadas ilegales son las causas de las infestaciones por miasis y las necesarias amputaciones de miembros que todavía practican los médicos y enfermeros que les sirven. La enfermera entrevistada por Molano cuenta: “Montamos y al rayo de las doce llegamos a un campamento en medio de la manigua. Era un rancho hecho con palmiche y madera, largo y estrecho, casi como un corredor. No digo mentiras ni exagero: había veinte hombres y dos mujeres prácticamente en coma. Al final, un espacio cerrado con dos hamacas y dos mesitas también de madera. Ahí nos acomodamos Bob y yo. Nos pusimos los guantes y comenzamos a mirar de qué se trataba tal horror... Lo primero era lavar las heridas pero, ¿con qué agua” Bob dijo: “Habría que usar gaseosa que no sea negra- es decir, ni Coca-Cola ni Pepsi –Cola como desinfectante”. Un milagro. Las heridas no sólo estaban infectadas, sino hasta engusanadas. Tuvimos que amputar una pierna y terminamos a las tres de la mañana entre gritos y dolores horribles”.

5. De la asistencia sanitaria a los heridos en las guerras civiles y el respeto del personal sanitario durante los conflictos bélicos, a la puesta en vigencia de Corte Penal Internacional en noviembre de 2009

Aunque en varias de las guerras civiles del siglo XIX los mandos de las tropas permitieron breves treguas para asistir a los heridos, en todas nuestras confrontaciones armadas de los siglos XIX, XX y XXI se dieron y se han dado terribles violaciones y muertes de los enfermos y heridos y atentados contra la vida del personal sanitario por cuenta de los diferentes contendientes, enceguecidos por los intensos sentimientos de venganza y por el dolor por la muertes de los compañeros de armas. La mayoría de esas acciones fueron llevadas a cabo por las fuerzas guerrilleras, en razón a la importancia numérica de ellas en todas nuestras guerras intestinas. Con el surgimiento de la Cruz Roja colombiana, fundada oficialmente en Bogotá el 30 de junio de 1915, y afiliada a la Liga Internacional de la Cruz Roja, fundada en 1919, en 1920 y los varios años de paz tras la Guerra Civil de los Mil Días, hubo hasta los años 50 del siglo XX un descanso relativo en la historia de crímenes de guerra de nuestros conflictos intestinos

tan dominados por las guerrillas. La violencia de los años 50 del siglo XX, la lucha subversiva a partir de comienzos de los años 60, y la confrontación entre las fuerzas armadas del Estado y las organizaciones armadas ilegales desde mediados de los años 80 han sido espacios en los que, a pesar de un considerable cuerpo legislativo internacional y nacional, se han dado abusos contra los enfermos, heridos y personal sanitario. Las organizaciones armadas ilegales del M-19, las Farc, el Eln, y otros iniciaron a comienzos de los años 80 la práctica del secuestro extorsivo económico y político y la toma de rehenes, delitos proscritos por las leyes nacionales y el derecho internacional humanitario. Estas organizaciones, en especial las dos últimas, tienen un gran prontuario de atentados contra la misión médica, uso de hospitales como trincheras, disparos contra hospitales y ambulancias, sujeción por la fuerza a médicos para que atiendan a sus enfermos y heridos, asesinato de médicos, etc.

En la lucha entre las organizaciones armadas ilegales hay registros de ataques a sus propios hospitales de campaña como relata una enfermera de las Auc a Molano, al referir un ataque de las Farc a un campamento. – dispensario de esas Auc: “A mi gusta la navidad...la primera navidad yo me encargué de arreglar el galpón en que estábamos durmiendo, aunque yo dormía en un rancho que organicé como consultorio...Cuando acabábamos la cena oímos un estruendo como salido del centro de la tierra y nos botamos al suelo...“¡Ríndanse! ¡Ríndanse! ¡Somos la Teófilo Forero!... Cuando paró la plomacera, un guerrillero, nos mandó hacer fila: “Los civiles a un lado, los uniformados al otro”. Yo estaba de bluyines y me hice donde me correspondía. Masacraron ante estos ojos que no me dejaron mentir ante Dios a cinco o seis de los nuestros, para escarmiento. Y se llevaron las armas, los uniformes buenos que encontraron. Los radios, los encauchados, un televisor y una planta eléctrica Y todo mi dispensario.”

Desde la adopción por el gobierno colombiano en 1998 del Protocolo II del Convenio de Ginebra de 1977 se abrió una expectativa diferente a las prácticas criminales de la confrontación interna en el país. En el año de 2002 el presidente Andrés Pastrana y el electo presidente Álvaro Uribe decidieron dar un plazo de varios años para que entrara en vigencia en Colombia la adopción de los estatutos de la Corte Penal Internacional, buscando con esto un espacio de negociación con las organizaciones armadas ilegales más radicales,

que finalmente no negociaron un pacto de paz. El 2 de noviembre de 2009 entró en vigencia la Corte Penal Internacional y con ella la imposibilidad de amnistiar a los criminales de guerra: secuestradores, reclutadores de menores, asesinos fuera de combate, perpetradores de atentados contra la misión médica, etcétera.

6. Los abusos del personal sanitario durante los conflictos bélicos

Si bien en líneas generales el personal sanitario colombiano se ha mantenido libre de serias imputaciones sobre su desempeño neutral durante nuestros conflictos bélicos de baja intensidad de fuego, irregulares y con alta tasa de criminalidad, el debe ser conocedor de la larga y triste historia de profesionales sanitarios europeos, japoneses, rusos y estadounidenses comprometidos en abusos y crímenes de guerra en las dos guerras mundiales del siglo XX, la guerra de Corea, la guerra del Vietnam, las guerras del Golfo pérsico, de la ex Yugoslavia, la Guerra Fría y otras, y de algunos profesionales sanitarios de Uruguay, Argentina, Brasil y Chile en los años 70 de la llamada política de Seguridad Nacional implantada por las dictaduras militares de esos países. Lo primero que deben saber los médicos y los otros profesionales sanitarios en nuestro país que lo que hoy es rutina para cualquier procedimiento médico e investigación clínica, el consentimiento informado, es una de las recomendaciones nacidas de los Juicios y Procesos de Nuremberg y de Tokio, en 1946, al terminar la II Guerra Mundial, en los que varios médicos nazis y japoneses fueron juzgados y hallados culpables de crímenes de guerra por practicar experimentos y procedimientos en contra de la voluntad y sin el permiso de los prisioneros. Los médicos colombianos deben conocer las Convenciones de Ginebra de 1864 y 1949 y sus Protocolos adicionales de 1977 sobre la protección de los heridos, prisioneros, personal civil y militares que han depuesto las armas, así como la Declaración de Tokio de la Asociación Médica Mundial, AMM de 1975, sobre las normas para médicos con respecto a la tortura y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes, impuestos sobre personas detenidas o encarceladas. La Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes de la Asamblea de la ONU de 1987, la Declaración de Hamburgo de la AMM de 1997 sobre el apoyo a los médicos que se niegan a participar o a tolerar la tortura u otras formas de trato cruel, inhumano o degradante, la Resolución sobre la Responsabilidad de Médicos en

la Denuncia de Torturas o Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes de los que tengan Conocimiento de la Asamblea de Helsinki de 2003 que insta a la AMM a promover leyes y programas para abolir la tortura, el Protocolo de Estambul (Normas Internacionales para la Investigación y Documentación de la Tortura) que respalda la AMM y a leer el Manual sobre la Investigación y Documentación Eficaces de la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, preparado por la AMM.

La Medicina Militar en Colombia

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

En este esquema teórico y con base en la entrada en vigencia de la ley 352 del 17 de Enero de 1997 y del decreto 1795 del 2000 que creó y reglamentó, respectivamente la Dirección General de Sanidad Militar con el objeto de prestar un servicio integral de salud en las áreas de promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación del personal afiliado y

sus beneficiarios y en especial, por primera vez definir con precisión la llamada salud operacional y de existir la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada, **la Medicina Militar en Colombia comenzó a estructurarse mejor en la práctica.**

La Medicina Militar en Colombia tiene en la geografía física, política y médica, en la patología regional, en la historia política económica y médica del país, en las cátedras de derecho internacional humanitario y psicología, elementos de contexto muy importantes que deben enmarcar la adquisición de habilidades y competencias técnicas por parte de los estudiantes de medicina de pregrado y posgrado y de los profesionales médicos que se vinculen o estén vinculados con las Fuerzas Armadas, para que atiendan las tareas propias de los arriba señalado campos de acción, en momentos y espacios de esta área específica de la medicina. La Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada en esa perspectiva, tiene cátedras de Geografía Médica, en las que trata de subsanar el profundo y absurdo desconocimiento que sobre la geografía de Colombia traen los estudiantes de medicina desde sus colegios, cátedras sobre Historia de la Medicina Militar, cátedras de Derecho Internacional Humanitario y Cátedras de Psicología, además de profundizar desde sus inicios en el manejo del trauma y las enfermedades infecciosas. Ofrece también ofrece permanentemente cursos de atención prehospitalaria y cursos de manejo de trauma, apoyándose en su importantísimo y completo laboratorio de simulación para las prácticas clínicas y quirúrgicas, claves en la Medicina Militar de hoy en día, para enfermeros de combate, paramédico y médicos vinculados o no a las Fuerzas Armadas.

Coincidiendo con el autor de estas líneas que tuvo la oportunidad de escribir en su libro, escrito en 1994, *Historia sanitaria del conflicto amazónico colombiano 1932-1934*: "...la medicina preventiva y el recurso médico son tan importantes para la vida de los que hacen la guerra como la munición, ... la buena higiene es una inversión de alto valor geopolítico y estratégico militar", el parágrafo del artículos 5 del decreto 1795 de septiembre 14 de 2000 que estructuró el Sistema de Salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional estableció con claridad que: "Los Establecimientos de Sanidad Militar (ESM) y Policial (ESP), estarán destinados prioritariamente a la atención en salud del Sistema como apoyo para la defensa y seguridad Nacional".

Conclusiones

La Medicina Militar en Colombia se ha venido construyendo lentamente desde la fundación de la nación al unísono con la medicina civil y en su desarrollo han influido determinadamente por lo menos los siguientes eventos: la fundaciones de la Escuela Militar de Cadetes “ José María Córdova”, 1907 y de la Escuela Superior de Guerra, 1909, en el gobierno de Rafael Reyes, el Conflicto Amazónico Colombo-Peruano de 1932-1934, la inauguración del Hospital Militar Central a finales de los años treinta en su sede de San Cristóbal y su posterior traslado en 1962 a la sede actual, en el oriente de Chapinero, en Bogotá, la apertura de la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada en 1979, el continuo robustecimiento y modernización de las Fuerzas Armadas desde 1998 hasta el presente y la mejor definición de salud operacional desde el año 2000. La salud pública general, la salud al interior de las Fuerzas Armadas, la Medicina Militar, son tópicos con un gran impacto en la seguridad nacional y en la moral de sus hombres y mujeres: Las instituciones prestadoras de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía constituyen lugares de trabajo de distinguidos profesionales y espacios destacados de formación e investigación médico quirúrgica en el ámbito nacional.

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

Referencias

- El Tiempo. *Así hallaron “hospital central” de las Farc*. Sección Nación 1-7, Sábado 13 de febrero de 2010.
- Gonsalves, Marc; Stansell, Keith; Howes, Tom; con Brozek, Gary. *Lejos del infierno. Una odisea de 1.967 días en manos de las Farc*. Editorial Planeta colombiana, Bogotá, 2009, 456 páginas.
- Laín Entralgo, Pedro. *Historia de la Medicina*. Salvat Editores, S.A, Barcelona, 1982, 565 páginas.
- Lizcano, Oscar Tulio. *Años en silencio*. Editorial Planeta Colombiana, Bogotá, 2009, 276 páginas.
- Malagón Londoño, Gustavo. Siendo Presidente de la Academia Nacional de Medicina En *Conversación personal que tubo con el autor*, Hugo Sotomayor Tribín, el día 11 de diciembre de 2009.
- Malagón, Raimundo. *Las cadenas de la infamia. Diez años secuestrado por las Farc*. Grupo Editorial Norma, Bogotá, 2009, 164 páginas.
- Molano, Alfredo. *Ahí les dejo esos fierros*. Aguilar-El Áncora Editores, Bogotá, 2009. Páginas 59-60;157-163.
- Pinchao, John. *Mi fuga hacia la libertad*. Editorial Planeta Colombiana S.A, Bogotá, Octava Edición, 2008, 242 páginas.
- Reyes, Rafael. *Avances quirúrgicos en los conflictos armados*. Inédito, 2006, 13 páginas.
- Rueda, Zenaida. *Confesiones de una guerrillera. Los secretos de Tirofijo, Jojoy y las Farc revelados por primera vez*. Editorial Planeta Colombiana. S.A, 2009, Bogotá, , pagina 94y 96; 227 páginas.
- Sotomayor Tribín, Hugo Armando. *Historia Sanitaria del Conflicto Amazónico Colombo - Peruano 1932-1934*. Editorial del Fondo Rotatorio de la Policía Nacional, Ministerio de Defensa Nacional. República de Colombia. Santafé de Bogotá 1995, 57 páginas.
- Sotomayor Tribín, Hugo Armando. *Guerras, enfermedades y médicos en Colombia*. Escuela de Medicina Juan N. Corpas, 1997, Santafé de Bogotá. 367 páginas.
- Sotomayor Tribín, Hugo Armando. *De las armas biológicas a la guerra biológica en la historia de Colombia*. Tribuna Médica. Volumen 102, número 1, 2002, pp 5-14.
- Sotomayor Tribín, Hugo Armando. *Epidemiología de la guerra y la corrupción en Colombia*. Tribuna Médica, volumen 102, # 7, año 2002, pp 301-308.
- Sotomayor Tribín, Hugo Armando. *La guerra en Colombia en una perspectiva histórica- antropológica y bioética*. Persona y Bioética. Universidad de la Sabana. Año 7 N° 19, Mayo -Agosto 2003, pp 6-13.
- Sotomayor Tribín, Hugo Armando. *La búsqueda de la paz en Colombia en Una Puerta hacia la Paz. Paz y salud mental en Colombia*. Academia Nacional de Medicina, Bogotá Octubre 2005, pp 105-114.
- Sotomayor Tribín, Hugo Armando. *¿Posconflicto? Salud mental y seguridad nacional. Una propuesta*. Academia Nacional de Medicina, Bogotá, Agosto, 2006, pp 215-226.
- Torres, Juan Carlos. *Operación Jaque. La verdadera historia. Por primera vez la cuentan sus protagonistas*. Editorial Planeta Colombiana S.A, Bogotá, 2008. 285 páginas.