UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

De protestas, violencias y otras fiebres tropicales. Aportes para una historia socio - política de la salud pública en colombia, 1974 – 2004

Zulma Consuelo Urrego Mendoza.

Código No 597251.

Universidad Nacional de Colombia

Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública

Facultad de Medicina

Bogotá, Colombia

2011

De protestas, violencias y otras fiebres tropicales. Aportes para una historia socio - política de la salud pública en colombia, 1974 – 2004

Zulma Consuelo Urrego Mendoza

Código No 597251.

Trabajo presentado como requisito parcial para optar al título de Doctora en Salud Pública

Dirigido por:

Mario Esteban Hernàndez Àlvarez.

Universidad Nacional de Colombia

Programa Interfacultades Doctorado en Salud Pública

Facultad de Medicina

Bogotá, Colombia

2011

Nota de aceptación:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma del presidente del Jurado.

_____

Firma del jurado.

_____

Firma del jurado.

Bogotá, 7 de junio de 2011

DEDICATORIA.

A mi amiga Marina, la enfermera,

Y al vacunador, Don Gabriel.

DE PROTESTAS, VIOLENCIAS Y OTRAS FIEBRES TROPICALES. Aportes para una historia socio – política de la salud pública en Colombia, 1974 – 2004.

ABOUT PROTEST, VIOLENCE AND OTHER TROPICAL FEVERS. Contribution to social-political history of the public health in Colombia from 1974-2004.

RESUMEN.

Este trabajo es una exploración histórica que da a conocer las interacciones entre Política Publica y Salud Publica, pero centrándose en la comprensión entre política contendiente, entendida como aquel tipo de acción política en que ocurren interacciones entre actores protagonistas que hacen reclamos relacionados con algún interés en especifico y procesos de salud encaminados directamente con enfermedades trasmitas por vectores (ETV), dentro del contexto Colombiano, para los años de 1974-2004.

Para lo anterior, se rescata las protestas sociales o acciones colectivas contendientes que se dieron durante este procesos en los territorios comprendidos entre la zona del Catatumbo y la Sierra Nevada de Santa Marta, acciones que tuvieron que ver ya sea por epidemias de enfermedades transmitidas por vectores o por las políticas publicas que pretendían hacerle frente, indicando como tales acciones colectivas contendientes de reivindicación por parte de trabajadores del sector salud desempeñaron un papel importante en la situación epidemiológica de las ETV y en las repuestas gubernamentales para afrontarlas, a pesar de que no lograron alcanzar la suficiente visibilidad en comparación con el marco general de las acciones colectivas contendientes ocurridas en todo el país en el mismo periodo.

En esta investigación se da cuenta de las trasformaciones que sufrieron las acciones colectivas contendientes relacionadas con ETV a lo largo del periodo de estudio, debido a los cambios en el contexto social y político, pero a partir de una construcción histórico social tejida desde abajo alrededor de la Salud Publica, rescatando así historias de vida que han sido invisibilizadas dentro del marco del conflicto armado y la política socio-económica, y que fueron manipuladas para impedir la observancia de todas las voces de reivindicación y protesta que se han dado en torno a las ETV.

Descriptores: Acciones colectivas contendientes, Salud Publica, Enfermedades Transmitidas por vectores (ETV), Politicas Pùblicas, Colombia.

ABSTRACT

This work is a historical exploration that introduces interactions between public politics and public health, but focusing on understanding contending politics, as a kind of political action in an interaction between protagonists who make claims related to any interest in specific and health processes aimed directly with vector-borne diseases (VTE) in the Colombian context, for the years 1974-2004.

For This, the social protest are rescued or collective actions that were given during this process in the territories between the Catatumbo and the Sierra Nevada de Santa Marta, actions that had to do either by epidemics of vector-borne diseases or public policies that sought to address it, indicating as such collective action by health workers have played an important role in the epidemiological situation ETV and government responses to address them, although they failed to reach sufficient visibility in comparison with the general framework of collective action across the country occurred in the same period.

In this research, we realize the transformations suffered by the contenders collective actions related with ETV throughout the study period, due to changes in social and political context, but from a social historical construction woven from down around the Public Health, rescuing life stories that have been invisible in the context of armed conflict and socio-economic politics, which were rigged to prevent the enforcement of all claims and voices of protest that have occurred around the ETV.

Key words: collective actions contenders, Public health, vector-borne diseases. (ETV), Public policy, Colombia.

Director Mario Hernàndez Àlvarez.

Zulma Consuelo Urrego Mendoza. 1 de junio de 1969.

AGRADECIMIENTOS.

Son muchas las personas que contribuyeron de manera directa o indirecta en la realización de este trabajo, al punto que sería casi imposible mencionarlas a todas en el espacio destinado a los agradecimientos dentro de este informe final. Sin desconocer el valioso aporte realizado por muchos de los que no serán mencionados, empezaré por agradecer a las personas de mi familia nuclear y extensa, quienes en todos éstos años me han apoyado con su aliento y sustento material para que pueda dedicarme a la labor de investigación y escritura de ésta tesis; a Consuelo, Carlos, Alejandra, Tania, Jairo Ernesto, Diana, Dora, Teresa, y María Josefa, un reconocimiento especial por sus esfuerzos de acompañamiento. Acto seguido, reconozco el apoyo económico brindado por la Universidad Nacional de Colombia a través de su División de Investigaciones, así como por el Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (Colciencias), quienes me otorgaron sendas becas con las cuales se financiaron en gran parte mis estudios doctorales, las pasantías de investigación realizadas fuera del país, y el trabajo de campo del proyecto. El profesor Mario Hernández aceptó actuar como director de mi tesis doctoral, y fue paciente y atento ante las distintas necesidades y retos que le fui presentando en torno a la elaboración de este proyecto; para él y para los compañeros y compañeras del grupo de investigación en Estudios Socio – Históricos de la Salud y la Protección Social adscrito a la Universidad Nacional de Colombia mis sinceros agradecimientos por todos sus aportes. Las pasantías efectuadas en el Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro (UERJ) del Brasil, y en el Instituto de Altos Estudios en Salud Pública (IAESP) “Arnoldo Gabaldón” de Maracay, Venezuela, habrían sido imposibles sin la acogida efectuada por las doctoras Madel Terezinha Luz y Evelyn Escalona en sus respectivos grupos de investigación. Adicionalmente, la Dra. Madel Luz y el Dr. Oscar Feo Isturiz, profesor de IAESP, tuvieron la bondad de alojarme desinteresadamente en sus casas durante buena parte de mi permanencia en Rio de Janeiro y Maracay, en un gesto inolvidable de solidaridad humana y colegaje.

Las religiosas de la Comunidad de Nuestra Señora de Sión junto con la psicóloga Claudia Mora, estudiante de la Maestría en Salud Colectiva de la UERJ, facilitaron igualmente otras temporadas de mi alojamiento en Brasil e hicieron inolvidable la experiencia. También resultaron trascendentales mis pasantías por el Doctorado en Historia de la Universidad Nacional de Colombia, en donde los doctores Medófilo Medina y Mauricio Archila me acogieron en los respectivos seminarios a su cargo y compartieron generosamente conmigo sus conocimientos, al igual que lo hicieron los compañeros y compañeras estudiantes de dicho doctorado. Las compañeras del grupo de investigación en Violencia y Salud de la Universidad Nacional de Colombia, junto al profesor Saúl Franco Agudelo y la profesora María Himelda Ramírez, facilitaron un espacio constante de apoyo y discusión para muchos de los apartados contenidos en este informe final, a la vez que permitieron la difusión de algunos de sus desarrollos preliminares en un libro y en un seminario internacional gestionados por el grupo. Un capítulo especial es dedicado a quienes en los distintos momentos del desarrollo de este trabajo actuaron como auxiliares de investigación, aportando sus ideas y esfuerzos: las politólogas Alejandra Bello y Ginna Rojas, la trabajadora social Decsy Cuspoca, el historiador Elquin Morales, y el politólogo Ricardo Betancourt; para todas y todos va mi reconocimiento y aprecio. Del mismo modo, agradezco a los trabajadores y trabajadoras de la salud que, plenos de conciencia histórica, organizaron y protegieron de la destrucción archivos de todo tipo en donde custodian por iniciativa propia valiosos documentos pertenecientes a los tiempos anteriores a la reestructuración del sector salud; igualmente agradezco a los bibliotecólogos y archivistas de los sitios en donde se encontraron documentos útiles para este trabajo, con especial atención a los trabajadores del Centro de Investigación y Educación Popular –CINEP-, el archivo general del Ministerio de la Protección Social, la biblioteca de la Universidad Nacional de Colombia, y las hemerotecas de la Fundación Gilberto Alzáte Avendaño y la Biblioteca Nacional de Bogotá; sus consejos oportunos y sabios resultaron fundamentales para la ubicación de

muchas fuentes documentales e informantes clave trascendentales, a quienes también agradezco sus testimonios valiosos y valientes.

“De repente me pregunto por qué tengo que contar esto, pero si uno empezara a preguntarse por qué hace todo lo que hace… lo mejor es dejarse de pudores y contar… cuando pasa algo malo, cuando dentro del zapato encontramos una araña o al respirar se siente como un vidrio roto, entonces hay que contar lo que pasa, contarlo a los muchachos de la oficina o al médico… Siempre contarlo, siempre quitarse esa cosquilla molesta del estómago…Ya sé que lo más difícil va a ser encontrar la manera de contarlo… tengo miedo de repetirme.

Va a ser difícil porque nadie sabe bien quién es el que verdaderamente está contando, si soy yo o eso que ha ocurrido, o lo que estoy viendo (nubes, y a veces una paloma) o si sencillamente cuento una verdad que es solamente mi verdad, y entonces no es la verdad salvo para mi estómago, para estas ganas de salir corriendo y acabar de alguna manera con esto, sea lo que fuere. Vamos a contarlo despacio, ya se irá viendo qué ocurre a medida que lo escribo. Si me sustituyen, si ya no sé qué decir, si se acaban las nubes y empieza alguna otra cosa...

¿qué voy a poner, cómo voy a clausurar correctamente la oración? Pero si empiezo a hacer preguntas no contaré nada; mejor contar, quizá contar sea como una respuesta, por lo menos para alguno que lo lea”.

JULIO CORTÁZAR, “Las Babas del Diablo” (1959)

TABLA DE CONTENIDO.

INTRODUCCION……..22

Capítulo 1 SOBRE POLÍTICA CONTESTATARIA EN SALUD PÚBLICA: LO QUE SE HA DICHO 29

1.1. LAS TRADICIONES DE ANÁLISIS SOBRE PROTESTA Y MOVILIZACIÓN SOCIAL 29

1.2. TILLY, TARROW, Y LA ACCIÓN COLECTIVA CONTENDIENTE 32

1.3. EL ESTUDIO DE LA PROTESTA Y LA MOVILIZACIÓN SOCIAL EN AMÉRICA LATINA.....37

1.4. INVESTIGACIÓN HISTÓRICA SOBRE ACCIÓN COLECTIVA CONTENDIENTE ANTE LAS EPIDEMIAS, LOS PROBLEMAS SANITARIOS Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD.....41

Capítulo 2 UNA POSTURA PERSONAL EXPLÍCITA ANTE EL TEMA: EL ENFOQUE HEURÍSTICO Y LAS ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS 49

2.1. ENFOQUE HEURÍSTICO.....49

2.1.1 Posturas ontológica y epistemológica 49

2.1.2. Postura conceptual.....51

2.2. EL CURSO DE ACCIÓN TRAZADO EN EL DISEÑO METODOLÓGICO...53

2.2.1. Tipo de estudio.....53

2.2.2. Los procedimientos generales para la construcción de comprensiones: metas y métodos.....54

2.2.3. La selección de unidades de análisis 56

2.2.4. Procesos en estudio.....57

2.2.5. Métodos para establecer secuencias y patrones en los casos estudiados 58

2.2.6. La periodización 58

2.2.7. Las fuentes y los acervos documentales.....59

2.2.8. Estrategias y técnicas para el análisis de la información.....61

Capítulo 3 INCIDENTES VISIBLES DE UN ASUNTO SECUNDARIO, 1974 – 1982 63
3.1. LOS TROPELES DE LA VACUNA, 1974 - 1978 64
3.1.1. Protesta social, retorno de la confrontación bipartidista y apertura económica 64
3.1.2. Salud Pública y enfermedades transmitidas por vectores: “para cerrar la brecha” 65
3.1.3. Bajan los recursos, y aumentan las epidemias 74
3.1.4. Epidemias vividas, epidemias negadas 78
3.1.5. Tras 23 años de silencio, regresan las epidemias de fiebre amarilla al Catatumbo 83
3.1.6. Las enfermedades transmitidas por vectores dentro de las reivindicaciones del sector salud 86
3.1.7. De puyas y matagatos, violencia y resistencia cultural 93
3.1.8 Conflicto armado, epidemias y economias locales……95
3.2. LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES EN LAS PROTESTAS DEL GREMIO MÉDICO ANTE LA REPRESIÓN DEL ESTATUTO DE SEGURIDAD, 1979 - 1982 105
3.2.1. El sector salud y los programas contra ETV en el contexto de las políticas priorizadas para Colombia 105
3.2.2. Una anti-higiénica mano blanca en escena 111
3.2.3. A nuevas formas de represión y deterioro en las políticas sociales, nuevas protestas 114
3.2.4. Los usos del Estatuto de Seguridad y la protesta social colombiana ..116
3.2.5. Un “peligroso gremio médico” en medio de la guerra 119
3.2.6. El insurgente secreto de los médicos 121
3.2.7. Represión hacia otros trabajadores de la salud en zonas de conflicto armado activo 123
3.2.8. El Estatuto de Seguridad ante los programas de control de enfermedades transmitidas por vectores y sus trabajadores 124
3.2.9. El gremio médico protesta por las detenciones 126

3.2.10. Reacciones internacionales ante los médicos víctimas de represión en Colombia 135

3.2.11. Un nuevo código de ética médica que reprime las protestas sociales del gremio y amenaza la neutralidad en medio del conflicto armado 140

3.2.12. Consecuencias epidemiológicas de la guerra, la represión y el ajuste fiscal en salud: un resultado previsible y poco reconocido 145

3.2.13. Respuestas diferenciales ante la misma epidemia: fiebre amarilla en la Sierra Nevada, 1979 150

3.2.14.Las ETV y las acciones sanitarias para su afrontamiento como crimenes de guerra contrainsurgente…….....156

Capítulo 4 LOS GRANDES INVISIBLES OLVIDADOS, 1983 – 1997.....160

4.1. MARCHAS, HUELGAS Y OTRAS PROTESTAS DEL SERVICIO DE ERRADICACIÓN DE LA MALARIA, 1983- 1988 161

4.1.1. ¿Cesó la horrible noche?: entre el discurso de la reconstrucción nacional y la emergente destrucción paramilitar 161

4.1.2. Violencia estructural sobre el sector salud en los ochenta.....168

4.1.3. Acción contra las enfermedades transmitidas por vectores en los gobiernos de Betancur y Barco 173

4.1.4. “Muerte en el campo, muerte en la ciudad”, los paros cívicos y marchas campesinas durante la reconciliación nacional 182

4.1.5. “Y malaria sin funcionar”, el sector salud y los programas contra enfermedades transmitidas por vectores en el panorama nacional de la protesta social 189

4.1.6. Movilización legal ante las desapariciones de malarios en zonas de orden público.....192

4.1.7. Paros ante la violencia estructural que desfinanció los programas sanitarios contra vectores.....199

4.1.8. En medio de las lluvias llegan las epidemias, y se organizan acciones puntuales para su enfrentamiento 221

4.2 EL DERECHO A LA SALUD ENTRA EN LA AGENDA DE LOS PETICIONARIOS RURALES, 1989 - 1997.....228

4.2.1. Paramilitares y guerrillas se consolidan mientras el gobierno nacional se ilegitima 228

4.2.2. Las protestas sociales colombianas en medio de la guerra sucia y la ilegitimidad del gobierno.....232

4.2.3. Descentralización sanitaria: entre la salud básica para todos y el imperio del neoliberalismo en salud 234

4.2.4. Los programas contra enfermedades transmitidas por vectores en el marco de la descentralización y el libre mercado.....242

4.2.5. Las luchas sociales colombianas en torno al sector salud a inicios de los noventas.....248

4.2.6. El movimiento de los peticionarios rurales por el derecho a la salud ante la descentralización de los programas sanitarios contra enfermedades tropicales 256

4.2.7. Entre el fuego cruzado desaparecen los trabajadores sanitarios rurales 268

4.2.8. El repunte de las ETV en un contexto de violencia directa y estructural… ……270

Capitulo 5 EL INMÓVIL TIEMPO DEL SILENCIO A VOCES…….....279

5.1. AUSENCIA DE ETV EN TUTELAS Y PAROS, PRESENCIA DE EPIDEMIAS Y CONFLICTO ARMADO, 1998 – 2001……280

5.1.1. Persisten el conflicto armado, profundas reformas neoliberales y malestar social 280

5.1.2. Una protesta social que sobrevive y crece entre violencia directa y violencia estructural.....283

5.1.3. Los trabajadores sanitarios colombianos ante la “destrucción atroz” de la salud.....285

5.1.4. Usuarios en resistencia ante la reforma sanitaria.....292

5.1.5. La acción de tutela, el derecho a la salud, y las protestas 293

5.1.6. Descentralización, desarticulación y destrucción en la lucha contra las enfermedades tropicales 294

5.1.7. Entre desarticulación y protestas, sobreviene la epidemia.....299

5.1.8. Represión no oficial ante la organización social.....302

5.1.9. Violencias, Cultivos, y Vectores preparan las Epidemias: a propósito del Catatumbo y la Sierra Nevada 316

5.2. ENTRE EL ASALTO, LA EPIDEMIA Y EL COMUNICADO: UNA NUEVA PROTESTA POR VACUNAS, 2002 – 2004 326

5.2.1. La epidemia sale del Catatumbo y va a la Sierra Nevada 326

5.2.2. Un debilitado sistema de salud intenta hacer frente a la fiebre amarilla 327

5.2.3. Entre campos minados y fuego cruzado avanza la misión médica 340

5.2.4. Voces de protesta ante la epidemia 347

5.2.5. Una epidemia que pone en jaque al sistema.....350

Capítulo 6 LA HUELLA Y EL CAMINO: REFLEXIONES FINALES 352

6.1. LA ACCIÓN FUE COLECTIVA Y CONTENDIENTE, PERO NO ANGLOSAJONA.....352

6.1.1. Los débiles se alzaron cuando debieron y pudieron, no cuando se les dijo.....353

6.1.2. La acción colectiva Colombiana en torno a las ETV pudo explorarse mejor a partir de construcciones teóricas latinoamericanas.....365

6.2. EL CONFLICTO ARMADO INTERNO OCUPÓ UN LUGAR CENTRAL PARA COMPRENDER LAS INTERACCIONES ENTRE ETV, PROTESTAS SOCIALES Y POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA.....367

6.3. LAS ESCURRIDIZAS FUENTES PARA RECONSTRUIR DESDE ABAJO LA MEMORIA HISTÓRICA SANITARIA DE COLOMBIA 375

6.4. PRINCIPALES APORTES DEL ESTUDIO 379

Capítulo 7 CONCLUSIONES.....382

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA.....384

INDICE GENERAL ALFABÉTICO DE AUTORES Y REFERENCIAS 402

ANEXOS.....427

INDICE DE CUADROS

Cuadro No.	Título	Página
1	Unidades de análisis relativas a categorías teórica	62.

LISTADO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS.

SIGLA / ACRÓNIMO	DEFINICIÓN
AANTHOC	Archivo sindical de ANTHOC nacional
ABN	Archivo Biblioteca Nacional
ABINS	Archivo Biblioteca Instituto Nacional de Salud
ACC	Acción Colectiva Contendiente
AD-M19	Alianza Democrática M -19
ADO	Autodefensa Obrera
AI	Amnistía Internacional
AIDSNS	Archivo Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander
ASDSM	Archivo Secretaría de Desarrollo de la Salud del Magdalena
ASSDSM	Archivo Secretaría de Salud del Distrito de Santa Marta
AMDA	Asociación Médica de Antioquia
ANC	Asamblea Nacional Constituyente
ANEC	Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
ANDEC	Asociación Nacional de Enfermeras Certificadas
ANDEMISAP	Asociación Nacional de Trabajadores del Ministerio de Salud Pública
ANIR	Asociación Nacional de Internos y Residentes
ANTHOC	Asociación Nacional de Trabajadores de Hospitales y Clínicas
ANUC	Asociación Nacional de Usuarios Campesinos
APS	Atención Primaria en Salud
ARS	Administradoras del Régimen Subsidiado
ASEM	Archivos del Servicio de Erradicación de la Malaria

ASMEDAS	Asociación Médica Sindical
ASOMEVA	Asociación Médica del Valle
AUC	Autodefensas Unidad de Colombia
BIM	Brigada de Institutos Militares
BM	Banco Mundial
CAI	Conflicto Armado Interno
CAJANAL	Caja Nacional de Previsión
CAPRECOM	Caja de Previsión Social de Comunicaciones
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja
CINEP	Centro de Investigación y Educación Popular
CGDT	Confederación General Demócrata de Trabajadores
CGSB	Coordinadora Guerrillera Simón Bolívar
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social
CONVIVIR	Cooperativas de Vigilancia y Seguridad Privada para la Convivencia Agraria
CP	Constitución Política
CUT	Central Unitaria de los Trabajadores
CYP	Archivo Titulares de Prensa Nacional On – Line
DANE	Departamento Nacional de Planeación
DAS	Departamento Administrativo de Seguridad
DDHH	Derechos Humanos
DDT	Dicloro Difenil Tricloroetano
DIH	Derecho Internacional Humanitario
DRI	Programa de Desarrollo Rural Integral
ECOPETROL	Empresa Colombiana de Petróleos
ETV	Enfermedades Transmitidas por Vectores
ELISA	Enzyme Linked Immunoabsorbent Assay
ELN	Ejército de Liberación Nacional
EPL	Ejército Popular de Liberación

EPS	Empresa Promotora de Salud
ESE	Empresas Sociales del Estado
FA	Fiebre Amarilla
FARC	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia
FAS	Fiebre Amarilla Selvática
FEDECOMUNAL	Federación de Acción Comunal
FENALTRASE	Federación Nacional de Trabajadores al Servicio del Estado
FMI	Fondo Monetario Internacional
FONADE	Fondo Nacional de Proyectos de Desarrollo
HSJD	Hospital San Juan de Dios
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
ICSS	Instituto Colombiano de los Seguros Sociales
IEPRI	Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales
INAS	Instituto Nacional de Salud
INCORA	Instituto Colombiano de la Reforma Agraria
INFECTO	Revista de la Asociación Colombiana de Infectología
IPS	Institución Prestadora de Salud
INS	Instituto Nacional de Salud (en otro período)
INPES	Instituto Nacional de Programas Especiales para la Salud
ISS	Instituto de Seguros Sociales
JAC	Junta de Acción Comunal
M – 19	Movimiento 19 de Abril
MAC	Módulos Anuales de Cobertura
MAS	Muerte a Secuestradores
MAP	Minas Anti Persona
MRL	Movimiento Revolucionario Liberal
MSF	Médicos Sin Fronteras
OIT	Organización Internacional del Trabajo

OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAB	Plan de Atención Básica
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PAN	Plan de Alimentación y Nutrición
PNN	Plan Nacional de Nutrición
PNR	Plan Nacional de Rehabilitación
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POS	Plan Obligatorio de Salud
PRT	Partido Revolucionario de los Trabajadores
SEM	Servicio de Erradicación de la Malaria
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SILOS	Sistemas Locales de Salud
SISBEN	Sistema de Selección de Beneficiarios
SMS	Sistemas Municipales de Salud
SINDESS	Sindicato de Trabajadores de la Salud y la Seguridad Social
SINTRAHOSCLISAS	Sindicato de Trabajadores de Hospitales, Clínicas, Sanatorios y Consultorios de Bogotá y Cundinamarca
SINTRAINALCA	Sindicato de Trabajadores del Instituto Nacional de Cancerología
SINTRAINFANTIL	Sindicato de Trabajadores del Hospital Infantil Lorencita Villegas de Santos
SINTRODEC	Sindicato de Trabajadores del Departamento del Cesar
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia Epidemiológica
SNEM	Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria

SNS	Sistema Nacional de Salud
TELECOM	Empresa Nacional de Telecomunicaciones
UN	Universidad Nacional de Colombia
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UP	Unión Patriótica
UTRADEC	Unión de Trabajadores del Estado y de Servicios Públicos de Colombia
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

INRODUCCIÓN.

La epidemia de fiebre amarilla iniciada en el 2002 en los territorios del Catatumbo Nortesantandereano, y expandida en el 2004 hacia la Sierra Nevada de Santa Marta, Colombia, generó protestas desde distintos sectores sociales del país, que fueron vehiculizadas por los medios masivos de comunicación, alimentando el cuestionamiento público de la Ley 100 de 1993 que ha regido el sector salud del país en medio de grandes controversias.

Este episodio dio pie para cuestionar aún más duramente la capacidad de las reglamentaciones vigentes en materia sanitaria para manejar los problemas de salud pública en el país, y propició cambios inmediatos y mediatos en la política pública.

En el corto plazo, permitió la importación de vacunas, la reactivación de su producción dentro del territorio nacional, y el reconocimiento público de la necesidad de entrar a revisar el modo en que la legislación vigente en Colombia venía abordando múltiples asuntos prioritarios en salud pública, inclusive las enfermedades transmitidas por vectores.

En el mediano plazo, fueron otros los argumentos que facilitaron una revisión de la Ley 100, que terminó con la promulgación de la Ley 1122 de 2007 mediante la cual se reformaron asuntos planteados por la primera. No obstante, en vez de conseguirse un verdadero cambio, la nueva reglamentación simplemente vino a consolidar el enfoque de los manejos sanitarios en el país desde la misma perspectiva inaugurada 15 años antes por su antecesora.

No era la primera vez en la historia reciente de Colombia que se presentaba una epidemia de fiebre amarilla de características similares. La última ocurrida en la misma región del Catatumbo y la Sierra Nevada de Santa Marta emergió entre 1978 – 1979, propiciando en su momento otros cuestionamientos al modelo de salud vigente. Y otros muchos brotes y epidemias, no solo de fiebre amarilla sino de otras enfermedades transmitidas por vectores, se registraron en el territorio nacional, con sus correlatos de protesta y crítica al sistema de salud de cada momento.

En otros contextos, algunos estudios han mostrado la relación entre las epidemias y la protesta social (Arnabat, 1998), y otros han demostrado que los movimientos sociales suelen resultar más importantes que la epidemiología a la hora de ser formuladas las políticas públicas para el enfrentamiento de problemas sanitarios en general y de las enfermedades infecto-contagiosas en particular (Linhares Pimienta, 1993; Miranda, 1996).

A la luz de todo lo anterior, este trabajo se propuso ampliar el panorama sobre las interacciones entre política y salud pública, centrándose en la comprensión de las relaciones existentes entre política contendiente[1], tendencias en las políticas públicas y procesos de salud – enfermedad relacionados con enfermedades transmitidas por vectores (ETV), dentro del contexto colombiano(Tilly, 2008).

El estudio pretendió de manera central convertirse en una contribución para el rescate de la memoria histórica de las acciones colectivas contendientes[2] que invocaron en sus reclamos asuntos relacionados con epidemias de enfermedades

[1] La política contendiente se entiende aquí como aquel tipo de acción política en que ocurren interacciones entre actores protagonistas que hacen reclamos relacionados con algún interés específico, y en donde los gobiernos aparecen como objetivo, como detonantes del reclamo, o como terceras partes. El concepto de política contendiente reúne tres características conocidas de la vida social: la contienda, la acción colectiva y la política. Tilly, C. *Contentious performances*. New York: Cambridge Press, 2008. Pág. 5.

[2] De acuerdo con autores como Sydney Tarrow y Margarita López Maya, se entiende por acción colectiva contendiente aquella utilizada por gente que carece de acceso regular a las instituciones, que actúa en nombre de reivindicaciones nuevas o no aceptadas, y que se conduce de un modo que constituye una amenaza fundamental para otros.

transmitidas por vectores o políticas públicas para su enfrentamiento en Colombia; así mismo, quiso aportar al estudio de los procesos de construcción social y política de la salud pública en territorios y períodos específicos.

Cuatro fueron las preguntas iniciales que guiaron el planteamiento de esta investigación: 1)¿Se organizaron acciones colectivas contendientes que incluyeran reivindicaciones relacionadas con las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) en el período estudiado; 2) ¿Cuál fue la importancia de éstas acciones, si existieron, dentro del panorama general de las acciones colectivas contendientes registradas en Colombia durante el mismo período?; 3)¿Cuáles fueron las principales interacciones identificadas entre acciones colectivas contendientes, y aspectos sociales[3] y políticos circundantes encontrados dentro de territorios y períodos específicos?; 4)¿Cuáles fueron las principales modificaciones a lo largo del período de estudio que se evidenciaron en las características e interacciones de las acciones colectivas contendientes estudiadas en torno a las ETV?.

Unas preguntas de este estilo implican asumir ciertos supuestos sobre la realidad que vale la pena explicitar desde el inicio: 1) Su naturaleza cambiante; 2) La existencia de redes de relación que imbrican diversos planos de integración en lo existente, incluso entre niveles biológicos y sociales; y 3) El potencial transformador que posee la acción humana sobre dicha realidad.

Se acogieron un conjunto de respuestas preliminares para tales preguntas de estudio, a modo de hipótesis de trabajo que guiaron flexiblemente a la investigadora desde el inicio a través de la indagación empírica, y que fueron remodeladas progresivamente por medio de ésta sin ninguna pretensión de verificación, como corresponde a los procesos de hipotetización continua empleados dentro de las investigaciones de corte histórico – social.

[3] Entendiendo las epidemias un producto social, y por tanto parte del contexto social de las acciones colectivas contendientes, junto con otros aspectos a explorar de manera abierta.

Tales respuestas preliminares fueron: 1) Durante el período en estudio las ETV generaron reivindicaciones que animaron algunas acciones colectivas contendientes, reivindicaciones asumidas de manera principal o en el contexto de otras reclamaciones más amplias; 2) No obstante su posible importancia sectorial, en el marco general de las acciones colectivas contendientes ocurridas en el país durante el mismo período, aquellas relacionadas con las ETV alcanzaron poca visibilidad; 3) La acción colectiva contendiente desempeña un papel determinante central en la configuración de la situación epidemiológica de las ETV y en las respuestas estatales para su afrontamiento, dentro de un territorio y período específicos; 4) La acción colectiva contendientes relacionadas con las ETV va variando en sus características e interacciones a lo largo del tiempo, de acuerdo con variaciones en el contexto social y político, así como en virtud de su propia memoria histórica.

En este marco, el trabajo tuvo como objetivo general, comprender las relaciones existentes entre política contestataria y salud pública en Colombia, a través de una exploración histórica de la acción colectiva contendiente emergida en el país durante el período 1974 – 2004 que incluyó reivindicaciones en torno a las ETV[4], dentro de contextos y períodos específicos.

Para cumplir con tal objetivo general, se planteó ir alcanzando los siguientes objetivos específicos: 1) Caracterizar la acción colectiva contendiente que incluyó reivindicaciones relacionadas con las ETV; 2) Develar las posibles relaciones existentes entre los procesos de acción colectiva contendiente y rasgos sobresalientes del contexto social y político circundante, con énfasis en las políticas públicas sanitarias existentes y la situación epidemiológica de las ETV; 3) Esclarecer las variaciones a lo largo del tiempo en las características de dichas acciones colectivas contendientes; 4) Contrastar los procesos observados en cada

[4] Tomando como trazadoras de ETV a la fiebre amarilla y la malaria.

uno de los períodos y casos enunciados, así como en diferentes contextos, a partir de las diferencias y similitudes halladas en sus expresiones singulares.

Para dar cuenta de los objetivos propuestos, se asumió, desde la tradición de la historia política, un enfoque contemporáneo para el análisis de la política contendiente, en el cual se analizan de manera simultánea y complementaria sus aspectos relativos a bases, dinámicas y resultados de la acción (Tarrow, 1997), junto con las interacciones sociales y las especificidades espacio – temporales de dichas acciones (Domingues, 2007); a la vez, desde la tradición de los estudios históricos en salud pública se incorporó un enfoque sociopolítico, entendido aquí como la específica mirada que se emplea en la reconstrucción de la historia de un asunto sanitario entendido como un proceso mediado por las confrontaciones sostenidas entre diferentes actores sociales que representan redes de poder en pugna, tendientes a la conservación y transformación de la sociedad, y puestos en contexto (Hernández Álvarez, 2003).

Metodológicamente se optó por efectuar una investigación histórica centrada en el tiempo actual, orientada por los lineamientos de la historia social de la salud y el enfoque sociopolítico aplicado a asuntos sanitarios, y de la historia “desde abajo”; se acogieron para este planteamiento elementos teórico - conceptuales desde la sociología política, tales como el concepto de política contendiente y su componente, la acción colectiva contendiente y posturas de la medicina social latinoamericana, como la comprensión de la enfermedad en su carácter de resultante de múltiples determinaciones sociales, y no solamente como un fenómeno biomédico, junto con la aceptación de la existencia de respuestas sociales ante los problemas sanitarios como fenómenos sociopolíticos, que trascienden lo puramente técnico - científico.

Sin tener la pretensión de convertirse en un estudio histórico comparado, cuando resultó pertinente se incorporó en el análisis una perspectiva comparativa, que

permitiera comprender mejor el fenómeno estudiado mediante la contrastación entre acciones colectivas contendientes emergidas en los distintos períodos analizados, con el fin de enriquecer la capacidad del trabajo para generar comprensiones.

El texto inicia con una introducción, seguida por dos capítulos con aspectos teóricos, conceptuales, y exploración de otras invetigaciones previas sobre temas afines; a continuación, tres capítulos recogen la narración e interpretación de los eventos documentados en torno a los ejes de estudio, y dos capítulos finales contienen la discusión general de los hallazgos y las conclusiones.

Es importante resaltar que a lo largo del recorrido de investigación realizada, ciertas hipótesis y categorías teóricas previstas en el diseño inicial se mostraron insuficientes o claramente inadecuadas para comprender los sucesos que se fueron documentando en torno a los ejes de estudio planteados.

El fenómeno de las diversas violencias que coexisten en el país emergió rápido y de manera muy específica, a partir de la indagaciones efectuadas alrededor de categoría teórica sobre interacciones de la acción colectiva contendiente con el contexto social, como un organizador fundamental no previsto de manera explícita en el diseño inicial que era necesario incorporar para otorgar adecuado sentido a lo historiado.

Las categorías teóricas sobre violencia directa, violencia cultural y violencia estructural del sociólogo noruego Johan Galtung[5] fueron entonces integradas al análisis narrativo en curso, para hacer más fácilmente inteligibles las interacciones evidenciadas entre acciones colectivas contendientes, reformas estructurales del

[5] En cuanto a las categorías formuladas por Galtung para comprender los fenómenos violentos, ver: Grupo Trascendent. www. http://www.grupotrascendent.org/ .

sector salud colombiano, conflicto armado interno, y situación epidemiológica de las ETV en el país.

Por violencia directa, se entendió al conjunto de acontecimientos que dan cuenta de la violencia generada en torno al conflicto armado interno u otros escenarios de confrontación similares; la violencia estructural está dada por todas aquellas condiciones, configuradas a modo de procesos, que pueden ser imputadas a acciones u omisiones de los Estados, gobiernos, instituciones o estructuras sociales, que configuran situaciones de pobreza e injusticia capaces de producir también muertos, sufrientes y lesionados de una manera menos evidente y abierta que las guerras; para finalizar, la violencia cultural está dada por aquella matriz ideológica, religiosa, contenida en el lenguaje y en otros productos culturales, a través de la cual la violencia directa y estructural terminan siendo aceptadas e incluso legitimadas dentro de una sociedad.

El resultado final de todo lo descrito ha sido la construcción de una historia social de Colombia, tejida desde abajo alrededor de su salud pública, que desde allí logra rescatar para la historia general del país una parte fundamental e invisibilizada del devenir reciente de su conflicto armado, al documentarse cómo en este país y tiempo, al igual que ha ocurrido en otros lugares y momentos, la salud pública ha sido manipulada hasta resultar convertida con demasiada frecuencia en una táctica central de la guerra, guerra que a su vez ha acallado las voces de protesta en torno a lo ocurrido.

Capítulo 1 SOBRE POLÍTICA CONTESTATARIA EN SALUD PÚBLICA: LO QUE SE HA DICHO.

En la sección inicial de éste capítulo se presenta un balance sobre diferentes aproximaciones teóricas empleadas para el análisis de la protesta y movilización social, a partir de tradiciones surgidas en diferentes momentos y lugares del mundo.

A continuación, una segunda sección profundiza los planteamientos correspondientes a la vertiente sostenida por Tilly y Tarrow, presentando aspectos clave para la conceptualización de la acción colectiva contendiente.

En dos secciones finales se da cuenta de diferentes investigaciones históricas efectuadas en diferentes lugares del mundo, en latinoamerica y en Colombia, en torno a la acción colectiva contendiente en general, y a aquella relativa a epidemias, problemas de salud pública, y enfermedades transmitidas por vectores.

1.1. LAS TRADICIONES DE ANÁLISIS SOBRE PROTESTA Y MOVILIZACIÓN SOCIAL.

Asumiendo que los conceptos no son estáticos, ni portadores de verdades únicas y absolutas, sino más bien reflejo de los contextos sociales, políticos y culturales en medio de los cuales emergen y adquieren uso, trazaré un breve panorama en torno a diversos modos de asumir y operar el concepto de acción colectiva contendiente.

El abordaje conceptual de la protesta y la movilización social puede dividirse en tres corrientes: aquellas con foco analítico en los factores externos que animan el surgimiento de una acción; las que enfocan procesos al interior de dicha acción

relativos a generación de identidad en los actores; y otras que combinan ambas perspectivas (Archila, 2003; Laraña, 1999).

Iniciando por las corrientes centradas en factores externos, existen las orientadas a características estructurales de la sociedad y tensiones generadas por procesos de modernización, disponibilidad de recursos organizativos, distribución de poder y existencia de oportunidades políticas, o difusión de conciencia de clase. En este grupo podemos ubicar tanto aquellas explicaciones basadas en la existencia de clases sociales en conflicto, incluyendo los enfoques marxistas clásicos y las corrientes renovadoras del marxismo, como las relacionadas con la teoría de movilización de recursos (Archila, 2003).

En las corrientes orientadas hacia factores internos generadores de identidad en los actores sociales están la Teoría del Comportamiento Colectivo, el paradigma de los Nuevos Movimientos Sociales, con los planteamientos de Alain Touraine en su Sociología de la Acción como ejemplo más elaborado, que integra elementos conceptuales originariamente marxistas, y las corrientes constructivistas, enfocadas en la generación de identidad de los actores (Laraña, 1999; Múnera, 1998; Touraine, 1997).

Autores como Tilly consideran que se debe abandonar el conflicto entre interés colectivo e identidad, reconociendo que todo conflicto implica afirmaciones de identidad al igual que el desarrollo de intereses colectivos. Desde ésta perspectiva, las identidades en general, incluyendo a las de tipo político, son experiencias compartidas de determinadas relaciones y representaciones de esas relaciones sociales (Gómez Suárez, 2001).

Por lo tanto, siempre se considera que las identidades políticas son relacionales y colectivas, cambian según las redes de relaciones, las oportunidades políticas, las estrategias utilizadas, y se confirman a partir de actuaciones aceptadas por las

otras partes implicadas en la relación. Una identidad política es la experiencia que tiene un actor de una relación social compartida (Gómez Suárez, 2001). Otros autores, tales como Sydney Tarrow, siguen la misma tradición y se ubican también dentro de ésta última categoría de aproximaciones mixtas a la acción colectiva (Tarrow, 1997).

Las tres corrientes mencionadas para el estudio de la acción colectiva han surgido a lo largo de la historia en momentos y lugares distintos, asumiendo temporalmente de manera sucesiva el dominio del panorama académico para abordar el tema.

Las teorías contemporáneas de la acción colectiva suelen emplear elementos mixtos tomados de distintos enfoques mencionados. Predominan en ellas elementos comunes cuyos orígenes pueden remontarse a las teorías clásicas de Marx, Lenin y Gramsci, aunados al concepto de Estructura de Oportunidad Política. Estas teorías contemporáneas asumen como rasgos principales de la acción colectiva: 1) La transformación de la capacidad de movilización en acción por medio de la organización, reconociendo estructuras de movilización más elásticas que las de Lenin; 2) La movilización por consenso, a través de marcos culturales más amplios y poco controlables que los descritos por Gramsci; 3) El análisis de la estructura de oportunidades políticas, más estructural que táctica, a diferencia de las descritas por Lenin y Gramsci; 4) La política como un proceso social interactivo (Tarrow, 1997).

Además, los enfoques contemporáneos tienen en común la percepción de la protesta ciudadana como proceso político que permite la emergencia de nuevas estructuras y la intervención de otras ya existentes; asumen la existencia de "olas de democratización y ciclos de protesta" como importantes dimensiones históricas del cambio, y recurren al programa político de la política contendiente, articulado sobre la definición de una identidad estructurada a partir de las élites intelectuales,

entendida como la principal estrategia política y de movilización social, que se orienta hacia el logro de unos objetivos específicos. El instrumental analítico que emplean estos enfoques contemporáneos para abordar las diferentes manifestaciones de la acción colectiva es ecléctico, buscando facilitar un análisis conjunto de todos los elementos (Viejo Viñas, 2001).

1.2. TILLY, TARROW, Y LA ACCIÓN COLECTIVA CONTENDIENTE

Desde la perspectiva de Sindey Tarrow, la acción colectiva puede transcurrir básicamente dentro de dos modalidades: una institucional, cuando es desarrollada por parte de grupos constituidos que actúan en nombre de objetivos considerados socialmente "neutros", en ocasiones denominada acción colectiva contenida; y otra contendiente, también llamada contenciosa o beligerante a partir de sus formulaciones iniciales efectuadas por Tilly, que es utilizada por gente que carece de acceso regular a las instituciones, que actúa en nombre de reivindicaciones nuevas o no aceptadas, y que se conduce de un modo que constituye una amenaza fundamental para otros (López Maya, 1997; Tarrow, 1997).

López Maya, retomando a Tilly, puntualiza que cualquier acción colectiva contendiente es interactiva, por cuanto no pertenece a un solo actor, sino que es una relación de al menos dos actores (López Maya, 1997). En cuanto a sus formas, la acción colectiva contendiente puede ser breve o mantenida, convencional o disruptiva, monótona o dramática. Desde el punto de vista teórico, constituye la base de todos los movimientos sociales, revoluciones y protestas (Tarrow, 1997).

Si los actores no logran concertar acciones, organizarse de forma mantenida en torno a objetivos comunes, ni establecer secuencias mantenidas de interacción con sus oponentes, bien sea porque no logran activar sus redes sociales, basadas en marcos culturales compartidos y repertorios de organización y enfrentamiento

sostenidos, o porque en el momento no se cuenta con una estructura de oportunidades políticas propicia, el asunto se resuelve en forma de protestas aisladas (multitudes amotinadas, disturbios, concentraciones espontáneas, etc.)(Tarrow, 1997).

Pero cuando diversos actores sociales logran concertar sus acciones en torno a aspiraciones comunes y en secuencias mantenidas de interacción con sus oponentes o las autoridades, entonces se habrá constituido un movimiento social, cuyas propiedades empíricas básicas son: 1) desafío colectivo; 2) objetivos comunes; 3) solidaridad, y 4) acción sostenida (Tarrow, 1997).

En cuanto al desafío colectivo, el movimiento lo plantea a través de una acción directa, disruptiva y sostenida contra las élites, que suele ser pública pero que también puede adoptar la forma de resistencia personal coordinada o de reafirmación colectiva de nuevos valores. Este desafío suele caracterizarse por: la interrupción u obstrucción de las rutinas, o la introducción de incertidumbre en las actividades de otros. Los movimientos recurren a diferentes tipos de acciones para plantear sus desafíos: protestas coordinadas y mantenidas, consenso entre los seguidores reales o potenciales, formación de grupos de presión, negociación con las autoridades, cuestionamiento de los códigos culturales por medio de nuevas prácticas religiosas o culturales (Tarrow, 1997).

No obstante, en el seno de los sistemas represivos pueden adoptar formas subterfugias, semejantes a las descritas por James Scott, tales como: consignas, formas de vestir, tipos de música, cambio de nombre de objetos familiares asignando otros símbolos nuevos o diferentes, usados como pautas privadas de conducta asumidas porque representan el objetivo colectivo y permiten la construcción visible de "comunidades de discurso" en medio de circunstancias adversas (Scott, 2002) .

Antiguamente, la mayor parte de las formas de acción colectiva estaban íntimamente ligadas a grupos y situaciones conflictivas determinadas: la apropiación del grano, la humillación ritual o *charivari,* el motín contra los señores . Pero a finales del siglo XVIII, de la mano de la creciente circulación de medios impresos y el conocimiento generado por las redes de los movimientos sociales, empezaron a emplearse de manera rutinaria ciertos modos estandarizados de acción colectiva, que Tarrow llama “repertorios modulares”(Tarrow, 1997) .

Para Tilly los antiguos repertorios de acción, anteriores al momento en que el Estado genera formas para penetrar en la sociedad y recaudar impuestos, eran de carácter localizado, patrocinado, y se apoyaban en el patronazgo de los ostentadores de poder más inmediatamente accesibles; frecuentemente se iniciaba en las celebraciones públicas, empleando un simbolismo rico e irreverente extraído de los rituales religiosos y la cultura popular. Los participantes convergían a menudo en la residencia de quien había cometido una injusticia, y solían aparecer como miembros de comunidades o grupos corporativos constituidos (Tarrow, 1997).

Autores como Rudé, Hobsbawn y Thompson creían que las acciones colectivas directas, inmediatas y aún violentas propias de los repertorios tradicionales desaparecerían en la medida en que fuera penetrando la modernidad (López Maya, 1997). Sin embargo, sin que desapareciera del todo el repertorio antiguo, surgió un nuevo repertorio nacional y anónimo. La acción colectiva se empezó a organizar en lugares públicos, con quejas dirigidas a las sedes de poder, mediante el empleo de programas, consignas y símbolos de pertenencia al grupo. Esos repertorios modernos se caracterizan con base en tres aspectos, combinados de diferentes maneras: la violencia, la convención y la disrupción (Tarrow, 1997).

Desde el punto de vista de las características predominantes en los repertorios actuales, las acciones colectivas contendientes suelen ser clasificadas como:

tradicionales, cuando se apegan a las formas propias de los antiguos repertorios confrontacionales y violentos, tales como los bloqueos y tomas, las quemas y apedreamientos o los motines; convencionales, cuando se basan en rutinas conocidas por la gente y que las élites aceptan y facilitan, como en el caso de las peticiones, los comunicados a la opinión pública, las marchas, las manifestaciones y los paros; y las formas disruptivas, tales como los apagones, pitazos y cacerolazos, las huelgas de hambre y encadenamientos, el uso de disfraces o de desnudez, que sorprenden y desorientan a los observadores y las élites por ser inesperadas y cruzar la frontera entre la convención y la confrontación, aunque presentan la desventaja de resultar inestables y degenerar fácilmente en violencia o en normalización de la convención (Tarrow, 1997).

López Maya y colaboradores, en sus análisis sobre la protesta Venezolana y Latinoamericana durante el siglo XX, comprueban desde lo empírico para sociedades de América Latina los supuestos teóricos de Mark Trauggot, Francis Fox Piven y Richard Cloward, según los cuales las condiciones aceleradas de la vida actual han hecho que las ventajas de la modularidad se apliquen a todas las formas de repertorio y no solo a las formas modernas, a la vez que han modulado las manifestaciones de protesta de los pobres según las condiciones institucionales y sociales vigentes, consiguiéndose así que algunas modalidades del repertorio popular en Venezuela y otros países latinoamericanos resulten ser mezclas de formas históricas locales con otras practicadas por sociedades distantes, conocidas a través de los medios masivos de comunicación, así como de formas históricas adaptadas a las condiciones institucionales actuales (López Maya, 1997, 1999 a, 1999 b, 2002).

Un concepto recientemente incorporado al análisis de la acción colectiva contendiente es el de los ciclos de protesta, entendidos como períodos relacionados con coyunturas en las sociedades, durante los cuales se cumplen cinco rasgos: una propagación rápida de la acción colectiva desde sectores más

movilizados hacia menos movilizados; la aceleración en las innovaciones dentro de los repertorios contendientes; emergencia de ideologías de acción nuevas o transformadas; una combinación de participación organizada y desorganizada; y secuencias de interacción intensivas entre desafiadores y desafiados (López Maya, 1997).

Aunque López Maya y otros autores latinoamericanos ratifican con sus estudios que este tipo de ciclos pueden identificarse dentro de las sociedades de América Latina, Archila Neira establece que para el caso colombiano no parece estar muy clara su existencia (Archila, 2003; López Maya, 1997, 1999 a, 1999 b).

Finalmente, es interesante para nuestro estudio retomar los planteamientos sobre acción colectiva y cambio social formulados por Tilly. Para este autor, el conflicto y el cambio social están influidos mutuamente, por cuanto el conflicto da lugar a reorganización de las relaciones sociales, al realineamiento de los actores implicados, a la represión por parte de la autoridad y a la realización de unos objetivos propuestos. Las categorías de cambio social empleadas por Tilly coinciden con los elementos de la estructura de oportunidad política, es decir: la organización de instituciones políticas, la alineación entre las élites, la represión - facilitación y la apertura del sistema político.

Además, acepta que las acciones colectivas contendientes tendrían el potencial de producir un mayor cambio social si existe una Estructura de Oportunidades Políticas (EOP) más amplia, dada por la presencia de instituciones de poder débiles, élites divididas, represión débil y numerosos canales de entrecruzamiento de las reivindicaciones planteadas por diversos grupos sociales implicados en dichas acciones (Gómez Suárez, 2001).

1.3. EL ESTUDIO DE LA PROTESTA Y LA MOVILIZACIÓN SOCIAL EN AMÉRICA LATINA

Los investigadores latinoamericanos suelen definir la acción colectiva con distintos matices, de acuerdo con toda una amplia gama de teorías sociales desde donde se le aborda, desde las funcionalistas hasta las desarrolladas por la sociología de la acción (Múnera, 1998).

A partir de su revisión sobre diversas corrientes teóricas y trabajos empíricos en el tema, Múnera Ruiz establece que toda acción colectiva tiene tres dimensiones, individualmente resaltadas por las diversas corrientes que la estudian, a veces de manera positiva y a veces negativa según cada paradigma: la racionalidad instrumental, que permite el cálculo de costos y beneficios propio de toda práctica social; lo simbólico – afectivo que le otorga significado a la acción por lo que ello significa para los actores; y el sentido de acuerdo con determinados valores que orientan la praxis (Múnera, 1998).

El estudio de las acciones colectivas contestatarias organizadas por los sectores populares ha fluctuado en América Latina entre posturas cercanas a las teorías sociales y posturas más pragmáticas; entre éstas últimas algunas hacen un uso amplio del término, aceptando como tales acciones a todo el conjunto de luchas, organizaciones, asociaciones e incluso partidos que encarnan diversas prácticas sociales colectivas de las clases dominadas, mientras que otras prescriben un uso restringido del término a aquellas prácticas sociales ajenas a la competencia por el ejercicio del poder estatal (Múnera, 1998).

Remitiéndonos al modo como han sido realizados los estudios latinoamericanos sobre el tema de la acción colectiva contendiente, durante los años cincuenta y sesenta del siglo XX predominaron los análisis de la movilización social y política vivida en diversos países de América latina en décadas anteriores, utilizando los

enfoques de la “sociedad de masas”, los cuales bajo la influencia general de la teoría de la modernización entendían la movilización urbana como una acción básicamente anómica y desorganizada (Tanaka, 1995).

Desde mediados de las décadas de los sesenta y durante los setenta predominaron para el estudio del tema los enfoques orientados por el marxismo estructuralista francés, de acuerdo con el cual las movilizaciones sociales eran comprendidas como expresiones de la acción de clase, tanto del proletariado como del campesinado. En la década de los ochenta, esas teorías entraron en crisis al no resultar suficientes para comprender las nuevas formas de acción colectiva popular que emergieron a lo largo de América Latina, mediadas por nuevos valores, con participación de actores no convencionales y sin clara agrupación clasista. A partir de allí, los estudios estuvieron orientados por aquellos enfoques centrados en la construcción de identidades colectivas (Tanaka, 1995).

No obstante, en la medida en que terminaban los ochenta y se adentraban los noventa, fueron haciendo crisis todas esas aproximaciones teóricas basadas en la construcción de identidades colectivas, dada la dificultad planteada para entender solamente a partir de allí la desarticulación de acciones colectivas que empezó a evidenciarse en Latinoamérica. Todas las formas de acción colectiva empezaron a entrar en crisis: el movimiento obrero, el campesino, el de pobladores urbanos, la acción colectiva de jóvenes y mujeres (Tanaka, 1995).

Entonces, empezaron a aparecer desde los noventa algunos estudios basados en perspectivas anteriormente usadas, así como análisis mixtos que buscaban diálogos entre enfoques basados en la identidad y enfoques basados en racionalidad (Tanaka, 1995).

Poco a poco la escena latinoamericana empezó a adoptar las tendencias contemporáneas para el estudio de la acción colectiva, de la mano con el auge

progresivo adquirido por la protesta popular en la región en los años del ajuste neoliberal (López Maya, 1997, 1999a, 1999b).

Entre los estudios nacionales efectuados en el tema vale la pena resaltar algunos, tomando en cuenta el enfoque que utilizaron para abordar las acciones colectivas contendientes analizadas, correspondientes al mismo período elegido para esta tesis, así como su cubrimiento de lo ocurrido en la totalidad del territorio colombiano.

En 1984, el historiador Medófilo Medina publicó un trabajo pionero sobre la protesta urbana en Colombia en el siglo XX, en el cual analiza los movimientos cívicos ocurridos en el país entre 1909 y 1977, desde una perspectiva que involucra elementos metodológicos retomados de la obra de Marx para el estudio de las pautas de acción de las colectividades en movilizaciones coyunturales, a partir de la identificación de los contenidos de clase y las intrincadas redes de relaciones evidenciadas ante la situación política que emerge. Igualmente, asume las posturas de Rudé y de Eric Hobsbawm en cuanto a situar cada hecho dentro de su contexto histórico específico, dilucidar los objetivos de las acciones masivas, sus dimensiones, la composición de la multitud, su dirección y "blanco". Cita también a Gramsci y a Lenin dentro de sus referencias teórico – metodológicas relevantes (Medina, 1984).

Para el año 1998, el profesor Leopoldo Múnera Ruíz publicó su trabajo sobre el movimiento popular colombiano, cubriendo los años 1968 a 1988. Con base en un detallado análisis de las diversas corrientes teóricas existentes para el estudio de los movimientos sociales y de las relaciones de poder, el autor caracteriza tres dimensiones propias de la acción colectiva que deben ser tomadas en cuenta para su análisis: su racionalidad instrumental, lo simbólico afectivo, y el sentido de acuerdo de valores reflejado en la praxis. A partir de allí, caracteriza el movimiento popular como un tipo de movimiento social mediado por un conflicto que atañe a la

estructura social, puesto que sus actores actúan dentro de los límites que les impone la existencia de clases sociales (Múnera, 1998).

En el año 2002, el investigador Mauricio Archila Neira y colaboradores publicaron un análisis sobre las luchas sociales colombianas ocurridas entre 1975 y 2000. En este, el autor aporta a la comprensión de las luchas sociales protagonizadas por diversos actores presentes en el territorio nacional, tomando en cuenta el contexto histórico específico socio – económico y político en que se han desarrollado (Archila, et al, 2002).

Desde un punto de vista teórico metodológico, ese trabajo comparte con el siguiente libro publicado sobre el tema en 2003 por el mismo autor, una mirada analítica construida a partir de cuatro enfoques explicativos: la lectura desde la lucha de clases, el fortalecimiento del Estado y la Sociedad Civil, y la justa indignación moral (Archila, 2003).

En suma, en Colombia el asunto de la acción colectiva contendiente ha sido estudiado preferentemente desde perspectivas mixtas, a partir de la observación empírica que ha permitido efectuar análisis locales, trascendiendo en general las extrapolaciones acríticas de teorías creadas para países centrales (Múnera, 1998).

En el mismo sentido, algunos autores, como Mauricio Domingues en Brasil, plantean que ninguna de las teorías foráneas para el estudio de los movimientos sociales resulta totalmente satisfactoria para el análisis de este fenómeno dentro de América Latina, e invita a trazar nuevas rutas de indagación en el tema, construidas con base en el análisis de las características reales que éstos fenómenos exhiben en nuestro continente (Domingues, 2007).

Para Domingues, los movimientos sociales latinoamericanos han confirmado de manera contundente las tesis clásicas de Marx – Engels y Weber, de acuerdo con

los cuales tales movimientos son “el motor de la historia” y los “inductores de nuevos modos de vida”; propone para su estudio el empleo sistemático de las siguientes categorías analíticas: direccionalidad (fines e historicidad), motivaciones, acceso a recursos externos, estructura interna (dimensiones material, hermenéutica, espacio – temporal, y de poder), nivel de centramiento (identidad y organización), mecanismos de coordinación (redes y jerarquías), condiciones sociales y ambiente interactivo.

1.4. INVESTIGACIÓN HISTÓRICA SOBRE ACCIÓN COLECTIVA CONTENDIENTE ANTE LAS EPIDEMIAS, LOS PROBLEMAS SANITARIOS Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

La gente corriente habitualmente ha encontrado que las medidas puestas en marcha durante las epidemias, tales como el enterramiento rápido de los muertos en fosas comunes cavadas en terrenos alejados de los camposantos, la confiscación de las propiedades de los enfermos, el cierre de los mercados, el establecimiento de cuarentenas, resultan mucho más amenazantes para el mundo de sus experiencias vitales, y para sus expectativas futuras, que las mismas enfermedades (Watts, 1997).

Así las cosas, cabe esperar que muchas veces haya surgido oposición ante políticas y acciones de salud pública impuestas para el control de epidemias, o ante la ausencia de medidas para evitarlas, del mismo modo en que éstas pueden haber sido el resultado de procesos de movilización social en procura de mejores condiciones de vida y salud para las poblaciones; o podrían haberse desatado acciones colectivas ante las mismas epidemias, pero desafortunadamente, poco se ha estudiado de manera sistemática al respecto.

En general, no resulta fácil identificar estudios desarrollados con perspectiva histórica en los cuales se relacionen diversas formas de acción colectiva contendiente con diseño de políticas públicas en salud, o simplemente con

problemas sanitarios. Vale la pena resaltar el trabajo de Louise Blais sobre el movimiento de psiquiatrizados, sus interacciones con la construcción de la política de salud mental en Ontario, Canadá, y la desactivación progresiva que sufrió una vez fue institucionalizada (Blais, 2000); así como el estudio histórico con perspectiva comparativa conducido por Diane Mitsch Bush sobre el impacto que el movimiento de mujeres de la India y de Estados Unidos ha logrado tener sobre las políticas públicas contra la violencia doméstica instauradas en varios países (Mitsch, 1992).

En el plano de la salud pública latinoamericana, es importante destacar una corriente de estudios histórico–sociales sobre las epidemias, desarrollados desde la perspectiva de la medicina social latinoamericana, entre los cuales resalta el trabajo histórico social sobre el paludismo en Latinoamérica desarrollado por el Dr. Franco Agudelo. No obstante, ninguno de ellos tomó en cuenta la relación entre sus objetos de estudio y los procesos de acción colectiva contendiente (Franco 1990, 1991).

El médico brasilero Paulo Sergio Carneiro Miranda ofrece un interesante estudio histórico desarrollado con una perspectiva comparativa, en el cual analiza desde un enfoque marxista tanto la construcción de las políticas públicas como los cambios en la situación epidemiológica del SIDA, en relación con los movimientos sociales desplegados ante el tema en Barcelona, Cataluña – España, y Belo Horizonte en Minas – Gerais Brasil , encontrando que estos movimientos jugaron un papel mucho más importante que los avances técnico – científicos en torno al tema, en el momento de trazar las respectivas políticas públicas para su afrontamiento (Miranda, 1996).

La historiadora venezolana Margarita López Maya, analiza los conflictos de extrema intensidad que se vivieron en el sector de la salud pública durante el año 1989. Son reseñados por la autora diversos paros sectoriales, regionales,

nacionales y de diferentes profesionales, obreros y empleados del sector, que curiosamente no fueron registrados por los medios de comunicación en su momento. En general, predominaron las reivindicaciones gremiales, y en ningún caso se mencionan epidemias de algún tipo, ni ETV como desencadenantes de tales movilizaciones (López Maya, 1997).

En cuanto al estado de la producción académica colombiana sobre el tema de la historia de la resistencia, protesta y movilización social ante políticas, acciones u omisiones en salud pública, o ante epidemias y enfermedades, vale recordar el análisis de Renán Silva Olarte sobre la epidemia de viruela al final del siglo XVIII y la aplicación de la vacuna por parte del Estado Borbón español, pues aunque no se apoyó en el concepto de acción colectiva contendiente, sí empleó el de "resistencia" foucaultiano (Silva Olarte, 1992) .

Algunos trabajos sobre movimientos sociales ofrecen también aproximaciones interesantes a lo que ha sido el desarrollo de la acción colectiva contendiente en salud dentro del territorio colombiano, abordándola desde perspectivas distintas.

Por ejemplo, en una revisión efectuada sobre las protestas sociales entre 1958 y 1990, se encuentra que aquellas motivadas por asuntos relacionados con el sector salud ocuparon el quinto lugar dentro del total de motivos de protesta en el período, con registros correspondientes a los años 1959, 1963, 1966, 1967, 1969, 1970, 1973, 1974, 1975 y 1976. En general, los actores socio – políticos implicados fueron trabajadores y estudiantes del sector, sin que sus reclamaciones específicas hayan sido expuestas a profundidad por ese estudio (Archila, 2003).

Además de las luchas surgidas directamente en el sector salud, en aquellas relacionadas con reclamaciones ambientales durante el período 1975 – 2000, las cuales ocuparon el quinto lugar dentro del total de luchas, se argumentó siempre afectación de la salud pública como motivo para la protesta (Archila, et al, 2002).

Tomando el total de luchas motivadas por servicios sociales, podemos encontrar que en el mismo período, las demandas de salud fueron bajas en relación con las de educación. No obstante, se presentaron movilizaciones que exigían o proponían acciones preventivas, inclusive relacionadas con ETV, como la marcha de 400 enfermos con leishmaniasis desde Ovejas – Sucre hasta Sincelejo en 1991 para pedir atención médica y exigir acciones que impidieran el aumento de enfermos en la región; así mismo, se registraron levantamientos por defensa de hospitales públicos, como el de 1977 en Bogotá por el hospital de La Hortúa, o las protestas del año 2000 ante el posible cierre de varias clínicas del Seguro Social (Archila, et al, 2002).

No obstante, la mayoría de peticiones de salud pública que se registraron con esa denominación específica fueron secundarias, acompañando a otras demandas relacionadas que los pobladores consideraron prioritarias, como saneamiento ambiental o mitigación de factores de riesgo; las existentes, se centraron en exigir infraestructura, dotación de instrumental y equipos, aumento de cobertura y personal médico. Alrededor del 2000 se observa un cambio en el tipo de demandas de salud y educación, en las cuales éstos servicios ya no se entienden como formas de asistencia pública sino que se reivindican como derechos, y se reclaman airadamente ante las limitaciones financieras, tecnológicas y humanas de las instituciones públicas prestatarias (Archila, et al, 2002).

Otro análisis efectuado desde la perspectiva del movimiento popular entre 1968 y 1988, hace énfasis en las diferentes mutaciones sufridas en su dinámica a partir del predominio de actores ligados con el conflicto agrario, sindical y cívico, sin detenerse en el tipo de reivindicaciones por salud que pudieron existir (Múnera, 1998).

Estudios adicionales se han enfocado desde diversas perspectivas que no toman como centro las acciones colectivas contendientes ocurridas en relación con la

salud pública, en general, ni con las enfermedades transmitidas por vectores en particular (Archila, 1978, 2001).

Desde la historia de la salud pública elaborada a partir de un enfoque sociopolítico, resulta importante destacar los aportes efectuados por Mario Hernández Álvarez a partir de la estructuración y aplicación de dicho enfoque para abordador los procesos de reforma sanitaria en Colombia y Argentina, desde una perspectiva de las redes de poder social en pugna. Aunque sus trabajos no se centran en las acciones colectivas contendientes surgidas en torno a los asuntos en estudio, comparten con este trabajo su comprensión de la construcción de los asuntos sanitarios en el marco de procesos de política contendiente (Hernández Álvarez, 2002, 2003, 2004).

El enfoque sociopolítico también se ha empleado para estudiar desde una perspectiva histórica la dinámica desplegada en Colombia para la formulación de las políticas de salud sexual y reproductiva nacionales durante los últimos 13 años, trabajo en el cual se exploró el asunto de la política contendiente en el campo de la salud pública con énfasis en la comprensión de las dinámicas de los procesos de contienda evidenciados (Morales Borrero, 2009).

En el campo de los estudios históricos centrados en las epidemias de ETV surgidas en Colombia, ninguno de los identificados aborda de manera central el asunto de las acciones colectivas contendientes que pudieran haberse relacionado con éstas (García, 2004; Gast-Gálvis, 1982; Mejía Rodríguez, 2004; Morales, 2005; Quevedo 2004, 2005).

Finalmente, para la conmemoración de los 100 años de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Colombia, un grupo de historiadores nacionales realizó una investigación sobre los desarrollos generados en nuestro país bajo los auspicios de dicha institución, en el campo de las políticas públicas

en salud para el afrontamiento de diversas enfermedades, incluyendo las enfermedades transmitidas por vectores. En énfasis del estudio está puesto en la reconstrucción histórica de las políticas, programas y servicios instaurados en el país desde la OPS frente a diversos problemas de salud pública, sin tomar en cuenta en ningún momento aspectos relacionados con la acción colectiva contendiente con la cual pudieron coexistir dichos lineamientos políticos implementados sobre el país (Hernández, 2002).

No obstante, una aproximación a la historia de la lucha contra las enfermedades transmitidas por vectores en Colombia desde otra mirada, permite encontrar antecedentes sobre manifestaciones de resistencia, protesta y movilización social ante epidemias, políticas y acciones en salud pública que, aunque presentes en las fuentes disponibles, no han sido objeto de estudio sistemático.

Por ejemplo, en el siglo XIX la oposición de comerciantes y autoridades de Cúcuta ante las acciones sanitarias que desarrollaban medidas locales de salubridad organizadas por los médicos para frenar la primera epidemia de Fiebre Amarilla (FA) que azotó esa ciudad en 1883, reseñadas por el Dr. Cuervo Márquez en su tesis de grado (Cuervo Márquez, 1891),entre otros, cuyas palabras podemos evocar*:*

> *Se dio la voz de alarma para que tanto las autoridades como los particulares pusieran en práctica las más elementales nociones que la higiene recomienda en casos semejantes. Entonces empezó la lucha de que la epidemiología presenta tantos ejemplos: por una parte, el distinguido médico venezolano sosteniendo la contagiosidad de la enfermedad reinante, y por otra, los espíritus obcecados por el temor o el interés comercial, que pretendían que la epidemia era benigna y no contagiosa, y mientras esas decisiones tenían lugar, los cementerios se llenaban de cadáveres y la enfermedad se extendía a*

algunas poblaciones vecinas por falta de precauciones higiénicas" (Hernández, 1887).

También ha quedado memoria de la acción colectiva emprendida por diversos grupos sociales en procura de implementación de ciertas medidas preventivas, o en su contra. Como cuando, también en el siglo XIX, el gremio médico colombiano en pleno rehusó aceptar su enganche en los vapores del Río Magdalena de acuerdo con disposiciones del gobierno central y pese a las importantes ofertas económicas efectuadas (Cisneros,1882), o cuando se pronunció en contra de las inoculaciones preventivas efectuadas en la ciudad de San José de Cúcuta al final de su primera epidemia de FA, por considerarlas riesgosas para la salud (Cuervo Márquez, 1891; Hernández, 1887).

Más recientemente, el Dr. Boshell registró en sus diarios inéditos sobre las campañas de erradicación y control de enfermedades transmitidas por vectores en el departamento del Chocó la oposición de la población ante las intervenciones propuestas por su comisión de trabajo (Boshell, 1943).

Permanecen así sin respuesta las preguntas en torno a otras voces que probablemente surgieron en el pasado ante los vaivenes de las políticas públicas en torno a las enfermedades transmitidas por vectores en el territorio nacional, así como alrededor de endemias y epidemias de éstas en nuestro país, como por ejemplo, durante la reemergencia de fiebre amarilla después de su control mediante intervenciones en salud pública, como la registrada en la Hoya del Catatumbo en 1978, luego de 26 años sin casos como resultado de las intervenciones preventivas. Esta epidemia se extendió a la Sierra Nevada en 1979, atribuyéndose esto, incluso en publicaciones oficiales, a que no se tomaron medidas suficientes para su prevención, aún cuando se encontraba Valledupar con un índice de infestación de Aedes aegypti del 43% (Campos; Vidales; Rodríguez; Morales; Sanín, 1980).

Es en este sentido que el presente trabajo pretende hacer una contribución, rescatando la memoria histórica de aquellas acciones colectivas contendientes que pudieran haberse organizado tomando reivindicaciones asociadas con las ETV; así como efectuar un aporte para la comprensión de sus posibles interacciones con la epidemiología, el contexto social y político imperante, y las políticas públicas en el tema.

Capítulo 2 UNA POSTURA PERSONAL EXPLÍCITA ANTE EL TEMA: EL ENFOQUE HEURÍSTICO Y LAS ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS

En éste capítulo se presentan a lo largo de dos secciones las opciones ontológicas, epistemológicas, conceptuales y metodológicas sobre las que se ha desarrollado el proceso de investigación adelantado.

El sistema conceptual adoptado incluyó categorías propias del enfoque de análisis de la acción colectiva contendiente a partir de lo planteado por Tarrow, junto con algunas categorías adicionales retomadas desde la tradición latinoamericana brasilera para el análisis de movimientos sociales.

Desde un punto de vista metodológico, se optó por una investigación histórica basada en los principios de la historia desde abajo y la historia social de la salud. Se da cuenta de los criterios tomados en consideración para definir los períodos de estudio, así como de las características de las fuentes consultadas.

2.1. ENFOQUE HEURÍSTICO

Para la construcción de un enfoque heurístico capaz de orientar el análisis de la acción colectiva contendiente en su relación con las ETV, es necesario establecer una serie de elecciones acordes con el objeto de estudio, que incluyan: asumir una postura ontológica y epistemológica, seleccionar un determinado enfoque para el análisis, y desarrollar un sistema conceptual que guíe la indagación.

2.1.1 Posturas ontológica y epistemológica.

Como se mencionaba en la introducción, las preguntas de estudio que guían este trabajo asumen que la realidad social se encuentra permanentemente sujeta al cambio, existiendo en ella redes de relación que imbrican diversos planos de

integración en lo existente, incluso entre niveles biológicos y sociales. Igualmente, parte de aceptar el potencial transformador que posee la acción humana sobre dicha realidad, a través de las diversas redes de relación tendidas entre diversos niveles de organización.

La acción colectiva contendiente es asumida aquí como manifestación posible de la acción humana transformadora, desplegada ante realidades dadas en momentos específicos, sin que sea posible del todo predecir desde un principio las consecuencias que son desencadenadas por cada acción. Así mismo, se asume la existencia de relaciones de interdependencia entre los diversos procesos en estudio (acción colectiva contendiente y procesos relacionados con las enfermedades transmitidas por vectores), como corresponde a los diversos aspectos inmersos en la totalidad de una realidad social en constante transformación.

Los estudios brasileros desarrollados sobre el tema de la movilización social ante salud, enfermedad y epidemias de dengue ponen en evidencia que dichas redes de relaciones entre distintos niveles de la realidad, se encuentran imbricadas con diversas redes de poder, en virtud de las cuales la política beligerante logra poner en tensión a la política institucional instaurada, jalonando cambios a favor de la protección de la salud, amenazada por condiciones de vida que promueven la aparición de enfermedades (Barbosa da Silva; de Lacerda Abreu, 2002; de Oliveira y Valla, 2001; Fleury Teixeira, et al, 1990; Miranda, 1996).

En tal contexto, la salud pública puede ser entendida como un campo de tensión política en construcción constante, en el cual interaccionan un objeto de estudio, una disciplina del conocimiento y una praxis social, en busca tanto de comprensiones sobre los procesos sociales que propenden por el logro del bienestar colectivo, como de la generación de aquellos mecanismos necesarios para garantizarlos (Franco, 2002).

Ha de recordarse además que la práctica de la salud pública, enmarcada dentro de una perspectiva latinoamericana de la bioética social de intervención, debe caracterizarse por emplear una perspectiva integral del campo / objeto de la salud, ofrecer formas de intervención en la realidad para transformarla, y generar vías para la exigibilidad de los derechos humanos de primera, segunda y tercera generación (Garrafa, 2005; Vidal, 2007).

De ésta manera, la salud pública se encuentra encargada del análisis e intervención tanto de los diversos determinantes del bienestar, como de todas aquellas prácticas sociales tendientes a mantener la salud y a transformar en saludables los contextos y los modos de vida de individuos y colectividades. En el marco de tales asuntos, la acción colectiva orientada hacia la generación de cambios sociales productores de bienestar individual y colectivo, se convierte en objeto de estudio importante para la salud pública.

Desde el punto de vista epistemológico, un objeto de estudio concebido así exige una postura capaz de dar cuenta de procesos de cambio y orden social, así como de sujetos colectivos y sus acciones, comprendiéndolos como “condensadores de historicidad” con potencialidad de futuro, sin desconocer el papel y la voz subjetiva aportada desde sujetos individuales.

Una postura epistemológica crítica, capaz de dar cuenta de la construcción, la contingencia, la contradicción, y la totalidad de la realidad, junto con la subjetividad de los sujetos sociales individuales y la productividad de los sujetos sociales colectivos en cuanto al orden social, resulta la más indicada (Retamozo, 2006).

2.1.2. Postura conceptual

A la luz de los planteamientos ontológicos y epistemológicos anteriormente expuestos, este estudio optó entre los diversos enfoques existentes para el

análisis de la acción colectiva, por aquellos enfoques contemporáneos en los cuales se emplean de manera complementaria herramientas provenientes de las perspectivas orientadas al estudio de la estrategia, con aquellas centradas en el proceso político, y con las dirigidas a la exploración del papel de la cultura en dichos procesos.

Se consideró que este tipo de enfoque era el más apropiado, dada su aceptación implícita de diversos niveles interrelacionados de procesos sociales en la génesis y mantenimiento de las acciones colectivas contendientes, con su consecuente desarrollo de una combinación de herramientas metodológicas y analíticas capaces de dar cuenta de una realidad compleja como la estudiada.

El enfoque planteado por Sydney Tarrow, enmarcado en la tendencia contemporánea enunciada, y que asume además el concepto de política beligerante o contestataria planteado por Charles Tilly, sirvió de guía específica al desarrollo de ésta indagación, junto con la incorporación de algunos elementos de la propuesta latinoamericana de Mauricio Domíngues que se consideraron relevantes dado su centramiento en las interacciones con aspectos sociales, entre los cuales pueden ubicarse las epidemias.

Además de tener la complejidad apropiada para dar cuenta del objeto de estudio que fue seleccionado, este enfoque ha sido puesto en tensión con la realidad latinoamericana por varios autores, incluyendo algunos que se han servido de él para efectuar investigaciones de corte histórico en contextos muy cercanos al colombiano, haciendo aportes teóricos y metodológicos muy interesantes en relación con los planteamientos originales de Tarrow (Domingues, 2007; López Maya, 1997, 1999a, 1999b, 2002).

En cuanto a los conceptos clave para la observación y análisis de la acción colectiva contendiente, se construyó un modelo mixto como ya se mencionó,

retomando algunas de las sugeridas por Tarrow para el estudio de este tipo de acción colectiva, junto con otras de las sugeridas por Domingues para el análisis de movimientos sociales de Latinoamérica, extendiendo su uso hacia diversas formas de acción colectiva contendiente, además de movimientos sociales; las definiciones adoptadas para dichas categorías teóricas aparecen en la sección de anexos (Ver Anexo No. 1).

Sydney Tarrow considera que el análisis de la acción colectiva debe pasar por los siguientes ejes de indagación: la estructura de oportunidad política; la estructura de la acción; la dinámica del movimiento, incluyendo los ciclos de la protesta; y el análisis de los resultados del movimiento. Se retomaron aspectos centrales de los propuestos por el autor bajo cada una de ellas (Tarrow, 1997).

José Mauricio Domingues propone que se utilicen las siguientes categorías: direccionalidad, motivaciones, acceso a recursos externos, estructura interna, nivel de centramiento, mecanismos de coordinación, condiciones sociales y ambiente interactivo. Se retomó lo relativo al ambiente interactivo y condiciones sociales, en donde se incluyó tanto el comportamiento epidemiológico de las ETV como otras características del entorno social que resultaran de importancia para contextualizar las acciones colectivas contendientes, así como la estructura interna temporo – espacial de cada episodio de acción colectiva contendiente (ACC) descrito (Domingues, 2007).

2.2. EL CURSO DE ACCIÓN TRAZADO EN EL DISEÑO METODOLÓGICO

2.2.1. Tipo de estudio

Se trata de una investigación histórica, que por su temporalidad se encuentra enmarcada en la historia del tiempo actual; y por su tema, en una perspectiva de la historia social de la salud y la historia desde abajo (Caïs, 1997).

En cuanto el trabajo empírico lo permitió, se introdujo una perspectiva de contrastación entre períodos y casos identificados, con el fin de aumentar la capacidad del estudio para generar comprensiones sobre los fenómenos abordados (Ragin, 1987).

Para ello se emplearon de manera flexible algunos lineamientos trazados para la investigación histórica comparada, adaptándolos a las características de una investigación histórica que se ha desarrollado básicamente sobre fuentes primarias, dado el poco trabajo previo existente en el campo abordado.

Se privilegió el rescate en primer plano de narraciones literales de lo sucedido efectuadas por actores que vivieron los acontecimientos, o que hablaron sobre ellos, las cuales fueron entremezclándose progresivamente con las elaboradas por la autora desde sus propias comprensiones surgidas en el transcurso del proceso de investigación, debidamente sustentadas en la base empírico documental explorada y la crítica de fuentes que permitiera comprobar la autenticidad y carácter fidedigno de documentos e información recopilada, retomando así técnicas de la investigación narrativa para la elaboración histórica.

Fueron empleadas categorías y atributos uniformes para la reconstrucción histórica y la contrastación de los procesos estudiados en contextos distintos, pero cercanos, propendiendo en la medida de lo posible por la elaboración de comprensiones contextuales, con base en las concordancias o en las diferencias de casos singulares abordados (Caïs, 1997; Grew, 1980; Hernández Álvarez, 2004).

2.2.2. Los procedimientos generales para la construcción de comprensiones: metas y métodos

Con las limitaciones ya señaladas, se retomaron algunos elementos sugeridos por C. Tilly, para construir comprensiones sobre la realidad a partir de estudios históricos que emplean la comparación (Tilly, 1991).

Específicamente, este estudio optó por una vía construida a partir de la confrontación de una hipótesis de trabajo y un enfoque heurístico, que enmarca al sistema conceptual, con una información empírica recabada en torno a ellos.

La hipótesis de trabajo y el enfoque heurístico no constituyeron en modo alguno una apuesta ni la comprobación de la primera ni a la presentación del segundo como un modelo teórico consolidado, se asumieron como puntos de partida útiles para organizar las aproximaciones sucesivas al objeto de estudio desde lo empírico, en un proceso continuo de hipotetización y transformación.

A partir de allí, se efectuó el estudio de los procesos ocurridos en torno a las manifestaciones de acción colectiva contendiente que asumieron reivindicaciones relacionadas con las ETV en el período de estudio.

De ésta manera, se intentó reconstruir y comprender los procesos vividos, persiguiendo la conformación de un conjunto de enunciados sobre el problema en estudio que se refieren a la época precisa y las zonas concretas abordadas; enunciados que especifican y recogen la diversidad entre un suceso y otro dentro de su ámbito espacio temporal concreto, de modo consistente con la evidencia de que se dispuso para ese tiempo y lugar.

A partir del empleo de ésta metodología se buscó conformar un modelo inteligible, que diera cuenta de lo sucedido con las interacciones planteadas en las hipótesis que guiaron el trabajo, con un fuerte sustento en lo empírico.

Al investigar explorando con detenimiento desde lo empírico, sobre el telón de fondo de los intereses teóricos expresados en la hipótesis de trabajo, mediante la determinación de secuencias de acontecimientos y patrones de producción de resultados, se fue avanzando en la construcción de comprensiones, sin

pretensiones de generalización más allá de las unidades de estudio (Goldston, 2003).

2.2.3. La selección de unidades de análisis

En general, la unidad de análisis en un trabajo histórico es usada para describir dos construcciones metateóricas distintas: una, se refiere a la categoría de los datos, en la que la unidad de análisis tiende a ser el Estado-Nación, porque es a ese nivel en que se recolectan los datos; la otra, trata de categorías teóricas, tales como la clase, refiriéndose a Moore, o el sistema mundo, refiriéndose a Wallerstein (Moore, 1973).

De manera equivalente, hay que distinguir las unidades observacionales y las unidades explicativas. Las primeras refieren a la unidad de análisis utilizada para la recolección de los datos y el análisis de los mismos. Las segundas son las unidades, o categorías, utilizadas para dar razón del conjunto de resultados obtenidos (Ragin, 1987).

En el trabajo que nos ocupa, la unidad de análisis elegida fue la región, en lo referente a la categoría de los datos, en tensión permanente con la unidad nación. En el Cuadro No. 1 se da cuenta de las unidades de análisis relativas a las categorías teóricas, junto con sus atributos, o dimensiones, utilizadas en la elaboración de comprensiones. En general, retoman las posturas de Sidney Tarrow, aunque adicionan la ubicación temporo – espacial de la acción y el análisis interactivo del contexto, trascendiendo a la estructura de oportunidades políticas, tal como es sugerido por Mauricio Domínguez para analizar movimientos sociales en América latina.

2.2.4. Procesos en estudio

En principio, se tuvieron en cuenta los siguientes procesos para su trazado a partir del trabajo empírico (Cardoso, 1999, 2000; Goldston, 2003).

- Proceso I: identificación de acciones colectivas contendientes, incluyendo aquellas relacionadas y no relacionadas con el sector salud.
- Proceso II: identificación y trazado en detalle de aquellas acciones colectivas contendientes que incorporaron reivindicaciones relacionadas con las ETV, ocurridas en el nivel regional o en el nacional, siendo analizadas en lo relativo a bases de la acción, dinámicas de la acción, y consecuencias de la acción.
- Proceso III: Identificación y trazado de aspectos del contexto social y político que rodearon a las acciones colectivas contendientes relacionadas con ETV, seleccionando aquellos que resultaran fundamentales para la comprensión de dichas acciones, desde la perspectiva de la autora.

Con base en esos procesos trazados, se procedió a la elaboración narrativa por períodos integrando las construcciones efectuadas en los procesos anteriores; contrastación en cada período con el modelo analítico. Luego, se efectuó contrastación analítica de variaciones en tiempo y lugar de las acciones colectivas contendiente que incorporaron reivindicaciones relacionadas con las ETV en los distintos períodos establecidos. Se terminó con la contrastación global de la reconstrucción empírica efectuada en los pasos anteriores, con respecto a hallazgos empíricos en otros países, al enfoque teórico - conceptual y las hipótesis de trabajo que orientaron el estudio, en busca de interpretaciones.

2.2.5. Métodos para establecer secuencias y patrones en los casos estudiados

El *trazado de procesos* consiste en analizar un caso dentro de una secuencia (o algunas secuencias concatenadas) de eventos, y mostrar cómo están esos eventos ligados entre sí, en relación con los intereses teóricos que guían el trabajo y en contexto con la situación en que emergen. No se asume que las acciones siempre conduzcan a sus consecuencias esperadas, solamente se espera que resulten comprensibles en términos de su objetivo y sus circunstancias. Implica hacer deducciones sobre cómo están ligados los eventos en el tiempo (Goldston, 2003).

Los datos se usan para establecer tendencias y relaciones entre procesos explorados, dentro de casos complejos que son estudiados en detalle considerable. Así, cientos de observaciones son organizadas para apoyar afirmaciones deductivas, considerando relaciones en una cadena de acontecimientos (Goldston, 2003).

2.2.6. La periodización

El estudio se ubicó entre 1974 y 2004. Inicialmente, se emprendió el abordaje empírico con periodos construidos según la noción de “coyuntura crítica” generada por promulgación de nuevas leyes o por cambios políticos sectoriales que modificaron el control de enfermedades transmitidas por vectores sucesivamente, con respecto a la fiebre amarilla y la malaria, estableciéndose así límites analíticos preliminares separados por tales cambios (López Alves, 2003), con tres periodos iniciales a partir de los cuales se emprendió el abordaje empírico: 1974-1986; 1987-1993; 1994-2004.

Luego, en la medida en que fueron exploradas las fuentes en torno a la acción colectiva como eje central de la indagación, tales períodos fueron remodelados

para la presentación de resultados de acuerdo con la visibilidad y la centralidad que tuvieron las protestas relacionadas con las ETV en el conjunto del panorama nacional de la protesta, incluyendo sub - períodos que respondieron al tipo de reivindicación y de actor predominante en tales acciones. Los períodos y sub – periodos considerados fueron los siguientes: 1. Incidentes visibles de un asunto secundario entre 1974 – 1982, con dos subperíodos, 1974 – 1978 (actor predominante población general solicitando vacunas) y 1979 – 1982 (actor predominante gremio médico protestando por restricciones a la neutralidad del ejercicio profesional); 2. Los grandes invisibles olvidados entre 1983 – 1997, con dos subperíodos, 1983 – 1988 (actor principal trabajadores del Servicio de Erradicación de la Malaria protestando por desfinanciación y dificultades de operación en zonas) y 1989 – 1997 (actor principal pobladores rurales exigiendo derecho a la salud a través de programas contra ETV); 3. El inmóvil tiempo del silencio a voces 1998 – 2004, con dos subperíodos, 1998 – 2002 (actores principales usuarios de servicios y trabajadores estatales, protestando por desmantelamiento de servicios sanitarios) y 2003 – 2004 (nuevamente, actor principal población general exigiendo vacunas).

2.2.7. Las fuentes y los acervos documentales

En cuanto a su Tipología y clasificación, se emplearon dos tipos de fuentes clasificadas según los siguientes criterios (Cardoso,1999):

- **Fuente primaria**: documentos (escritos, orales, visuales, de prensa, etc.) con origen directo en procesos relacionados con el problema de estudio, producidos en el momento de los hechos, que le fueron contemporáneos. Especialmente se emplearon correspondencia personal e institucional, informes y publicaciones de la época elaborados por testigos directos, y entrevistas a informantes clave.

- **Fuente secundaria:** aquellas referencias en torno al problema de estudio que se originaron de manera indirecta en relación con este, siendo todas elaboraciones sobre los hechos efectuadas con temporalidades distintas a estos, o con autoría de personas que no fueron testigos de los hechos en modo alguno. Se incluyeron artículos científicos, informes técnicos y libros sobre violencia, movilización social, epidemias y política públicas en salud, entre otros.

Para la construcción de este trabajo, fueron consultados una serie de acervos documentales nacionales e internacionales, entre los cuales resultaron especialmente productivos en Bogotá, la base de datos sobre protesta social del CINEP, las colecciones de las hemerotecas de la Fundación Gilberto Alzáte Avendaño y la Biblioteca Nacional, los archivos del Servicio de Erradicación de la Malaria custodiados por funcionarios del Ministerio de la Protección Social dentro de las antiguas instalaciones de la sede central del servicio, archivos sindicales del sector salud, las Bibliotecas del Ministerio de la Protección Social y del Instituto Nacional de Salud; en las regiones, fue importante la consulta del archivo de la sección de epidemiología del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander ubicado en Cúcuta, así como el archivo correspondiente de la Secretaría de Salud del Distrito de Santa Marta; en Rio de Janeiro fue especialmente importante la consulta de las bibliotecas de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro, de la Fundación Oswaldo Cruz; en Venezuela, la consulta de las colecciones ubicadas en la Biblioteca Central de Caracas, y la del Instituto de Altos Estudios en Salud Pública Arnoldo Gabaldón, de Maracay. También se consultaron acervos electrónicos de los periódicos colombianos El Tiempo y Tribuna Roja, junto con colecciones internacionales de tesis de posgrado on – line. Para finalizar, fueron realizadas entrevistas a informantes clave de los departamentos de Norte de Santander, Magdalena y Bogotá, quienes también proporcionaron documentos relevantes ubicados en sus archivos personales (Ver Anexo No. 2).

Todas las fuentes citadas fueron sometidas satisfactoriamente a crítica interna y externa.

2.2.8. Estrategias y técnicas para el análisis de la información

Empleando el programa End-Note X, fueron elaboradas fichas de cada uno de los documentos seleccionados, siguiendo las categorías analíticas establecidas previamente.

A continuación, se reconstruyeron los procesos planeados en el orden establecido, privilegiando siempre una perspectiva histórica narrativa para su presentación. Para finalizar, se contrastaron los procesos y contextos seleccionados entre sí, y con respecto a otras experiencias publicadas sobre el tema.

Es importante resaltar que se eligió como postura política activa el emplear un análisis narrativo de narrativas a lo largo de la construcción del texto, dando siempre que fue posible una voz directa y en primera plana a los sujetos históricos subalternos identificados, a quienes habitualmente se les ha acallado e invisibilizado en los relatos históricos, como un intento para rescatar su voz en vez de suplantarla desde el lugar de poder académico de la investigadora. Una vez efectuado ese rescate testimonial, se incorporó la voz de la autora como par que dialoga con lo expuesto por los sujetos subalternos convocados, otorgando su singular interpretación sobre lo acontecido.

Cuadro No. 1

UNIDADES DE ANÁLISIS RELATIVAS A CATEGORÍAS TEÓRICAS

CATEGORÍAS	DIMENSIONES	ATRIBUTOS		UNIDADES ANÁLISIS	FUENTES
BASES DE LA ACCIÓN	Repertorios Modulares de organización y enfrentamiento.	Tradicionales Convencionales Disruptivos Mixtos	Protesta, Huelga, Asonada, Disturbios, Motines, Concentraciones, Peticiones, Comunicados, Tomas, Movimiento Social, Subterfugias, Otros	Nación / Región Región / Región	Periódicos Base de Datos CINEP. Periódicos Biblioteca Nacional. Documentos SEM. Prensa alternativa en la red. Comunicados. Entrevistas.
	Redes Sociales Involucradas	Actores Relaciones			
	Marcos de la acción	Demandas - Reivindicaciones. Identidad del Adversario. Identidad del Protagonista. Justificación evento de acción.			
DINAMICAS DE LA ACCIÓN	Ciclos de la acción	Tendencias observadas durante el período estudiado en cuanto al aumento o disminución de eventos de acción colectiva contendiente			Periódicos Base de Datos CINEP. Periódicos Biblioteca Nacional. Documentos SEM. Prensa alternativa en la red. Comunicados. Entrevistas. Boletines Epidemiológicos.
	Estructura de oportunidades políticas	Estables (Estructuras del Estado) Variables (Apertura de un acceso a la participación; Cambios en el alineamiento gubernamental; Disponibilidad de aliados influyentes; Divisiones entre élites y autoridades).			
ESTRUCTURA INTERNA DE LA ACCIÓN	Espacial Temporal	Lugares de emergencia de la acción. Temporalidades para la emergencia de la acción.			
CONDICIONES SOCIALES Y AMBIENTE INTERACTIVO	Interacciones con el contexto social	Con situación Epidemiológica ETV: presencia de epidemia, endemia, silencio epidemiológico. Con las tendencias en Políticas de Salud generales y contra ETV. Con otros rasgos dominantes en el contexto social, socio-político y ambiental del período.			
CONSECUENCIA DE LA ACCIÓN	Represión	Formas de represión. Redes sociales involucradas			Periódicos Base de Datos CINEP. Documentos SEM. Prensa alternativa en la red. Comunicados. Entrevistas. Boletines Epidemiológicos.
	Reforma o transformación en la situación detonante de ACC	Tendencias de la reforma o transformación. Acciones implementadas. Redes sociales involucradas.			
	Mixtas	Según categorías emergentes.			

Capítulo 3 INCIDENTES VISIBLES DE UN ASUNTO SECUNDARIO, 1974 – 1982

Este período está definido por un conjunto de acciones colectivas contendientes organizadas en torno a las ETV que, no obstante su existencia y la importancia que pudieron tener para los actores sociales que las protagonizaron, no alcanzaron a trascender de manera significativa dentro del panorama general de la protesta social colombiana.

Las ETV se revelaron como un motivo marginal para convocar acciones colectivas contendientes, y los actores sociales que en algún momento organizaron alguna de las reseñadas, aparecieron como poco centrales en el marco de las protestas sociales más visible durante la época. Sin embargo, sus acciones lograron dejar algún tipo de huella a través de la cual se identificaron dos sub – períodos de acuerdo con el tipo de repertorio de lucha que emplearon.

En una primera sección, se aborda el período 1974 – 1978, durante el cual fueron registradas acciones tanto de resistencia subterránea como de protesta local desorganizada ante las intervenciones puntuales despleagadas desde la salud pública contra las ETV, las cuales a la luz de las dinámicas de conflicto armado interno y de recorte global al gasto social vividos en Colombia adquieren una significación particular.

Una segunda sección se dedica a reconstruir un movimiento de protesta organizado desde el gremio médico entre los años 1979 y 1982, a propósito de una serie de violaciones a los derechos humanos de personas detenidas por razones políticas, entre las cuales se encontraban una buena cantidad de médicas y médicos, quienes fueron hechos prisioneros y torturados en razón de sus actividades profesionales, en muchos casos ligadas con la atención de personas y

comunidades afectadas por ETV. Los efectos de las políticas de guerra sobre la situación epidemiológica de localidades colombianas específicas quedan al descubierto a lo largo de las líneas dedicadas a éste sub – período.

3.1. LOS TROPELES DE LA VACUNA, 1974 - 1978

3.1.1. Protesta social, retorno de la confrontación bipartidista y apertura económica

En 1974 se desarrollaron unas elecciones con disputa abierta entre dos partidos políticos tradicionales por la Presidencia de la República, después de un largo receso de 28 años ocupado por el llamado Frente Nacional, estrategia impuesta para superar la confrontación bipartidista, que se temía revivir por haber sido especialmente violenta en otros tiempos. No obstante, el ánimo del Frente Nacional persistió, con la imposición de equilibrio en gabinete y cargos públicos, mediante el artículo 120 de la Constitución Nacional (Archila, et al, 2002).

El mandato de López se inició con expectativas por haber sido antes dirigente del Movimiento Revolucionario Liberal (MRL). Pronto se mostró continuista con la apertura económica iniciada en mandatos anteriores, y promovió la extensión de la categoría de servicio público para impedir el derecho de huelga en muchos sectores, aunque otorgó personería jurídica a dos centrales sindicales, y aprobó las leyes 26 y 27 que daban vigencia a los convenios 86 y 87 de la Organización Internacional del Trabajo – OIT -. Restauró el estado de sitio[6] de manera permanente, después de su implantación temporal ante ciertos eventos de movilización social (Archila, et al, 2002).

El país pasaba en 1975 por el diseño de una reforma financiera y tributaria que impuso restricciones al gasto público, facilitando el posterior desarrollo del

[6] Estado de excepción equivalente al estado de guerra que el gobierno de un país ante situaciones especiales, en el cual las fuerzas armadas quedan habilitadas para efectuar ejercicios abiertos de represión, a la vez que se suspenden garantías constitucionales para los ciudadanos. Colombia permaneció bajo estado de sitio durante casi la mitad del siglo XX.

neoliberalismo (Estrada, 2004). Esto, junto con la recesión económica y el descontento con el presidente impulsaron múltiples movimientos laborales y cívicos que fueron respondidos con “arrogancia oficial” lo cual los radicalizó progresivamente hasta derivar en el Paro Cívico Nacional de 1977 (Archila, et al, 2002).

El mandato de López coincidió también con el inicio de desapariciones de activistas políticos, allanamientos y otras limitaciones a las libertades individuales, y con la aparición simultánea de dos fenómenos: la economía clandestina basada en cultivos ilícitos con permisividad del Estado, y el auge de corrupción e inmoralidad política entre los gobernantes (Archila, et al, 2002).

En ese marco, desde 1974 el sector salud protagonizó conflictos laborales, que para 1975 se incluyeron en el pico de protesta social evidenciado en el país; se destacó un conflicto con la administración del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, así como numerosos paros hospitalarios; en 1976 hay que recordar el paro de los médicos del Instituto de Seguros Sociales en protesta por su declaratoria como empleados públicos; durante 1977 y 1978 no se destacó el sector salud como actor de protestas sociales, en un contexto general de disminución de éstas manifestaciones que llegó a sus puntos más bajos luego de la expedición del Estatuto de Seguridad durante el gobierno de Turbay Ayala, en septiembre de 1978 (Archila, et al, 2002; Sánchez, 2009).

3.1.2. Salud Pública y enfermedades transmitidas por vectores: “para cerrar la brecha”

El plan de gobierno “Para Cerrar la Brecha” de López Michelsen despertó grandes expectativas en 1974, pues incluyó como objetivo el crecimiento de la economía y la creación masiva de empleo para los más pobres (Archila, 2003); pero lo que sucedió fue un aumento progresivo de la concentración de la propiedad y el ingreso que persiste en el país desde entonces (Medina, 1984).

Dentro de las dificultades para la operación de los programas de salud pública de la época, los informes públicos del alto gobierno han obviado con frecuencia una situación que se hacía permanente: las “dificultades para la adquisición de los insecticidas utilizados en los tratamientos focales y peri focales” de control del vector, por lo cual “Colombia limitó sus actividades durante 1974” pues “por factores presupuestales la campaña careció últimamente de los materiales necesarios para adelantar técnicamente los tratamientos en las áreas de trabajo” quedando así descuidado el control de la fiebre amarilla en el país, entre otras enfermedades transmitidas por vectores (Ministerio de Salud Pública - Campañas Directas - Programa Antiaedes, 1975) (Ver Anexo No. 3).

El jefe del proyecto de erradicación de la malaria de la OPS en Colombia, el Dr. L. J. Uribe, aceptó en 1975 que la meta de erradicación se convertía en un logro a largo plazo; durante la segunda mitad de los años setenta la tendencia fue limitar las actividades de campo -que seguían siendo fundamentalmente de rociamiento intradomiciliario y evaluación epidemiológica del mismo-, a lo que los recursos existentes permitían ejecutar, en las áreas de más alta endemicidad, coincidiendo con un deterioro de la situación epidemiológica desde 1976 (Hernández, 2002).

La transformación de los programas de erradicación de las enfermedades transmitidas por vectores durante 1975 a 1978 implicó la llamada "flexibilización operativa", entendida como una estrategia intermedia entre la erradicación y el control, pero todavía regida por el marco de la primera, y como un mecanismo para solucionar los problemas identificados en el modelo de erradicación. La flexibilización implicó en Colombia una reducción de la cooperación con OPS (Hernández, 2002).

No obstante, la transformación de la estrategia de erradicación a la de control en Colombia se efectuó conservando la estructura vertical y centralizada del programa, y la autonomía administrativa del SEM, sin un lugar central dentro de la

estructura del Ministerio de Salud. Además, aún era escasa la coordinación de estas campañas con otras instituciones del sector y otras dependencias del Ministerio, excepto por la participación del SEM en los programas de vacunación de áreas rurales. Para superarlo, se estimuló la cooperación con los servicios primarios de salud y la participación activa de las comunidades. Se intentó establecer mecanismos formales de coordinación intra e intersectorial, y se sugirió reestructurar las zonas del SEM para que coincidieran con los servicios seccionales de salud (Hernández, 2002).

Sin embargo, al finalizar el año el Ministerio de la Salud Pública reconoció que múltiples dificultades operacionales no habían dejado alcanzar las metas de los programas relacionados con enfermedades inmunoprevenibles; se resaltaron la conservación inadecuada de biológicos por insuficiente red de frío; la escasa accesibilidad de grupos en riesgo, por ubicación geográfica y por resistencia de las gentes; y las trabas administrativas para disponibilidad oportuna de recursos (Dirección General de Epidemiología Ministerio de Salud Pública, 1975). Ante ello, el Ministerio se propuso mejorar la calidad de los biológicos y la cobertura específica a grupos de riesgo (Dirección General de Epidemiología Ministerio de Salud Pública, 1975; Moncayo Medina, 1975).

Se consideró apropiado contra la fiebre amarilla vacunar con la modalidad operativa de concentraciones o cordones sanitarios a los habitantes y a los migrantes (colonos, agricultores, trabajadores de carreteras y obras públicas) de las zonas endémicas, instrumentalizando lo anterior mediante los Módulos Anuales de Cobertura - MAC - (Dirección General de Epidemiología Ministerio de Salud Pública, 1975; Moncayo Medina, 1975).

Un informe de investigación producido a finales del año 1975 indicó que la vacuna antiamarílica producida por el INAS contra fiebre amarilla tenía como fin abastecer la demanda total nacional, y efectuar exportaciones a otros países de América

Latina, junto con el otro único productor del momento que era Brasil, sin que el laboratorio productor nacional hubiese hecho ningún esfuerzo por analizar y planear la demanda, para hacer uso racional la vacuna, por lo cual se corría constante riesgo de agotamiento por producción insuficiente, o de caducidad y disminución del título, por producción excesiva que requeriría almacenamiento prolongado, con riesgo mayor en las seccionales Departamentales de Salud.

Por otra parte, López Michelsen inició el año dando orden de "publíquese y cúmplase" a un convenio firmado desde 1973 entre Alfredo Vásquez Carrizosa, Ministro de Relaciones Exteriores de Colombia, y el Sr. Fernando Ramos de Alcántar, Embajador Extraordinario y Plenipotenciario del Brasil en Colombia, dirigido a intensificar en la zona fronteriza del Amazonas los programas de erradicación de malaria, de erradicación de la viruela, la campaña contra la fiebre amarilla silvestre y los estudios sobre las arbovirosis regionales, el combate de la lepra, las campañas contra la tuberculosis, las enfermedades venéreas y otras enfermedades para cuyo control era necesaria la acción de ambos gobiernos (República de Colombia Ministerio de Gobierno, 1975a).

A nivel nacional, se dio inicio al Sistema Nacional de Salud mediante el Decreto 056 del 15 de enero de 1975, y se fijó el Plan Nacional Hospitalario para terminar “con diligencia y austeridad” toda obra iniciada en gobiernos anteriores, al tiempo que el Instituto Colombiano de Seguros Sociales se pretendió integrar al Ministerio de Salud, y se destinaron quince millones de dólares para los programas de salud materno – infantil y planificación familiar en el país, provenientes del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD -. También continuaba a lo largo del país la crisis de los hospitales, debido a deficiencias en sus presupuestos (Araujo, 1975; El Espectador, 1975b, 1975c, 1975f; Martínez, 1975).

El 11 de Abril fue creada la Junta Nacional de Salud, para asesorar al Ministerio en la implantación, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud,

y promover el desarrollo y cumplimiento de las políticas de gobierno en materia de salud pública. También se reorganizó el Instituto Nacional de Salud, mediante el Decreto 671 de abril 11 de 1975; el gobierno López consiguió ampliar las labores del INPES (Instituto Nacional de Programas Especiales para la Salud) convirtiéndolo en un laboratorio nacional encargado de "irradiar su acción de forma efectiva a los laboratorios nacionales" (Calvo Núñez, 1976; El Espectador, 1975d; República de Colombia Ministerio de Salud Pública, 1975).

El Ministerio de Salud se encargó de la Sanidad Portuaria mediante el Decreto 669 de abril 11 de 1975, y con la Ley 26 de Septiembre de 1975, por la cual se modificó el artículo 129 del Decreto - ley número 2349 de diciembre 3 de 1971, así: "El Ministerio de Salud… ejercerá las funciones de inspección y control sanitario de todos los puertos de la República y la inspección y control de las naves aéreas, marítimas y terrestres que entren o salgan del país" (Calvo Núñez, 1976; República de Colombia Ministerio de Gobierno, 1975b).

A partir del 21 de abril se llevó a cabo el primer encuentro nacional de planeación del sector salud, en que se estudiaron las políticas del gobierno para llevar los servicios de salud al 50% de la población desprotegida ubicada en las áreas rurales y en los perímetros urbanos, dando cumplimiento a los programas de gobierno. Los programas priorizados cubrirán las áreas de servicios a personas y medio ambiente, así como infraestructura (El Espectador, 1975d).

En Ginebra el 23 de Junio de 1975 la OMS admitió el fracaso de su campaña para erradicar la malaria del mundo, explicándolo por el aumento de precio de los insecticidas, y a la ausencia de vacuna (El Espectador, 1975e).

En Colombia los problemas tenían más que ver con ausencia de servicios de saneamiento básico, que facilitaban la proliferación de insectos, exigiendo

campañas urgentes de fumigación masiva no siempre suficientes (Antonio, 1975; Martínez Polo, 1975).

Los lineamientos técnico – operativos para el desarrollo de la "Primera Fase - Nivel Local Módulo Anual de Cobertura (MAC - 1)" del Sistema Nacional de Salud se publicaron en 1975, para completar la fase entre 1975 – 1979, programando servicios básicos a nivel local. Valga destacar la iniciativa de entrenar a las promotoras rurales del Programa Materno Infantil como "Promotoras Voluntarias de Salud" que debían llevar atención sanitaria a la "población descubierta", aplicando vacunación[7] entre otras acciones (Calvo Núñez, 1975).

De manera complementaria, se asignó a los funcionarios de las llamadas Campañas Directas la prestación de los servicios básicos del MAC – 1 en aquellas regiones que "por ser asiento de comunidades dispersas y de difícil acceso solo pueden ser cubiertas actualmente con el apoyo de la infraestructura y la organización vertical" que aquellas campañas poseían. Desde el Programa Antiaedes de las Campañas Directas se continuaría manejando todo lo concerniente a las acciones para erradicación del vector, así como la vacunación antiamarílica en áreas endémicas y de influencia epidemiológica del país (Ministerio de Salud Pública - Campañas Directas - Programa Antiaedes, 1975).

Ambos tipos de trabajadores encargados ahora de las acciones contra la fiebre amarilla coincidían en los bajos ingresos económicos que percibían por su labor, y en su extracción habitualmente popular urbana o campesina, situación que estaba contemplada en el caso específico de las promotoras voluntarias como parte de la estrategia de adecuación cultural que facilitaría la "penetración masiva en el campo" de los servicios de salud, pretendida por el gobierno (Calvo Núñez, 1975; Ministerio de Salud Pública - Servicio de Erradicación de la Malaria SEM, 1973).

[7] Con DPT, BCG, antivariólica, antipolio, antiamarílica, antisarampionosa y antitetánica.

Se establecieron normas explícitas sobre como deberían funcionar las cosas en terrenos inaccesibles pero con vías transitable solo parte del año en dos circunstancias: promotora con puesto de salud instalado que se tomaba como base y promotora sin puesto de salud instalado, tomando el más cercano como apoyo. Para la llamada "Modalidad SEM" los funcionarios hacían las labores de la promotora fuera de un área con puesto o centro de salud, debiendo remitir directamente al Hospital Local más cercano. Guardando coherencia con la filosofía general del Sistema Nacional de Salud, el Hospital Regional más cercano coordinaría las acciones del Hospital Local, y desde allí, los demás eslabones de menor complejidad (Calvo Núñez, 1975).

En la frontera colombo – venezolana se firmó en 1975 una declaración por parte del Ministro de Salud Pública de Colombia y el Ministro de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela, acordando el afrontamiento conjunto de los problemas de salud fronterizos (El Espectador, 1975a).

El ministro de salud Harold Calvo Núñez anunció grandes inversiones para la salud pública durante el año 1976. Dos mil ochocientos millones irían para programas de nutrición; dos mil millones para el ICBF y la Ley 17; ocho mil millones para el presupuesto de funcionamiento del ministerio; mil quinientos millones para el INSFOPAL, con el fin de construir acueductos y alcantarillados en aquellas poblaciones con más de doscientos cincuenta mil habitantes; quinientos millones para el Servicio Nacional de Salud y quinientos millones para el funcionamiento de hospitales universitarios y regionales (El Espectador, 1975a). El Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM) recibió un 10% más de presupuesto en relación con el año anterior (Calvo Núñez, 1976; Servicio de Erradicación de la Malaria, 1975).

El 23 de enero de 1976 se reorganizó administrativamente el ministerio de salud mediante el Decreto No. 121, y se le encargó de orientar y controlar las entidades descentralizadas que le estuviesen adscritas y vinculadas, entre ellas, la dirección

de campañas directas, la de epidemiología y la de saneamiento ambiental, directamente implicadas con las ETV (República de Colombia, 1976).

De acuerdo con los artículos 19 y 20 del Decreto No. 121, la Dirección de Campañas Directas correspondía al Servicio de Erradicación de la Malaria creado en 1956, y quedaba encargada entre otras funciones, de dirigir los planes y programas de control y erradicación de la malaria, pián, Aedes aegypti y de todas aquellas enfermedades que requieran de control directo y de inmunización masiva a partir del diagnóstico de la problemática epidemiológica; así como de dirigir los planes y programas integrales de atención a las personas y al medio ambiente en las zonas rurales dispersas que determinara la Dirección Superior, aprovechando la infraestructura que tenía campañas directas, y a través de cuantas oficinas zonales determinara el gobierno.

La dirección de saneamiento ambiental quedaría encargada de elaborar y proponer la política de saneamiento ambiental, dirigir planes y programas de suministro de agua potable intradomiciliaria, de construcción de alcantarillados y de disposición de basuras, diseñando modelos de operación y asesorando a las entidades del Sistema Nacional de Salud (SNS) en su aplicación, así como de dirigir los planes y programas de saneamiento físico en puertos aéreos, marítimos y terrestres y bodegas de aduana. Finalmente, la dirección de epidemiología sería la que trazaría el plan general de vigilancia epidemiológica, y dirigiría los planes y programas de vigilancia epidemiológica en lo referente a enfermedades transmisibles y crónicas, entre otras tareas.

Entretanto, el modelo de medicina simplificada puesto en marcha a lo largo del país a través del MAC – 1 había sobrecargado los servicios de los hospitales regionales, quienes además continuaban con deficiencias presupuestales severas. Por ejemplo, en Aguachica, el Hospital Regional de Santa Marta se convirtió en

centro de referencia para los departamentos del Magdalena, Guajira y parte del Cesar, en medio de una crisis financiera:

> *El hospital ha estado interesado en la implantación de los sistemas indispensables para poder poner en marcha el Plan Nacional de Salud, en lo que a este hospital corresponde....A nosotros, como unidad regional nos compete llevar a cabo la última fase, o sea, la fase operativa… Para el presente año, la institución ha triplicado el tren de trabajo quirúrgico en relación con lo que se hacía el año pasado. Se atienden además las emergencias, que se presentan a cualquier hora. Proyectamos, una vez se normalice el flujo de fondos, dotar al hospital de una sala de cuidados intensivos. El incremento en lo referente al departamento de radiología ha sido del 100% … A pesar de las limitaciones presupuestales, agravadas en la actualidad por la retención de fondos de la Lotería del Libertador (El Espectador, 1976).*

Pese a la gran expectativa que se generó al inicio del gobierno de López en cuanto a la construcción de infraestructura en salud, muchas obras prometidas quedaron sin llevarse a cabo. Esta ausencia de instalaciones hospitalarias era justificada por el gobierno por su empleo de una estrategia simplificada, basada en una *"acción institucional descentralizada del Ministerio de Salud en el que trabajan actualmente 60 mil colombianos"* mediante la cual, según el ministro Haroldo Calvo Nuñes en su informe al congreso *"se facilitó la realización en 1975 - 76 de nueve millones de consultas médicas y 850.000 tratamientos hospitalarios, además de múltiples servicios proporcionados por personal técnico y auxiliar de diferentes niveles y especialidades" (El Espectador, 1976).*

En concordancia, se dieron al servicio 29 organismos de salud de baja complejidad (centros y puestos de salud), 9 nuevos y 20 reacondicionados, para

conjuntamente con otros 46 previamente existentes, facilitar el montaje de los MAC – 1 mediante atención simplificada en salud (Calvo Núñez, 1976).

El Proyecto de Código Sanitario Nacional se completó en 1976 para ser sometido a consideración del Congreso de la República, y a través del Programa Nacional de Saneamiento Básico Rural a cargo del Instituto Nacional de Salud se manejaron proyectos sobre disposición de excretas y aguas servidas mediante la construcción de acueductos rurales, de pequeños abastos y alcantarillados. Además, el Decreto 121 del 23 de Enero de 1976, revisó la organización administrativa del Ministerio de Salud y dentro de ella incluyó la Dirección de Campañas Directas, que sustituyó al antiguo Servicio de Erradicación de la Malaria, ampliando su radio de acción a otras patologías tropicales endémicas (Sindicato Nacional de Empleados de Salud Sindes, 1992).

3.1.3. Bajan los recursos, y aumentan las epidemias

La puesta en duda internacional sobre la posibilidad de erradicación del paludismo significó que en 1973 UNICEF retirara su apoyo financiero al programa de erradicación de la malaria en Colombia el cual era mayor que el de OPS, por ello, los programas contra ETV tuvieron dificultades para evitar retrocesos (Hernández, 2002).

Desde el punto de vista epidemiológico, tal reducción en los presupuestos se vio acompañada por brotes de enfermedades transmitidas por vectores en muchas zonas del país. Hubo epidemias durante 1974 en Darién, Meta, Valle de Tenza, y otras zonas de expansión de la frontera agrícola, ante lo cual se recomendó a “los colonos se hagan vacunar antes de irse a descuajar monte” mediante comunicados de prensa (El Espectador, 1974b, 1974c; El Tiempo, 1974d, 1991; Jaramillo, 1974b; Héctor. Muñoz, 1974).

Se enviaban regularmente trabajadores del Servicio de Erradicación de la Malaria a recorrer las zonas de ampliación de la frontera agrícola; en palabras de un trabajador, su labor se desarrollaba como sigue:

> *Comencé a trabajar como rociador. Andaba con una bomba a la espalda echando insecticida en Puerto Boyacá, La Dorada, Honda... Después entramos a zonas rurales del Magdalena Medio, detrás de los colonos que iban tumbado monte.... A medida que la colonización se iba asentando, el colono vendía el pedazo de tierra y se metía más adentro a seguir tumbando monte. Y detrás de él entrábamos nosotros (El Tiempo, 1991).*

Dentro de algunos territorios específicos se reconocían dificultades para que los pobladores aceptaran las medidas propuestas desde los programas de salud pública:

> *Durante los primeros años de la campaña, había resistencia entre la gente porque los gatos se morían. Eso era muy común porque los animales nunca habían estado en contacto con el insecticida. Otros desconfiaban porque éramos empleados del Estado. No les gustaba contestar encuestas y no daban el nombre, ni decían de dónde venían. Algunas de estas personas andaban huyendo de algo. Pero nuestra política es no meternos con nadie, solo nos limitamos a cumplir con nuestra labor (El Tiempo, 1991).*

También existían grandes problemas de seguridad para los trabajadores del SEM; por ejemplo a finales de 1974, el ministro de salud, Haroldo Calvo Núñez, informó que en el Magdalena Medio *"las campañas de sanidad ambiental están en receso y no pueden reanudarse mientras la vida de los funcionarios no sea garantizada, ya que el número de víctimas de éstos llega a 28, sacrificados por acción de la*

violencia, entre muertos y desaparecidos", haciendo referencia a 23 funcionarios de las campañas de salud destacados en los territorios del Magdalena Medio, que habían perdido la vida por acciones violentas cuando adelantaban actividades contra la malaria y la fiebre amarilla entre 1961 y 1973, y a cinco que desaparecieron en lo que iba corrido de 1974, obligando a la suspensión temporal de las campañas en zonas como Remedios, San Pablo, Simití, Puerto Boyacá y Cimitarra (Mejía López, 1974). Un trabajador testimonia que tales problemas se iniciaron desde tiempos anteriores al año 1961:

> *Los malarios corremos peligro. A veces por causa de la naturaleza y porque se trabaja en zonas conflictivas. Yo recuerdo que en el Magdalena Medio, entre 1958 y 1968, asesinaron a 16 compañeros. En esa época uno solo veía a la familia cada seis meses (El Tiempo, 1991).*

También persistían las *"dificultades para la adquisición de los insecticidas utilizados en los tratamientos focales y peri focales"* de control del vector, por lo cual "Colombia limitó sus actividades durante 1974", pues, "por factores presupuestales la campaña ha carecido últimamente de los materiales necesarios para adelantar técnicamente los tratamientos en las áreas de trabajo", quedando así descuidado el control de las enfermedades transmitidas por vectores (Ministerio de Salud Pública - Campañas Directas - Programa Antiaedes, 1975).

Todo esto generó un gran impacto negativo en la situación de salud pública nacional; para mencionar tan solo la epidemia que se presentó en el Alto Ariari, Departamento del Meta, a fines del año 1974, representó 28 muertos confirmados por laboratorio (Muñoz, 1975).

En ese momento las zonas cubiertas por el SEM en materia de vacunación antiamarílica eran las zonas rurales del Valle Medio del río Magdalena (Antioquia,

Bolívar, Boyacá, Caldas, Cundinamarca, Santander), el Alto Magdalena (Huila, Tolima), el Alto Sinú (Córdoba), el Bajo Magdalena (Cesar), el Catatumbo (Norte de Santander), el Ariari (Meta), el Alto Caquetá (Caquetá), Casanare, Putumayo, Alto Vaupés (Vaupés), Sarare (Arauca), y Urabá (Antioquia y Chocó); las demás eran cubiertas por los entes territoriales (Servicio de Erradicación de la Malaria, 1976).

Para 1975, primer año del gobierno de López, los programas contra las ETV continuaban abocados a deficiencias presupuestales crecientes, que no les permitían cumplir con sus tareas:

> *La campaña antiaegypti de Colombia limitó sus actividades… por dificultades en la adquisición de los insecticidas utilizados en los tratamientos peri focales. Para 1975 se aprobó un presupuesto de 24 millones de pesos. Sin embargo, el programa no se ha podido desarrollar en su totalidad debido a las dificultades en el flujo de presupuesto. Por los factores presupuestales anotados, la campaña ha carecido últimamente de los materiales necesarios para adelantar técnicamente los tratamientos en las áreas de trabajo (Ministerio de Salud Pública - Campañas Directas - Programa Antiaegypti, 1975).*

El vacío de los aportes de UNICEF para programas contra la malaria fue cubierto en los años siguientes por el gobierno y por un crédito sectorial por 32 millones de pesos para 1975 y 1976. Si bien el programa no sólo dependía de recursos externos, el impacto fue fuerte. El aumento del costo de los insecticidas y del transporte en los años 70 redujo la capacidad operativa del programa, la calidad de las actividades y la moral del personal (Hernández, 2002).

A partir de 1978 se oficializó dentro de OPS/OMS que pasarían a buscar el control de la malaria, debido a la aceptación explícita en el fracaso a escala mundial de

los programas de erradicación, junto con el surgimiento de la estrategia de APS, que pretendía integrar las acciones básicas de salud con las actividades dirigidas al control de vectores (Hernández, 2002).

La mayor parte de la atención estatal a la salud estuvo puesta en la construcción de acueductos y alcantarillados a través de contratos firmados por el Ministerio de la Salud, mediante los cuales el Fondo Nacional de Proyectos de Desarrollo (FONADE) y el Instituto Nacional de Salud (INAS) se encargaban de los pormenores técnicos de los proyectos (Yepes Lema, 1978).

El desarrollo de los programas en contra de las ETV continuaba siendo entorpecido dentro de zonas ecológicamente propicias por múltiples motivos: los problemas de orden público, por los cuales había resultado imposible de abordar "parte del magdalena medio, bajo cauca, alto Sinú, Urabá, Caquetá, Norte del Cauca y Guejar… (y) Serranía de la Macarena en el departamento del Meta"; la renuencia de los pobladores en "parte del bajo cauca, el litoral pacífico y el magdalena medio"; y dificultades económicas para efectuar las acciones de rociamiento (Servicio de Erradicación de la Malaria, 1978). El deterioro de la situación epidemiológica no se hizo esperar.

3.1.4. Epidemias vividas, epidemias negadas

La ausencia de financiación adecuada para desarrollar sus tareas no afectaba solamente al componente hospitalario del país, la campaña antiaegypti, encargada del afrontamiento de la fiebre amarilla en buena parte del territorio nacional, tenía aprobado para el año de 1975, un presupuesto de 24 millones de pesos ($24.000.000), con el cual había proyectado su programa de visitas y tratamiento de casas; sin embargo dificultades en el flujo presupuestal impidieron desarrollar lo programado (Ministerio de Salud Pública - Campañas Directas - Programa Antiaegypti, 1975).

La fiebre amarilla se manifestó en 1975 desde fines de Enero en Orito, Putumayo. Las autoridades de salud nacionales tomaron todas las medidas para controlar la situación y alertaron al Ecuador. Se consideró que probablemente este brote guardaba relación con la epidemia de finales de 1974 en el Alto Ariari, Meta. Posteriormente, ocurrieron veinte muertes en el Caquetá, supuestamente por fiebre amarilla, aunque esa versión fue desvirtuado por el ministro Harold Calvo Núñez y el jefe encargado de epidemiología Jorge Rodríguez Arjona, quien informó: “No hay brotes serios, en este momento todos están controlados y las autoridades sanitarias están alerta. Solamente se han presentado dos casos de muerte con sospecha clínica de fiebre amarilla en esa región, que no se confirmaron por el laboratorio ... no se tiene noticia hasta el momento de otros casos” (Muñoz, 1975).

No obstante, complemento diciendo que "Los servicios de salud del Caquetá y Putumayo están actuando activamente y no han permitido que el virus se propague por el piedemonte”. Se puso vacuna antiamarílica en el aeropuerto de Neiva, en la carretera de Altamira a Florencia, y en el municipio de Colombia para proteger a las gentes que salían para el Amazonas y hacia San Vicente de Caguán. El servicio de salud del Caquetá recibió 20 mil dosis adicionales de vacuna, pues había agotado provisiones (Muñoz, 1975; Sandoval, 1975).

Pese a que las agencias de prensa continuaron informando sobre muertos por fiebre amarilla, inclusive en Arauca y Meta, el Ministerio de Salud Pública fue enfático negando la expansión del brote hasta tales zonas de frontera con Venezuela, en donde se alcanzó a encender una alarma (El Espectador, 1975b).

Sin especial cubrimiento por los medios de comunicación transcurrió en julio de 1975 un nuevo brote de fiebre amarilla selvática en la Región del Magdalena medio, con seis casos en San Vicente de Chucurí, Santander; un caso en San Carlos, Antioquia, y un caso en La Victoria, Caldas. El brote epidémico se controló

con la oportuna intervención de los Servicios Seccionales de Salud, personal del Instituto Nacional de Salud y del SEM (Ministerio de Salud Pública - Campañas Directas - Programa Antiaegypti, 1975). En contraste con el silencio de la prensa, este fue el único brote claramente reseñado en las publicaciones académicas de la época (Gacharná; Zapata; Zuleta, 1980; Rodríguez Hernández, 1979).

Sobre los desencadenantes inmediatos de esa epidemia del Magdalena Medio, el informe anual de actividades del programa anti-aedes del SEM comentó:

> *En esa región donde la presencia del virus amarílico origina epizootias y casos humanos de fiebre amarilla, año tras año, adquirió en el presente mayor peligrosidad debido a la infestación por Aedes aegypti de importantes localidades próximas a las áreas donde ocurrió el brote epidémico. La escasez de recursos económicos e insecticidas, antes indicada, ha impedido a la campaña evitar la dispersión del Aedes aegypti, que remontando el Rio Magdalena, ha infestado importantes localidades como Bucaramanga, Ibagué y Neiva, entre otras* (Ministerio de Salud Pública - Campañas Directas - Programa Antiaegypti, 1975).

Para controlar el brote el SEM y el Servicio de Salud de Santander efectuaron cordones sanitarios, aplicación de 107.365 vacunas; eliminación de Aedes de las poblaciones cercanas mediante insecticidas y larvicidas; junto con atención médica en el Hospital San Vicente de Chucurí, apoyado por médicos del Servicio Seccional de Salud de Santander (Rodríguez Hernández, 1979).

En este año, la prensa escrita y las publicaciones científicas reseñaron un brote de fiebre amarilla de 35 casos, con 14 confirmados por histopatología, que afectó las localidades de Nunchía, Yopal y Aguazul, en Casanare (Barrera, 1976; Gacharná; Zapata; Zuleta, 1980). Otros brotes ocurrieron en San Vicente de Chucurí

(Rodríguez Hernández, 1979) y en la Región del Carare - Opón, municipio de Cimitarra, Santander (Rodríguez Hernández, 1979).

Las actividades para control incluyeron vacunación antiamarílica por el SEM en personas de todas las edades dentro de los territorios endémicos (14.262 en Bolívar; 33.300 en el Cesar; 8.269 en el Catatumbo Nortesantandereano) (Servicio de Erradicación de la Malaria, 1976).

Según los informes de la OPS, en 1975, se calculaba que existía, dentro del área malárica, un territorio de 23.368 km2 con 113.215 habitantes, en donde las operaciones se encontraban temporalmente suspendidas por razones de fuerza mayor. Para 1978, éstas representaban el 10% del total del área malárica. La situación del programa en Colombia hacia finales del decenio del 70 era de las peores dentro de la región (Hernández, 2002).

En tal contexto, volvió a presentarse un brote de fiebre amarilla en el municipio de Betulia durante el mes de febrero de 1977, en la localidad de La Paz, confirmándose por muertes de pacientes aserradores recién llegados de áreas de clima frio. Un poco después, de nuevo el municipio de Betulia y el de San Vicente de Chucurí resultaron nuevamente afectados (Gacharná; Zapata; Zuleta, 1980; Rodríguez Hernández, 1979).

A principios de mayo de 1978 una epidemia de malaria atacó a Barrancabermeja, con un saldo de 12 muertos, “un año después que este territorio magdalenense fue presa del mosquito Aedes aegypty”; ante la epidemia “fue renovada la campaña de orientación a través de la radio” mediante la cual el Servicio de Salud de Santander hacía recomendaciones para “eliminar recipientes que contengan agua”. En junio, los periódicos denunciaban “El paludismo una vez erradicado ha vuelto a aparecer, domina en el 90% del territorio. Hay pián y fiebre amarilla” (El Espectador, 1978c; Mendoza, 1978) . También en Barrancabermeja y su zona

rural se presentó dengue y fiebre amarilla ante la infestación masiva por Aedes aegypti, cuyo índice en la zona urbana, inundada de basuras, llegaba al 85% (El Espectador, 1978b).

Otra epidemia surgió en mayo en el municipio de San Pablo, sur de Bolívar, población con más de 14 mil habitantes que no tenía alcantarillado, era el primer centro productor de arroz y madera del centro del país y según la publicación e encontraba "circundado por agua estancada". Llama la atención que la misma publicación en ocasiones menciona la epidemia como de paludismo, en otras como fiebre amarilla, y finalmente como fiebre tifoidea. El diario describió que la población "hace aproximadamente cinco años había sido analizada por un médico militar en comisión, quien vaticinó que San Pablo sería presa de ésta epidemia de fiebre amarilla, por causas que saltan a la vista" (El Espectador, 1978a).

En Cantagallo se repitió el episodio de comunicaciones oficiales que entraron en contradicción con los procedimientos de salud pública seguidos ante la epidemia, mencionada como una “sorpresiva epidemia fulminante”, ante la cual nuevamente, se realizó vacunación masiva contra la fiebre amarilla por parte de comisiones desplazadas desde Cartagena, Barrancabermeja y Bucaramanga, aunque se mencionaron diagnósticos contradictorios como dengue y tifoidea, así como “el temor de que la fiebre amarilla no se descarte, aunque no se acepta oficialmente”. Para completar el panorama de suspicacia sobre una posible epidemia de fiebre amarilla no reconocida, con víctimas urbanas en San Pablo, un columnista reseñó que “ECOPETROL considerándose parte social de Cantagallo y su zona, por estar allí parte de sus instalaciones, ha ofrecido las vacunas [contra fiebre amarilla]” (El Espectador, 1978a).

En medio de tal panorama epidémico reseñado por la prensa nacional, las publicaciones científicas de la época dedicadas a efectuar el seguimiento de la fiebre amarilla tan solo dan cuenta de un gran brote epidémico que apareció en la

Hoya del Catatumbo, afectando las localidades del Tarra, San Calixto y Las Mercedes, departamento del Norte de Santander, con 102 casos, de los cuales murieron 28, con 14 confirmaciones por el Laboratorio del Instituto Nacional de Salud; así como de un caso esporádico detectado en San Vicente de Chucurí, confirmado histopatológicamente, que provenía de la Localidad La Piragua, que murió el 8 de agosto de 1978 en el Hospital de la localidad, junto con otros casos aislados en el municipio de San Vicente de Chucurí (Gacharná; Zapata; Zuleta, 1980; Rodríguez Hernández, 1979).

3.1.5. Tras 23 años de silencio, regresan las epidemias de fiebre amarilla al Catatumbo

Antes de la epidemia de fiebre amarilla ocurrida en 1978 en el Catatumbo, el último brote de la enfermedad se había presentado 23 años atrás. En medio del conjunto de condiciones favorecedoras que ya se han descrito antes, un agricultor de 42 años procedente de El Tarra falleció el 23 de mayo de 1978, convirtiéndose en el caso que antecedió al diagnóstico presuntivo de fiebre amarilla en 102 personas más, de las cuales fallecieron 28 en instituciones hospitalarias. A partir de allí se consideró que había existido una epidemia, con casos detectados que estuvieron ubicados en su totalidad en los municipios de San Calixto, Hacarí, Teorama y Tibú (Celis, 1979; Guzmán; et al, 1978). Un trabajador de la salud relató:

> *Todo inició en una localidad cerca a un corregimiento llamado Filo Gringo… ahí fueron los primeros casos, y como toda la población estaba desprotegida, no estaba vacunada, entonces el brote fue muy fulminante, realmente diríamos la incidencia de la enfermedad fue alta, demasiado alta (Trabajador Campañas Directas Secretaría de Salud de Norte de Santander, 2006).*

El análisis epidemiológico del brote permitió ubicar como caso índice a un agricultor de 20 años procedente de El Tarra, internado en el Hospital de Tibú con un cuadro clínico completo de fiebre amarilla en noviembre de 1977, desde donde se le remitió a Cúcuta por su gravedad, falleciendo en el camino. Un segundo caso se registro para marzo de 1978, en un paciente de 24 años de edad, procedente de La Gabarra, quien murió en el Hospital de Tibú. En abril de 1978 falleció por fiebre amarilla una niña de 11 años en el mismo hospital (Servicio de Erradicación de la Malaria Zona XVII, 1979).

Se tuvo noticia a través de campesinos sobre una epizootia en monos aulladores en zona fronteriza con Venezuela, Hoya del Catatumbo, desde meses antes de dispararse la alarma de epidemia, en mayo de 1978. No se iniciaron acciones de control pues se consideró que se trataba de casos aislados de fiebre amarilla selvática (FAS), debido a la procedencia rural de los afectados (Guzmán; et al, 1978; Servicio de Erradicación de la Malaria Zona XVII, 1979).

Una vez reconocido el brote, se estableció un cordón sanitario para evitar movimientos de población; se aplicaron 250.000 dosis de vacuna antiamarílica en zonas urbanas y rurales en 10.000 Km cuadrados a la redonda; se emprendieron acciones contra el mosquito; se estableció un hospital de campaña en área rural para atender personas infectadas sin sacarlas de la zona; y se instruyó la población para evitar la picadura por Haemagogus jantynomes, vector selvático implicado (Guzmán; et al, 1978). De acuerdo con un trabajador del SEM que participó en los operativos de salud pública contra la epidemia del Catatumbo en 1978:

> *Aunque fue un brote en serio muy grande, en la modalidad selvática de fiebre amarilla, y aunque los núcleos urbanos estaban sí infectados de Aedes aegypti, no se llegaba a los parámetros como están hoy, había hasta un 2% de infestación por casas y un 1.5% por*

depósitos, entre un 4% o 5% por Breteau[8], entonces fue fácil lograr el control (Trabajador Campañas Directas Secretaría de Salud de Norte de Santander, 2006).

A raíz de lo sucedido, el Ministerio de Salud elaboró una guía para la vigilancia y control de la fiebre amarilla y dengue, e inició un plan de vigilancia epidemiológica y vacunación permanentes en la zona (Guzmán, et al, 1978), y en la zona del Catatumbo se reanudó la programación de vacunaciones quinquenales contra la fiebre amarilla, esquema que había sido suspendido alrededor del año 1976 "por renuencia de la comunidad"; en palabras de un trabajador de la época:

La gente que vivía allí eran colonos que acababan de llegar de otras zonas del país en que la violencia estaba muy cruel… entonces era gente que no quería dar muchos datos, porque venía muchas veces huyendo de otras partes… ese era el problema con la gente en el Catatumbo para que se dejaran vacunar, porque en esa época no había problemas por las guerrillas, en ese aspecto era todo muy tranquilo por allá, como hasta el año 1982 (Trabajador Campañas Directas Secretaría de Salud de Norte de Santander, 2006).

Una epidemia como la descrita, luego de tantos años de silencio epidemiológico en la zona del Catatumbo, y tan cercanamente conectada con las transformaciones que venía sufriendo el sector salud, ocurrida en el marco de la

[8] Es un indicador larvario de infestación por vectores, que representa la cantidad de insectos en fase de desarrollo que se encuentran en habitaciones humanas revisadas; se obtiene dividiendo el número de depósitos de agua humana que resultan positivos para larvas, entre la cantidad de casas revisadas, por 100. Un índice de Breteau óptimo se ubica entre 1 – 4, un buen índice está entre 5 – 9, un índice entre 10 – 14 indica alarma, y si se tiene un Breteau de 15 o más se está ante una emergencia. En cuanto al índice de infestación por casas, o índice de casas positivas (ICP) se obtiene dividiendo el número de casas exploradas sobre el número de casas encontradas positivas para vectores, su valor óptimo está por debajo de 1, es bueno entre 1 - 4, indica alarma entre - 9, y emergencia cuando llega a 10 o más. El índice de depósitos positivos, o índice de recipientes positivos (IRP) se obtiene dividiendo el número de recipientes positivos entre los recipientes revisados, es óptimo cuando se encuentra por debajo de 0.5, bueno entre 0.5 – 1.9, genera alarma entre 2 – 4, e indica emergencia cuando alcanza un valor de 5 o más.

desfinanciación severa que afrontaba la infraestructura sanitaria del el país y los programas de salud pública, podría haber sido un contexto favorable para la organización de protestas, o de otros tipos de acción colectiva contendiente orientada a modificar la situación. La revisión del papel jugado por las enfermedades transmitidas por vectores dentro de las reivindicaciones del sector salud, o de otros actores, nos permitirá analizar el potencial de convocatoria reivindicativa que pudiese haber tenido en la época ésta causa.

3.1.6. Las enfermedades transmitidas por vectores dentro de las reivindicaciones del sector salud

Durante 1975 se manifestaron signos de recesión económica, frenada en parte por una bonanza cafetera que benefició más a los grandes productores que al Estado; se vio un resurgir de los movimientos sociales, ante lo cual el presidente López reimplantó el Estado de Sitio, hasta junio de 1976 (Archila, 2003). Los poderes extraordinarios del Estado de Sitio fueron ejercidos en contra de grupos sociales muy específicos, como el estudiantado, la clase obrera, y la organizaciones profesionales y políticas, quebrantando sus luchas (Medina, 1984).

No obstante, a partir de 1975 el número de protestas se incrementó respecto al tiempo del Frente Nacional hasta más de una diaria. Los paros cívicos fueron repertorios dominantes desde los años setenta(Archila, 2003; Medina, 1984).

En una serie de protestas en el tiempo, entre 1958 y 1990, se observó que el año con mayor número de protestas, muy por encima del promedio, fue 1975; a partir de allí hubo un descenso sostenido 1976 hasta 1979 (Archila, 2003).

En el sector salud, mientras que la Asociación Nacional de Médicos de Salud Pública reclamaba reformas sociales estructurales y políticas sociales amplias para impactar positivamente la situación sanitaria, los mandatarios se centraban

en relacionar los problemas de salud pública exclusivamente con la crisis hospitalaria nacional, la crisis laboral del seguro social y las posibilidades de mejora que sobrevendrían mediante la adopción del Sistema Nacional de Salud – SNS - (El Espectador, 1974a, 1974d; Muñoz, 1974).

Los problemas financieros de los hospitales estaban en primeras planas y sirvieron para justificar acciones colectivas institucionales en busca de fondos que suplieran las necesidades hospitalarias; se hicieron reinados, jornadas y "cruzadas" para captar dineros que pagaran salarios adeudados por años a los médicos, allí participaron desde la Primera Dama de la Nación e importantes sacerdotes hasta artistas de moda, instando los bolsillos ciudadanos (Castellanos, 1974; El Tiempo, 1974a).

Con similares métodos e intenciones fue organizada una caminata por el Sr. Andrés Pastrana para el 17 de Febrero de 1974, bajo el lema "Camina por el que no puede caminar", buscando recolectar dineros para dotación de hospitales de niños, construcción o mejoras de asilos de ancianos, campañas antidrogas y la Cruz Roja; ya el año anterior se había realizado una similar para el pabellón de niños quemados del Hospital Lorencita Villegas de Santos de Bogotá (El Tiempo, 1974b).

A la vez, el conflicto laboral estaba exacerbado dentro del sector salud. Se destacaron las protestas debido a dificultades salariales y bajas pensiones, en especial desde el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (ICSS) con apoyo de algunas asociaciones sindicales y rechazo desde otras (Aldana, 1974; Asociación Médica Sindical ASMEDAS, 1974; Junta directiva ASMEDAS Cundinamarca, 1974; Levy, 1974 a, 1974 b; Panesso, 1974).

Pero los problemas del sector salud no se reducían a las reivindicaciones laborales del personal de salud del ICSS; muchos hospitales estaban en quiebra,

en crisis o eran cerrados, ante lo cual trabajadores hospitalarios y de Servicios Seccionales de Salud protestaron a lo largo de todo el país (Carrizosa de Brigard, 1974; Castiblanco, 1974; Duque López, 1974; El Tiempo, 1974c, 1974e, 1974f, 1974g; Jaramillo, 1974; Navarrete, 1974; Rodríguez, 1974; Romero, 1974).

En cambio, para 1974 no ocuparon un lugar visible las reivindicaciones relacionadas con enfermedades transmitidas por vectores, políticas de afrontamiento contra éstas, o problemas laborales de los trabajadores que las ejecutaban.

Ni siquiera se produjeron protestas dentro del sector salud cuando el Ministro del ramo anunció en noviembre que 28 trabajadores habían muerto o desaparecido en servicio a lo largo de varios años de funcionamiento de los programas de Campañas Directas de salud pública, incluyendo a tres rociadores del Servicio de Erradicación de la Malaria asesinados dentro de una zona de orden público en Santander, junto con otros cinco trabajadores que desaparecieron entre enero y noviembre de 1974, pertenecientes a las campañas dirigidas al control de la fiebre amarilla y el paludismo (Medina, 1974; Mejía López, 1974).

Más allá de esa denuncia pública no se registraron acciones de reclamo por esa causa, ni por las dificultades presupuestales que rodearon durante el año al programa, quizás porque los esfuerzos de los trabajadores sindicalizados del sector estaban centrados en la defensa de los hospitales públicos desde años atrás, sin que se visualizara la problemática de los programas de salud pública como prioritaria.

Probablemente contribuía a ello la pobre formación política de los sindicalistas pertenecientes en aquella época a los programas de Campañas Directas, lo que dificultaba su organización efectiva en torno a causas que les afectaban tanto a ellos como a la población usuaria de los servicios:

> *El problema era que casi la mayoría tenía una baja preparación… allá tenían una característica las organizaciones sindicales, como todo el programa… se manejaban sobre una estructura militar, desde el que era el jefe de la brigada, el que era el jefe de operaciones de campo, el que era el inspector, bueno, así sucesivamente tenía todo una estructura, y quienes dirigían la organización sindical eran los inspectores, o los técnicos de operaciones de campo, que a ellos no les gustaba nada de eso de las acciones sociales; casi todos los problemas laborales los conversaban era en la reunión de sectores y ahí trataban de arreglar las cosas (Líder Sindical de Anthoc, 2007).*

Desde la población general, aunque ocurrieron protestas cívicas exigiendo mejores condiciones de salubridad ante algunas epidemias, aparentemente de fiebre tifoidea, no se registró ninguna frente al inquietante panorama epidemiológico exhibido por las enfermedades transmitidas por vectores (Sánchez, 1974).

En cambio entre 1975 y 1976 vale destacar los movimientos protagonizados por la Asociación Nacional de Internos y Residentes – ANIR -¯ en solidaridad con la Universidad Nacional, aquellos que implicaron a ASMEDAS como respuesta a modificaciones laborales, y los protagonizados por trabajadores del Instituto Colombiano de Seguros Sociales – ICSS – en la que fue considerada la *"huelga más larga del mundo*" dentro del sector salud (Sánchez, 2009; Yepes Lema, 1977).

Como consecuencia de éstas y otras manifestaciones de protesta, en especial estudiantil, en junio el gobierno decretó de nuevo Estado de Sitio, inicialmente en tres departamentos, y a los pocos días en todo el país. Se creó un procedimiento especial para quienes participaran en reuniones no autorizadas, colocaran carteles

e inscripciones murales, o desobedecieran a las autoridades (Amnistía Internacional, 1980).

No obstante, se aprobó la Ley 26 el 15 de Septiembre de 1976, que trataba sobre el Convenio No. 87 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), relativo a la libertad sindical y protección del derecho de sindicalización, según el cual los trabajadores y los empleadores sin ninguna distinción y sin autorización previa tenían el derecho de constituir las organizaciones que estimaran convenientes, así como a afiliarse, con la sola condición de observar los estatutos de las mismas (República de Colombia Ministerio de Gobierno, 1978).

Y como consecuencia de la huelga del ICSS, que había conducido solidariamente al paro de numerosos hospitales en toda Colombia, fue reinstaurado por el presidente López el Estado de Sitio a partir del 7 de octubre de 1976, luego de haber sido levantado por corto tiempo (Amnistía Internacional, 1980; Medina, 1984).

Poco después, en noviembre, fue expedido el Decreto No. 02492, por el cual se consideraron faltas graves que daban lugar a destitución de los empleados públicos de la rama ejecutiva del poder público que no estuvieren sujetos a ley especial, asuntos como declarar huelgas o paros, apoyarlos o intervenir en ellos, tomar parte en motines, organizar reuniones públicas sin el cumplimiento de los requisitos legales, así como ocupar oficinas o edificios públicos (República de Colombia, 1975).

En medio de este panorama, las acciones colectivas contendientes que expresaron reivindicaciones relacionadas con ETV, aunque existentes, quedaron sumergidas e invisibles. En general, se trató de acciones coyunturales de protesta ante condiciones laborales poco adecuadas, o ausencia de insumos para laborar, que se resolvieron en el ámbito local. Tampoco los brotes de estas enfermedades

registrados en 1975 provocaron manifestaciones detectables de protesta u otras formas de acción colectiva contendiente por algún actor (Líder Sindical de Anthoc, 2007; Ministerio de Salud Pública - Campañas Directas - Programa Antiaedes, 1975).

El 23 de enero de 1976 se decidió reorganizar administrativamente el Ministerio de Salud Pública, mediante el Decreto No. 121, encargándosele de orientar y controlar las entidades descentralizadas que estuviesen adscritas y vinculadas para garantizar una acción coherente. Tres dependencias directamente implicadas con las políticas y acciones para el control de la fiebre amarilla pasaron así a estar regidas por el nuevo Ministerio de Salud: la dirección de campañas directas, la de epidemiología y la de saneamiento ambiental (República de Colombia, 1976).

De acuerdo con los artículos 19 y 20 del Decreto No. 121, la Dirección de Campañas Directas correspondía al Servicio de Erradicación de la Malaria creado en 1956, y quedaba encargada, entre otras funciones, de dirigir los planes y programas de control y erradicación de la malaria, pián, Aedes aegypti y de todas aquellas enfermedades que requieran de control directo y de inmunización masiva a partir del diagnóstico de la problemática epidemiológica; así como de dirigir los planes y programas integrales de atención a las personas y al medio ambiente en las zonas rurales dispersas determinadas por la Dirección Superior, aprovechando la infraestructura que tenían, y a través de cuantas oficinas zonales determinara el gobierno (Gacharná; Zapata; Zuleta, 1980; República de Colombia, 1976). Ni estas transformaciones en el Servicio de Erradicación de la Malaria, ni los brotes de ETV registrados en el año 1976, se relacionaron con acciones de protesta u otros modos de acción colectiva contendiente detectables a través de la prensa escrita y las demás fuentes consultadas.

Una tendencia similar continuó durante 1977, en medio de un panorama de protesta social del sector salud protagonizado especialmente por los médicos

internos y residentes, en el contexto de una gran represión política que no evitó la emergencia del Paro Cívico de 1977 como válvula de escape para grandes sectores de una población reprimida y marginada, ante la escasa posibilidad de participación política amplia y permanente. ASMEDAS se unió activamente a este paro, en conmemoración a la entonces llamada “huelga más larga del mundo” organizada por ellos el año anterior (El Espectador, 1977; Medina, 1984; Yepes Lema, 1977).

Como resultado del Paro Cívico Nacional se recrudeció la represión en Colombia; entre 1966 y 1977 ya se habían realizado casi 1500 consejos verbales de guerra repondiendo a la lucha popular, recurso que también venía siendo empleado por el gobierno de López Michelsen para juzgar a civiles involucrados en protestas, junto con allanamientos y otras limitaciones de las libertades individuales. Luego del paro, se inició durante este gobierno la práctica de desaparición de activistas políticos de oposición, y el nombramiento de alcaldes militares en zonas de conflicto, entre otras medidas (Amnistía Internacional, 1980; Archila, 2003; Medina, 1984).

El gobierno López también dejó como legado al país la llamada “crisis moral”, consistente en la aparición simultánea durante su mandato y con gran permisividad por parte del Estado, de dos fenómenos: una economía clandestina sostenida en los cultivos ilícitos, y gran corrupción e inmoralidad política (Archila, 2003).

En tal contexto, las protestas y otras formas de acción colectiva contendiente relacionadas con ETV no lograron hacerse visibles en el panorama político nacional, aunque existieron algunos desordenes públicos y manifestaciones de resistencia subterránea protagonizados por pobladores de zonas endémicas ante las vacunaciones contra la fiebre amarilla.

3.1.7. De puyas y matagatos, violencia y resistencia cultural

Una gran proporción de zonas endémicas para ETV protagonizaron de manera sostenida algunas formas subterráneas de acción colectiva, representadas en su resistencia a las acciones de vacunación o control de vectores propuestas por los técnicos sanitarios (Líder Sindical de Anthoc, 2007; Trabajador Campañas Directas Secretaría de Salud de Norte de Santander, 2006; Trabajadora del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, 2006).

De manera habitual, solía registrarse rechazo a las labores de fumigación contra vectores, puesto que estas actividades solían provocar la muerte o enfermedad de los animales domésticos:

> *En algunas partes del país había mucha resistencia contra el malario[9], por ejemplo en la Costa Atlántica, no se cual sería la circunstancia, sin embargo al principio del programa había resistencia de todo el mundo, el trato era incluso inadecuado, le decían el mata gatos [al malario]… todo eso poco a poco fue cambiando (Líder Sindical de Anthoc, 2007).*

Grupos específicos de personas organizaron formas de resistencia activa contra la vacunación, bien fuera porque temían efectos secundarios, o aún a los mismos procedimientos de aplicación:

> *A veces presentaban algún quiste en la vacuna, [decían] que tenía reacciones adversas, como la fiebre en los niños, los adultos le tenían miedo a la puya, eso era un gran problema, un tropel completo*

[9] Modo coloquial empleado ampliamente en Colombia para denominar a los trabajadores sanitarios encargados de acciones contra las enfermedades transmitidas por vectores, derivado probablemente de la memoria colectiva guardada hacia la adscripción inicial de éstos trabajadores y acciones al antiguo Servicio de Erradicación de la Malaria.

con ellos para vacunarlos, y tenían algunas mitologías, decían que la enfermedad entraba por la boca, que eso era mentira, que esas vacunas lo que hacían era hacer males (Trabajador Campañas Directas Secretaría de Salud de Norte de Santander, 2006).

Dentro de la zona endémica del Catatumbo, aún durante la epidemia de 1978, se ubicaron grupos de habitantes rurales que por motivos religiosos creían que no debían utilizar vacunas, y se resistían enérgicamente a las acciones de salud pública planeadas:

Ellos pertenecían a un grupo religioso que no permitía la vacunación... cuando ya sé vieron que se estaban muriendo todos entonces sí accedieron a la vacunación (Trabajadora del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, 2006).

No obstante, el temor a la muerte durante la epidemia modificó pronto la conducta no solo de éstas personas, sino de otros habitantes rurales y urbanos presentes en las cercanías de los focos epidémicos, al punto de generarse verdaderos desórdenes públicos, en donde las personas exigían con vehemencia ser vacunadas, así no lo necesitaran:

La gente llegaba… iban carros, venían en volquetas… hasta donde estaba la vacunación… venían y se vacunaba… En Ocaña tuvimos casos de gente que, como teníamos puestos móviles a las entradas, se vacunaba cuatro o cinco veces y creía que entre más se vacunara [mejor]… hubo bastantes problemas... hubo gente adictiva … fue a ahí cuando empezamos a hablarle a la gente que una sola dosis era suficiente… eso fue terrible, eso era día y noche, día y noche… llegaban las vacunas, y la gente no dejaba que se pudiera entrar sino que se iba metiendo… ¡a como fuera!… y eso era hasta con pistolas

que vacunábamos, eso era como por arte de magia… (Trabajadora del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, 2006).

Tanto las acciones de resistencia subterránea ante las medidas de salud públicas planteadas contra las ETV, como las manifestaciones masivas y desordenadas en procura de medidas preventivas protagonizadas por amplios sectores de la población dentro de zonas sometidas a brotes epidémicos, o las protestas puntuales y poco organizadas de trabajadores sanitarios ante ausencia de insumos y suministros, fueron los únicos tipos de acción colectiva relacionada con las ETV que lograron documentarse durante el período que acaba de comentarse.

3.1.8. Conflicto armado, epidemias, y economías locales

Durante la década de 1970 las guerrillas colombianas crecieron, inicialmente con lentitud en el marco de los procesos de colonización dentro de territorios marginalizados, para pasar luego a un período de rápida expansión a finales de la década. Las FARC se extendieron a partir de sus nichos de origen por los territorios de colonización en Meta, Guaviare, Caquetá y Putumayo, con presencia predominante en torno al rio Magdalena, el piedemonte llanero y amazónico, aunque también hacia el norte por la Sierra Nevada de Santa Marta (Borrero, 2004).

Entretanto, el ELN lo hizo hacia el sur de Bolívar y el bajo Cauca antioqueño, la Serranía de San Lucas y los Montes de María por el norte, mientras que hacia el sur ocupó el territorio cercano a la frontera con Venezuela desde Cesar hasta los Santanderes y Arauca; desde el sur de Antioquia alcanzó Caldas, Valle, Cauca y Nariño, así como algunas zonas de Cundinamarca, Boyacá, Huila y Tolima (Borrero, 2004).

En 1974 las FARC celebró su Quinta Conferencia, a partir de la cual se decidió la conformación de un ejército revolucionario, mediante ampliación de la fuerza guerrillera. En 1975 pasó a tener alrededor de unos 700 hombres en armas y un Secretariado que estableció lineamientos para la acción del grupo. En 1978 realizaron una Sexta Conferencia en la cual se planteó continuar con la capacitación de mandos, la ampliación de la fuerza guerrillera, y el desarrollo de un Plan Nacional Militar concretado a través de tareas de los frentes, así como la consolidación clandestina de la organización política para facilitar su preservación (Salazar, 2005).

Entre 1975 y 1982, el ELN se expandió desde sus sitios de origen en Santander, hacia las regiones de Arauca, Catatumbo y Cesar. En ese contexto se registraron las tomas de Morales y Simití, así como la emboscada de San Pablo, en el sur de Bolívar; también la toma de Convención en Norte de Santander y la de Betoyes en Arauca (Salazar, 2005).

Adicionalmente, el negocio de las esmeraldas dejó de ser propiedad del Estado en 1973, momento en el cual se inició una enorme actividad ilegal en torno suyo, junto con la conformación de grandes bandas armadas para respaldarlo. Otros negocios ilícitos se impulsaron al mismo tiempo en el país, por ejemplo, el narcotráfico de marihuana en La Guajira; los ganaderos y bananeros recurrieron también a esa la de organizar grupos de seguridad privada desde mediados de los setentas.

De modo que los primeros grupos paramilitares colombianos iniciaron su organización finalizando la década de los setenta, a modo de Autodefensas del Magdalena Medio, Autodefensas del Sur del Magdalena, Autodefensas Campesinas de Ortega y Cajibío, así como de Autodefensas Campesinas del Meta y Vichada; esas autodefensas tenían carácter local, recibían entrenamiento y

armamento del ejército nacional, y eran financiadas por ganaderos, terratenientes y gamonales, bajo el pretexto de ser necesarias ante el incremento notable de los índices de robos, atracos y demás acciones de delincuencia común que se dispararon de la mano con la crisis económica nacional de los setenta (Corporación Nuevo Arcoiris, 2010; Salazar, 2005).

El control del orden público se convirtió en una prioridad para nuestro país a mediados de la década de 1950, en el marco de una creciente confrontación bipartidista; por ello, entre 1950 y 1953 los recursos económicos asignados a la fuerza pública y a la policía se incrementaron efectivamente en un 115%; de éste modo el gasto global para defensa y seguridad nacional llegó en ese año al 38,6% del total del gasto público y a 2,35% del PIB. Esto se justificó debido a la intensificación del conflicto político interno, con la organización de las guerrillas liberales de los Llanos Orientales y Tolima, por el deterioro generalizado del orden público en todo el país, y por la participación colombiana en la guerra de Corea (González, 2001).

Dos años después ese presupuesto había aumentado en un 95% con respecto al de 1953, para luego disminuir en un 19% en 1957 con respecto a 1955 debido al deterioro sufrido en la época por las finanzas públicas. Para mediados de los sesentas y ante el repunte de las guerrillas, el ejercito nacional colombiano decidió financiar a través del “Plan Andes” una mayor adquisición de material bélico en el exterior, así como impulsar la industria militar nacional y “adoptar responsabilidades sociales” (González, 2001).

Entre 1960 y 1970 el gasto de las fuerzas armadas aumentó 116% en términos reales como respuesta del Estado ante algunas manifestaciones persistentes de violencia partidista y bandolerismo, así como ante el crecimiento de las guerrillas; con la compra de aviones Mirage para el ejército en 1971 su presupuesto aumentó en 81,4%. Posteriormente hubo una sustancial disminución presupuestal entre

1972 y 1974, para volverse a incrementar el presupuesto de defensa en 1974 con el inicio del gobierno López, como respuesta al crecimiento de la protesta social y la insurgencia, así como a la instauración del narcotráfico (González, 2001).

También se puso en marcha para Latinoamerica, con fines contrainsurgentes mediados por la Alianza para el Progreso desde 1961, la estrategia de lograr el apoyo de la población civil para el gobierno a través de acciones de tipo "civil - militar" orientadas a paliar las necesidades sociales más apremiantes de la población, a la vez que se instauraba una imagen positiva del gobierno y el ejército nacional. Por medio de esas acciones se buscaba también la recopilación de información estratégica para la guerra a partir de colectivos humanos y personas consideradas subversivas; para facilitarlo, "*la CIA - Agencia Central de Inteligencia de los Estados Unidos - coordinaba el intercambio de información entre los programas sociales y de la Policía local"* (Wolf, 2002).

Al respecto el escritor colombiano Alberto Gómez dijo sobre la técnica a través de la cual esa estrategia fue puesta en zonas fuertemente afectadas por el CAI:

> *"El gobierno de Lleras Camargo adelantó una doble política en las áreas guerrilleras. Por una parte, se tomaron medidas hacia lo que se llamó la rehabilitación de las 'zonas afectadas por la violencia'. Los elementos claves de esta política fueron la infiltración de las áreas campesinas por medio de créditos de fomento a la producción y vivienda, y una repartición abundante de promesas. La rehabilitación era selectiva y dirigida a conquistar el apoyo político de los sectores campesinos, en especial el de los ex guerrilleros y sus dirigentes, o por lo menos neutralizarlos. Por otra parte, se les negaba la ayuda a aquellos territorios cuyas poblaciones consideraban al gobierno con desconfianza. Las organizaciones campesinas en estas áreas fueron perseguidas igual que antes y*

muchos de sus dirigentes, en especial los ex guerrilleros, fueron asesinados" (Wolf, 2002).

La expresión militar propiamente dicha de la Alianza para el Progreso tomó forma en lucha contrainsurgente colombiana de la época por medio del llamado “Plan Lazo”, adoptado oficialmente por el ejército de Colombia a partir del 1 de julio de 1962, en desarrollo de las recomendaciones norteamericanas para defensa regional en contra de la “amenaza comunista”; en tal contexto, fue instalado dentro de nuestro país el primer centro de entrenamiento en contraguerrilla de Latinoamérica llamado “Escuela de Lanceros”. El Plan Lazo fue presentado a la opinión pública nacional como una operación para ganar “corazones y mentes” de los colombianos a través de obras públicas y campañas para mejorar difíciles condiciones de vida de la población, por considerar que ese era terreno abonado para que las guerrillas prosperaran; a la vez, se incorporaban civiles armados como aliados del ejército, a modo de “defensa civil”, “autodefensas” u “operaciones de organización popular” (Patiño, 2003).

En cuanto a la organización de los grupos de autodefensa mencionados tiene su antecedente jurídico para Colombia en el Decreto Legislativo No. 2368 firmado el 24 de Diciembre de 1965 por el presidente del frente nacional Guillermo León Valencia; en el marco de la estrategia de Seguridad Nacional trazada desde Estados Unidos para la región de las Américas ante la llamada amenaza soviética representada en la región por la reciente revolución cubana, dicho documento definió como ámbito de la defensa nacional cualquier clase de agresión externa, conmoción interior o calamidad pública, a la vez que indicó que la ciudadanía en general se pusiera al servicio de esa causa, renunciando el Estado al monopolio de las armas (Patiño, 2003).

En el marco del Plan Lazo fue emprendida una estrategia de guerra de baja intensidad a través de cinco fases con las cuales se esperaba erradicar la

insurgencia del país. De acuerdo con el dirigente comunista Gilberto Vieira, la primera fase incluia tanto entrenamiento del ejército nacional en contraguerrilla, como organización de acciones cívico – militares "donde el ejército se muestra como un aparente benefactor entregando regalos a los campesinos… alimentos norteamericanos de Care y Caritas, facilitando servicios médicos y dentales" con el fin de identificar y reclutar delatores; en una segunda fase se emplearian de manera sorpresiva acciones psicológicas de gran envergadura para controlar la población; una tercera fase consistiría en el bloqueo de la zona con el fin de aislar a los insurgentes preparando su destrucción; vendría luego una cuarta fase de guerra psicológica orientada a fraccionar al movimiento guerrillero exacerbando las divisiones internas que presentara; y una fase final de reconstrucción económica, política y social de la zona empleando la ayuda norteamericana a través de la cual previamente ésta ha sido destruida (Wolf, 2002). Para 1974 la estrategia contrainsurgente colombiana había tomado forma en el llamado "Manual Provisional para el Planeamiento de la Seguridad Nacional".

Las dinámicas generales del CAI que han sido presentadas, exhibieron singularidades locales que se entrelazaron con el comportamiento de las ETV y los fenómenos de resistencia social ante las políticas y acciones para su enfrentamiento que fueron relatados en secciones anteriores.

En rasgos generales, la resistencia y la desconfianza hacia las medidas sanitarias estatales se presentaron sobre todo en sectores en donde la frontera agrícola se expandía con el trabajo de colonos que venían desplazados por violencia desde otras zonas del país, y en zonas con presencia reciente de más de un tipo de actor armado[10]; la obstrucción para el desarrollo de acciones sanitarias, incluyendo muerte y desaparición de los funcionarios a cargo, predominó en territorios con presencia de múltiples actores armados en confrontación[11]; y las epidemias de

[10] Costa atlántica, Catatumbo, parte del bajo Cauca, el litoral pacífico y el Magdalena medio.
[11] Magdalena Medio, bajo Cauca, alto Sinú, Urabá, Caquetá, Norte del Cauca, y Serranía de la Macarena en el departamento del Meta.

ETV predominaron tanto en territorios de frontera agrícola en expansión o donde existía explotación de minerales, así como en aquellos en donde las dinámicas de guerra hacían difícil el desarrollo de acciones sanitarias en terreno, o en las cuales a la luz de las doctrinas de seguridad nacional vigentes estaba indicado efectuar acciones de aislamiento y desatención selectiva de necesidades básicas, como ya ha sido expuesto antes[12].

En cuanto a las región del Catatumbo y el Magdalena Medio, algunas de aquellas en que predominó la desconfianza hacia las acciones y funcionarios estatales de la salud, es importante constatar que estuvieron dentro de las principales zonas de colonización a partir de la década del cuarenta del siglo XX, siendo ocupadas en gran parte por campesinos expulsados desde otras regiones por la violencia bipartidista de períodos anteriores; además, a diferencia del Catatumbo, que estuvo libre de grupos armados hasta después de iniciada la década de los ochenta, las demás tierras mencionadas se encontraban ocupadas por grupos armados diversos (Palacios, 2002; Corporación Nuevo Arcoiris, 2010).

En el Bajo Cauca antioqueño también ocurrieron dificultades similares para el desarrollo de programas de salud pública, coincidiendo con una región en que se han explotado minas de oro desde la segunda mitad del siglo XX, actividad a la cual llegaron también a engancharse numerosos campesinos de esos que habían sido víctimas de desplazamiento forzado por la violencia política vivida en otras regiones (Palacios, 2002; Corporación Nuevo Arcoiris, 2010).

Además de las lógicas explicaciones para la resistencia de los pobladores ante las medidas de salud pública durante éste período, basadas en diferencias culturales entre prestadores y receptores de servicios, así como en aquella resistencia propia

[12] Darién, Meta, Valle de Tenza, Puerto Boyacá, la Dorada, Honda, San Vicente de Chucurí y Barrancabermeja, en Santander; La Victoria, Caldas; San Carlos, Antioquia, Betulia,; y otras zonas del Magdalena Medio; Arauca; Caquetá, Putumayo, Casanare; San Pablo, Cantagallo, y otras zonas del Sur de Bolívar; la Hoya del Catatumbo en Norte de Santander, y en especial alí las localidades del Tarra, Tibú, Teorama, San Calixto y Las Mercedes

de los individuos particulares hacia la instrumentalización y control de su cuerpo por el Estado, explicable en términos de biopoder y biopolìtica, es innegable que a la luz de la situación de lucha contrainsurgente que ha sido descrita en líneas pasadas no pueden dejar de interpretarse en códigos de guerra las conductas de resistencia hacia vacunas y empadronamientos sanitarios propios de los programas de ETV. Tales actos pueden leerse al servicio de la supervivencia básica por parte de las poblaciones sometidas a los rigores del fuego cruzado y a las estrategias de inteligencia militar disfrazadas como intervenciones cívicas y humanitarias, en medio de territorios habitualmente ricos en minerales.

En el contexto de zonas bajo guerra contrainsurgente en los términos descritos, la mayor parte de los funcionarios de programas contra ETV desaparecieron o fueron asesinados en la región del Magdalena medio; a la vez, ésta región fue una de las que sufrió la suspensión de programas y servicios sanitarios contra ETV en algún momento durante el período estudiado, junto con la región de Urabá, el norte del Cauca, y áreas de expansión de la frontera agrícola en el Meta y el Caquetá. Como ha sido mencionado, el Magdalena medio estaba entonces ocupado por grupos paramilitares incipientes, pero también contó con la presencia de FARC y ELN, y de las Fuerzas Armadas de Colombia (Palacios,2002; Corporación Nuevo Arcoiris, 2010); todo ello generó un panorama proclive para las acciones de guerra, y para que los funcionarios sanitarios quedaran con frecuencia atrapados entre fuegos cruzados, o sometidos a la suspicacia de los grupos ante sus incursiones de trabajo en territorios rurales.

En cuanto a las epidemias de fiebre amarilla identificadas durante la época, llama la atención que aunque fueron bastante frecuentes, tan solo aparecieron registradas en documentos técnico – científicos aquellas que afectaron a la región del Catatumbo,de la cual debemos recordar que para la época no albergaba actores armados guerrilleros; en cambio, las epidemias de ETV vividas en otras zonas bajo dominio de las guerrillas parecieron no despertar el interés de los

técnicos y políticos sanitarios, y generaron un manejo confuso de la información pública que impresionó funcional a la invisibilizacion de esas situaciones. En el marco de las doctrinas contrainsurgentes imperantes, no deja eso de recordar las estrategias de desatención a necesidades básicas aparentemente indicadas para zonas con alta importancia geoestratégica en que no existiera colaboración ciudadana para la aniquilación de las guerrillas.

Se desataron epidemias durante el período en zonas que coincidieron tanto con aquellas en que se realizaba explotación minera de esmeraldas (Valle de Tenza), o de petróleo (Putumayo, Norte de Santander, Boyacá), como con áreas de expansión de la frontera agrícola, explotación de cultivos ilícitos, y en frecuentes ocasiones con importante presencia de actores armados.

En el Putumayo, lugar que sufrió fuertes epidemias de ETV para esas fechas, se inició la explotación petrolera en la década del sesenta, y penetró el narcotráfico alrededor del año 1977. Puerto Boyacá, en el departamento de Boyacá, también se fue convirtiendo poco a poco desde la década de 1970 en una importante zona de cultivos ilícitos, y fue cuna de grupos de autodefensas liderados por narcotraficantes que lograron terminar su consolidación hacia la década de 1980, instaurando estrategias de guerra arrasada, masacres, terror y desplazamiento forzado, que luego fueron exportadas hacia otras regiones; además, ha sido considerada desde antaño como una zona de manejo especial, por cuanto solamente se encuentra allí un municipio con un puerto fluvial muy activo sobre el rio Magdalena, en territorio dedicado a la explotación petrolera desde la década de 1940 (Corporación Nuevo Arcoiris, 2010). La Dorada, en Caldas, está separada tan solo por el rio Magdalena de Puerto Boyacá, y fue otro epicentro importante de epidemias, junto con La Victoria, ubicado en el Magdalena Medio.

Dentro de la región del Catatumbo, las zonas afectadas por epidemias de fiebre amarilla durante el período correspondieron también en buena parte a sitios donde

se llevaba a cabo explotación petrolera desde inicios del siglo XX; en cuanto a la presencia de CAI, hasta finales de la década de 1970 e inicios de la de 1980 no fue una zona caracterizada por presencia guerrillera. En cuanto al Caquetá, igualmente afectado por epidemias de ETV con difícil reconocimiento público durante la época, se vivió una bonanza del narcotráfico en la década de 1970, que fortaleció especialmente a las FARC, presentes en la zona desde la década de 1960 (Corporación Nuevo Arcoiris, 2010).

En el sur de Bolívar el ELN ha estado presente desde los setentas especialmente en zonas que coinciden con explotación petrolera, tales como el municipio de San Pablo y más específicamente la localidad de Cantagallo, algunos de los más fuertemente afectados por la fiebre amarilla durante el período estudiado, y de aquellos que resultaron emblemáticos cuando pese a múltiples evidencias pareció muy difícil conseguir que el gobierno reconociera e interviniera en la problemática sanitaria de manera oportuna. En el Casanare, la totalidad de los brotes de fiebre amarilla de la época ocurrió en zonas del piedemonte llanero cercanas a Boyacá, en las cuales se descubrió petróleo a finales de la década del setenta, y en donde ya existía presencia guerrillera desde inicios de la misma década, al igual que sucedió en Arauca (Corporación Nuevo Arcoiris, 2010).

Para finalizar, resulta evidente la interacción repetitiva entre presencia de zonas con epidemias de ETV o dificultades para ejecutar allí acciones de salud pública por presencia de actores armados, y ciertas características de la economía local, habitualmente ligada con explotación minera o expansión de la frontera agrícola, que se conviertieron a la vez en importantes zonas receptoras para personas desplazadas por la violencia desde lugares no endémicos para fiebre amarilla, paludismo, y otras enfermedades vectoriales, sin que a la vez resultara garantizado su acceso efectivo a medidas de prevención para esas enfermedades dentro de los territorios mencionados, siendo las estrategias de

contrainsurgencia adoptadas para la época una de las más probables causas de esa barrera en el acceso a medidas necesarias de salud pública.

3.2. LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES EN LAS PROTESTAS DEL GREMIO MÉDICO ANTE LA REPRESIÓN DEL ESTATUTO DE SEGURIDAD, 1979 - 1982

3.2.1. El sector salud y los programas contra ETV en el contexto de las políticas priorizadas para Colombia

Julio César Turbay Ayala fue elegido presidente de la república, en reemplazo de López Michelsen, con un margen de 3% sobre Belisario Betancur y una abstención electoral del 68%. No obstante, el Congreso lo respaldó luego de una milimétrica distribución de cargos públicos. Durante el año de transición de López a Turbay continuó disminuyendo la protesta social, en especial después de agosto de 1978, cuando se promulgó el Estatuto de Seguridad al abrigo del Estado de Sitio, tomando como excusa el asesinato del ex ministro Rafael Pardo Buelvas por parte de un comando de la Autodefensa Obrera (ADO) (Archila, et al, 2002).

Pese al Estatuto de Seguridad, las guerrillas ya existentes crecieron y emergió una nueva organización llamada Movimiento 19 de Abril (M-19), que protagonizó algunas acciones espectaculares como el robo de armas en el cantón norte de Bogotá, o la toma de la embajada de República Dominicana. La respuesta oficial fue una dura represión, que no obstante no logró contener la avanzada. Simultáneamente, en 1981 se creó el grupo Muerte a Secuestradores (MAS), con lo cual se inició una nueva era de los grupos paramilitares en el país, contando con financiación de narcotráfico, terratenientes y ganaderos (Archila, et al, 2002).

En el contexto internacional, el gobierno de Turbay se alineó de manera radical con Norteamérica e Inglaterra en la guerra de las Malvinas, y rompió relaciones con Cuba, con lo cual se favoreció la radicalización de la izquierda armada, alentada además por el triunfo de la Revolución Sandinista en Nicaragua. No

obstante el creciente protagonismo guerrillero en el país, junto con las continuas denuncias sobre violaciones a los derechos humanos, obligaron a Turbay a iniciar diálogos de paz, y a levantar el Estado de Sitio finalizando su mandato, el 12 de Junio de 1982 (Archila, et al, 2002).

En cuanto a la organización del sector salud, en su documento sobre las principales realizaciones durante el período 1978 – 1982, el Ministerio de Salud destacó las siguientes: extensión de cobertura sanitaria en atención primaria y participación de la comunidad; saneamiento ambiental mediante construcción de acueductos e instalación de tazas sanitarias; fortalecimiento de las cadenas de frio para mejorar el control de enfermedades inmunoprevenibles; empleo con el mismo fin de la estrategia de "canalización" con participación de promotoras rurales, vacunadores, ayudantes, auxiliares de enfermería y líderes naturales de las comunidades; para las enfermedades transmitidas por vectores, se previó un impacto significativo de las medidas ya descritas sobre el control de la fiebre amarilla, especialmente en zonas selváticas con difícil acceso (Ministerio de Salud República de Colombia, 1982b). Además, en el año 1982 se triplicó el presupuesto empleado en rociamientos y otras actividades antimaláricas respecto a 1978, y se reforzaron las actividades anti-Aedes con el fin de erradicar el vector del dengue y la fiebre amarilla urbana (Ministerio de Salud República de Colombia, 1982b).

Por otra parte se encontraba en marcha, por cuenta del Plan Nacional Hospitalario, la construcción, reparación, dotación y mantenimiento de instalaciones sanitarias en todo el país, así como la ampliación de su red de comunicaciones. No obstante, era inocultable el déficit hospitalario, calculado para 1982 en $2.500 millones de pesos, que se pretendía solucionar mediante dineros producidos por apuestas y juegos de azar junto con la solicitud de recursos adicionales por parte del Ministerio de Salud; ésta crisis presupuestal hospitalaria se atribuía a:

> *El indispensable incremento salarial de los trabajadores, la continua ampliación de los servicios de salud en respuesta a la correspondiente política gubernamental y por el crecimiento excesivo de los costos de los suministros y de los gastos generales* (Ministerio de Salud República de Colombia, 1982a)*.*

En cuanto a la oferta de servicios, se efectuó un impulso destacado a la atención sanitaria por promotoras, personas de las comunidades con algún entrenamiento en asuntos básicos de atención primaria en salud.

En lo jurídico resultan de interés para el período el nuevo Código Sanitario Nacional reflejado en la Ley 9 de 1979; la Ley 23 de 1981 que se pronunció sobre ética médica y sus decretos reglamentarios; la Resolución 6376 de 1980 que dividió los medicamentos en aquellos bajo control directo y los que podían circular bajo libertad vigilada; la Ley 1 de 1982 que estableció nuevos recursos para los Servicios Seccionales de Salud a partir de los ingresos por juegos de apuesta permanente como el “chance”; y el Decreto 1693 de 1979 relacionado con División de Campañas Directas del Ministerio de Salud y sus protocolos para vigilancia epidemiológica de la Fiebre Amarilla, incluyendo la reglamentación de la realización de vicerotomías en defunciones sospechosas (Ministerio de Salud República de Colombia, 1982a).

El Código Sanitario Nacional desató una fuerte polémica entre actores nacionales, en especial desde el sector industrial privado, que encontraró demasiado rígidas sus cláusulas en unos casos y demasiado flexibles en otros (El Tiempo, 1979b).

En aspectos relacionados con la estructura organizacional encargada de las ETV, llama la atención como pese a que a partir de 1976 el Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM) había sido transformado en la División de Campañas Directas del Ministerio de Salud, tanto sus propios funcionarios, como los medios de

comunicación y la opinión pública en general continuaban denominando a ésta última con el nombre del primero. Así lo evidencian numerosas notas de prensa, papelería de la División de Campañas Directas que siguió empleando el logo y nombre del SEM, y referencias escritas y verbales posteriores a 1976 que identifican "al SEM" como el encargado en el país de los programas contra ETV[13].

Se venían direccionando desde el ámbito internacional otros cambios en el quehacer del ente sanitario dedicado a las enfermedades transmitidas por vectores. En 1978 se oficializó por la OPS/OMS para los países de América durante la II Reunión de Directores de Servicios Nacionales de Erradicación de la Malaria (SNEM) realizada en México en el mes de marzo de 1979, el objetivo de controlar la malaria en vez de erradicarla. En ese mismo año se empezó a examinar dicha estrategia en Colombia, con la participación de equipos nacionales y extranjeros que adelantaron dos experiencias evaluativas, producto de las cuales se efectuaron recomendaciones al país (Hernández, 2002).

Entre ellas estaba la de establecer una estrecha cooperación entre los servicios de atención primaria en salud y la participación comunitaria, impulsados en el país de manera muy simplificada e instrumentalizada, mediante promotoras rurales de salud. Además, se recomendó reorganizar las zonas de trabajo de la División de Campañas Directas para que coincidieran con los territorios a cargo de los Servicios Seccionales de Salud, y se planeó continuar trabajando con una "estrategia focal" según estratificación del riesgo epidemiológico de las distintas regiones geográficas del país para ETV; todo lo anterior buscando "descentralizar y fortalecer las decisiones, permitiendo la inserción del programa de control de la malaria en la estrategia de Atención Primaria en Salud" en concordancia con lo recomendado por la 31ª Asamblea Mundial de la Salud de 1978 .

[13] Inclusive en el año 2006, y posteriores, algunas entidades territoriales continúan empleando logos o nombres similares al del SEM para identificar las respectivas dependencias departamentales encargadas de los programas contra ETV. Ver fotografías en anexos.

Desde primer trimestre de 1978 los informes sobre acciones contra la malaria en Colombia ya hablaban sobre la necesidad de "reconstruir el programa" mediante una flexibilización operativa que implicara acciones de desbrozamiento alrededor de las casas, mejoramiento de las viviendas en zonas de riesgo, promoción del uso de toldillos, concentración del trabajo en zonas con mayores problemas, e incidencia en el desarrollo económico en especial en áreas de colonización activa; lo anterior fue justificado mediante la necesidad de extender las coberturas de los MAC diseñados para el SNS, y fortalecer los objetivos del Programa de Desarrollo Rural Integral (DRI) y el Plan Nacional de Nutrición (PNN)(Hernández, 2002). Una nota de prensa del 12 de junio de 1979 referenció así la reorganización adelantada:

> *Campos Garrido [Director de la División de Campañas Directas] dijo que el SEM[14] cuenta en la actualidad con tres mil quinientos funcionarios, dentro de los cuales se encuentran los de comisión para recorrer los sectores centrales en compañas de rociamiento de insecticidas y mejoramiento ambiental. El SEM distribuye sus actividades entre 17 seccionales cuyas sedes programan regionalmente las campañas… para atacar la "fase zancudo", pero está estudiando actualmente nuevas técnicas para incrementar las campañas desde el punto de vista preventivo de la enfermedad…el programa que se denomina "de población dispersa", prevé la dotación de centros asistenciales en las regiones más apartadas… además será incrementada la red de frio… para el próximo año se hará un programa especial de capacitación de personal (La República, 1979a).*

[14] Recordemos que cotidianamente continúa utilizándose este nombre por largo tiempo, pese a la redenominación oficial del organismo como División de Campañas Directas del Ministerio de Salud.

En efecto, el 27 de julio de 1979 fue presentado un plan de gobierno para atender la salud pública, en el cual se trazaron como prioridades nacionales: asignación de recursos para control de enfermedades transmisibles, incluyendo ETV; extensión de la cobertura de servicios mínimos de salud a la población; atención prioritaria a grupos más expuestos a enfermar y morir; incremento de los recursos para saneamiento básico; desarrollo de infraestructura, y recursos físico y humanos; mejoramiento de la vigilancia y control de medicamentos; Plan de Alimentación y Nutrición (PAN), Programa de Desarrollo Rural Integrado (DRI) y Programa de Integración de Zonas Marginales Urbanas; apoyo a la cooperación técnica internacional; fortalecimiento y perfeccionamiento del SNS; y conclusión de obras y mantenimientos pendientes en el sector hospitalario. Se remarcó que habría énfasis en el desarrollo de un modelo de atención primaria en salud con las siguientes características: accesible, igualitaria, oportuna y económica (El Colombiano, 1979d; El Tiempo, 1979).

Se estableció para ETV entre 1980 – 1982 la reducción de la malaria en un 30% para el conjunto del país, y en un 40% en las áreas con persistencia, bajando la mortalidad en un 75% y manteniendo niveles de incidencia anual entre 0.5% y 1.0 por 1000 habitantes; así como evitar la reurbanización de la fiebre amarilla y la aparición de epidemias de dengue (La República., 1979b). Además, se propuso fortalecer la vigilancia epidemiológica y convertir al Instituto Nacional de Salud en laboratorio de referencia para América Latina en el campo de los plaguicidas e insecticidas (El Siglo, 1980).

Se destinó a Campañas Directas un presupuesto de 330 millones de pesos al iniciar el año 1980 para que en los tres años siguientes se lograra vacunar a 2 millones de personas, con cobertura del 100% de la población rural colombiana en 1982, mediante “la infraestructura suficiente y la planta de personal que la situación requiere” (El Colombiano, 1980a; La República, 1980b).

Durante el año 1981 se enfatizó el discurso en torno a la importancia de la vacunación para prevenir la fiebre amarilla; y se reforzaron esperanzas en la creación de una vacuna para la malaria; mientras se insistió en la importancia de eliminar los vectores adultos con productos como el malathión, así como el empleo del ábate como larvicida[15] (La República, 1980b, 1981; Sánchez López, 1981).

La estrategia de "Salud para Todos en el Año 2000" fue lanzada, y entre otras acciones priorizó en Colombia el control, cercano a la erradicación, del paludismo. No obstante, para 1982 existió un gran incremento en las ETV en el país, que se atribuyó al aumento de flujos migratorios dentro de zonas endémicas por colonización, así como a "deficiencias gubernamentales" en el tema (El País, 1981; Turriago, 1982).

3.2.2. Una anti-higiénica mano blanca en escena

Para los observadores de la época resultaba evidente el deterioro de la situación epidemiológica de ETV en Colombia sufrido en la década de los setenta. En la III Reunión de Directores del SNEM celebrada durante el mes de marzo de 1979, los expertos consideraron que en el país este recrudecimiento de las ETV había sido favorecido, al igual que en otros países de la región, por "serios problemas técnicos, administrativos y financieros" de los programas sanitarios, agravados por algunas particularidades colombianas: el frecuente movimiento interno de la población, las viviendas precarias, la colonización, la inestabilidad del personal a cargo de los programas sanitarios, la insuficiencia de recursos asignados para rociamiento, los desplazamientos frecuentes de población debidos a violencia, la resistencia del parásito a la cloroquina, y la "resistencia que oponían los grupos de población a las medidas antimaláricas" (Hernández, 2002).

[15] Estrategia de "abatización" de criaderos

Algo que no mencionaron los documentos oficiales del sector salud fue la continuación de otras estrategias relacionadas con lo sanitario, impulsadas desde sectores ligados al proyecto contrainsurgente del período, con el Estatuto de Seguridad como pieza clave; por ejemplo, se implementaron "Brigadas de Salud" en zonas de conflicto armado, a cargo de algunos batallones militares, tal como consta en la siguiente nota de prensa:

> *Organizada por el Batallón No. 5 15 Santander con sede en esa ciudad [Ocaña], se llevó a cabo una brigada de salud en el corregimiento de El Tarra, Municipio de San Calixto, de ésta provincia, zona afectada por la fiebre amarilla que ha causado ya numerosas muertes. Al mando del comandante del Batallón, coronel Rodrigo Arenas Pinilla y varios oficiales, los servicios de consulta médica, odontología y vacunación se desarrollaron con la colaboración del párroco del lugar, en la casa cural, por un grupo de médicos encabezados por el médico del Batallón Santander, Rafael Posada Navarro (Mnuma, 1979).*

Así mismo, algunos investigadores en el tema del paludismo en Colombia han dejado entrever sus opiniones sobre lo que han llamado la "mano blanca" del "Servicio de Erradicación de la Malaria"[16] en lo que denominaron "razones no higiénicas" que junto con "razones higiénicas" convencionales podrían explicar el notable incremento vivido en los últimos años de la década de 1970 en las ETV dentro del país:

> *[A los intereses económicos que inicialmente guiaron la lucha contra la malaria]… a partir de 1956… se unió la lucha ideológica cuando a base de distintos informes de sus organismos asesores quisieron*

[16] Que para ésta época ya se llamaba oficialmente División de Campañas Directas del Ministerio de Salud, como mencionamos antes.

> *contrarrestar [los organismos gubernamentales nacionales e internacionales] una cierta penetración de lo que consideraban era comunismo. Es por eso que en Colombia las zonas tradicionalmente refugio de las guerrillas rurales, donde es más alarmante la incidencia del paludismo, registran una acción de control en el expendio de drogas contra la malaria, y las plantaciones de quina son destruidas. Y paralelamente, como sucedió en 1975 con los funcionarios del SEM adscritos al Magdalena Medio antioqueño, la "mano blanca" del servicio de erradicación dejó descubrir su capacitación y trabajo... Esos son los fines de control a ciertos sectores que interesa sufran la enfermedad. Es decir, es una utilización de la enfermedad como un arma de ataque y de contraataque… eso es lo que yo he llamado razones no higiénicas de la acción antipalúdica (Herrera, 1980).*

El asunto se hizo más evidente con la implementación del Estatuto de Seguridad y todos sus correlatos represivos, inclusive se diseñaron acciones de control para la población dentro de zonas de orden público, mediante un componente contra el paludismo que incluyó el rociamiento de viviendas con insecticidas, y estrechas visitas domiciliarias "para identificación y medicación de casos", a propósito de una Ley de Amnistía y un Plan de Rehabilitación (PNR) "para las zonas de subversión" que contemplaba entre sus prioridades la inversión en salud mediante atención primaria, saneamiento básico, control del paludismo, refuerzo a la red hospitalaria, y unidades móviles sanitarias (La República, 1982).

No solamente los usuarios de servicios de salud ubicados en zonas de riesgo para ETV fueron objeto de intenso control estatal; los trabajadores y profesionales de la salud que prestaban sus servicios en dichas zonas, o que atendían personas con esas enfermedades en cualquier lugar del país, se convirtieron igualmente en blanco de señalamientos peligrosos, junto con otros grupos humanos que

resultaron estigmatizados y perseguidos en el marco de la guerra antisubversiva colombiana librada durante el período analizado.

Estos señalamientos, junto con las medidas represivas derivadas, terminaron vehiculizando algunas de las principales acciones colectivas contendientes que incluyeron reivindicaciones relacionadas con las ETV durante el período, las cuales no obstante ocuparon un lugar modesto en medio del panorama general de la protesta social colombiana.

3.2.3. A nuevas formas de represión y deterioro en las políticas sociales, nuevas protestas

Los principales motivos de protesta durante 1978 estuvieron relacionados con alzas en los precios del transporte, y presión de diversos gremios económicos para mejorar sus condiciones. El punto más bajo de protesta social desde 1975 ocurrió durante el año 1979, luego de la expedición del Estatuto de Seguridad; hubo protestas persiguiendo aumento salarial en el sector público, tomas de iglesias por estudiantes que denunciaban la desaparición de compañeros, y movilizaciones cívicas (Archila, 2003).

A partir de 1980 ocurrió un marcado ascenso en la protesta social de manera sostenida hasta 1987. En 1980 protestaron los trabajadores estatales, el gremio fabril, los transportadores, y en el mes de septiembre se inició una nueva modalidad de protesta, las marchas campesinas, que se desplazaron hacia Neiva desde El Pato y El Caguán. Todo esto coincidió con un nuevo ciclo recesivo en lo económico, acompañado por descenso en los precios del café, que golpeó especialmente a la industria. El presidente Turbay tomó créditos externos para financiar megaproyectos, produciendo una inflación cercana a 30% entre 1979 y 1981, pese a las medidas de contracción monetaria adoptadas. Así continuó la dinámica neoliberal iniciada en el gobierno de Misael Pastrana, con notable

deterioro en las políticas sociales y el crecimiento productivo (Archila, et al, 2002; Archila, 2003).

En 1981 las protestas sociales estuvieron protagonizadas por los estudiantes, y las violaciones a los derechos humanos por parte de los agentes estatales fueron sus motivaciones frecuentes para efectuar tomas; para 1982 este sector continuó muy activo protestando ante la crisis financiera de algunas universidades públicas; hubo protestas laborales del sector estatal, y ocurrieron protestas cívicas de carácter regional contra las electrificadoras (Archila, 2003).

Los análisis generales sobre protesta social en el período no visibilizan de manera suficiente lo ocurrido dentro del sector salud. No obstante, también este sector estuvo activo a lo largo de los cuatro años reseñados, participando en luchas relacionadas tanto con intereses sectoriales, como con la defensa de los derechos humanos ante las restricciones a las libertades individuales impuestas por vía del Estatuto de Seguridad (Archila, 2003).

Cuando se indagó por las principales protestas del sector salud que se organizaron durante el período 1978 – 1982 en torno a motivos diferentes a las ETV, se encontraron hasta 95 reportes de prensa nacionales reseñándolas. En cuanto a las que incluyeron el tema de las ETV, pudieron identificarse 71 artículos de periódicos que dan cuenta de ellas; por su importancia para el tema en estudio éstas últimas acciones serán abordadas de manera específica posteriormente[17].

Por otra parte, se impulsó en el país la acción colectiva institucional dentro del sector salud durante 1980 a través de la campaña “Teletón”, orientada a la recolección de fondos mediante aportes voluntarios bajo el lema “es cuestión de humanidad”, con el fin de construir una institución dedicada a la rehabilitación de las personas con discapacidad física, bastante relegadas por la atención sanitaria

[17] Base de Datos sobre Protesta Social CINEP, Bogotá.

en la época (El Tiempo, 1980). Con objetivos similares fue organizada en 1982 una “Marcha de la Moneda” a favor del Instituto Roosevelt de Bogotá, dedicado a la rehabilitación de niñas y niños afectados por la poliomielitis y otras enfermedades de manejo por ortopedia (El Tiempo, 1982).

Entre estos dos años también se impulsaron otras muchas iniciativas similares tendientes a cubrir necesidades sociales no atendidas a expensas de la caridad privada, lo cual aunque logró posicionamiento importante en la sociedad en general mediante el concurso de los medios de comunicación masiva, no dejó de generar críticas puntuales al Estado como la que se reseña:

> *Abundan en nuestro medio los Teletones para rehabilitar inválidos, bazares, bingos, caminatas y festivales con chicha y tocadiscos para tratar de rasparle el bolsillo a la ciudadanía, en busca de recursos destinados a sostener asilos, orfelinatos y obras de beneficencia, para alcahuetearle al Estado su tacañería y su indiferencia en el cumplimiento de sus obligaciones sociales (Serrano Gómez, 1981).*

El impulso de formas institucionales de la acción social coincidió con el proceso de represión violenta para cualquier forma de acción colectiva contendiente que pretendiera levantarse ante las difíciles condiciones económicas y sociales vividas por la población colombiana. Paradójicamente, el causante Estatuto de Seguridad también cohesionó en su contra a algunos sectores sociales en importantes acciones contestatarias.

3.2.4. Los usos del Estatuto de Seguridad y la protesta social colombiana

El Estatuto de Seguridad fue promulgado poco después de la toma de poder por el presidente Turbay Ayala, y una semana antes del primer aniversario del Paro

Cívico Nacional del 14 de Septiembre de 1977, considerado por el establecimiento como una grave amenaza subversiva.

Para los magistrados José María Velasco Guerrero y Gustavo Gómez Velásquez, quienes consignaron el 9 de septiembre de 1977 su salvamento de voto ante la aprobación del Estatuto de Seguridad, este representaba un instrumento indebido orientado a “reprimir las protestas sociales, el sindicalismo activo, la agitación estudiantil legítima, los esfuerzos por promover una toma de conciencia y unión respecto a los problemas que sacuden el país "(Amnistía Internacional, 1980).

El estatuto creó nuevas figuras delictivas y contravencionales, aumentó las sanciones para infracciones ya existentes, incrementó la competencia de la jurisdicción castrense, y ratificó las facultades del Estado de Sitio conferidas a las autoridades locales. Además, el Consejo de Estado dio concepto favorable para aplicar el artículo 28 de la Constitución, y autorizó al gobierno para ordenar la retención de "las personas contra quienes haya graves indicios de que atentan contra la paz pública", sin que mediara mandato judicial, siempre y cuando el consejo de ministros lo decidiera.

Efectivamente, uno de sus primeros usos en contra de la protesta social ocurrió en octubre de 1978, cuando 34 estudiantes de la Universidad Nacional (UN) de Bogotá, incluyendo algunos de último año de medicina, fueron arrestados y encarcelados por autoridades policiales y militares, y fueron presuntamente torturados durante 4 a 5 días. El entonces director del Instituto de Medicina Legal, el médico patólogo Odilio Méndez, junto con los médicos legistas Carlos Rodríguez Villareal y Carlos Larrarte examinaron por instrucciones del Procurador General entre el 26 y 30 de Octubre de 1978 a los estudiantes detenidos y en su Informe número D-1891-78 dictaminaron: "18 con lesiones externas visibles de violencia; dos de los examinados presentaban manifestaciones de trastornos

psicológicos moderados. Diagnosticados retrospectivamente, las lesiones podrían haber sido infligidas de cinco a quince días antes" (Amnistía Internacional, 1980).

Los doctores Odilio Méndez y Rodríguez Villareal fueron despedidos de sus trabajos al poco tiempo. Un nuevo grupo de médicos, pertenecientes a una "Asociación Científica Nacional"[18] y seleccionados por el gobierno, examinó a los estudiantes y en su informe expresó que no hallaron evidencia de tortura; ese informe, con fecha 29 de noviembre de 1978, está firmada por los doctores: Diego Soto Jiménez, Tito Tulio Roa Roa, Joaquín Silva Silva; Juan Gaitán Dávila; y Roberto Vergara Cámara. Fue con base en este segundo informe que un juez militar no encontró mérito para iniciar investigación alguna (Amnistía Internacional, 1980).

Muchas personas pertenecientes a diversas profesiones y oficios fueron detenida y presuntamente torturadas, entre noviembre y diciembre de 1978. El Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses fue la primera entidad gubernamental que se opuso a las prácticas de represión del momento mediante su oficio D-1891-78, dejando constancia pública por lo menos en lo atinente a la tortura de prisioneros (Amnistía Internacional, 1980; Leal, 1979).

Adicionalmente, existen otros registros que denunciaron la violación a los derechos humanos en la época. A partir del primer semestre de 1979 este tipo de violaciones se intensificó por razones que ya serán analizadas, llegando a afectar directamente al gremio de los médicos a causa de su trabajo con pacientes pertenecientes a "poblaciones sospechosas" en el marco de lo establecido durante la lucha contrainsurgente adelantada. Con el paso del tiempo, el gremio médico reaccionó ante la persecución sufrida, mediante diversas formas de acción colectiva contendiente en medio de cuyas reseñas es posible ubicar un papel

[18] El documento no especifica a cual asociación específicamente se hace referencia. Por otras fuente tampoco pudo aclarase el asunto.

importante, aunque no único ni central en medio de la diversidad de motivaciones que justificaron las protestas, para las enfermedades transmitidas por vectores.

3.2.5. Un “peligroso gremio médico” en medio de la guerra

Ante la ola de allanamientos y arrestos, que se generalizaron a partir del 1 de enero de 1979 cuando el grupo guerrillero M-19 tomó más de 5000 armas del Cantón Norte del Ejército, el sector salud protagonizó un conjunto de acciones colectivas contendientes, cumpliendo con las características de un movimiento social contra la tortura de prisioneros, el Estatuto de Seguridad y la criminalización del ejercicio neutral de la medicina en contextos de conflicto político, empleando diversos repertorios de lucha. Esta movilización trascendió la simple denuncia aislada y merece ser particularizada.

Como ya ha sido señalado, durante este período se mantuvo también la protesta y movilización del sector salud y otros sectores cívicos no solamente en defensa de los hospitales públicos, sino en general en pos de conseguir viabilidad para los programas de salud pública en el país, en riesgo inminente de desaparición por ausencia de financiación suficiente.

En tal contexto, y de manera muy temprana, los actores sociales del sector salud vencieron el temor a la represión, configuraron acciones colectivas contendientes coordinadas a lo largo del país, sostuvieron repertorios extremos como las huelgas de hambre y toma de templos, en el marco de movimientos sociales más amplios que empleaban simultáneamente otras formas de lucha.

En ocasiones, la movilización social de los médicos y otros trabajadores sanitarios logró inspirar la solidaridad cívica y la desobediencia civil de autoridades locales, que enfrentaron y boicotearon la represión del poder militar para salvaguardar al

movimiento sanitario, tal como ocurrió durante el mes de Agosto de 1979 en Sincelejo y otras poblaciones de la costa atlántica (El Espectador, 1979b).

Muchos sectores y actores sociales nacionales ajenos a la salud apoyaron desde sus respectivos lugares la lucha social en contra de la tortura de prisioneros políticos que se venía dando en el país, pero resulta innegable que los trabajadores de la salud en general, y el gremio médico en particular, se organizaron especialmente en torno a esa causa, quizás porque resultaron especialmente afectados.

Según el entonces ministro de justicia, Hugo Escobar Sierra, desde Agosto de 1978 hasta Agosto de 1979 se realizaron 68.000 detenciones a lo largo del país. Entre ellas se contaban las de 27 médicos y cinco médicas graduadas, cuya captura ocurrió entre comienzos de 1979 y enero de 1980. Estos casos de médicos y médicas fueron considerados por Amnistía Internacional (AI), en su gran mayoría, como presos de conciencia. En Bogotá se retuvo a 21; en Cali uno; en Manizales uno; en Medellín cinco; en Barranquilla dos; y dos en otras localidades. En el mismo período se registraron los arrestos de 15 abogados, cinco sacerdotes, tres periodistas y muchos maestros; éstos últimos, junto con los médicos, fueron los gremios más afectados por las medidas represivas (Amnistía Internacional, 1980).

También fueron detenidos y torturados algunos otros trabajadores de la salud que prestaban sus servicios en zonas rurales con problemas de orden público, por razón de sus actividades profesionales dentro tales contextos, incluyendo personal religioso en ejercicio de funciones de enfermería; sus actividades profesionales eran juzgadas por los organismos de seguridad nacionales como indicios de su condición de posibles “colaboradores” de guerrillas; inclusive ocurrieron asesinatos selectivos por esa causa, por ejemplo, un médico a quien se acusó de

supuestamente simpatizar con grupos de izquierda, fue asesinado en la ciudad de Cali por la fuerza pública (Amnistía Internacional, 1980).

No obstante, la postura contra la tortura no fue unánime en todo el gremio médico. Amnistía Internacional recabó pruebas que hacen presumir la participación de médicos en las torturas, bien sea atendiendo a aquellos cuyo límite de resistencia física se había agotado, prescribiendo medicamentos a nombre de otros para que fueran tomados por los torturados, o absteniéndose de prestar los servicios médicos que necesitaban las personas para sanar de las secuelas de la tortura sufrida (Amnistía Internacional, 1980).

3.2.6. El insurgente secreto de los médicos

En cuanto a los arrestos de médicos y otras personas ocurridos en el año 1979, la prensa oficialista negaba que se estuvieran cometiendo excesos por cuenta de la militarización de la vida cotidiana, y los defensores del Estatuto de Seguridad llegaron a afirmar, a manera de argumentos en contra de las denuncias sobre violaciones a los derechos humanos que:

> *Cualquiera que haya visto a nuestros agentes del orden paseándose desprevenidos fumando o comiendo helados mientras prestan su servicio, cualquiera que registre la lenidad e ineficacia de nuestra justicia, comprende a primera vista que estamos lejos de ser un Estado policivo. Aquí lo que hay es tolerancia zonza, cuyos riesgos no han sido calculados (El Siglo, 1979b)*.

Cuando se analizan las motivaciones esgrimidas por las fuerzas del orden para justificar la detención de los médicos a la luz del Estatuto de Seguridad, se hace evidente que la razón central fue su prestación de servicios de salud dentro de zonas de orden público, o la atención de personas con patologías estigmatizadas por el Estatuto de Seguridad y entre ellas muy especialmente las ETV, así como

brindar acceso a medicamentos para combatirlas, o aceptar como pacientes a personas pertenecientes a grupos sociales que desde el Estado se percibían afines a la insurgencia, y negarse a quebrar el secreto profesional a favor de las fuerzas de seguridad del Estado. Todo lo anterior se equiparó con un ejercicio de apoyo a “la insurgencia”, por lo cual se justificó incluso la tortura (Ver Anexo No. 4).

Por considerarlos cercanos a la izquierda armada, desde una perspectiva estatal, fueron detenidos en Medellín el ortopedista Carlos Pineda y el médico Leonardo Betancur, pertenecientes a la Universidad de Antioquia (El Colombiano, 1979e).

Además, la Asociación Médica del Valle denunció que el 10 de noviembre de 1979 se asesinó en Cali al Dr. Humberto Rodríguez, médico del Hospital Santa Ana de Cartago (Valle), mientras viajaba con su madre. El teniente al mando de la patrulla que entregó el cadáver del médico en el Hospital Universitario dijo que se trataba del cadáver de un miembro del M – 19 (Amnistía Internacional, 1980).

La persecución fue encarnizada contra algunos líderes médicos sindicales, como el Dr. Vital Baltazar González, dirigente regional de la Asociación Médica Sindical (ASMEDAS) seccional Antioquia; el Dr. Baltazar continuaba en la cárcel de Bellavista, Medellín para el momento de la visita de Amnistía Internacional, y allí fue entrevistado por la misión de derechos humanos. Estuvo “incomunicado, vendado y sometido a intensos y fatigosos interrogatorios […] fue liberado, quedando claramente demostrada su inocencia y la exoneración de cualquier cargo y así mismo, por lo tanto, lo absurdo de la detención (Amnistía Internacional, 1980; El Colombiano, 1981).

La Asociación Médica de Antioquia (AMDA) manifestó que su junta directiva “tuvo conocimiento de que se realizaron otros procedimientos similares en la ciudad", ante lo cual exigieron “una explicación”, además pidieron “a la sociedad manifestar

su repudio por esta forma ya casi rutinaria de proceder, en contra de honestos ciudadanos, a los que sin existir ninguna acusación se les asalta en su seguridad personal y familiar" (El Colombiano, 1981).

3.2.7. Represión hacia otros trabajadores de la salud en zonas de conflicto armado activo

Para Julio de 1979, la Asociación Colombiana de Estadísticos en Salud (ACES), regional de Antioquia denunció mediante un comunicado que una de sus asociadas permanecía retenida en las instalaciones del Batallón Bomboná (El Colombiano, 1979a).

También fue detenido en Pasacaballos (Bolívar) por la Agrupación Anfibia de la Fuerza Naval bajo el supuesto delito de rebelión, un catequista de la comunidad franciscana que se desempeñaba como enfermero. En el mismo lugar fue detenida y torturada una monja enfermera franciscana de nacionalidad austriaca, a quien se intentó "hacer que ella confesara que era guerrillera". Ante la imposibilidad para conseguirlo, se la liberó previa firma de papeles de buen trato (Amnistía Internacional, 1980).

Contra los trabajadores hospitalarios sindicalizados se presentaron episodios como el del 4 de Octubre de 1979 cuando, según informaciones de un sindicato de la salud, un grupo de miembros activos de la fuerza pública penetró al Hospital Universitario Ramón González Valencia de Bucaramanga "y con armas de dotación oficial amenazaron y secuestraron" a un trabajador al servicio del hospital que era vicepresidente de la organización sindical; junto con él, otro trabajador sindicalizado del hospital se encontraba detenido - desaparecido desde hacía varios meses; y se había detenido a un empleado del Instituto de Seguros Sociales (Amnistía Internacional, 1980).

El 15 de Febrero, la seccional Atlántico de ASMEDAS denunció públicamente la destitución de su presidente, Dr. Fernán Ramiro Álvarez Torregoza, médico del Hospital de Barranquilla, a causa de su actividad sindical. También se manifestó en contra de la "crisis socio - económica nacional que está incidiendo negativamente en los Servicios de Salud a nivel nacional, departamental y municipal … [la] politiquería y represión", y resolvió al respecto: "Rechazar la actual política de estado en todos los sentidos, en especial en lo referente a Servicios de Salud […] luchar contra la corrupción e inmoralidad administrativa en los hospitales y servicios de salud […] rechazar la política represiva al interior de los servicios de salud […] rechazar la destitución del Dr. Álvarez y exigir su reintegro teniendo en cuenta que el Inspector Seccional de Trabajo no encontró mérito alguno para su destitución" (Melo; Esmeral, 1980).

3.2.8. El Estatuto de Seguridad ante los programas de control de enfermedades transmitidas por vectores y sus trabajadores

Coincidiendo con los días en que se encontraba la misión de AI verificando la situación de derechos humanos en Colombia, el psiquiatra José Francisco Socarrás utilizó su columna médica titulada "Por la salud mental", para hablar sobre el recrudecimiento de las enfermedades tropicales en el país, denunciando la estrategia militar específica de restringir medicamentos y vacunas dentro de las zonas de orden público, que ya había sido reseñada por otras personas. Según Socarrás:

> *[…] El Ejército Nacional, con el fin de combatir las guerrillas, prohibió la venta libre de medicamentos para malaria y leishmaniasis y la vacuna anti - fiebre amarilla. La represión en esta materia ha llegado al extremo inverosímil de poner preso a un médico porque expedía recetas con Atebrina, y a otro por haber reprimido una epidemia de fiebre amarilla en Puerto Rico (Bolívar) con vacunas suministradas por el propio Ministerio de Salud. En una palabra, paralizamos las dos*

> *medidas más importantes contra nuestros mayores flagelos tropicales. El resultado ha sido desastroso (Socarrás, 1980).*

Sumándose a todo lo sucedido a los médicos y demás trabajadores de la salud afectados, continuaban los casos de desaparición de funcionarios de salud rurales en cumplimiento de sus tareas, incluyendo a los adscritos al antiguo SEM. Entre ellos, el 11 de diciembre de 1979 se informó sobre la desaparición del Sr. Ramón Rubio, visitador medicador que laboraba en el área comprendida entre El Porvenir, Caño La Pipa y Caño Seco, en el Magdalena Medio antioqueño; su desaparición fue notada porque "debía presentarse el día 30 de noviembre a la reunión mensual en Puerto Berrío cabecera, y no llegó […] Al no salir se envió una comisión para que lo buscara, la cual regresó tres días después", sin noticias del visitador (González, 1979).

Para entonces, Puerto Berrío se encontraba en medio de una zona fuertemente golpeada por violaciones a los derechos humanos, desapariciones y asesinatos con móviles políticos, iniciados desde 1976 que se habían incrementado muy especialmente para el período 1979 - 1980. El cuadro era tan grave, que el párroco de Puerto Berrío, padre Gonzalo López, denunció para la época que:

> *Están deteniendo a las gentes masivamente. Los llevan a un sitio que queda a una media hora del pueblo, que yo he llamado la 'Concentración Neroniana de Guasimal' (Colombia Nunca Más, 2001).*

En relación con el Sr. Rubio, sus compañeros informaron a los superiores que el 10 de diciembre se puso en conocimiento del Batallón Bomboná (Puerto Berrío) su desaparición y que los funcionarios del SEM[19] efectuaron una denuncia formal

[19] Que oficialmente para la época se llamaba "División de Campañas Directas", pero seguía siendo denominado de manera cotidiana por sus siglas anteriores de Servicio de Erradicación de la Malaria – SEM -.

ante la inspección municipal de policía de Yondó (González, 1979; González, 1979; Sepúlveda, 1979). Los funcionarios de la inspección de policía incluyeron lo siguiente en el expediente sobre el caso: “Se deja constancia de que el Despacho se trasladó al lugar de los posibles hechos y se obtuvo resultados negativos, ya que el Batallón Bomboná acantonado en Puerto Berrío no prestó su colaboración, aduciendo de que (sic) en dicha zona se encuentra alterado el Orden Público" (Inspección de Policía de Yondó, 1979). Sin embargo, y como era habitual ante las desapariciones de estos trabajadores rurales, la prensa no comunicó sobre el caso a la opinión pública. La desaparición de funcionarios del antiguo SEM mientras cumplían con sus tareas no era infrecuente. Los archivos de resoluciones ministeriales permitieron identificar varios casos, como el del Señor Claudio Manuel Núñez, cuyo empleo como Operario Calificado - Jefe de Brigada Código 6000 Grado 05 de la Campaña Antimalárica de la Zona XV - Villavicencio de la Dirección de Campañas Directas y Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria SEM del Ministerio de Salud se declaró vacante por desaparición mediante resolución ministerial No. 6193 del 25 de junio de 1981 (Astudillo, 1981).

No logró aclararse tampoco este suceso, tal como ocurrió con muchas otras desapariciones anteriores y posteriores. No se visibilizaron ampliamente a través de la prensa, ni se presentaron grandes movimientos de protesta en rechazo de lo sucedido, aunque los compañeros de los desaparecidos hicieron lo posible por que se les buscara, y por hacer públicas sus desapariciones, recibiendo solidaridad sindical en especial desde sectores externos a salud (Sindicato Trabajadores Departamento del Cesar SINTRODEC, 1981).

3.2.9. El gremio médico protesta por las detenciones

En contraste con lo expuesto en la sección anterior, el caso de las detenciones de los médicos en el marco del Estatuto de Seguridad, en cambio, fue ampliamente recogido y difundido por los medios de comunicación, en el contexto de la

denuncia de otras muchas violaciones a los derechos humanos que afectaron a diversos gremios y personas particulares.

Al menos una parte de la opinión pública nacional estaba reaccionando ante los desmanes producidos; no obstante, los medios de comunicación se encontraban claramente divididos entre aquellos que permanecían alabando al régimen impuesto y repitiendo que antes hubo medidas más drásticas (El Tiempo, 1979a), y los que le criticaban abierta o metafóricamente y denunciaban sus excesos:

> *Los adultos progenitores del estatuto de seguridad tenían tanta urgencia de dar a luz su engendro, que olvidaron varias cosas, por fortuna fácilmente corregibles. Por ejemplo, que en Villa de Leiva y nada menos que en la casa de don Antonio Nariño, está esculpida en piedra y con fuertes letras rojas, ¡horror¡ la Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano, un documento tan subversivo hace casi dos siglos como ahora. De todos modos se trata de una propaganda peligrosa, que es mejor eliminar cuanto antes, como se dice en los documentos oficiales, que se impida su lectura… En Bogotá también hay una constancia marmórea de igual o similar contenido. Pero como reposa ésta en propiedad privada, y sus actuales dueños evidentemente no piensan lo mismo que quien ordenó grabarla, pues nada hay que hacer. Salvo dejar que el tiempo pase (El Espectador, 1979c).*

Ante el aumento de las denuncias sobre violaciones a los derechos humanos, efectuados por organizaciones, gremios y periodistas, se intentó posicionar ante la opinión pública que *“el Estado colombiano... nunca ha sido un país policivo”.* Simultáneamente, se pretendió desprestigiar las denuncias sobre abusos cometidos a diario contra ciudadanos, tildando a los periodistas que hablaban sobre el tema de *“columnistas infiltrados en los periódicos*- dispuestos a- *poner el*

grito en el cielo cada vez que no se permite la fuga o la excarcelación de algunos de los sindicados de terrorismo" (El Siglo, 1979a). Mediante el calificativo de "terrorismo" se pretendió, ya desde la década del 70, negar la existencia de un conflicto armado interno en Colombia y estigmatizar a los opositores, en un claro ejercicio de violencia cultural que aún persiste.

Resultó de vital importancia para la organización de un movimiento médico de protesta contra los desmanes que tres de los médicos detenidos y torturados en Bogotá en mayo de 1979 fueran estudiantes de posgrado de la Universidad Nacional de Colombia, cursando sus respectivas residencias médico – quirúrgicas en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá (HSJD); por ello su arresto despertó la solidaridad entre todos los miembros de la Asociación Nacional de Internos y Residentes (ANIR) seccional Bogotá, con sede en el HSJD, a través de la cual se vincularon a la protesta los estudiantes de medicina en pre y posgrado de la Nacional (El Tiempo, 1979d).

Para el 22 de mayo, el movimiento había incorporado a otros estudiantes de medicina, internos, y residentes de universidades públicas y privadas en Bogotá y el país; la prensa anunciaba: "Los médicos residentes e internos de los Hospitales Universitarios de Bogotá y otras ciudades paralizarán actividades durante el día de hoy para protestar por la detención"; además "la ANIR pidió al rector de la Universidad Nacional de Colombia, Ramsés Hakim Murad, interceder por la liberación de los detenidos". Siete días después del paro y las demás acciones de presión que le antecedieron y siguieron, los tres médicos fueron liberados (Amnistía Internacional, 1980; El Tiempo, 1979d).

La Academia Nacional de Medicina, en palabras de su secretario, Dr. José Francisco Socarrás, expresó en el diario El Espectador su opinión acerca de las detenciones efectuadas por la Brigada de Institutos Militares (BIM) a numerosos médicos acusados de auxiliar a presuntos guerrilleros y personas pertenecientes a

grupos "subversivos". El Dr. Socarrás aprovechó dicha entrevista, publicada el 8 de Junio de 1979, para recalcar que:

> *Es perfectamente lícito que un galeno preste sus servicios profesionales a un guerrillero, en cualquier sitio y hora. La obligación primordial del médico es salvar vidas y por ello no puede detenerse a hacer consideraciones de índole política, judicial o de tipo personal… Los médicos no estamos obligados a preguntarle a los pacientes a qué actividades se dedican. Aún en el caso de que tengamos la oportunidad de saber que se trata de alguien al margen de la ley, no existen disposiciones legales que nos obliguen a divulgar tal hecho ante las autoridades. Ese proceder está acorde con el Código de Ética Médica, cuyo alcance es internacional (Comité Permanente por la Defensa de los Derechos Humanos, 1980).*

Las organizaciones médicas continuaron protestando sistemáticamente ante cuanta retención de colegas se dio en el país por cuenta del Estatuto de Seguridad, empleando la denuncia nacional e internacional, las marchas, los paros médicos, y la publicación de comunicados en la prensa.

Por ejemplo, el 11 de julio los médicos internos y residentes del Hospital San Vicente de Paúl efectuaron un paro “motivado por la detención del ortopedista de ese centro asistencial, Carlos Pineda, por fuerzas militares, sin que hasta ese momento se conozca su paradero. [y]… por la detención también del médico Leonardo Betancur” (El Colombiano, 1979e).

Por la misma detención de Pineda y Betancur, se conocieron comunicados de prensa del Consejo Directivo de la Universidad de Antioquia en los cuales se reclamó “para Betancur y todos los ciudadanos investigados garantías de defensa universalmente reconocidas en todos los pueblos. Por lo mismo, protestaron la

Asociación de Enfermeras de Antioquia, y la Asociación Colombiana de Dietistas y Nutricionistas. Por su parte, la Asociación de Médicos del Valle citó a una reunión de asociaciones de este tipo para “sentar las pautas a seguir y organizar una movilización masiva contra éstas detenciones” (El Colombiano, 1979e).

La ANIR Antioquia efectuó el 11 de julio un paro de veinticuatro horas, que se prorrogó, para continuar protestando “por la detención de varios profesionales de quienes no se conoce su paraderos hasta el momento, y por… que la Junta Directiva del Hospital San Vicente de Paúl ha tratado de coartar el único derecho a la protesta efectiva de nuestro gremio, como es la realización de ceses de actividades, todo amparado en el Estatuto de Seguridad" (El Colombiano, 1979c).

El 12 de julio fue publicado un comunicado por ASMEDAS seccional Atlántico, para rechazar la detención del médico cartagenero, Álvaro Salas Monroy. Este mismo día, el conjunto de los sindicatos médicos nacionales, reunidos en Cali, decidió emprender lo que llamaron “una jornada nacional de protesta”, término acuñado para evitar el de paro, que se adelantaría “por la persecución y encarcelamiento de que han sido víctimas varios profesionales en los últimos meses”, hecho calificado por ASMEDAS como un "claro atentado de las autoridades militares hacia los derechos humanos y su desprecio al libre pensamiento y su capacidad de disentir” (El Colombiano, 1979f; El Espectador, 1979e).

El término eufemístico de “jornada” para aludir a los paros médicos fue una más de las formas que acuñó el gremio para poder protestar en medio de la represión. Además de los ceses de actividades hospitalarias denominados “jornadas de protesta” o “congresos médicos permanentes”, y de las denuncias oficiales, aprovecharon para la lucha sus congresos científicos, los órganos de publicación de las asociaciones de especialidades médicas, y las columnas médicas y de opinión que algunos de ellos manejaban en diarios de amplia circulación de

Colombia, o enviaron a la prensa comunicados de denuncia firmados por sus asociaciones sindicales (El Colombiano, 1979f; Pangloss, 1979).

Las organizaciones médicas de Colombia denunciaron las detenciones de personal de salud como un atentado contra las normas éticas que regían el ejercicio de tales profesiones, concebidas como un servicio a la persona humana que debe estar protegido de toda discriminación; alegaron que la Declaración de Tokio de la Asociación Médica Mundial (Octubre de 1975) sostiene que:

> *El médico debe gozar de completa independencia para decidir acerca del tratamiento de las personas de quien es médicamente responsable. Su papel fundamental es aliviar las penas de las gentes y ningún otro propósito personal, colectivo o político, deberá prevalecer sobre este (Amnistía Internacional, 1980).*

Como se mencionó antes, en su enorme mayoría los detenidos lo habían sido por negarse a denunciar a las autoridades a personas pertenecientes a la oposición política o a supuestos subversivos que habían acudido a ellos buscando servicios médicos, lo cual granjeó para los médicos el apoyo de amplios sectores de la comunidad nacional, aunque existieron ataques desde otros.

Comentando sobre las detenciones de médicos y sacerdotes, un columnista expresaba: *"Los sacerdotes acusados no han alegado estar ejerciendo la profesión sacerdotal, pero los médicos sí. Ejercen su profesión que es tan sagrada como la sacerdotal y en ese sentido es innegable que debe presumirse no solo la buena fe sino el cumplimiento de un deber profesional cuando auxilian a sus conciudadanos, quienesquiera que sean, aún delincuentes. En eso es formal el código médico, y todas las profesiones civilizadas"* (Pangloss, 1979).

En esa misma fecha, ASMEDAS se encontraba en un "congreso permanente", protestando por la detención de colegas, y el presidente de la agremiación, Dr. Burgos, de quien debemos recordar que fue la cabeza visible del paro médico de septiembre de 1976[20], decidió replicar fuertemente al ministro de la Defensa, diciendo que *"ningún médico tiene la obligación de preguntar a un paciente sobre cuestiones que corresponden a los investigadores, las fuerzas policiales, o el ejército*" (Pangloss, 1979).

El neurocirujano Juan Mendoza Vega, en su columna médica del 23 de Julio, reseñó una reunión efectuada esa semana en la sede nacional de ASMEDAS, en la cual se analizó la situación del ejercicio de la medicina en el contexto del estatuto de seguridad (Mendoza Vega, 1979).

Entre otras entidades que durante el tiempo de vigencia del Estatuto efectuaron denuncias sobre violaciones a los derechos se contaron "el Foro por los Derechos Humanos […], el informe de la Cámara de Representantes […], la Asociación Colombiana de Juristas Demócratas […], la Asociación Colombiana de Psiquiatría […], la Asociación de Facultades Medicas y el Concejo de Bogotá" (Vásquez Carrizosa, 1979).

Ante el asesinato político en Cali del médico Humberto Rodríguez, la ANIR seccional Valle inició una huelga que para el 13 de noviembre afectaba la prestación de servicios en el Hospital Departamental Universitario Evaristo García (Ortiz, 1979).

A la ANIR se le unió pronto la asociación médica sindical ASMEDAS, que en palabras de su dirigente, el médico Burgos, consideró que con la muerte de Rodríguez "la copa se llenó y cuando ella se llena se derrama"; en efecto, por este último asesinato, junto con la detención de varios profesionales de la

[20] Al que se llamó "la huelga más larga del mundo" en el sector salud.

medicina en el año “y una indiscreción de TELECOM” cuyo alcance no fue mencionado, se empezó a organizar desde el 13 de noviembre un paro médico nacional general, cuya agenda fue definida a través de una reunión intersindical médica nacional citada por ASMEDAS para el 14 de noviembre (Viviescas Vargas, 1979).

El 20 de noviembre ASMEDAS estableció una jornada de protesta para todo el país, y lo anunció en rueda de prensa celebrada en la sede bogotana de la organización, se convocó también a la Junta Nacional para decidir además un cese nacional de actividades en los Seguros Sociales, hospitales regionales, departamentales y universitarios, así como en algunas clínicas privadas, en señal de protesta por el estatuto de seguridad, el asesinato y la detención de médicos en el país. Al movimiento se sumaron enfermeras, instrumentadoras y “anestesistas” (Yepes Léma, 1979).

Se anunció que en el Hospital Universitario Evaristo García de Cali "cuatro mil médicos y trabajadores de la salud, paralizarán actividades durante 24 horas a partir de las siete de la mañana de este miércoles 21 de noviembre como protesta por el crimen del galeno, Humberto Rodríguez, ocurrido el pasado 10 de noviembre durante un procedimiento policial y en el cuál perdieron la vida una mujer y un agente de policía” (El Espectador, 1979d).

La Asociación médica del Valle se unió a la protesta mediante “una marcha, con el apoyo de diferentes organizaciones gremiales, de abogados, profesores universitarios, sindicatos de trabajadores, estudiantes y empleados del sector de la salud”. El desfile de protesta salió del Hospital Departamental Evaristo García y terminó en el Centro Administrativo municipal. El paro de la salud “se extendió a hospitales, clínicas, consultorios particulares y a los servicios asistenciales del Seguro Social y las cajas de compensación familiar” (El Espectador, 1979d).

Las asociaciones médicas participantes manifestaron que venían “preparando este movimiento desde hace varios meses cuando se produjo la detención mediante allanamientos, de sus principales dirigentes de todo el país”, incluyendo al ganador de dos premios nacionales de medicina y al presidente de la Asociación Médica de Antioquia, entre otros (Yepes Léma, 1979).

En la rueda de prensa citada por ASMEDAS en Bogotá para el 20 de noviembre, su presidente, Arévalo Burgos, sostuvo que “la situación ha llegado al colmo" y que por ello “los médicos, que representan a un grupo social de trabajadores intelectual y materialmente seleccionados para prestar servicios de salud a la comunidad han sido blanco de la represión contenida en el llamado Estatuto de Seguridad”. En consecuencia, se programó para el sábado siguiente una reunión de la directiva nacional de ASMEDAS con representación de todos los departamentos del país, para decidir acciones ante la serie de violaciones de los Derechos Humanos (DDHH) sobre médicos, a los cuales se decidió presentar como "víctimas de la represión del Estatuto de Seguridad" (Yepes Léma, 1979).

Al día siguiente se hizo público que, incluyendo los médicos hechos prisioneros durante los dos últimos meses de 1978, hasta el momento eran 39 los galenos detenidos bajo el estatuto en un solo año. El cuerpo médico organizado del país *“acusó a las fuerzas armadas de pretender obligarlos a quebrantar el secreto profesional y convertirlos en informantes de la Brigada de Institutos Militares”.* El presidente de ASMEDAS declaró que *"el Estado ha desatado una conspiración contra el cuerpo médico nacional en todo el país* [...] *los militares retienen por razones baladíes a los profesionales de la medicina"*; entre los 39 médicos retenidos había dos desaparecidos a 21 de noviembre de 1979, sin que se hubiera dado explicación alguna sobre su paradero (Leal, 1979).

ASMEDAS explicó a la opinión pública que el artículo 4 del Estatuto de Seguridad establecía *“que los directores de los centros asistenciales donde se atiendan*

heridos en circunstancias sospechosas deben dar parte a las autoridades correspondientes, ésta obligación sin embargo no cobija directamente a los médicos, quienes en uso del secreto profesional no pueden dar parte si han atendido a un supuesto guerrillero […] *esa actitud del médico sí es un verdadero delito que el código castiga hasta con un año de arresto" (Leal, 1979).*

Los directivos de ASMEDAS comunicaron públicamente que la situación *"ya había sido puesta en conocimiento de la Asociación Médica Mundial, de Amnistía Internacional, de la ONU y de otras entidades internacionales que se ocupan de velar por el respeto a los derechos humanos en todo el mundo",* y anunció que habían sido enviados *"una serie de documentos en los que se comprueba por testimonios de puño y letra de los médicos detenidos que en las instituciones militares si se practica la tortura como método de interrogatorio"*, y que ya habían recibido respuesta de la Comisión III de la ONU *"quien estudiaba las denuncias del cuerpo médico, y había dirigido una comunicación a la Federación Médica Nacional solicitando mayores informaciones sobre las denuncias"* (Leal, 1979).

Dentro de la opinión pública nacional continuaba creciendo la corriente que desaprobaba la represión imperante, juzgando que "El Estatuto de Seguridad es simplemente una respuesta represiva a la miseria... Las víctimas predilectas de la represión fueron trabajadores empobrecidos y campesinos u organizaciones dedicadas a defenderlos". Entre las múltiples formas ya mencionadas en que fue esgrimido contra los médicos, inclusive se registró que: "El director de la clínica de maternidad de Bogotá invocó al Estatuto de Seguridad en un ultimátum al sindicato para remover anuncios en los muros de la clínica anunciando una huelga que ya se había pactado" (Lernoux, 1979). No obstante, los médicos no fueron el único gremio afectado, ni el que lo fue en mayor medida.

3.2.10. Reacciones internacionales ante los médicos víctimas de represión en Colombia

Las noticias sobre los médicos retenidos y otros presos políticos en Colombia trascendieron las fronteras, al punto que el presidente Turbay Ayala fue interrogado por los periodistas durante una gira por Europa, en torno a “las denuncias formuladas por algunas organizaciones en el sentido de que habría en Colombia unos 500 presos políticos que padecen torturas, y que el país iría hacia la Uruguayización con traspaso de poder a los militares” (Comité Permanente por la Defensa de los Derechos Humanos, 1980).

El periodista Gabriel Gutiérrez, que acompaño al presidente de Colombia en su visita a Francia, informó en publicación del día 14 de Junio de 1979 en El Tiempo que ante dicha pregunta, el Presidente trató de persuadir a los periodistas franceses reunidos en el Palacio de Marigny diciendo que: *"En Colombia no hay presos políticos. El único era yo, que no había podido salir del Palacio durante los 10 meses que lleva ésta administración. Pero jamás fui torturado ni siquiera con la mentirosa campaña que se ha iniciado en Colombia” (Comité Permanente por la Defensa de los Derechos Humanos, 1980).*

De acuerdo con un columnista de la época, ante la presión que fue ejercida *"Amnistía internacional, ha sido formalmente invitada por el presidente Turbay para que venga, mire y oiga. Pues que venga, mire y oiga y después diga lo que vio y oyó. Así de sencillo*" (Pangloss, 1979).

En efecto, cuando los reclamos contra las violaciones a los derechos humanos fueron desatendidos en el ámbito nacional, se inició la búsqueda de aliados influyentes en el terreno internacional, y el presidente terminó invitando públicamente a Amnistía Internacional durante una gira por Europa, *“para que verificaran la adecuada situación de derechos humanos que existía en el país”,* cuando fue increpado por la audiencia en torno a las denuncias efectuadas por

médicos y otras organizaciones sociales colombianas sobre la presencia de torturas a los prisioneros en el país (Amnistía Internacional, 1980).

Entre el 15 y el 31 de Enero de 1980 AI realizó una misión en Colombia. En su informe expresó que probablemente los múltiples atropellos a los derechos humanos que había logrado verificar se debían a que, entre otros motivos, se había ampliado excesivamente el concepto de "subversión" hasta el punto de identificar con ésta una gran variedad de formas de protesta “que deberían ser respetadas como legítimas y legales para salvaguardar los derechos políticos y civiles estipulados en los Artículos 19 y 20 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y los Artículos 19 y 22 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos” (Amnistía Internacional, 1980).

AI pidió que se tomaran medidas efectivas para que los sectores profesionales más afectados (médicos, abogados, periodistas, educadores y sacerdotes) no fueran sometidos a arrestos u hostigamientos por su adhesión de conciencia a los códigos de ética profesional, en uso de las garantías que les confería el Artículo 240 del Código de Procedimiento Penal de Colombia, en conformidad con la Declaración de Tokio, y de acuerdo con los derechos de los abogados defensores reconocidos internacionalmente (Amnistía Internacional, 1980).

En relación con las detenciones y torturas en el país, el informe de AI mencionó específicamente que:

> *La profesión médica colombiana en su mayoría, por intermedio de sus asociaciones profesionales, ha denunciado pública y oficialmente el maltrato de médicos detenidos y de otros presos por las fuerzas militares. Sin embargo, médicos militares y civiles, adscritos a unidades militares incluidas prisiones y centros bajo control militar o restringidos por la legalización de la emergencia, han falsificado, no*

> *han informado o han retenido evidencia del trato inhumano y cruel, o de tortura de presos. Esto está en contra del código de ética médica y de la Declaración de Tokio, suscrita por Colombia. Otra preocupación para los profesionales médicos a nivel internacional ha sido el hecho de que entre los arrestados y aquellos amenazados con tortura o de hecho sometidos a ella haya habido profesionales acusados de haber dado tratamiento médico a personas buscadas por las autoridades y no haber informado a éstas (Amnistía Internacional, 1980).*

En abril de 1980, tal como fue reseñado por la prensa nacional, al recibir las conclusiones y recomendaciones del informe de AI sobre derechos humanos el gobierno colombiano reaccionó airadamente afirmando que:

> *Es evidente y ostensible que dicho informe carece de pruebas que apoyen sus conclusiones y recomendaciones; que los cargos que formulan son vagos e indeterminados y que revelan en todo momento una tendencia política extremista, cuyo ánimo no es otro que desacreditar ante la comunidad internacional a la democracia colombiana. [A.I. es un...] organismo gaseoso, que aparece y desaparece como por arte de magia… [Hubo] ausencia de una tarea seria que hubiera, con honestidad mental, identificado fallas o dislates, sirviendo así de instrumento para cooperar en el restablecimiento de la paz (El Espectador, 21 - V – 80; citado por:* Amnistía Internacional, 1980).

Adicionalmente, en los comentarios del gobierno al informe de AI, en Abril 19 de 1980, el gobierno nacional afirmó que el propósito de la organización de derechos humanos había sido:

> *Mostrar a Colombia como ciertamente no lo es, el informe afirma que muchas personas han sido perseguidas y detenidas en función de su actividad profesional o gremial. El gobierno* [Turbay] *rechaza por inexactas las apreciaciones, y afirma que en este país no hay 'presos de conciencia'. Más concretamente, nadie ha sido detenido por el honesto ejercicio de un oficio o una profesión, pero tampoco constituye un fuero para delinquir el ser obrero, estudiante, sindicalista, médico, abogado o sacerdote. No admite el gobierno cargo de que existan encarcelamientos originados por factores de mera opinión, o 'presos de conciencia' como lo pretende el informe (Amnistía Internacional, 1980)*.

El mismo día fue publicada otra columna en la cual se dejaba constancia de la postura oficial del gobierno nacional ante las protestas del gremio médico. El ministro de Defensa, general Luis Carlos Camacho Leyva, denunció allí una supuesta *"múltiple transgresión de disposiciones legales que obligan al sector médico a denunciar oportunamente a las autoridades a hechos o lesionados de dudosa procedencia. Invito a que los profesionales de la medicina presenten casos concretos sobre las arbitrariedades y ultrajes que denuncian en su contra y atribuyen a las fuerzas militares" (El Tiempo, 1979c).*

El Ministro Camacho Leyva solicitó la colaboración de ASMEDAS *"para evitar que la falta de ética de algunos profesionales contribuya a alimentar la subversión"*. Ante esto, el presidente de ASMEDAS, Arévalo Burgos, refutó respondiendo que *"hoy cualquier acto médico puede ser configurado al libre albedrío de las fuerzas militares como comprometido con la subversión" (El Tiempo, 1979c).*

En la gestión de aliados internacionales fueron convocadas por diversas organizaciones sociales tanto la ONU, como la Asociación Médica Mundial y Amnistía Internacional. Entre otras organizaciones, se entrevistaron con amnistía

internacional: la Asociación Médica Sindical Colombiana (ASMEDAS), la Asociación Médica del Valle (ASOMEVA), la Asociación Médica de Antioquia (AMDA), la Federación Médica Colombiana, la Academia de Medicina y la Sociedad Neurológica de Colombia (Amnistía Internacional, 1980). Fue tanta la presión, que el General Camacho Leyva se vio obligado a dar explicaciones públicas ante lo que sucedía con los médicos en Colombia, las cuales fueron reseñadas por la prensa del 14 de julio de 1979 (El Tiempo, 1979c; Yepes Léma, 1979).

3.2.11. Un nuevo código de ética médica que reprime las protestas sociales del gremio y amenaza la neutralidad en medio del conflicto armado

Para manejar los obstáculos impuestos por el código de ética médica ante la ruptura del secreto profesional, el gobierno nacional ideó la promulgación de un nuevo código que obviara éste mandato.

Recordemos que dentro de un Estado con un conflicto no internacional, son aplicables desde 1948 según el Derecho Internacional Humanitario tanto el artículo 3, común a los cuatro protocolos de Ginebra, como el Protocolo II[21], con el fin de proteger a toda persona combatiente en fuerzas regulares o irregulares, así como a quienes no participan directamente, o han dejado de participar en las hostilidades, tales como: los combatientes heridos o enfermos, las personas privadas de la libertad a causa del conflicto, la población civil, y el personal sanitario o religioso (Comité Internacional de la Cruz Roja, 2006a).

En tal contexto, se deben aplicar los siguientes principios humanitarios clásicos: humanidad, imparcialidad, neutralidad, e independencia. La neutralidad es entendida como la abstención debida por los agentes humanitarios, ente ellos los miembros de la misión médica, de tomar parte en las hostilidades o a favor de alguno de los grupos en pugna (Comité Internacional de la Cruz Roja, 2006b). El

[21] Que fue ratificado por Colombia en un período posterior al estudiado.

secreto profesional hace parte de las conductas médicas que permiten el ejercicio de la neutralidad en tiempos de guerra.

En ésta sección se expondrá el momento en el cual el gobierno nacional impulsó la instauración de un nuevo código de ética médica que vulneraba la garantía constitucional del secreto profesional, al buscar pruebas judiciales en contra de presuntos subversivos. En el caso de personal médico habitante en zonas de CAI, acatar una norma de ese tipo habría implicado dejar de cumplir el principio de neutralidad propio de los médicos y otros trabajadores sanitarios en acción humanitaria. Adicionalmente, el nuevo código proponía medidas para impedir el ejercicio del derecho de asociación y protesta por parte de los médicos. En la parte inicial, presentaremos sus implicaciones para la organización de protestas sociales por parte de médicos; a continuación, las correspondientes a la neutralidad médica.

En 1980 el movimiento médico evidenció la existencia de una división interior en relación con un nuevo código de ética promovido desde la administración Turbay. La Federación Médica rechazó las objeciones de ASMEDAS a las disposiciones contenidas en dicho documento que restringían la posibilidad del gremio para emprender reivindicaciones salariales.

Por el contrario, la Federación dio su aprobación a lo estipulado en la propuesta de código en cuanto a aceptar el "derecho del médico a emprender acciones reivindicatorias en comunidad, por razones salariales u otras, siempre y cuando con ellas no se ponga en peligro la vida de los asociados". Argumentaron su postura aduciendo "la función social que implica el ejercicio de su profesión y por lo tanto la necesidad de que la conducta pública y privada del médico se someta a los más elevados principios de la moral", la cual resultaría resquebrajada, a su juicio, cuando se emprendieran acciones reivindicativas salariales que implicaran cese de actividades asistenciales (El Colombiano, 1980b).

Aunque continuaron durante el resto del año las protestas médicas por mejoras salariales, crisis hospitalaria, y deterioro de programas sanitarios, llama la atención que dejaron de registrarse a partir de este momento movilizaciones motivadas por violaciones a la misión médica al amparo del Estatuto de Seguridad.

El gobierno “anunció por intermedio del Ministro de Salud, Alfonso Jaramillo, que los paros médicos van en contra de los intereses del pueblo y contra las gentes de escasos recursos que no pueden sufragar los gastos de clínicas particulares, advirtiendo además que la prohibición de la huelga en los servicios públicos está contemplada en las leyes". Ante tales “abusos”, el gobierno presentó como solución un nuevo código médico que en relación con los galenos “no les está impidiendo el derecho de asociación sino limitando su posibilidad de efectuar acciones reivindicatorias que pongan en peligro la vida de los asociados” (La República, 1980a).

Muchas voces criticaron la iniciativa, inclusive las de aquellos que consideraron “Un poco irónico que el Congreso de la República legisle sobre ética”, dado que “Hay una legislación laboral que está llevando al país a la bancarrota. Quien repase los códigos laborales encuentra un denominador común: demagogia” (Naranjo Villegas, 1980).

Para 1981, la vigencia del código de ética médica aprobado por el legislativo y pendiente únicamente de la sanción presidencial, se convirtió en una nueva causa que se sumó con mayor fuerza aún a la lucha reivindicativa liderada por los médicos internos y residentes. Se solicitaba “de parte de las asociaciones médicas sindicales ASMEDAS, AMDA y ASOMEVA […] la más resuelta de las solidaridades", dado que, para el gremio médico, “el futuro de la actividad sindical y del ejercicio de los derechos de movilización puede depender del apoyo organizado, coordinado y beligerante que se le dé a la ANIR por parte de los médicos y demás trabajadores de la salud" (Voz Proletaria, 1981).

En medio de frecuentes protestas del sector salud por su desfinanciación y crisis, a mediados de febrero de 1981, el presidente Turbay Ayala y los demás responsables de su aprobación firmaron el nuevo código de ética médica representado en la Ley 23, que entró en vigencia de inmediato, según el cual “Ningún médico podrá suspender labores y poner en peligro la vida de los pacientes cuando busque reivindicaciones” (El Tiempo, 1981). No obstante, continuaron las protestas en todo el país.

Mientras tanto, ASMEDAS continuó rechazando la Ley de ética médica impuesta por el gobierno Turbay, y denunciando que no era más que “un simple instrumento de represión”, enfatizando que "no permitirá que se cometa un atentado de esta naturaleza que solamente obedece a los procedimientos clientelistas del ministro de salud y a la complacencia de la Federación Médica Colombiana, que es la responsable de lo que pueda ocurrir con ese código que es un instrumento de represión de orden político ya utilizado en el Uruguay contra los médicos y el pueblo". Por ello, el organismo sindical se preparaba para demandar la ley con base en estudios de “eminentes abogados” con los cuales se pretendía demostrar la inconstitucionalidad de la norma en cuestión (El Espectador, 1981).

La AMDA también fijó su posición contraria a la ley de ética médica sancionada, mediante un pronunciamiento público que reconoció el derecho del Estado para reglamentar el ejercicio de la profesión, pero señaló irregularidades tales como que “a finales de 1979 el Proyecto fue aprobado en el Senado de la República en forma casi clandestina, en sesión extra nocturna y con todas las maquinaciones del caso" (Asociación Médica de Antioquia, 1981).

Así mismo, hicieron notar que “algunos médicos congresistas y las directivas de la Federación Médica Colombiana y la Academia Nacional de Medicina (sin consultar ni siquiera a sus escasos afiliados) respaldaron el proyecto y nunca tuvieron en cuenta en forma efectiva las objeciones nuestras y las de juristas y

constitucionalistas"; y finalmente, que “Esta Ley no es un código de moral ni ética, sino un estatuto disciplinario […] El artículo 40 elimina fácilmente el secreto profesional […] En el artículo 1 se eleva a categoría de delito la actividad sindical, al prohibir las actividades reivindicatorias que se adelanten comunitariamente, esto es por asociaciones, sindicatos, sociedades” (Asociación Médica de Antioquia, 1981).

La AMDA finalizó rechazando enérgicamente la Ley de Ética Médica y dejó constancia en torno a su carácter real de instrumento de represión, en los siguientes términos:

> *Es evidente que la aprobación de la Ley de Ética Médica busca entregar al gobierno una herramienta para poder reprimir a un gremio que actualmente y desde hace unos años, en forma progresiva, ha venido dando muestras de ser capaz de unirse y enfrentar las políticas que lo lesionan y las que perjudican la salud y los intereses de la nación* (Asociación Médica de Antioquia, 1981).

La ANIR ante los continuados señalamientos en su contra responsabilizándole de atentar contra la salud de los colombianos, se manifestó mediante un comunicado en que expresó que “no es anti ético que los médicos utilicemos el arma del paro en pos del reconocimiento de nuestros más sentidos derechos. Las consecuencias de esta medida sólo pueden ser imputadas a la intransigencia inveterada con que han sido tratadas nuestras peticiones. Consideramos que es demagógico pretender exagerar las consecuencias de nuestro cese de actividades para tratar de colocarnos ante la opinión pública como enemigos de los derechos a la salud de la inmensa mayoría de la población” (El País, 1981b).

Para el mes de agosto, ASMEDAS anunció que había demandado por inconstitucionales algunos artículos de la Ley 23 de 1981 - Código de Ética Médica

- a través de su asesor jurídico, Carlos Alberto Jaramillo Villegas, quien sostenía que ésta vulneraba ostensiblemente los derechos tanto personales como profesionales garantizados por la Constitución Nacional, en especial la garantía del secreto profesional, vulnerada al buscar pruebas judiciales (La República, 1981).

Dicha demanda fue impugnada por el Dr. Tamayo Tamayo, asesor jurídico de la Federación Médica Colombiana. En fallo del 31 de marzo de 1981, con ponencia del Magistrado Luis Carlos Sáchica, la Corte Suprema de Justicia declaró entonces inexequible en su primera parte el artículo 32 de la Ley (sobre la calificación como censurable de la aceptación por un médico de un cargo retirado a otro sin justa causa), y luego en 1989 los artículos 19 y 30 (sobre la no desaprobación del criterio de otros médicos ante los pacientes, y otros temas distintos al secreto profesional y el derecho de protesta) (Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE, s.f.). El resto de la norma permanece exequible.

Se cerró así un capítulo importante en la historia de las protestas del gremio médico colombiano, a través de acciones que se coordinaron durante un periodo considerable, y aglutinaron médicos de todo el país y distinta condición en torno a la defensa de la neutralidad del ejercicio de la profesión en tiempos de guerra y el derecho de protesta gremial.

3.2.12. Consecuencias epidemiológicas de la guerra, la represión y el ajuste fiscal en salud: un resultado previsible y poco reconocido

La epidemia de fiebre amarilla que se desarrolló entre el Catatumbo y la Sierra Nevada en 1978 – 1979 no sorprende, si tomamos en cuenta tanto el comportamiento en ondas periódicas con que esa enfermedad suele aparecer en América Latina dentro de territorios endémicos como los señalados, como todo el conjunto de transformaciones desfavorables sufridas en el país por el programa

encargado de su control, en el contexto de tendencias nacionales e internacionales reformistas, y recorte progresivo del gasto social asignado, sin olvidar los efectos previsibles de ciertas estrategias contrainsurgentes basadas en la restricción en el acceso a medicamentos, vacunas y atención médica, que potenciaron los riesgos de enfermar por ETV dentro de zonas ecológicamente favorables para éstas, coincidentes con áreas estratégicas desde una perspectiva militar.

En zonas como el Catatumbo, hay que recordar que fue uno de los territorios hacia los cuales se expandió el ELN entre finales de la década de los setenta y principios de la de los ochenta, junto con el sur de Bolívar, Cesar y Arauca. Sin duda el carácter predominantemente rural de la zona afectó la oportuna acción del Estado para controlar la epidemia por dificultades de acceso evidentes (Trabajador Campañas Directas Secretaría de Salud de Norte de Santander, 2006), pero no pueden desestimarse como aspectos centrales dentro de la génesis de las epidemias de ETV allí, que el Catatumbo se comportara como zona receptora de desplazados por la violencia en otros territorios nacionales, y que hubiera adquirido un nuevo signo político ante el acceso del ELN, desde una perspectiva de los lineamientos lucha contrainsurgente ya descritos en secciones anteriores.

No obstante, desde la literatura científica de la época el aumento en la incidencia de casos de fiebre amarilla entre 1972 y 1979 se explicó tan solo como un efecto desfavorable y poco previsto, resultante de los cambios en la organización operativa de las acciones para el control de ETV, o como efecto de la pobre “preparación académica” para su afrontamiento efectivo por parte de los técnicos sanitarios.

A lo sumo, en algunos puntuales reportes oficiales sobre la epidemia de 1979 se puede leer entre líneas el asombro de los trabajadores sanitarios cuando relatan cómo se dejaron de efectuar medidas epidemiológicas mínimas de control ante

los casos iniciales detectados, de manera inexplicable desde lo técnico –científico, con lo cual se permitió la expansión de la epidemia:

> *Es indudable que el estudio de la epidemia puso en evidencia la inoperancia completa del sistema de vigilancia epidemiológica de la región en lo que respecta a la fiebre amarilla, entendiéndola como un proceso regular y continuo de observación de la patología en un área. Se había mantenido actualizado el comportamiento epidemiológico de ese año, a pesar del primer caso, se obtuvieron y confirmaron especímenes para tomar medidas de control, [pero] no se activó ningún sistema de vigilancia epidemiológica. No puede alegarse que un prolongado "silencio" clínico-epidemiológico-histopatológico provocara el retardo (Campos; Vidales; Rodríguez; Morales; Sanín, 1980).*

Desde esa específica mirada, se ha otorgado gran importancia explicativa para la emergencia de las epidemias mencionadas al abandono de la programación sistemática de vacunación en las áreas endémicas, que se realizaba solamente cuando se presentaban brotes de alguna envergadura, o a la debilidad de las actividades rutinarias de vigilancia epidemiológica dentro de zonas en riesgo, aunque se sustraen dichas observaciones del contexto político más amplio, tanto sectorial como extrasectorial, en medio del cual tales cambios ocurrieron.

Se menciona además el desmantelamiento de la viscerotomía como técnica rutinaria para la vigilancia epidemiológica de la fiebre amarilla, la cual se practicó a través de 149 puestos en 1948, suministrando para estudio 3205 muestras y que para el año de 1980 solamente contaba con 29 puestos en el país, que aportaron 146 muestras tomadas (Gacharná; Zapata; Zuleta, 1980); tampoco se hizo alusión a las razones no técnico – científicas que pudieron favorecer esa tendencia, pese

a que las normativas en salud pública continuaban sosteniendo la obligatoriedad y pertinencia de tal práctica.

Algún estudio de la época indicó, no obstante, que el "olvido o desconocimiento histórico" ante la fiebre amarilla, junto con la desidia administrativa, eran en gran parte responsables de su recrudecimiento, y del reingreso a zonas en donde ya se había logrado su control, como la Sierra Nevada:

> *La enfermedad está fuera de control por nuestra discontinuidad operativa condicionada por las intermitencias administrativas y la no aplicación de las normas y conocimientos epidemiológicos. No es exagerado afirmar que el comportamiento de la enfermedad es un indicador de la deficiente preparación académica sobre la misma…Paradójicamente, cuando la enfermedad tiene su máxima fuerza de presentación, es cuando se hacen los mayores esfuerzos por contenerla y los resultados esperados no son tan positivos como debieran serlo.... Este planteamiento evitaría tropezar con las dificultades administrativas de comienzo y final de la vigencia fiscal; es obvio que la intensificación propuesta en los meses citados tendría un mantenimiento en los meses epidémicos, probablemente con mayor beneficio* (Gacharná; Zapata; Zuleta, 1980).

En el contexto de las epidemias del año 1979 ocurrieron llamativos incidentes contradictorios que vale la pena recordar, iniciados cuando se intentó desmentir desde el nivel central del país la presencia de epidemias, mientras que desde lo local los mandatarios y pobladores hacían todo lo posible por conseguir que fueran reconocidas y atendidas. Por ejemplo, solamente ante la insistencia de éstos últimos, en concurso con los medios de comunicación, fue posible lograr que el Ministerio de Salud de la República de Colombia reconociera la existencia de un brote epidémico de malaria que atacó a la región del Caquetá, y que desplegara

los recursos necesarios para su enfrentamiento (El Colombiano, 1979b; El Espectador, 1979; El Espectador, 1979a; El Tiempo, 1979e; la República, 1979c).

En el primer semestre de 1979 ocurrieron en Colombia cuatro brotes de FAS dentro de cinco frentes bien definidos: San Vicente de Chucurí, Santander; Rio de Oro, San Alberto, en Cesar; Sierra Nevada, frente Valledupar; Sierra Nevada, Frente Santa Marta; y Vista Hermosa, Meta (Uribe; Moquillaza, 1979).

Una serie histórica de los casos confirmados por histopatología a lo largo de los 45 años, entre 1934 – 1979, resaltó que durante el período 1965 – 1979 existió una clara distinción de dos sub – periodos diferenciados de acuerdo con el número de casos registrados: uno entre 1965 a 1971 con los registros más bajos de FAS, entre 1 y 11 casos; y otro luego de 1972, con elevación de la frecuencia, de modo que volvió a ubicarse entre 10 y 35 casos en esos siete años, tal como sucedía en años anteriores a 1965 (Gacharná; Zapata; Zuleta, 1980).

Sin mencionar el brote del Sur de Bolívar reseñado en la prensa por haber propiciado la detención del médico que recurrió a la vacunación para controlar la expansión de la enfermedad, las publicaciones científicas dieron cuenta en el año 1979 de una extensa epidemia que comprometió al Departamento del Cesar en San Alberto, Rio de Oro, Aguas Blancas, Rio Seco y Pueblo Bello, con 13 casos totales, 7 confirmados por histopatología. En el Departamento del Magdalena, localidades La Pelton, San Pedro de la Sierra, El Campano, Minca y Bonda, se registraron 44 casos, con 20 fallecidos, confirmándose diagnóstico por serología (Gacharná; Zapata; Zuleta, 1980).

Existió una visibilización diferencial de los brotes, de acuerdo tanto al tipo de publicación en que se presentaran (técnico – científica o periodística), como a la localización en que se dieran. Es importante resaltar, por ejemplo, que durante la epidemia de Catatumbo – Sierra Nevada de 1978 – 1979 fue realmente escasa la

publicación de artículos de cualquier tipo referentes al período en que la enfermedad estuvo afectando al territorio norte - santandereano, pero en cambio ocurrió una visibilización rápida en cuanto la enfermedad se acercó a la costa atlántica vía Sierra Nevada de Santa Marta.

Probablemente la valoración diferencial que se da a lo urbano y lo rural en Colombia influyó en este manejo de la información, pues solamente al acercarse a la Sierra Nevada la epidemia se aproximaba a centros urbanos de importancia; así como también a zonas comerciales internacionales que para la época resultaban estratégicas dentro de los planes económicos del país.

Se observó también una tendencia al manejo diferencial de epidemias de ETV, según afectaran o no territorios con valor distinto en el marco de la lucha contra – insurgente que venía siendo librada.

Pese a la magnitud de las epidemias reseñadas, por sí mismas no se convirtieron en motivos para la articulación de ninguna de las acciones colectivas contendientes que fueron presentadas en una sección anterior, pues fue tan solo la afectación por medidas represivas aplicadas sobre algunos médicos involucrados en la atención sanitaria de personas afectadas por ETV, o habitantes en zonas de orden público, la que logró facilitar la organización del único conjunto visible de protestas relacionadas con este tema.

3.2.13. Respuestas diferenciales ante la misma epidemia: fiebre amarilla en la Sierra Nevada, 1979

Los indicios de ingreso de fiebre amarilla a la sierra datan de Diciembre de 1978, cuando los campesinos notaron muerte masiva de monos Alouatta. Solo 8 meses después hubo investigaciones epidemiológicas, que demostraron avance en la onda epizoótica. En febrero de 1979 fue comprobado el primer caso humano en un agricultor de 30 años procedente de Tierras Nuevas, quien falleció en un

hospital urbano de la región. Se confirmó histopatológicamente en el HSJD de Bogotá, desde donde se informó directamente a la ciudad de Valledupar, y nadie reportó al Instituto Nacional de Salud o al Ministerio del ramo (Campos Germán; Vidales Hernando; Rodríguez Jorge; Morales Alberto; Sanín Luz, 1980).

Posteriormente se comentó sobre este incumplimiento en los estándares mínimos de vigilancia epidemiológica: "Desafortunadamente de este caso no tuvo conocimiento ninguna entidad sanitaria competente, por lo cual no se tomó ninguna medida para prevenir la extensión de la enfermedad a pesar del obvio riesgo de urbanización, tomando en cuenta que el enfermo acudió a Valledupar en busca de atención médica, ciudad que para el momento de esa consulta tenía una infestación por Aedes del 40%" (Campos; Vidales; Rodríguez; Morales; Sanín, 1980).

Con múltiples casos rurales detectados, la alerta epidemiológica solo se activó hasta cinco meses después del caso índice rural cuando otro caso fue clasificado erróneamente como urbano; este agricultor de 25 años falleció en Valledupar, aunque procedía de Rio Seco, a 25 Km de esa ciudad (Campos; Vidales; Rodríguez; Morales; Sanín, 1980). Otros casos fueron atendidos en hospitales de Valledupar, Ciénaga y Fundación. Entre los pacientes comprobados seis sobrevivieron[22] y diez fallecieron (Campos; Vidales; Rodríguez; Morales; Sanín, 1980).

El 12 de agosto se envió a OPS el registro de casos de fiebre amarilla comprobados histopatológicamente por el laboratorio del INAS y los casos diagnosticados clínicamente presentados en el brote epidémico de la Sierra

[22] Un niño sobrevivió mediante transfusión sanguínea de suero hiperinmune; tres aserradores, un cultivador de marihuana y otro caso sobrevivieron también.

Nevada de Santa Marta (Cáliz, 1979a)[23]. Hasta el 21 de agosto se produjo la recomendación internacional hacia Colombia para vacunación antiamarílica a "todo viajero internacional que llegue al país con el fin de penetrar a las zonas selváticas antes mencionadas, [quien] debe recibir la vacuna anti - amarílica, por lo menos 10 días antes de su ingreso". En comunicación a la OPS, el Director de epidemiología del Ministerio de Salud comentaba:

> *En lo que va corrido del presente año, se han presentado 12 casos de fiebre amarilla selvática, distribuidos así: 4 en el área de Valledupar (Cesar), 4 en el área del Municipio de San Alberto (Cesar), 1 en el área rural del Municipio de Fundación (Magdalena), 1 en el Municipio de San Vicente de Chucurí (Santander); 1 en el Municipio de Vista Hermosa (Meta), 1 en Minca, corregimiento del Municipio de Santa Marta (Magdalena).Como usted puede apreciar, Colombia es un país infectado para el virus de la Fiebre Amarilla selvática en el pie de monte de la Sierra Nevada de Santa Marta, en el pie de monte de la Cordillera Oriental, en el Valle del Magdalena Medio y en el Golfo de Urabá, especialmente en las serranías que limitan con Panamá hacia la cordillera del Darién (Cáliz, 1979b).*

Luego se conocieron otros 36 casos sospechosos, para un total de 52 enfermos, de los cuales murieron 24, generando una tasa de letalidad del 46.16%, "Si aceptamos además que por cada caso comprobado se producen 10 más, se tendría finalmente una cantidad aproximada de 500 casos, el número de los que probablemente se produjeron en el transcurso de 6 meses de evolución del brote" (Campos; Vidales; Rodríguez; Morales; Sanín, 1980).

[23] Calis, O. "Comunicación dirigida por el Director de Epidemiología de Min salud a Budinich, M. Representante de la OMS / OPS en Colombia." Bogotá, 21 de Agosto, 1979. Archivo SEM, Ministerio de la Protección Social, Bogotá.

Hasta el dos de agosto se inició el control de la epidemia, con el desplazamiento de una comisión del Ministerio de Salud de Bogotá a Valledupar. A su llegada, efectuaron una reunión con autoridades sanitarias; se trazó plan de trabajo conjunto; se constituyeron equipos de trabajo por áreas con responsabilidad limitada, con personal especializado y funcionarios de los niveles nacional, regional y local, con un jefe con poder decisorio en cada uno y una coordinación general a cargo del jefe de la Comisión Nacional (Campos; Vidales; Rodríguez; Morales; Sanín, 1980).

Se efectuó vacunación masiva de población rural del piedemonte en la Sierra Nevada y Montes de Oca; levantamiento de índices de infestación por Aedes aegypti Valledupar, y fumigación ULV en las poblaciones nucleadas urbanas y rurales. La vacunación de emergencia se mantuvo hasta Diciembre de 1980 (Campos; Vidales; Rodríguez; Morales; Sanín, 1980).

Según registros oficiales, en Cesar se aplicaron 256.904 (181.859 urbanas); en Magdalena, 258.926 vacunas (190.547 urbanas); y en La Guajira, 104.429 (99.373 urbanas). En total fueron inmunizadas 620.259 personas (76% del estimado) (Campos; Vidales; Rodríguez; Morales; Sanín, 1980).

La eliminación de Aedes aegypti empezó por Valledupar; se empleó abate para larvas y malathión contra adultos; además, métodos de saneamiento ambiental con participación de la comunidad (Campos; Vidales; Rodríguez; Morales; Sanín, 1980).

En un análisis epidemiológico publicado en la época, se comentó respecto de la epidemia de fiebre amarilla que se dio durante 1979 en el Cesar y el Magdalena así: “Es de interés recordar que la principal acción de prevención y control que se encuentra hoy en día sigue siendo la vacunación, y por lo tanto los organismos responsables de la vacunación antiamarílica deben plantear los programas de

inmunización teniendo en cuenta las evidencias epidemiológicas comentadas en este análisis"(Campos; Vidales; Rodríguez; Morales; Sanín, 1980; Gacharná, 1980).

También fueron publicados análisis de ésta epidemia mostrando su relación con los brotes recientes de Catatumbo - Convención Ocaña en 1978, y San Alberto sur del Cesar 1979, y se planteó la hipótesis sobre distribución de la epidemia entre éstas regiones y la Sierra Nevada de Santa Marta mediante el desplazamiento de reservorios animales o humanos desde esos focos iniciales, (Campos; Vidales; Rodríguez; Morales; Sanín, 1980).

Se hizo énfasis en mencionar que desde la época de inicio de la epidemia, ubicado en agosto de 1978 en las regiones aledañas a la sierra, se había planteado la necesidad de llevar a cabo encuestas serológicas para determinar niveles inmunitarios de la población, que no obstante no se hicieron (Campos; Vidales; Rodríguez; Morales; Sanín, 1980).

En 1979 también resultaron afectadas por fiebre amarilla las localidades de Cubarral, San Martín y Medellín del Ariari, con un caso cada uno y Vista Hermosa que está situado en el pie de monte de la Sierra de La Macarena, con tres casos. *"¿Porque cuando la onda enzoótica pasó por los Municipios de Cubarral, San Martín, Medellín del Ariari y Vista Hermosa en el año de 1978 con rumbo hacia los montes de galería del Rio Guaviare no se presentaron casos? Sería que los organismos de salud no notificaron los casos por falta de vigilancia epidemiológica… o no recibieron atención médica, o …no fueron diagnosticados adecuadamente" (Gacharná, 1980).*

A mediados de 1979 falleció un hombre de 25 años en Bucaramanga, procedente de Caño Seco. Se presentaron en total 7 casos, 5 murieron y se comprobaron histopatológicamente (Rodríguez Hernández, 1979). A raíz de todas éstas

epidemias del año 1979 se propuso tomar el cuenta su carácter estacional, para tomar medidas preventivas en el futuro de manera oportuna, así como extender la vigilancia epidemiológica mediante la reactivación de la red de vicerotomías (Gacharná; Zapata; Zuleta, 1980). No obstante en los años siguientes la situación sanitaria de los campesinos habitantes en zonas ecológicamente propicias para las ETV pareció no mejorar en Colombia.

En 1982 los periódicos nacionales registraron *"recrudecimiento de las enfermedades tropicales"* resultado de *"despreocupación oficial durante los últimos años. El paludismo, la fiebre amarilla y el pián, que hasta 1970 estaban casi erradicados, conforman hoy un preocupante cuadro que acarrea más víctimas".* Lo anterior se percibía en relación con el incremento de las colonizaciones y las "deficiencias del orden técnico administrativo y operativo que acumuló hasta 1978". De acuerdo con la columnista, no obstante:

> *Entre julio de 1978 y julio de 1981 se orientaron recursos para la vacunación masiva contra las enfermedades tropicales por valor de $ 952 millones de pesos, cifra nunca antes alcanzada. El programa de prevención recibió un carácter prioritario que prevalecerá en el curso del presente año, hasta verificar los resultados obtenidos con medidas tales como el diagnóstico microscópico, el suministro oportuno de tratamientos requeridos, rociamiento de insecticidas a las viviendas y la eliminación de criaderos de mosquitos (Turriago, 1982).*

En cuanto a la malaria se mencionaron como causas para no haber logrado control, la *"dispersión de las viviendas en regiones inaccesibles por ausencia de vías de comunicación, precariedad de las viviendas sin protección contra la entrada de insectos, y la presencia de grupos subversivos en éstas áreas, lo cual impide la aplicación de las medidas pertinentes… humedad superior al 70% y una de las faunas más ricas en anofelinos".* Sobre la fiebre amarilla, los medios

anunciaban trabajos especialmente enfocados hacia la Sierra Nevada de Santa Marta, el Catatumbo y los "*Territorios Nacionales*", lugares en que según la prensa *"lo único que se ha conseguido es evitar la reurbanización" (Ministerio de Salud República de Colombia, 1982c).*

En la costa atlántica el SEM venía detectando casos de fiebre amarilla selvática, por lo cual los caminos que llevaban a la Sierra Nevada se encontraban llenos de letreros que advertían a los viajeros sobre la necesidad de vacunación (Rocha, 1982). Sin embargo, los programas de salud pública continuaban con problemas presupuestales, y dificultades de funcionamiento (El Heraldo, 1982).

Los campesinos pidieron atención médica y vacunación ante casos mortales, y algunos mencionaron a la prensa la existencia de otras razones, de índole política, para que esas medidas no se dieran oportunamente:

> *Yo sé que mis declaraciones, que son amplias y claras, tal vez van a servir para que me traten de comunista, pero eso no me importa porque en la región todos me conocen. Saben de los males que padecemos, y como sufren en carne propia las enfermedades como la fiebre amarilla, en todo tiempo me respaldarán (El Heraldo, 1982).*

Lo anterior pone en evidencia que este tipo de dificultad continuaba a finales de 1982 entorpeciendo la adecuada prestación de servicios contra ETV en zonas estratégicas de guerra.

3.2.14. Las ETV y las acciones sanitarias para su afrontamiento como armas de guerra contrainsurgente

Durante la década de los ochenta el porcentaje del producto interno bruto nacional colombiano dedicado a gastos militares tuvo una tendencia creciente, lo cual se

expresó en incremento y cualificación del pie de fuerza y el armamento bélico (González, 2001). Para el período analizado el marco específico de la lucha contrainsurgente fue trazado por el “Estatuto de seguridad democrática”, a través del cual se continuaron desarrollando los lineamientos de guerra anticomunista impulsada por Norteamérica para toda la región de las Américas en esa época (Betancur, 2006).

El período se caracterizó además por un incremento en el número de combatientes y en la influencia territorial por parte de las guerrillas tradicionales colombianas, ELN y FARC, así como por el surgimiento del nuevo grupo guerrillero M – 19, con importante presencia urbana en ciudades como Bogotá y Cali, además de en territorios rurales del Cauca y Nariño. Todo ello complejizo el panorama del conflicto nacional.

En ese marco se vio intensificada la represión del ejército hacia la población civil, poniéndose en marcha sobre ésta estrategias de “carnetización, retenes, control de mercados, y hostigamiento” por parte de las fuerzas militares, que de ese modo, dejaban a los pobladores de zonas “de orden público” en medio del fuego cruzado sostenido por parte del ejército y las guerrillas (González, 2001).

En la región del magdalena medio se encontraban instalados para el período en mención importantes batallones de contraguerrilla, tales como el de Bomboná; adicionalmente ésta región era la cuna del ELN desde décadas anteriores, y las FARC habían incursionado también dentro de algunos sectores. Por otra parte, las estrategias de financiamiento ejercidas hacia los civiles por parte de algunas fracciones guerrilleras, junto con aquellas instauradas desde el Estado para favorecer la participación civil en la guerra dentro de ésta zona, ya expuestas atrás, hicieron propicio el terreno para que los pobladores colaboraran y se engancharan con el ejército y los nacientes grupos paramilitares (González, 2001).

Todo lo anterior coincidió temporal y espacialmente con la emergencia de grandes epidemias de ETV, que no siempre fueron claramente visibilizadas y manejadas por los medios de comunicación y los técnicos, y en medio de las cuales se capturó y torturó a médicos y otros agentes sanitarios cuando vendieron medicamentos o aplicaron medidas de vacunación preventiva dentro de territorios con epidemias en los cuales habitaban grupos guerrilleros específicos, todo lo cual hace pensar en el uso de las ETV y las medidas sanitarias para su afrontamiento como armas de guerra por parte del ejército nacional colombiano, con mediación simultánea desde otros sectores del gobierno a través de acciones u omisiones.

Valga recordar el caso del médico que sufrió ese tipo de tratamiento por aplicar vacunación antiamarílica en medio de una epidemia en Puerto Rico, Sur de Bolívar (Socarrás, 1980); lo anterior dentro una región con reconocida presencia del ELN para la fecha (Corporación Nuevo Arcoiris, 2010). También durante el mismo periodo ocurrieron epidemias de fiebre amarilla, y se registraron dificultades para su atención por acción u omisión desde sectores específicos del gobierno, escasamente divulgadas por los medios de comunicación e incluso las publicaciones técnicas, dentro de otros territorios con una consolidada presencia de esa misma guerrilla, tales como San Alberto y otras poblaciones en el Cesar, el Magdalena, el bajo cauca y magdalena medio antioqueños, y Santander, entre otras.

Ese mismo comportamiento en relación con las epidemias se pudo observar dentro de territorios ocupados históricamente por las FARC en los departamentos del Magdalena, Meta y Caquetá, tales como Vistahermosa, Ariari, y localidades de la Sierra Nevada de Santa Marta. Además, ocurrieron asesinatos y detenciones de médicos por efectuar acciones sanitarias que fueron leídas como sospechosas a la luz del Estatuto de Seguridad en el Cauca y Valle, zona históricamente bajo presencia del M – 19 durante el período estudiado (Corporación Nuevo Arcoiris, 2010).

Llama la atención que para la misma época algunas publicaciones del Ejército de los Estados Unidos de América se centraron en exponer los resultados de ensayos de laboratorio y ecológicos sobre la utilización de vectores, de virus de la fiebre amarilla, de plasmodios, y de otros agentes patógenos como armas de guerra. Entre otros asuntos, se estudió el potencial de emplear distintos tipos de municiones cargadas con vectores infectados o patógenos para mejorar su distribución sobre zonas elegidas para el contagio, la altura ideal para lograr la mayor aspersión posible de tales elementos infecciosos, y los efectos finales logrados. Para esto último, fueron utilizados agentes de seguridad encubiertos como agentes sanitarios que pasaban días después de haber sido aplicado el procedimiento de propagación verificando casa por casa la proporción de enfermos y sanos, y otras mediciones sanitarias (Rose, 1981).

Por otra parte, es importante recordar que la mayor parte de las desapariciones y asesinatos de funcionarios del SEM reportados para la época, ocurrieron en zonas del magdalena medio antioqueño y bajo cauca, donde habitualmente existía presencia simultánea y en pugna por parte de más de un grupo armado.

Todo lo anterior evoca estrategias de guerra contrainsurgente en que se utilizaran las enfermedades transmitidas por vectores, así como acciones y omisiones destinadas a dejar desprovistas de servicios de salud indispensables a las poblaciones habitantes de zonas endémicas para estas que coincidieran con regiones con importancia geoestratégica para la guerra.

Capítulo 4 LOS GRANDES INVISIBLES OLVIDADOS, 1983 – 1997

Este período estuvo definido por la presencia de grandes movilizaciones sociales organizadas en torno a las ETV, que no obstante no lograron mayor visibilidad en el marco general de las protestas sociales colombianas.

De acuerdo con el actor social participante y el tipo de repertorio predominante adoptado para la acción colectiva contendiente, se identificaron dos sub – períodos claramente definidos: el primero, entre 1983 y 1988; el segundo, entre 1989 y 1997.

Se presentará inicialmente el subperiodo conformado por acciones promovidas desde los trabajadores del Servicio de Erradicación de la Malaria en torno a dos grupos de causas: la desfinanciación de los programas contra las ETV, y las desapariciones o asesinatos de trabajadores de dichos programas dentro de zonas afectadas por CAI. Se trató en general de paros y marchas, en coincidencia con los repertorios más usados en la época por distintos tipos de actores sociales en torno a diversas causas, que no obstante recibieron poca o ninguna visibilidad nacional.

A continuación, se expondrá lo relativo a un movimiento de peticionarios rurales que, en momentos de descentralización administrativa dentro del sector salud, intentó defender la continuidad del Servicio de Erradicación de la Malaria como un ente que dirigiera los programas contra ETV de manera centralizada, empleando comunicaciones escritas dirigidas masivamente hacia el presidente de la República y algunas autoridades sanitarias, con lo cual consiguieron un retrazo en algunos años para la medida en cuestión, sin que se consiguiera visibilidad alguna para su lucha a través de los medios de comunicación u otros registros sobre la movilización social de la época.

Todo lo anterior será analizado a la luz del contexto social y político imperante en la época, marcado por la complejización del conflicto armado interno a través de nuevos actores paraestatales, y la implementación del neoliberalismo en salud.

4.1. MARCHAS, HUELGAS Y OTRAS PROTESTAS DEL SERVICIO DE ERRADICACIÓN DE LA MALARIA, 1983- 1988

4.1.1. ¿Cesó la horrible noche?: entre el discurso de la reconstrucción nacional y la emergente destrucción paramilitar

Desde la segunda mitad del año 1982, los medios de comunicación anunciaron la esperanza de que el Presidente Betancur lograra recuperar al país de la *"emergencia ética"* y la *"crisis económica y social"* en que lo recibía, luego de un anterior mandato en que *"todo lo que no estuviera prohibido, estaba permitido"*. Posicionaron la idea de que se necesitaba una *"reconstrucción nacional"* para lo cual el elegido presidente *"necesitaría del apoyo de todos los colombianos" (La República, 1982a).*

El saliente presidente Turbay Ayala leyó un mensaje de 120 páginas en el Senado y la Cámara, en el cual:

> *Hizo un detallado análisis de su obra de gobierno, reconociendo que por diversos factores, entre ellos la recesión mundial, el comportamiento de la economía colombiana no presenta hoy los mejores resultados, lo mismo que el sector fiscal. Por otra parte, exaltó la labor de las fuerzas armadas, y mostró su satisfacción por entregar el poder al próximo presidente, sin Estado de Sitio (El Siglo, 1982).*

Sobre el Estado de Sitio, la situación de derechos humanos, y la represión de la protesta social vivida durante su mandato, Turbay manifestó:

> *El Estado de Sitio ha tenido en nuestro país un carácter endémico... lo mejor de mis esfuerzos y de mis energías las canalicé hacia la más rápida derogatoria de los poderes de excepción... Las Fuerzas Armadas en su tenaz y meritoria lucha lograron desarticular e inmovilizar los principales núcleos subversivos. Se crearon así las condiciones para levantar el Estado de Sitio, con todas sus saludables consecuencias… Se coloca una pesada carga adicional en las Fuerzas Armadas y luego se critica su ejercicio como si estuvieran incurriendo en un abuso de autoridad... Las Fuerzas Armadas fueron el más firme soporte del gobierno.... Probaron su habilidad en el arte de reducir los peligros de la subversión y sin tener que apelar a los horrores de la guerra a muerte contribuyeron decisivamente a la celebración de los dos últimos certámenes electorales… en Colombia no podemos negar que autoridades subalternas han incurrido en abusos, pero es preciso reconocer que se les han adelantado los juicios correspondientes y han sido sancionados conforme a la ley… (El Siglo, 1982).*

El presidente Betancur asumió su cargo finalizando 1982, y se empezó a configurar un contexto nacional en el cual se llamaba a las distintas fuerzas políticas a “trabajar unidos para crear un Estado de Derecho y condiciones para una nueva democracia colombiana”, mientras se esperaba reintegrar y ampliar la Comisión de Paz, agilizando los proyectos de amnistía para que los alzados en armas fueran incluidos en la cumbre partidista convocada por el gobierno. Algunos de los sectores tradicionalmente ubicados en la oposición se mostraban a la expectativa de este evento político, que consideraban “una buena base para discutir sobre la profundidad de una reforma democrática del Estado (La República, 1982b; Murcia, 1982; Rodríguez Villa, 1982).

Al mismo tiempo, en muchas zonas del país, pero en especial en el Magdalena Medio, se registraban violentos desalojos contra campesinos que habían ocupado tierras improductivas, inclusive pertenecientes al Instituto Colombiano de la Reforma Agraria (INCORA). Los campesinos denunciaron represión, encarcelamiento, agresión hacia sus bienes y animales, y asesinatos, perpetrados por *"pistoleros"* al servicio de los terratenientes locales:

> *Los tractores destruyeron 69 hectáreas cultivadas, eliminaron a tiros a 43 animales domésticos, con los cuales hicieron un sancocho al día siguiente, y ya borrachos, se pusieron al acecho de los campesinos afectados… Amenazaron a los campesinos con quemar y arrasar el pueblo… si los campesinos intentaban denunciarlos. Dicho terrateniente… se dedica al narcotráfico y encubre estas actividades con el cultivo de palma africana, banano y ganadería(Voz Proletaria, 1982b).*

La iglesia católica se pronunció ante la ola de violencia, mediante una carta dirigida al presidente Betancur con la firma de la jerarquía eclesiástica y 26 sacerdotes, en que solicitaban su intervención ante la situación. Denunciaban la desaparición y asesinatos de campesinos, sacerdotes y maestros en el Magdalena Medio, así como la existencia en la vereda San Juan Bosco de la Verde "de un grupo de campesinos que fueron armados como banda para imponer su ley", y el envío de una carta de amenaza de muerte firmada por el primer grupo paramilitar patrocinado en Colombia por terratenientes y narcotraficantes, el MAS, al párroco de Puerto Triunfo, así como un atentado contra el párroco de la Estación Cocorná. Destacaron especialmente el asesinato de un grupo de campesinos vinculados a la actividad pastoral en Santa Rita – Estación Cocorná *(I. Martínez, . 1982).*

Una semana después el obispo de Barrancabermeja, monseñor Bernardo Arango, junto con otros sacerdotes, visitaron al presidente Betancur para manifestar su preocupación porque las versiones oficiales no concordaban con la realidad de los

asesinatos de los campesinos de la pastoral, quienes eran presentados por el Estado como supuestos combatientes:

> *El Ejército Nacional, en diversos comunicados, se ha referido [al hecho]... informando que los campesinos asesinados militaban en grupos guerrilleros y que habían muerto, o bien en combate con el ejército, o a manos de campesinos enfurecidos (Alvarado, 1982).*

Los religiosos también denunciaron la presencia de una banda "auténticamente paramilitar" en San Vicente de Chucurí:

> *Organizada por el Inspector de la zona, Isidro Carreño, quien convenció a 120 campesinos, de que si no colaboraban con la banda, de todas maneras los iba a matar la otra gente, es decir, los guerrilleros… la banda recibe entrenamiento diurno y nocturno del comandante del puesto militar del caserío para hacer los patrullajes que dirige él en persona, con la ayuda del guía. Cada miembro de la banda recibe 300 pesos por trabajo ejecutado, además de oferta de libreta militar. La banda está dotada de fusiles G-3, granadas y revólveres, según los campesinos (Alvarado, 1982).*

Mientras, el país discutía sobre la “amnistía para la paz”, los programas para beneficiarios de la amnistía, y algunos sectores de los alzados en armas insistían en que “la amnistía no es la paz, y esta solo se alcanza con un cese al fuego"; entretanto solicitaban la convocatoria de “un gran diálogo nacional” en el que confluyeran diversos sectores sociales y políticos (El Colombiano., 1982; La República., 1982; República de Colombia - Poder Público - Rama Legislativa Nacional, 1982), en busca de soluciones para las causas “objetivas y subjetivas de subversión”; se impulsó así la “apertura democrática y el diálogo nacional” (Restrepo, 1992).

Una amnistía general e incondicional a los movimientos guerrilleros fue promovida, y se consiguieron algunos pactos de tregua y cese al fuego con el M-19, las FARC, y el EPL. Adicionalmente, se inició un proceso de "diálogo nacional" por fuera del Congreso, con presencia de diversas "fuerzas sociales" en busca de acuerdos sobre política social y económica, con miras a la "reconciliación nacional". Se impulsó la modernización del Estado, a través de 10 puntos que incluyeron la descentralización fiscal y administrativa, y la elección popular de alcaldes, entre otros (Restrepo, 1992).

Las iniciativas pretendían "institucionalizar y disciplinar los conflictos sociales" así como "modernizar el aparato del Estado, para imprimirle eficiencia y representatividad", en el marco de una lectura de la violencia generalizada en el país como fruto de la inequidad social y la ausencia de modernización en el Estado (Restrepo, 1992).

Entretanto, el Ministro de la Defensa nacional promulgó una nueva estrategia de "contra-subversión" concentrada en algunas zonas ganaderas, para la cual se destinaron 12 mil millones de pesos, y se anunció la creación de "nuevos frentes de batalla", incluyendo una nueva brigada, la No. 14, en el Magdalena Medio, junto a un conjunto de batallones para esa región, Córdoba, Urabá, el Alto Sinú y San Jorge, pues en palabras del ministro:

> *Nosotros no vamos a perder la guerra, no vamos a permitir por ningún motivo que el país vaya a cambiar su destino histórico y que vaya a relevar de su bandera las notas del escudo, por la hoz y el martillo que solo sirven para marcar el paso de los esclavos... El ejército está dispuesto a trabajar hombro con hombro con los ciudadanos (Jiménez, 1983).*

La tregua conseguida durante el gobierno Betancur con los grupos alzados en armas fue bastante inestable, y la iniciativa de paz impulsada en el período fracasó rotundamente en noviembre de 1985, cuando se efectuó la toma del Palacio de Justicia por parte del movimiento guerrillero M – 19, y ocurrió una contra toma a sangre y fuego por el ejército nacional, con lo cual quedó en evidencia que pese a los discursos pacificadores, las dinámicas de guerra por parte de todos los actores habían continuado intactas operando en el territorio nacional; inclusive se instauraron prácticas de exterminio hacia grupos políticos opositores, en la que se ha conocido como la "guerra sucia" colombiana (Archila, et al, 2002).

Virgilio Barco asumió la presidencia de la república en agosto de 1986 e intentó continuar la repolitización de la sociedad: implementó la reforma política mediante avances con el PNR y el impulso al DRI en áreas de economía campesina; quiso impulsar la reforma agraria, y expidió la Ley 30 de 1988 reconociendo derechos de las mujeres campesinas, aunque criminalizó la invasión de tierras; finalizando 1990 la inflación llegó al 32% y creció la deuda externa, en medio de un modelo económico de orden aperturista (Archila, et al, 2002). No todos estaban convencidos de la capacidad de la inversión social para reducir las protestas sociales y los problemas de orden público en el país, que eran presentados como fenómeno unitario:

> *¿Cómo diferenciar la legitimidad de las protestas cuando ha sido evidente una penetración de la guerrilla en las mismas? La protesta popular... debe producirse dentro de los marcos legales. De lo contrario, sus reivindicaciones terminan siendo convertidas en problemas de orden público… ¿Será capaz el gobierno a través de su Plan Nacional de Rehabilitación de no abandonar la estrategia de manejar políticamente el problema social, o tendrá que resignarse a*

convertir su política social en un problema de orden público? (Equipo de redacción de la Sección Nacional, 1988).

En efecto, durante el gobierno Barco se agudizó el conflicto armado interno colombiano y en especial su componente de "guerra sucia"; los intentos por frenar a los grupos paramilitares mediante la derogatoria de la Ley 48 de 1968 que les legitimaba fueron fallidos; así mismo, en 1987 se dio fin a los intentos de tregua con las FARC, aunque hubo avances con el M – 19; y el narcotráfico se fortaleció incrementando la violencia; entonces, se formuló el "Estatuto para la Defensa de la Democracia", sucesor del antiguo "Estatuto de Seguridad" dentro del proceso continuo de fortalecimiento del aparato represivo colombiano y criminalización de la protesta social que continuaría hasta nuestros días (Archila, et al, 2002; Betancur, 2006). Simultáneamente, se alzaron voces desde más de un sector social, solicitando la realización de un nuevo pacto social:

Se está profundizando velozmente la crisis político - institucional que viene corroyendo hace tiempo las vetustas estructuras de una sociedad erigida sobre la injusticia social y la dependencia de factores financieros y militares externos. Ha sido especialmente expresiones significativas de esta crisis en los últimos días: la escalada de la guerra sucia… la disolución por la fuerza pública de varias marchas campesinas, con matanzas tan atroces como la de San Vicente de Chucurí; la furibunda campaña de odio anticomunista encabezada por el ex- general Landazábal; el… secuestro del dirigente gobernador Álvaro Gómez Hurtado (...) En contraste con la histérica campaña ultra reaccionaria - militarista se destaca la serena firmeza de los participantes de las marchas campesinas… y la huelga de los obreros petroleros de Barrancabermeja para protestar contra el asesinato de otro de sus dirigentes" (Viera, 1988) .

La represión violenta se legitimó mediante criminalización continua de la protesta social, impulsada por los medios de comunicación, en especial contra las marchas y paros cívicos con un importante componente campesino que fueron comunes en la época, reiterando su supuesta infiltración por actores armados de izquierda:

> *Frente a...extraños conductores [en las marchas]... debemos manifestar nuestra inquietud y reclamar a las autoridades, las Fuerzas Armadas, la policía y el gobierno, máxima vigilancia, severa conducta y constante acción de mando… [hay] fuerzas exteriores y disímiles a los verdaderos intereses de nuestros campesinos (La República, 1988).*

En contra de sus intenciones discursivas el gobierno Barco practicó una violencia fragmentada y creciente que condujo a profundizar la crisis política, por la cual se terminó convocando en 1990 a una Asamblea Nacional Constituyente (ANC), que buscó un nuevo pacto político y social para Colombia (Archila, et al, 2002).

4.1.2. Violencia estructural sobre el sector salud en los ochenta

La descentralización del sector inició en los 70, pero tuvo su impulso y desarrollo en los ochenta, como parte de un proceso que entre otros objetivos pretendía favorecer la pacificación nacional. El Estado deseaba conducir a una autonomía local que posibilitara mayor participación democrática. También buscaba descongestionar al Gobierno central, mientras impulsaba el fortalecimiento de un Estado neoliberal, con sometimiento de las inversiones al costo-beneficio, disminución del déficit fiscal, aumento de impuestos y disminución del gasto público, haciendo recaer gran parte de los costos del proceso sobre sectores populares, en beneficio de los capitalistas, respondiendo a las necesidades del Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM) (Restrepo 1992).

Tal tendencia nacional correspondió a procesos de confluencia entre lo internacional y nacional, promoviendo cambios estructurales profundos del Estado y de la sociedad. En el contexto internacional, las presiones financieras y los controles estatales se profundizaron, para fortalecer la globalización económica mientas que se experimentaban gobiernos neoliberales. En Latinoamérica disminuyó el crecimiento económico durante ésta "década perdida", generándose endeudamiento externo difícil de sufragar, ante lo que el BM y el FMI trazaron lineamientos para los gobiernos, incluyendo la necesidad de abrir las economías a los productos e inversión extranjera, controlar el déficit fiscal con disminución del gasto público, impulsar nuevas exportaciones y controlar la inflación. Con respecto a Colombia el FMI señaló:

> *La urgencia de que el país adopte medidas que impliquen ajustes lo suficientemente amplios, en el campo fiscal y el ordenamiento monetario, como para evitar la total erosión de las reservas internacionales, a comienzos de 1985, un desbordamiento monetario y una inflación descontrolada* (Hernández, 2002).

El gobierno Betancur adopto medidas de ajuste estructural ante la crisis, incluyendo descentralización administrativa, política y fiscal hacia los municipios, como una estrategia más para disminuir el gasto publico central y el déficit fiscal (Hernández 2002). Así, la descentralización constituyó una alternativa técnica de control fiscal, más que política, aunque se le posicionó en la opinión pública con énfasis en el segundo aspecto. No puede negarse que la descentralización también surgió como iniciativa para brindar mayor legitimidad al Estado y contener gran parte de las protestas y sus reivindicaciones, que pasarían a ser resueltas directamente por los entes territoriales, con cargo a nuevos recaudos locales[24] (Restrepo, 1992).

[24] Ver Ley 14 de 1983, Ley 12 de 1986.

En 1986 el acuerdo 001 dio paso a la descentralización política, con elección popular de alcaldes y la consulta popular directa en asuntos municipales; la Ley 03 redefinió funciones departamentales y de las entidades descentralizadas, y la Ley 11 estableció el estatuto básico de la administración municipal, inició la descentralización administrativa, transfirió funciones del sector Nacional al local, transfirió la responsabilidad gerencial de los servicios públicos a los municipios, y amplió la participación ciudadana; así *"se eleva a los municipios a la categoría de eficientes, olvidándose de su poco o nulo desarrollo administrativo y su altísima propensión a la influencia política"* (Hernández, 2002).

Las transferencias y otros ingresos para autofinanciamiento municipal resultaron insuficientes, por lo cual se sometió la prestación de servicios a criterios privados, privatizando muchos sectores esenciales, como la salud. La descentralización se convirtió en un instrumento de criterios neoliberales, encaminada a:

> *Devolver al sector privado una serie de actividades y de someter la intervención del Estado a señales del mercado, mediante la ampliación del criterio de costo beneficio… El mercado dirá quienes son más eficientes y restringirá su intervención a premiar dicha eficiencia (Restrepo, 1992).*

El sector salud disminuyó su participación en el presupuesto nacional, pasando del 10,2% en 1977 al 5,9% de 1986. La mayor parte de ese presupuesto se dedicó a la deuda externa (Hernández; Obregón 2002). En 1983 el gasto publico social, llego a representar el porcentaje más bajo de la década, mientras el servicio de la deuda crecía entre 1985 a 1986, tanto para los entes territoriales como para el ente Nacional:

> *Particularmente dramática y condenable es la situación de abandono del área de la salud… entre 1980 y 1985 los recursos reales*

> *destinados… fueron decrecientes. En 1986 hubo reversión de esta tendencia al aumentar a un 8% el índice de crecimiento respecto a 1985. Sin embargo, la salud el pueblo colombiano no amerita el 1% del PIB de la Nación (Restrepo, 1992).*

Por el contrario, Belisario Betancur premió al sector privado empresarial, en especial a las empresas petroleras, dedicándoles 48% de los créditos externos, mientras que salud disminuía su presupuesto. La tendencia continúo bajo Virgilio Barco (Restrepo, 1992).

El decreto 77 de 1987 expidió el Estatuto de Descentralización en beneficio de los municipios y estableció autonomía presupuestal local bajo una tutela intervencionista de las autoridades Nacionales sobre planes y programas locales y sobre las normas mediante las cuales se administrarían las nuevas funciones sectoriales descentralizadas. En Salud se entregó a los entes territoriales la construcción y dotación de infraestructura sanitaria del primer nivel de atención y para atención de ancianos, con implementación a partir de 1990 en relevo del Fondo Nacional Hospitalario (República de Colombia Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 1987). Los municipios más perjudicados serían aquellos con poca población, por su menor posibilidad de obtener recaudo en materia de impuesto predial. Esto se entendió como un llamado nacional al "*sálvese quien pueda y tenga los medios para hacerlo*" (Restrepo, 1992).

No obstante se fortaleció el discurso garantista de salud para todos, y los gobiernos Betancur y Barco promovieron la APS mediante recursos públicos, privados y de cooperación internacional; se obtuvieron algunos resultados importantes en el terreno de la atención de poblaciones prioritarias, en especial del área materno – infantil, y se fortaleció a los sistemas locales de salud (SILOS) haciendo más eficiente la descentralización, la participación social, la planificación y la gestión en función de las necesidades poblacionales, la crisis económica y la

reducción de recursos. También se impulsó desde OPS la reestructuración del sistema nacional de salud, buscando más eficiencia (Hernández, 2002).

Por otro lado, tras fracasar la apertura democrática de Betancur, Virgilio Barco impulsó una reforma constitucional en 1988, buscando modificar la administración de justicia y la administración pública, revitalizar al congreso y los partidos políticos, dar al Estado instrumentos para manejar los recursos, y desarrollar el "*estatuto para la defensa y de la democracia*", renovando las políticas para el afrontamiento reaccionario de la crisis institucional. Se destinó un amplio presupuesto a la defensa y la seguridad nacional, mientras que continuó la disminución de las inversiones en pro del desarrollo social de la población (Restrepo, 1992).

Fueron resultado final de un proceso de descentralización alejado de la búsqueda de mayor inclusión y participación en la sociedad Colombiana:

> *La reorientación del gasto público hacia el pago de la deuda, el sector energético explotador y las fuerzas militares en menoscabo del gasto social, que debe ser asumido cada vez más por los propios beneficiarios de los servicios, y por ultimo hacia la privatización de los servicios públicos y el sometimiento de las empresas estatales a los criterios de autofinanciación y rentabilidad de las empresas privadas* (Restrepo, 1992).

Con los años, se pondrían en evidencia los incontables efectos adversos sobre la salud pública derivados de éste tipo de medidas.

4.1.3. Acción contra las enfermedades transmitidas por vectores en los gobiernos de Betancur y Barco

El Cuatrienal de salud priorizó, entre otros asuntos, la erradicación de la fiebre amarilla para 1988 (El Espectador, 1983b; El País, 1983b). El Plan Nacional 1983 - 1986 "Hacia la equidad en salud" del Departamento Nacional de Planeación y el Ministerio de Salud proponía al respecto:

> *Zonificar al país para erradicar el mosquito Aedes aegypti, vector del dengue [y de la fiebre amarilla] con el fin de concentrar las actividades en regiones geográficas continuas, en fases sucesivamente crecientes; asignación de funciones a los Servicios Seccionales de Salud de vigilancia y control de focos de vectores en las regiones erradicadas, y establecimiento de un programa especial en puertos y fronteras; intensificación de acciones para la reproducción y el control de criaderos de mosquitos por parte de los servicios seccionales de salud y otras instituciones locales, reglamentación de la legislación actual sobre saneamiento urbano en relación con el control de Aedes aegypti,,, Zonificación de área enzoótica de fiebre amarilla selvática para vacunar en cinco años la totalidad de la población que está expuesta, mediante la combinación de esfuerzos de los servicios seccionales y el SEM; provisión de la totalidad de los cargos asignados al programa y descentralización de la administración de personal operativo a nivel zonal, mediante la modificación de las normas legales vigentes… educación a la comunidad sobre el control del mosquito y vacunación antiamarílica en las áreas enzoótica (Tinjacá; Urrego, 1983).*

Mientras tanto, se declaraba constitucional la emergencia económica y se publicitaban costosas iniciativas gubernamentales tendientes a disminuir el

deterioro y las inequidades en salud pública consolidadas durante los años anteriores (Arias Barragán, 1983; Díaz, 1983; El Tiempo, 1983a).

En medio del déficit económico que reflejaba el sector salud a través de la situación de sus hospitales, en el país se continuaba pregonando el inicio de una serie de acciones de salud publicas tendientes a conseguir un "estricto control sobre las enfermedades tropicales", por medio de inyecciones presupuestales de emergencia para manejar las epidemias de dengue hemorrágico, cólera y paludismo que se venían presentando en diversas zonas (El País, 1983c; El Tiempo, 1983b).

Si bien resultaba evidente que la desfinanciación afectaba los servicios sanitarios de manera severa, ante los indicadores de salud negativos presentes a lo largo y ancho del país, el gobierno insistía en achacarlos a comportamientos auto-lesivos de las propias poblaciones dados por *"la falta de conocimiento específico sobre la salud, el bajo nivel de educación básica y la actitud negativa hacia los servicios de salud del Estado"*; por ello, planeaba esgrimir a través del Plan de Salud 1983 – 1986 una serie de acciones encaminadas a modificar *"el nivel y estructura de morbilidad del país"* mediante acciones enfocadas hacia *"factores críticos de tipo socio - cultural, de comportamiento de la población, del medio ambiente"* y solo en último lugar *"de oferta y funcionamiento de los servicios de salud" (El País, 1983a).*

En el año 1984 el Instituto Nacional de Salud se promovió como "Centro Científico del Sistema Nacional de Salud", y el Ministerio de Salud adoptó por medio de la Resolución No. 01948, las normas de vigilancia epidemiológica de dengue y fiebre amarilla, iniciando su proceso de implementación (Forero Nougués, 1984; Gallo Pérez, 1984b).

Este plan de vigilancia epidemiológica para dengue y fiebre amarilla planteaba que los servicios seccionales de salud procedieran a vigilar las enfermedades febriles y

sus agentes etiológicos siempre que se presentara shock, cuadro hemorrágico, e ictericia; así como también el ausentismo laboral y escolar, las muertes asociadas con cuadro febril con menos de 10 días de evolución, la muerte de monos en área rural, y la infestación con Aedes aegypti.

El SEM realizaría vacunación antiamarílica en área endémica rural mediante la estrategia de concentración apoyada en medios de comunicación, con revacunación cada cinco años; en áreas urbanas se atendería la demanda institucional solamente. La población migrante sería atendida por los servicios seccionales de salud al entrar a zonas enzoóticas, fijándose allí vallas informativas (Dirección de Epidemiología, 1985).

El Ministerio de Hacienda anunció que destinaría $1.300 millones de pesos para fortalecer al Servicio de Erradicación de la Malaria, en busca de lograr control al paludismo, en el contexto de las voces de alarma que mostraban crisis en todos los servicios seccionales de salud (El Heraldo, 1984a; El País, 1984b).

El 1 de Noviembre de 1985 se celebró en Armenia, Quindío, una reunión de jefes de Zona del SEM, en donde se evaluaron los programas a cargo. La situación de pérdida de productividad en todos los niveles, fue interpretada por los expertos reunidos como fruto del “ocio y el desinterés” de los trabajadores; no obstante, se evidenció implícitamente la crisis económica vivida al documentarse que “la programación de operaciones con insecticidas muchas veces no se cumple porque ocupan al personal de rociado en otras actividades” (Ministerio de Salud - Dirección de Campañas Directas - SEM, 1985).

Igualmente, se decidieron aspectos operativos técnicos y administrativos, así como planes de cooperación con otras entidades, y asuntos presupuestales en torno a los dineros asignados al servicio, que provenían de la Ley 49 de diciembre 2 de 1984, el Decreto 1980 de julio 19 de 1985, y un convenio con el ICBF, de los

cuales hasta el mes de Octubre de 1985 solo se había recibido un 73% de lo asignado (correspondiente a $ 1.659.016.000, con $ 316.020.000 destinados al programa de fiebre amarilla, $1.313.094.000 a Malaria y $ 29.902.000 a Pián) (Ministerio de Salud - Dirección de Campañas Directas - SEM, 1985).

La crisis hospitalaria y de la salud pública continuaba en 1986 en el contexto de una reducción del 50% del presupuesto sectorial respecto a períodos inmediatamente anteriores, y el INAS planeaba producir 16 millones de vacuna (El Tiempo., 1986a; Forero, 1986; Moanack, 1986). Al tiempo, la leishmaniasis repuntó y generó la adquisición urgente de cantidades adicionales de medicamentos para su control por el Ministerio de Salud (El Tiempo, 1986b; Granados, 1986f).

El Instituto Nacional de Salud anunció que mejoraría su capacidad de respuesta mediante la creación de una red de laboratorios clínicos; lo anterior, en el contexto del cierre inminente por déficit financiero de importantes hospitales como el Instituto Neurológico de Bogotá, y de pequeños hospitales locales, como el de Magangué y otros que hasta la fecha venían prestando su infraestructura de laboratorios clínicos para estudiar eventos de salud pública (Gómez Lucevin, 1986; Granados, 1986h; Luque Escorcia, 1986).

El mes de mayo de 1986 terminó con la promesa para el país de que se inauguraría un nuevo laboratorio para las enfermedades tropicales en el Instituto Nacional de Salud (El Tiempo, 1986c; Granados, 1986a; Leones, 1986a, 1986b, 1986c).

Inmerso en el aumento de la inversión para la guerra y el combate de cultivos ilícitos, con el gasto social convertido en “botín político”, en 1986 el Estado colombiano a través del Ministerio de Salud indicó ante reclamaciones de trabajadores y usuarios sanitarios que para implementar soluciones ante el

deterioro de la salud pública nacional “el problema es de plata” (Herrera, 1986; Sánchez Parra, 1986).

El conflicto armado también deterioraba la salud pública incrementando las condiciones de vida precaria, con los desplazamientos y hostigamientos; así como de manera específica los llamados “problemas de orden público” obstaculizaron el desarrollo de programas sanitarios, con especial afectación de aquellos dirigidos a ETV; inclusive algunas fuente oficiales llegaron a afirmar que el recrudecimiento de éstas enfermedades se debía a la acción de *“la guerrilla*” por cuya cuenta *“en sólo 30% se cumplió el plan de control de la malaria”* (Monroy, 1986).

Desde un punto de vista menos reduccionista, resulta claro que si bien la guerra, con la acción de sus múltiples actores, produjo dificultades operacionales, hablando del SEM también “*el apoyo financiero a ésta entidad bajó notablemente”* tal como manifestó el jefe nacional de la División Técnica del SEM, José Forero G: *“Sin plata no se hace nada, porque seguiremos sin equipos, insecticidas y con falta de pago en el personal que siempre estará en paro. El SEM necesita para 1987 un total de $2.500 millones” (Granados, 1986b).*

Entretanto, iniciando 1987 el Ministerio de Salud anunciaba la necesidad de consolidar el sistema nacional de salud, e iniciar nuevos programas sanitarios en el marco del “Plan Nacional de Rehabilitación” que pusieran énfasis en las zonas colombianas con influencia guerrillera, y fortalecer al Instituto Nacional de Salud mediante la asignación de nuevo presupuesto por tres mil seiscientos millones de pesos (Buelvas, 1987; El Heraldo, 1987b; Giraldo, 1987a; Granados, 1987e).

El director del INS declaró ante los medios que para mejorar la salud pública nacional se requería saneamiento ambiental, fumigaciones, y “erradicar la pobreza” (Granados, 1986d; Navia, 1986a; Vanguardia Liberal, 1986).

En el contexto general de las políticas públicas en salud para Colombia, la *"tendencia descentralizadora"* avanzó sobre las siguientes premisas:

> *El Estado grande estaría perdiendo su vigencia para los países tercermundistas… La posición intervencionista, juzgada necesaria para compensar los excesos resultantes en contra de grupos generalmente mayoritarios, como consecuencia del ejercicio de criterios individualistas, recibe enormes críticas, respaldadas por su inoperancia. Con ello, el retorno a las tesis individualistas del siglo dieciocho asomaría como solución alterna… dentro del dominio de desenvolvimiento de las fuerzas libres del mercado, en forma autónoma, ajena a la interferencia de las directrices gubernamentales. El reciente merecedor del nobel de economía, obtuvo su preciado galardón, por sus investigaciones sobre la ineficiencia de los estados omnipresentes, y sus sugerencias para el desmonte del avasallador personaje (Vanguardia Liberal, 1987a).*

La opinión pública empezó a recibir mensajes desde los medios de comunicación en los cuales se relacionaba la crisis financiera de la salud con deficiencias en la planeación sectorial, responsabilizándolas a ambas del deterioro en la situación de salud pública nacional que se venía haciendo cada vez más evidente, sin tomar en cuenta otros procesos concurrentes (La República, 1987b).

Una nueva re emergencia de enfermedades transmitidas por vectores en el país durante 1987, fue considerada resultante de la citada deficiencia de planificación en salud, aunque la crisis por agua y saneamiento básico era notoria en los mismos lugares en que se desataron las epidemias; no obstante fueron anunciados $ 1.500 millones de pesos para obras sanitarias, en un intento por controlar las protestas protagonizadas por pobladores afectados, organizadas a modo de paros cívicos, marchas, bloqueo de carreteras y otros, ante las cuales el

estado se debatió entre la tolerancia total, la descalificación absoluta, y la agresión violenta (Aguas Vergara, 1987; El País, 1987; López, 1987).

Los medios de comunicación seguían reflejando diariamente el fracaso de los programas de erradicación de la malaria en Colombia y la crisis en los hospitales públicos, cuando se empezó a ventilar una inminente reforma del sector salud, con la creación de un Fondo Nacional de Medicamentos, pareciendo posible que el Ministerio de Salud fuera reemplazado por otras instancias, con posiciones disímiles entre los afectados (Calvo Nuñes, 1987; El Tiempo, 1987g; Galeno -seudónimo-, 1987; Vanguardia Liberal, 1987d).

Según el Ministro de Salud, el paludismo había aumentado en el país porque "la guerrilla no deja fumigar"; no obstante, para el Sindicato del SEM la responsabilidad de ésta reemergencia se ubicaba más bien en los continuos recortes presupuestales sufridos por los programas encargados de la enfermedad, que habían provocado largos paros sostenidos por los trabajadores, ausencia de suministros y equipos para desarrollar las tareas sanitarias, y desmonte progresivo de las intervenciones en muchas regiones, a modo de ejemplo mencionó:

> *175 trabajadores se encuentran en paro en Antioquia desde el pasado 2 de enero porque el gobierno les adeuda viáticos desde noviembre, así como uniformes y avances oficiales desde 1981. Junto con la seccional Antioquia, se encuentran en paro otras nueve seccionales del país. Solo en Antioquia, de 800 trabajadores que eran en 1968 hoy solo quedan 175; había 15 brigadas motorizadas y hoy quedan 2; se visitaban las zonas cada seis meses para fumigarlas, hoy pasan años, y hay zonas que nunca se visitan. Desde hace 25 años se viene fumigando con el mismo insecticida: DDT, aunque está prohibido por la OMS por su toxicidad…. Faltan equipos y recursos… Por todo ello, la campaña de erradicación solo cubre el 30% del*

> *departamento de Antioquia [para mencionar solo ese departamento], y durante 1985 se produjeron 10680 casos de paludismo registrados. También se han venido presentando en aumento casos de fiebre amarilla por falta de fumigación y control contra ese mosquito. Hay que agregar burocracia y chanchullos, por ejemplo, cuatro camperos utilizados en fumigación dentro del Urabá, fueron trasladados a Bogotá, Medellín y Urabá para uso personal de algunos jefes (Pancho -seudónimo-. 1987).*

También la crisis de los hospitales era atribuida desde los administradores a gastos desmedidos en la atención de pacientes generados por los médicos, mientras desde los sindicatos y los trabajadores en general, se hablaba de falta del presupuesto necesario. Las protestas de los trabajadores eran reseñadas como "agresividad sindical"; para muchos también resultaba evidente la ausencia de mecanismo de control sobre el funcionamiento hospitalario (Pancho -seudónimo-, 1987; Vanguardia Liberal., 1987d; Zogby, 1987).

Aunque los trabajadores reconocían la participación de otros determinantes en la reemergencia de ETV, tales como el *"inicio de las lluvias, más actividad del vector, migraciones desordenadas por la alteración del orden público, situación que va paralela al descuido de la vivienda, que la hace más vulnerable al mosquito, temperatura alta",* era innegable que los recortes económicos impedían tener suministro y recursos suficientes, incluyendo personal para los programas *"ya que el principal incentivo de un asalariado es la oportunidad de pago de su mesada" (Supervisores Zona V Montería, 1987).*

Por falta de medios, muchos trabajadores no podían salir *"un solo día al campo por no tener vehículo, o no tener fondos para gastos"*; y en algunos sitios se recurría a medidas extremas para tratar de cumplir con las metas sanitarias programadas, reflejando los informes que el personal *"tiene que movilizarse en*

bicicleta, lo que le será bastante dificultoso ahora en el invierno"; en otras zonas simplemente se pararon las actividades, como en ciertas regiones de Montería donde *“las localidades se dejaron de rociar desde Julio de 1975”*; adicionalmente, se generaban tiempos de entrega demasiado demorados para los resultados de exámenes propios del programa de Malaria, retardando el tratamiento, *“hay resultados que de la fecha de toma a la entrega se llevarán más de 90 días" (Martínez, 1987)*.

El INAS continuaba liderando la vigilancia en salud pública colombiana, y desde ese rol participó en el “II Congreso Latinoamericano y V Colombiano de Medicina Tropical”, en donde informó que en el país “la malaria está produciendo anualmente 500.000 casos y la enfermedad de Chagas 200 mil casos”, calificándolas como “enfermedades de la pobreza, de poblaciones marginadas” (El Colombiano, 1987a; El Tiempo, 1987d).

En concordancia, el Ministerio de Salud planteó su propio plan orientado al incremento de la salud en zonas especialmente vulnerables, mediante obras enmarcadas en el PNR, destinadas a territorios afectados por el conflicto armado interno (CAI) colombiano (Giraldo, 1987b). Entretanto, las sociedades científicas denunciaron un grave deterioro en el sector salud, y se habló de un déficit de $45 millones de pesos afectando el funcionamiento global del sistema sanitario (Cohen, 1987; El Tiempo, 1987b).

El tal contexto de crisis sanitaria, fue anunciado el desmonte de los programas de agua potable organizados desde el INAS, aduciendo problemas administrativos, mientras que simultáneamente se hablaba del impulso de una estrategia de salud básica para todos como solución a las dificultades del sector (Marín, 1987; Moreno, 1987).

4.1.4. “Muerte en el campo, muerte en la ciudad”, los paros cívicos y marchas campesinas durante la reconciliación nacional

Aunque el emergente paramilitarismo representaba una amenaza real para la movilización social, tildada de subversiva, entre 1982 y 1983 se desataron paros cívicos con peticiones de servicios públicos y saneamiento básico en los departamentos del Putumayo, el oriente de Antioquia, Cundinamarca, Nariño, Arauca, Villavicencio y Caldas, entre otros (Ardilla Cuellar, 1982; Voz Proletaria, 1982a, 1982c; Voz Proletaria, 1982).

Estos paros cívicos sufrieron estigmatización y represión violenta por parte del Estado, ante el argumento de que "*casi siempre degeneran en disturbios y enfrentamientos con las autoridades*… *tienden siempre a otros fines menos claros e inofensivos, y de esta circunstancia se derivan todas las secuelas que tiene que ver con el desorden, el palo, la piedra y el bolillo, cuando no los gases y el uso detonante de las armas” (De La Espriella, 1982; Voz Proletaria, 1982).*

En muchas regiones la represión violenta también se ejecutó por parte de nuevos grupos armados de derecha, tales como el “*MAS, Embrión, Los Tiznados, Comité de Defensa Campesina, y los Grillos, que …han sembrado el terror”* organizando masacres contra grupos sociales específicos habitualmente involucrados en protestas, tales como los obreros, campesinos y maestros (Vanguardia Liberal, 1983).

También se presentaron en 1983 protestas estudiantiles universitarias en instituciones públicas de Bogotá y Cali, paros de empleados estatales, y se acudió a nuevos repertorios, tales como efectuar grandes marchas con el fin de llegar a Bogotá para hablar directamente con el presidente Belisario Betancur (Archila, 2003). Ante los pocos resultados obtenidos desde el Estado, algunas comunidades simplemente optaron por organizarse y construir sus propias

soluciones. Desde el Estado se dio un espaldarazo a esas iniciativas de acción colectiva institucional fortaleciendo la acción comunal mediante la creación de una comisión nacional (Cuello Díaz, 1983; El País, 1983; Jaramillo, 1983).

El auge de los paros cívicos y las marchas campesinas continuó durante el período 1983 – 1988 (Romero, 1984; Vanguardia Liberal, 1987f), y se interpretó como un fenómeno debido a:

> *Razones de índole estructural, es decir, ante el bloqueo que hay ante una libre expresión política, ante los obstáculos para la participación por efectos del bipartidismo, de la vigencia de un régimen presidencialista, por el largo ejercicio de ésta democracia restringida, las masas espontáneamente irrumpen en la escena política"*; también se les asumió como prueba ante la opinión pública de una supuesta *" necesidad de una urgente reforma político - administrativa…Las consecuencias de orden público que de allí derivan no necesitan ser demostradas. No habrá soluciones hasta tanto no se resuelva el problema de la descentralización (De La Espriella, 1982).*

En 1984 se destacaron los paros cívicos en el nororiente y suroriente antioqueños, junto con las protestas universitarias ante el desalojo de las residencias estudiantiles de la UN, que desencadenaron el cierre más largo durante la historia de este plantel, extendido por casi un año. Otros movimientos cívicos urbanos por servicios públicos ocurrieron en Barranquilla y Nariño, y existieron movilizaciones campesinas de apoyo al proceso de negociación que se adelantaba con la guerrilla; también empezaron a llegar a Bogotá los desplazados de la región de Urabá para denunciar la situación de extrema violencia en la región, y en contraparte se organizaron marchas multitudinarias contra el secuestro de banqueros y empresarios (Archila, 2003).

Mientras que el gobierno hablaba de paz en 1986, la represión violenta desde diversos actores continuaba azotando en todo el país a quienes se atrevían a integrar movilizaciones sociales, pese a la existencia activa de una comisión nacional de paz:

> *Decenas de campesinos han caído en Cimitarra, Yarima, Puerto Nuevo, Campo Capote, India Media, Puerto Parra, Sogamoso, Sabana de Torres, en la Vía a la autopista de Bucaramanga, y otros sitios de nuestro departamento, sin que hasta el momento se haya logrado ubicar responsabilidades y castigo para los autores materiales e intelectuales... y continúan cayendo hombres y mujeres en los campos y las ciudades, mientras que voceros del gobierno hablan de paz... (Vanguardia Liberal, 1986b).*

> *Cerca de 400 familias se concentraron en Villavicencio al concluir un éxodo desde Medellín del Ariari, donde dicen ser víctimas del hostigamiento por parte del Ejército que ha tomado el control de esa zona. Provienen de las veredas La Cumbre, el Vergel, La Unión, Caño Embarrado, Alto Cumaral y Campoalegre, del municipio de El Castillo (León Bedoya, 1986).*

Los sectores estudiantiles efectuaron variados movimientos de denuncia contra las violaciones a los derechos humanos, motivados por las continuas desapariciones de personas, que afectaron de manera importante a la comunidad educativa. También ocurrieron protestas ciudadanas denominadas “marchas del silencio”. Finalizando el año 1986 abundaron las marchas campesinas, en especial en los departamentos del Meta, Huila, Caquetá, Magdalena y Cesar. También se presentaron protestas laborales de médicos, maestros, de medios de comunicación y del sector industrial (Archila, 2003).

Para 1987, se destacaron los paros locales y regionales, en especial el de Antioquia y el de cinco departamentos de la región nororiental del país, entre mayo y junio (Archila, 2003); un incremento en la represión no se hizo esperar, en el contexto de una estrategia de descrédito y criminalización hacia la protesta social en general, y hacia sus manifestaciones más ostensible de ese momento, las marchas campesinas y los paros cívicos. El siguiente texto de prensa ilustra el clima promovido hacia la movilización social del país:

> *¿Sabe el país cuanto le están costando las famosas marchas campesinas y los paros cívicos? Nadie se ha preocupado al respecto... y es importante...el desangre [del] fisco nacional... muchos de éstos movimientos tienen razón... pero a éstas marchas algunas veces bien fundamentadas, les mezclan política, maquiavélicos fines casi siempre fomentados por organizaciones de extrema, y para ser francos, bien aprovechados por activistas de la UP... El gobierno - con el Comisionado para la Rehabilitación, Normalización y Reconciliación, doctor Ossa Escobar, viene duplicándose y trabajando en forma admirable... a contribuido muy eficazmente para controlar indebidos desbordes populares. Pero las marchas se repiten (El Tiempo, 1987).*

Así, de la misma manera en que se extendieron las marchas como repertorio de protesta en el país, se fue fortaleciendo una estrategia de comunicación tendiente a desvirtuarlas, a ligarlas con desorden social y peligros subversivo, y a justificar su represión violenta para conseguir “protección ciudadana” (El Mundo, 1987),ante la “amenaza comunista” que representarían:

> *El país sigue conmovido por los estragos de la subversión del orden público... se agrega el crecimiento de la delincuencia común... la inseguridad reinante en ciudades y campos, y finalmente, las*

> *marchas escalonadas del campesinado… acuciadas por el estímulo de la agitación política que merodea detrás de sus pasos… su organización regimentada, casi que militar, más que civil o de protesta ciudadana, revela a las claras el objetivo fundamental de sus hasta el momento entrenamientos con miras a una lucha más pugnaz y menos reservada… [hay] evidente presión masiva …en el inmediato debate electoral por la obtención de las alcaldías… para asegurar en determinados sitios estratégicos una contundente victoria electoral que más tarde sirva de cabeza de puente a las subsiguientes acciones subversivas (Colprensa, 1987).*

También se mostraba a los paros cívicos como generadores de *"parálisis progresiva de la sociedad, y en particular, de los sectores económicamente productivos"*, y como el resultado de una *"crisis de comunicación que surge entre una autoridad lejana, saturada de solicitudes… y unas comunidades específicas, solamente ocupadas e interesadas en sus necesidades… El derecho de petición... ni es utilizado ni ejercido en debida forma por los particulares, como tampoco atendido como debiera serlo por parte de las autoridades" (El Siglo, 1987).*

Sin embargo, algunos periódicos empezaron a reseñarlos como *"una interesante forma de expresión ciudadana al mostrarse como la única manera de que las autoridades atiendan las necesidades primarias de los gobernados… "*, que no obstante entrañaba una amenaza latente contra el bienestar general pues "*ojalá no vayan a derivar las que pueden ser útiles protestas cívicas... en violentas provocaciones a la fuerza pública o en movimientos manipulados e infiltrados por anarquistas y agitadores" (Ayatollah -seudónimo-. 1987)*.

Aunque el Consejero Presidencial Ossa Escobar expresó que "el gobierno ve, en éstas manifestaciones, una legítima protesta por lo que había venido pasando en el país" y el gobernador calificó las peticiones como "razonables", las zonas donde

ocurrían, por ejemplo la región de Ocaña durante el Paro Nororiental, fueron militarizadas. Además, los mismos gobernantes promovieron en distintos medios de comunicación versiones que indicaban que la marcha campesina no era cívica sino “política”, organizada por “la Unión Patriótica y la CUT”, asimilable a una acción “terrorista”, antidemocrática, y “subversiva” (Calderón, 1987; El Mundo, 1987; Vanguardia Liberal, 1987b) .

Inclusive, algunos organismos internacionales de ayuda humanitaria entraron en la lógica del control social hacia los participantes en las marchas campesinas, en contravía de los principios humanitarios, tal como se evidencia en los apartes de una nota de prensa: "la única situación anormal que se ha presentado es el retiro de los miembros de la Cruz Roja Colombiana, quienes pretendían anotar los nombres de los labriegos que atendían, cosa que los directivos del paro no permitieron” (Vanguardia Liberal, 1987c).

Ante el paro nororiental, el ex ministro Álvaro Leyva Durán, miembro del Directorio Nacional Conservador, pidió al gobierno mediante un derecho de petición “que precise claramente la diferencia entre un paro cívico legal y uno ilegal, y que señale bajo qué condiciones se puede dar la protesta en la forma de paro cívico" (El Espectador, 1987).

Junto con los paros cívicos y marchas campesinas, se presentó en 1987 un incremento de las protestas sociales motivadas por el reclamo del derecho a la vida, ostensiblemente afectado por cuenta del auge de la “guerra sucia” que cobró la vida de numerosos líderes sociales y políticos de izquierda (Archila, 2003).

Aunque los paros cívicos a lo largo de todo el país en el período estuvieron habitualmente relacionados con solicitud de acceso o mejor calidad en los servicios públicos, una reivindicación indirectamente relacionada con la emergencia de ETV pues la ausencia de servicios públicos adecuados suele

facilitar las condiciones de aparición de las epidemias, los manifestantes difícilmente identificaron sus protestas con reclamaciones relacionadas con la salud pública.

No obstante, existieron excepciones. Durante 1984 en Quibdó (Chocó) el vicario apostólico de la ciudad encabezó una marcha por cinco horas, en la cual participaron indígenas, médicos, estudiantes, deportistas, niños y niñas, monjas y toda la curia del Chocó; la marcha, organizada con el fin de procurar *"la justicia, y defender con dignidad el derecho de la persona humana",* coreó las siguientes consignas:

> *Muerte en el campo, Muerte en la ciudad, y malaria sin funcionar… La negación de la salud es violación de los derechos del pueblo…Contra la indiferencia del gobierno central, protesta popular (Ruiz Cano, 1984).*

También en Puerto Claver (Antioquia) la comunidad organizó en 1985 una marcha y el bloqueo de una vía, con lo cual consiguieron que la Secretaría de Salud nombrara el personal necesario para operar el programa de control de la malaria, que se encontraba paralizado (El Colombiano, 1985a).

E iniciando el mes de mayo de 1986, los pobladores del municipio de Concepción – Santander – organizaron un comité cívico con el objetivo de demandar al INAS porque "*no ha cumplido con el contrato de 15 millones de pesos para la terminación del acueducto que está empezado hace dos años y que decidieron no continuar"*(Vanguardia Liberal, 1986a).

Además, en el contexto de los Paros Cívicos que se desarrollaron en varias regiones del país, fue usual que se incluyeran reivindicaciones relacionadas con el sector salud, aunque casi siempre referidas a solicitud de infraestructura

representada en centros y puestos de salud, o adecuación hospitalaria (Galvis, 1988).

Aún así, en general se trató de reivindicaciones marginales, efectuadas en el contexto de otros reclamos relacionados con servicios públicos e infraestructura básica, y solo de manera excepcional se abordaron problemas sanitarios distintos a la deficiencia en la red hospitalaria.

4.1.5. “Y malaria sin funcionar”, el sector salud y los programas contra enfermedades transmitidas por vectores en el panorama nacional de la protesta social

En tal contexto, los sindicatos nacionales de la salud continuaban denunciando “además de la falta de elementos y suministro de trabajo” en los hospitales públicos, las constantes deudas salariales y prestacionales con los trabajadores, situación que en su conjunto motivó de nuevo movimientos de protesta sectoriales (Asmedas - Anthoc - Anec, 1983). En ocasiones, estos movimientos no solo contaron con apoyo cívico, sino que fueron instados por la misma población.

Un Foro Nacional de Salud Pública y Seguridad Social celebrado en Bogotá con la participación de 500 delegados de todo el país discutió sobre: crisis hospitalaria, seguridad social en Colombia, enfermedades tropicales y salud ocupacional. Entre sus principales conclusiones estuvieron: que la inconsistencia de la financiación del sector estaba en relación directa con el tipo de fuentes asignadas en mayor proporción (impuestos a juegos de azar y bebidas alcohólicas); que existía una inconsistencia entre el número de personas que teóricamente deberían atenderse en el sector y las que realmente se atendían (solo un 45%); y que en los últimos 10 años se redujo en un 50 % el presupuesto del sector (bajando de 8.9% en 1974 a 4.35% en 1985), con el subsiguiente déficit presupuestal hospitalario (acumulado de 75 millones hasta 1985) (Navia, 1986b).

En el Foro, convocado por la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud, se identificaron como grandes amenazas para la salud pública nacional la “marcada tendencia a la privatización en el área de salud y seguridad social”, así como la parálisis de las campañas de erradicación de enfermedades transmitidas por vectores, como paludismo, fiebre amarilla y dengue; lo anterior, exacerbado por la necesidad de implantación de nuevas medidas de saneamiento ambiental, puesto que “15 millones de colombianos carecen de agua potable y solo el 45% de la población cuenta con agua aceptable” (Navia, 1986b).

La Federación Nacional de Trabajadores de la Salud exigió al gobierno nacional la ampliación del presupuesto para el sector, en el contexto del llamado “Foro Nacional por la Defensa de la Salud Pública y la Seguridad Social”, celebrado los días 1 y 14 de junio de 1986. Los asistentes propusieron específicamente al gobierno “que el Estado se responsabilice de la financiación de la salud y la seguridad social, y de la ampliación de coberturas” (Granados, 1986e; Navia, 1986b).

En el caso de las protestas del sector salud ante la crisis, el Foro destacó la desatención generalizada a los pliegos de peticiones, lo cual forzó medidas desesperadas en algunos casos, tales como *“10 días de huelga de hambre por parte de las trabajadoras del Hospital Universitario San Ignacio, de Bogotá, para que los patronos aceptaran discutir el pliego”* (Pabloe - seudónimo-, 1986).

La CUT planteó ante la situación hospitalaria que: *“si el gobierno ha demostrado incapacidad en el manejo del sector hospitalario, estamos dispuestos a administrar los hospitales y a dirigir tanto la parte científica como la administrativa*”, sin desconocer el rol jugado por recorte al gasto social producido por la deuda externa nacional. Agremiaciones de médicos explicaron la crisis del sector salud por *"las políticas de desarrollo del gobierno [que] van atrasadas de las*

necesidades sociales y de la salud de la población colombiana" (El Colombiano, 1987b; El Espectador, 1987b, 1987c).

En tal contexto, ASMEDAS exploró en 1987 la opción de ingresar a la CUT; los médicos declararon que no estaban interesados "porque esta no representa los intereses de los trabajadores de la salud" (El Tiempo, 1987f).

Las principales protestas organizadas por actores del sector salud durante el período estuvieron motivadas por diversas manifestaciones de la crisis hospitalaria nacional (Anexo No. 5); los dirigentes sindicales denunciaron que ante sus reclamos, el Ministerio de Salud les respondió "*hagan lo que quieran, no hay plata",* dejando sin solución la crisis (Voz Proletaria., 1983). Los conflictos laborales por incumplimiento salarial, que recrudecieron durante el período, fueron reprimidos vigorosamente como regla general (El Espectador, 1987c).

En cambio, se promovieron acciones de colecta mediante "certámenes sociales y cívicos" o solicitudes de ayuda al sector privado empresarial, con el fin de poder comprar medicamentos y material quirúrgico para hacer posible el funcionamiento de muchos hospitales e instituciones sanitarias (Child, 1985; El Espectador, 1987c; El País, 1985a; Granados, 1986g).

Aún menos visibles dentro del panorama nacional de la protesta social que los paros hospitalario, se adelantaron en el período varias marchas y otros tipos de protestas por parte de trabajadores del SEM, motivados habitualmente por la desfinanciación a la cual estaban sometidos los programas ante ETV, con ausencia de insumos mínimos, y constante retraso en mesadas, viáticos y dotaciones de los trabajadores. Igualmente, la desaparición de varios trabajadores rurales de estos programas en ejercicio de sus funciones animó la protesta en varias ocasiones. Prácticamente fuera de los registros de la prensa, la ola de

protestas de los trabajadores de malaria se expandió especialmente a partir de finales del año 1982 e inicios de 1983, y fue muy intensa hasta 1985:

> *En los años 82 a 85 se hicieron muchas movilizaciones en ese sentido, por falta de insumos para rociamientos, que eran la fuente fundamental de las tareas de los que estaban en el área rural (Líder Sindical de Anthoc, 2007).*

Aunque coexistieron y se entrecruzaron en el tiempo las protestas que los trabajadores del SEM organizaron durante el período por violaciones a los DDHH de sus compañeros de trabajo, y ante incumplimientos salariales y otros motivos gremiales, serán presentadas a continuación de manera disgregada atendiendo a las causas centrales de reclamo. Como casi nunca alcanzaron visibilidad a través de los medios de comunicación colombianos, éstas protestas han permanecido por fuera de los análisis generales de la protesta social colombiana, y de la ocurrida en el sector salud, por lo cual se ha considerada valioso presentar su análisis detallado a partir de fuentes inéditas en su mayoría.

4.1.6. Movilización legal ante las desapariciones de malarios en zonas de orden público

Las inmediaciones de muchos de los nuevos proyectos militares organizados para reforzar la estrategia contrainsurgente impulsada en el período correspondían con frecuencia a zonas de muy alto riesgo para enfermedades transmitidas por vectores, como en el caso del municipio de Yondó, en donde pese a las difíciles condiciones de seguridad que quedaban planteadas para los trabajos sanitarios en terreno como consecuencia de la avanzada militarista, el SEM decidió ubicar una brigada montada y un visitador medicador durante los meses de marzo a junio de 1983, para intentar controlar el incremento de casos de paludismo registrado en los municipios de La Cimitarra, Caño El Cirineo, La Pipa de Don Juan, Caño El

Don Juan, Ciénaga El Firme, El Porvenir, El Manquecal, San Francisco, y Caño Bodegas(Jefe Zona XIV Honda SEM, 1983).

El día 30 de mayo de 1983 el Jefe del SEM en la Zona XIV Honda, recibió un marconi informando la desaparición de la brigada montada que había sido destinada meses atrás para el área rural de Yondó. De inmediato se ordenó la búsqueda, y se solicitó información en el Batallón Bomboná (Puerto Berrío), el Batallón Nueva Granada (Barrancabermeja) y la Brigada No. 14, vecinas a la zona de desaparición (Puerto Cirineo); la búsqueda continuó infructuosa hasta mediados del mes de Junio, con apoyo de los trabajadores del SEM en la zona de Bucaramanga, y terminó con un denuncio penal por secuestro u homicidio contra desconocidos(Jefe Zona XIV Honda SEM, 1983).

Ante esto, tanto los sindicatos que cobijaban trabajadores del SEM (SINDESS y ANDEMISAP, primordialmente), como los mismos empleadores, hicieron eco del reclamo de los trabajadores de campo en torno a desapariciones de empleados del servicio, no solo en Yondó, sino en distintas regiones del país.

Estas desapariciones del año 1983, correspondientes a tres funcionarios de la Zona XIV Honda (Rueda, 1983), motivaron que los trabajadores y empleadores construyeran de manera colaborativa un censo de trabajadores del SEM perdidos en ejercicio de sus labores a lo largo del país, con base en los distintos registros llevados en cada zona, el cual arrojó un total de 41 trabajadores asesinados en cumplimiento de sus funciones sanitarias dentro de 10 regiones, y de 56 trabajadores desaparecidos en similares circunstancias dentro de 9 regiones (Anexo No. 6). Las zonas más afectadas por ambos fenómenos fueron Medellín, Honda, y Bucaramanga. También se contabilizó cuantos trabajadores tenía el SEM trabajando a la fecha en zonas con riesgo por orden público (Anexo No. 7), identificándose 151, y se evaluó el grado de desarrollo de las actividades propias

del servicio en dichos lugares, que en todos los casos era parcial (Dirección del SEM Bogotá, 1983a).

A partir de lo anterior se encontró que el porcentaje de mortalidad violenta de los trabajadores del SEM para la época, sin discriminar entre zonas de "orden público"[25] y otras regiones, era del 1.7%, mientras que el de desapariciones alcanzaba el 0.6%. Tomando en el denominador solo los trabajadores ubicados en territorios bajo CAI activo, se encontraba una proporción promedio de muertos y desaparecidos del 23% entre quienes eran asignados allí por el SEM (Dirección del SEM Bogotá, 1983b).

En torno a ésta situación y ante las protestas de trabajadores que se suscitaron en consecuencia, las directivas del SEM expresaron:

> *Se quiere resaltar que la entidad ha efectuado las diligencias de su competencia con el mayor interés y prontitud sin invadir el campo de las investigaciones judiciales propias de estos casos y que conducirán al respectivo fallo judicial que es el que origina derechos laborales por muerte presunta (Dirección del SEM Bogotá, 1983a).*

Antes de que se pudieran resolver los casos anteriores, las desapariciones continuaron. Ante tres casos de fiebre amarilla confirmados por el INAS en la región del Sarare (Arauca), fue enviado un grupo de funcionarios del programa de Aedes aegypti Zona Cúcuta durante el mes de Octubre de 1984, para iniciar vacunación y fumigación, y controlar la epidemia. La brigada completa (5 funcionarios del SEM) desapareció alrededor de la tercera semana del mes en jurisdicción de Tame, lo cual motivó un intenso operativo de búsqueda infructuosa adelantado por sus compañeros, y una denuncia penal sin resultados hasta la

[25] Se llama así en Colombia a aquellos territorios fuertemente afectados por el CAI, que generalmente están en disputa entre actores armados diversos.

fecha. Con semanas de diferencia, también desapareció un funcionario visitador medicador de malaria en la región de Fortul, Arauca (Carrascal, 1984; Celis, 1984a, 1984c, 1984d; Diario de la Frontera, 1984; Jefatura Zona Cúcuta SEM, 1984).

Para 1985, continuaban las gestiones administrativas en el SEM en relación con trabajadores desaparecidos en ejercicio de sus funciones, identificándose casos no resueltos incluso desde 12 años antes (Rueda, 1985). Adicionalmente, en abril de 1985 la Federación Sindical Mundial y la Confederación Sindical de Trabajadores de Colombia presentaron ante la OIT un alegato relativo a la desaparición de 70 trabajadores del SEM (Organización Internacional del Trabajo, 1987).

Durante el foro sobre la malaria celebrado en Bogotá a mediados de 1985, los trabajadores del SEM protestaron por la falta de atención del gobierno a las continuas desapariciones de las personas dedicadas a este tipo de trabajo; denunciaron que:

> *Desde 1968 hasta la fecha han desaparecido 77 trabajadores, y en los últimos 8 meses no se volvió a saber de Luis Aquiles Meza, Carlos J. Mendoza, Juan José Buendía, Manuel Fonseca, Miguel A. Mejía y Gregorio González, perdidos en Saravena (Sánchez, 1985).*

También se reactivó la presión en busca de resultados en torno a las desapariciones de los últimos años, que aún no habían sido esclarecidas (Ministerio de Salud República de Colombia, 1985a, 1985b, 1985c, 1985d, 1985e; Procuraduría General de la Nación, 1985; Rueda, 1985); en consecuencia, fueron emitidas comunicaciones oficiales sobre algunos casos, con el fin de que las familias consiguieran las respectivas prestaciones sociales de sobrevivencia (Anexo No. 8).

El 3 de octubre de 1985, Guillermo Sarmiento, director del SEM regional VIII - Cali, reveló que los casos de malaria estaban en aumento en esa jurisdicción (municipios del norte del Cauca, parte del Valle sobre el rio Cauca, Quindío, Risaralda, ala derecha de Caldas, y algunas localidades del Chocó). Mencionó ante la prensa que, además de la ausencia de pagos a los trabajadores, sus largos movimientos de paro y la continua falta de suministros para el desarrollo de las acciones de los programas sanitarios, los riesgos cotidianos corridos por los trabajadores en el desempeño de sus funciones estaban contribuyendo a hacer difícil el control de las epidemias:

> *El empleado que combate la malaria debe arriesgar la vida en todo momento y sufrir el rechazo de los mismos campesinos, que se sienten incomodados por su presencia. En zonas de orden público son secuestrados, y en ocasiones, asesinados. Los guerrilleros los capturan, y solo cuando comprueban su calidad de trabajadores, los liberan. El ejército les dificulta también el trabajo, y los campesinos se muestran incómodos cuando les "voltean" sus casas en busca de zancudos. La dirección del SEM ha optado por no hacer el cubrimiento en zonas donde se presenten enfrentamientos entre guerrilleros y ejército, al menos mientras persistan. Por el incumplimiento de los salarios, los empleados, en especial los asignados al control del dengue, se enfrentan con los directivos regionales. Los cultivadores de coca y marihuana se constituyen también en una dificultad para el tratamiento de la malaria. Al llegar los empleados del SEM a bastas zonas donde se cultivan estas plantas, son obligados por los narcotraficantes a retirarse bajo amenazas de muerte. En casos en que ha coincidido la presencia de funcionarios del SEM con el desmantelamiento de bandas de traficantes de droga, o golpes a la guerrilla, los afectados achacan lo*

> *ocurrido a los empleados del SEM y terminan por condenarlos a muerte, tras acusarlos de sapos*[26] (El País, 1985b).

Entre febrero y mayo de 1986, la OIT y el Gobierno de Colombia sostuvieron una serie de reuniones en torno a la querella interpuesta por la Federación Sindical Mundial y la Confederación Sindical de Trabajadores de Colombia en abril de 1985, que entre otros temas tocaba las desapariciones y asesinatos de trabajadores del SEM. Como resultado, la OIT recomendó abrir investigaciones judiciales ante todos los casos reseñados (Organización Internacional del Trabajo, 1987).

El 22 de Septiembre de 1986, el jefe de la Zona Cúcuta del SEM, Dr. Florentino Celis, envió un oficio al Juez 21 de instrucción criminal de Saravena, indagando por la suerte de los trabajadores Juan José Buendía, Manuel Fernando Fonseca Alarcón, Miguel Ángel Mejía Barajas, Carlos Julio Mendoza Rojas, Gregorio Ernesto González Gallardo, y Luis Aquiles Meza Coba, desaparecidos en la región del Sarare mientras realizaban acciones anti- amarílicas. Rinde allí testimonio de la ausencia de esclarecimiento en torno a las condiciones de su desaparición:

> *Algunos familiares de los funcionarios con intervención de la Procuraduría estuvieron en la cárcel de Bucaramanga y en la sede de la 54 Brigada para inspección de detenidos, dando resultados negativos. La procuraduría regional de Arauca mediante oficio No. 1598 de octubre 17 de 1985 me informó que a pesar de las investigaciones realizadas no tiene información que pueda dar un indicio (Celis, 1986).*

[26] Coloquialmente se les llama “sapos” en Colombia a personas que actúan como informantes de una u otra fuerza en pugna dentro del CAI.

En el año 1987 se produjo un nuevo pronunciamiento de la OIT sobre el caso de desaparición de funcionarios del SEM colombiano. Al respecto, y en contra de muchos de los documentos guardados en archivos sindicales nacionales, la organización informó que:

> *[En cuanto a la] Presunta desaparición de 70 trabajadores del Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM), el Procurador Delegado para las Fuerzas Militares informó que ninguna de las investigaciones hasta ahora realizadas ha demostrado que sea cierta la afirmación de que han desaparecido 70 trabajadores del SEM. El Juzgado Promiscuo Municipal de Yondó (Antioquia) adelanta el proceso penal núm. 342 por la presunta desaparición de Oliverio Hernández Leal, José A. Cardona e Ignacio Soto Bedoya, en tanto que en el Juzgado Segundo Promiscuo del Circuito de Arauca (Arauca) cursa la investigación penal núm. 2218 por la supuesta desaparición de Luis Aquiles Mesa (sobre el que recientemente se ordenó el archivo provisional del expediente, en virtud del artículo 473 del CPP), Juan José Buendía, Manuel Fonseca, Miguel Ángel Mejía, Gregorio Ernesto González y Carlos Julio Mendoza. Conviene llamar la atención sobre lo exagerado de la queja, ya que no han desaparecido 70 trabajadores del Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM) y, por el contrario, se están llevando a cabo los procesos penales a que todo caso de desaparición da lugar únicamente respecto a las nueve personas antes citadas, las cuales pertenecen a aquél. No consta por ningún medio que hayan desaparecido más trabajadores (Organización Internacional del Trabajo, 1987).*

Toda ésta acción solo se visibilizó ante la opinión pública mediante algunos comunicados de prensa publicado a petición del SEM en diarios de circulación regional (Celis, 1984b); fuera de las denuncias efectuadas durante foros que

fueron reseñados por la prensa, y de la mención ocasional al tema que se realizó durante marchas y paros convocados por los trabajadores del servicio.

4.1.7. Paros ante la violencia estructural que desfinanciación los programas sanitarios contra vectores

No obstante las desapariciones de trabajadores, fue la crisis presupuestal permanente del SEM el desencadenante central de gran parte de las protestas sostenidas por sus distintas secciones en el período 1983 - 1988; inclusive se hizo uso de repertorios extremos, como una toma de la Gobernación de Santander, pero lo más frecuente fueron las marchas y paros, que llegaron a afectar grandes zonas del país (Líder Sindical de Anthoc, 2007).

En esas circunstancias, los trabajadores del SEM de Urabá se lanzaron a paro finalizando el mes de Mayo de 1983 en el contexto de una epidemia de paludismo. El Colegio Médico de Urabá envió telegramas y cartas al Presidente Belisario Betancur y a los medios de comunicación, anunciando:

> *Urgente. Urabá pierde guerra contra la Malaria, 100 empleados del Servicio de Erradicación de la Malaria en huelga por falta de pago de viáticos desde febrero. Esto causa epidemia nunca antes vista en Urabá. Seiscientos pacientes diarios sin contar miles más que no consultan, falta recursos. Colegio Médico Urabá aglutina 30 profesionales. Clama medidas urgentes… Urgente. Epidemia paludismo azota región de Urabá. Miles afectados, docenas de muertos. Situación agravada paro funcionarios Servicio Erradicación Malaria desde hace veinte días por falta pago viáticos desde febrero, Concejo Apartadó y ciudadanía Urabá solicitan solución inmediata fin evitar catástrofe salubridad* (El Colombiano, 1983a).

El SEM de los Departamentos de Atlántico, Bolívar, Guajira y Magdalena se declaró también en paro total hacia el 20 de Julio de 1983. Los trescientos cincuenta trabajadores involucrados tomaron esa decisión para presionar el pago de nueve millones de pesos, por concepto de salarios, viáticos y primas semestrales.

Siendo época de lluvias, ésta situación se hizo más alarmante tomando en cuenta que un mes antes hubo en Barranquilla una epidemia de paludismo, y que según manifestó el dirigente sindical del SINDESS en el Atlántico, Fermín Rambal: *"el Servicio no ha recibido, desde hace meses, fumigantes ni granulados para los trabajos de erradicación y control que se necesitan para la zona, y las reservas que existen en el almacén están prácticamente agotadas"*. Luego de una reunión con el director de la Zona Dos del SEM, Antonio Donado, los huelguistas quedaron a la espera del pago de sus primas semestrales para reintegrarse a las labores (Granados, 1983b).

Simultáneamente, los trabajadores del SEM pertenecientes al SINDESS en Córdoba, luego de 38 días parados por falta de insumos para desarrollar sus tareas, enviaron una petición de ayuda al Presidente Betancur, en la que exponían sus puntos de vista en torno a la situación de salud pública y las ETV:

> *Nos permitimos expresar algunas inquietudes por la situación caótica que vivimos los trabajadores y la comunidad en materia laboral y de salud pública. El gobierno nacional desde hace muchos años le presta poco interés en resolver los problemas de los trabajadores y del pueblo, pues de nada valen los esfuerzos de abnegados funcionarios del SEM desde hace más de 25 años, exponiendo nuestras vidas (hoy hay más de 30 desaparecidos en el país) en pro de la salud del pueblo, de nada valen las campañas publicitarias si no vienen acompañadas de los insumos necesarios para combatir el*

> *terrible flagelo del Paludismo. Los insumos no son suministrados a tiempo. A los trabajadores nos hostigan por un lado la empresa y el ejército, y por el otro los grupos de presión en zonas de orden público, poniendo en peligro nuestras vidas y las de nuestras familias. No hay entrega de dotación, no hay pago de viáticos de junio y mayo, ni de sueldos de julio. Con la salud del pueblo no se puede jugar ... en éstos momentos el Gobierno trata de cancelar algunas campañas, tal es el caso de las campañas anti aegypti, que combate la fiebre amarilla y el dengue* (Rangel, 1983).

A mediados de agosto de se organizó otro paro, en el Golfo de Urabá, donde se adeudaba a los trabajadores sus salarios y viáticos desde el mes de abril, así como dotaciones desde 1981. Igualmente, se unieron trabajadores sindicalizados en SINDESS y ANDEMISAP (que cobijaban al 70% de los trabajadores del SEM) en Valledupar y Magangué. Algunos de los participantes en la huelga fueron despedidos, y los delegados del sindicato SINDESS anunciaron que no fueron recibidos en Bogotá (El Colombiano., 1983b). En palabras de los directivos del SEM: *"[el sindicato] ANDEMISAP ha comprendido mejor la situación [de crisis financiera en el SEM], pero el SINDESS no, [continuando] con su amenaza de paro escalonado"(Dirección del SEM Bogotá, 1983a).*

Para la época, el SINDESS, con sede en Bogotá, agrupaba personal del SEM de las zonas de Barranquilla, Valledupar, Magangué, Montería, Quibdó, Tumaco, Girardot y Honda. ANDEMISAP, con sede en Villavicencio, agrupaba funcionarios de las zonas Cali, Buenaventura, Florencia, Villavicencio, Bucaramanga, Cúcuta, Pasto y Yopal.

El 17 de Agosto se reunieron a negociar el director nacional del SEM, Dr. Oswaldo Cáliz Peña; por parte del SINDESS, los señores Juan Alarcón Cajamarca y Abelardo Martínez; y por ANDEMISAP, los señores Luis Tejada y Bonifacio

Medina. Entre los puntos a tratar, se encontraba el reintegro de los trabajadores declarados insubsistentes en las zonas de Buenaventura, Florencia y Antioquia; la situación Financiera de la entidad, y su impacto en la programación de actividades sanitarias; y los permisos sindicales. Después de una amplia deliberación se concluyó:

> *Reintegrar los funcionarios declarados insubsistentes [eran 8] por estar protestando por atrasos en viáticos y salarios, algunos en su misma zona y cargo, otros en otras, una cuando se presente vacante. A solicitud del SINDESS y ANDEMISAP la dirección del SEM se compromete a buscar formulas de solución que permitan una pronta superación del problema financiero de la entidad* (Cáliz; et al, 1983).

El movimiento permitió conseguir además que se normalizara la disponibilidad de insecticida en las distintas zonas, mediante la distribución de 100 toneladas de DDT al 75%, y el inicio de trámite de nacionalización en el puerto de Barranquilla de otras 200 toneladas, además de la expectativa de recibir 100 toneladas adicionales de la OPS / OMS destinadas a áreas endémicas. Este movimiento fue decidido mediante asamblea sindical llevada a cabo el 29 de Agosto, con presencia de la directiva nacional del SINDESS en Barranquilla (Dirección del SEM Bogotá, 1983a; Donado, 1983).

La Junta Nacional del SINDESS envió comunicaciones al Presidente de la República Belisario Betancur, al Ministro de Salud Jaime Arias, y al Director General de Campañas Directas Oswaldo Cáliz iniciando el mes de Septiembre, en las cuales se expresaba que existía una:

> *Caótica y crítica situación del sector por causa de una serie de políticas lesivas y fatales. Sin hacer de lado la problemática general de nuestro país, hemos podido darnos cuenta del inaceptable e*

inconcebible abandono y apatía mostrados por el Gobierno Nacional ...en cuanto tiene que ver con las Campañas Directas en el territorio nacional, lo cual se materializa en: la pretensión reiterada de eliminar la Campaña Anti-Aegypti, la carencia de drogas e insecticidas y equipos de trabajo, tardanza sistemática y prolongada en la cancelación de viáticos y salarios, no entrega de dotaciones desde hace dos (2) años, desaparición de compañeros, despidos y persecución a dirigentes sindicales. Consideramos que son todos esos factores los que han llevado a una parálisis de la campaña en todo el país y es lo que explica el alarmante crecimiento de los índices de paludismo en todo el país con graves efectos sobre la población y la responsabilidad de todo esto recae en quienes tienen en sus manos la solución de los problemas antes mencionados. Es decir, no dudamos en afirmar que el gobierno nacional es quien debe responder por lo sucedido y lo que suceda en adelante en este sentido. Además de lo anterior, encontramos una serie de reivindicaciones que consideramos de urgente alcance para mitigar, siquiera en parte, la asfixiante situación que atravesamos. Estas se podrían sintetizar así: reintegro de los despedidos; reclasificación del personal en todos los niveles; incremento de la prima de servicio y de navidad; reconocimiento de la prima de antigüedad; prima especial para el personal que manipula insecticidas y para el que trabaja en zonas de orden público; seguro de vida; pensión a los quince (15) años de servicio y cualquier edad; reconocimiento de salarios a los desaparecidos; servicio de bienestar social; remuneración de acuerdo al cargo que realmente se desempeña acompañado de ascensos de acuerdo al mérito, etc..... Hemos decidido adelantar una serie de actividades que van desde las protestas cuya duración aumentará gradualmente hasta la huelga indefinida en todo el país hasta que sean escuchadas y solucionadas nuestras solicitudes aquí

> *planteadas. Denunciamos ante la comunidad el problema y sus verdaderas causas y estamos dispuestos a no abandonar nuestra lucha hasta que verdaderamente seamos escuchados y atendidos ya que consideramos que nos asiste la razón. ...Estamos dispuestos a dialogar en términos de soluciones reales* (Alarcón, 1983b).

En cuanto a la solicitud de reintegro para los trabajadores despedidos en el curso de las protestas sindicales, y otras reclamaciones, las directivas del Servicio de Erradicación de la Malaria expresaron:

> *Respecto al reintegro de los supuestos despedidos se aclara que las personas que han salido del servicio en el transcurso del año obedecieron a sendas declaratorias de insubsistencia. No hay disculpas por atraso de sueldos, viáticos, programación de actividades, salvo las dotaciones de uniformes que se adquirirán en el transcurso de los días por licitación pública que deberá autorizar el ministro (Dirección del SEM Bogotá, 1983a).*

En concordancia, en las comunicaciones internas sostenidas por los directivos del SEM y del Ministerio de Salud, quedaba claro el origen de las dificultades financieras de la entidad, y de las graves consecuencias para mantener la continuidad en las acciones orientadas a controlar las enfermedades transmitidas por vectores en el país que de allí se derivaban:

> *El SEM reconoce a todos sus trabajadores todos los beneficios, derechos y prestaciones de seguridad social, pero para ello depende del presupuesto nacional y de los giros que oportunamente debe enviar la Tesorería General de la República a la unidad de finanzas del Ministerio de Salud, quien a su vez gira a las oficinas zonales lo correspondiente a cada una. En el presente año la Tesorería General*

de la Nación interrumpió el envío de los dineros, además de que el presupuesto asignado es insuficiente para cubrir los gastos de funcionamiento, y a la fecha después de casi 1 año de gestión, se ha logrado que le ingresen al SEM los dineros que estaban atrasados de los meses de mayo, junio, julio y agosto; es así como de inmediato se ha procedido a enviar los giros, para cubrir todas las deudas atrasadas en las oficinas zonales a la fecha… Personalmente en mi calidad de director, en vista de que el nivel superior me comunicó la imposibilidad de conseguir los dineros, me entrevisté varias veces con funcionarios del Ministerio de Hacienda, y la Sra. Tesorera General de la Nación, para obtener la información o la explicación a la crisis de Tesorería que mantuvo paralizadas las acciones de los programas del SEM por casi 8 meses. Siempre se me contestó con una frase: El país está en crisis por razones del ciclo económico que en la actualidad está en depresión y por lo tanto la tesorería no ha captado lo correspondiente a los impuestos (Cáliz, 1983).

Solamente hasta el 8 de Septiembre se consiguió saldar las deudas por obligaciones laborales con los trabajadores del Servicio de Erradicación de la Malaria, luego de nuevos paros llevados a cabo los días 5 y 6 de Septiembre a nivel nacional mediante un movimiento en que, según las directivas de la entidad *"los trabajadores cometieron actos de indisciplina, impidiendo con arrogancia la entrada del personal administrativo y apoderándose del radioteléfono para incitar a otras oficinas que no estaban en huelga (Valledupar y Magangué)" (Dirección del SEM Bogotá, 1983a)*.

Fue solicitado un inspector laboral para constatar el paro en Turbo, quien dejó registro sobre la presencia de 69 trabajadores en huelga en ese lugar en su mayoría desde el 1 de Agosto. Ante diligencias similares, el director de zona VI en comunicación a su jefe en Bogotá se quejaba de que *"el citado inspector de*

trabajo simpatiza mucho con la actitud de cese de actividades por parte de los trabajadores" (Cantillo; et al, 1983; Guzmán, 1983).

Para el 15 de Septiembre el SINDESS preparaba una entrevista con el Ministro de Salud en la cual planeaba tocar los siguientes puntos de negociación:

> *1. No eliminación de la campaña Anti-aegypti; 2. Dotación de uniformes: problema de salud ocupacional y de seguridad; 3. Desaparición compañeros: cancelación a hijos por cinco años; 4. Reintegro despedidos; 5. Reclasificación de personal: nombramiento de comisión; 6. Reconocimiento primas de antigüedad; 7. Establecimiento de prima a quienes trabajan con insecticidas; 8. Cumplimiento normas bienestar social; 9. Ascenso a los trabajadores encargados en cargos mayor categoría; 10.Desafiliación CAJANAL y afiliación ISS; 11.Establecimiento Depto. medicina, higiene y seguridad industrial adaptado a zonas y que se cumpla cabalmente; 12. Pensión de jubilación a los 15 años, cualquier edad; 13. Incremento primas; 14. Reglamentación sobre sedes, no fijando más sedes sectores. Se solicita que sean solamente las sedes de zona y distrito; 15. No persecución a dirigentes sindicales* (Sindicato nacional de Empleados de Salud, 1983).

De todas maneras, no se tomaron en cuenta las reivindicaciones relacionadas con salud ocupacional, se siguieron adeudando dotaciones y no se consiguieron reclasificaciones salariales, por lo cual los capítulos del SINDESS en las zonas Barranquilla, Valledupar, Medellín y Montería entraron en cese de actividades los días 12, 13, 14 y 15 de septiembre, sin resultado pues:

> *No fue posible para la entidad por razones deficitarias durante 1981 y 1982 la entrega sino de una dotación al año. Actualmente está en*

> *consideración del nivel superior del Ministerio de Salud la segunda dotación de 1981 - 1982… Referente al incremento de prima de servicios, de antigüedad, de navidad y primas especiales, seguros de muerte, límites de edad y tiempo de servicio, es bien conocido que son prestaciones que se encuentran reguladas por normas vigentes y escapan a la competencia de la Entidad reformar esas cuantías. Sin embargo, el SEM tiene el mayor interés de colaborar al SINDESS en la presentación de proyectos al nivel superior del Ministerio para el mejoramiento del bienestar y comodidad de sus trabajadores (Dirección del SEM Bogotá, 1983a).*

En este momento, los trabajadores de la malaria en Córdoba se sumaron a una acción de protesta, protagonizada por campesinos, maestros, otros trabajadores de la salud y demás sectores, que culminó en la toma de una iglesia en Montería durante el mes de septiembre. Los trabajadores del SEM emplearon este medio para*: "denunciar un incremento del paludismo del 50% y solicitar dotaciones y pago oportuno de salarios".* Además, la directiva nacional del SINDESS continuaba intentando negociaciones con las directivas del SEM en Bogotá (Alarcón, 1983; Rojas, 1983).

A 27 de Septiembre de 1983, se efectuó un balance sobre las seccionales del SEM que se habían declarado en huelga durante ese mes, y se registraron ocho movimientos en cinco zonas del país, algunos de los cuales continuaban en curso (Dirección del SEM Bogotá, 1983):

> *Entretanto, en los departamentos de Atlántico y Córdoba los trabajadores de la salud llevaban 12 días en protestas por deudas salariales, mientras que el Ministerio de Salud aprobó 1072 millones de pesos de presupuesto para funcionamiento e inversiones del Servicio Seccional de Salud del Atlántico, sin contemplar reajustes*

salariales, por lo cual se preveía la continuidad de las protestas (Granados, 1984c).

En Junio de nuevo quedó semi - paralizado en Cali el programa anti-Aedes, debido a un cese indefinido de actividades declarado por 41 de los 188 funcionarios de la regional 8 del SEM debido a deudas salariales y en demanda de:

Un mejor presupuesto para ésta entidad en el Valle del Cauca… ya que la entidad tiene casi que cerrados los créditos por parte de sus proveedores, a los cuales debe un millón de pesos, además de $500.000 en combustibles a varias estaciones de servicios. El presupuesto de la regional del SEM para 1984 fue de $102 millones, considerados insuficientes para atender estrictamente los programas trazados en cuanto a prevención, lucha y erradicación de la malaria en Valle del Cauca, Risaralda, Quindío y Caldas(El País, 1984e) .

Pronto los medios empezaron a difundir noticias sobre una epidemia de dengue en la misma zona del paro (El País, 1984a). Para el mes de Julio de 1984, las campañas contra la malaria y el dengue volvieron a paralizarse en cinco departamentos (Valle del Cauca, Caldas, Norte del Cauca, Quindío y Risaralda) al iniciarse un cese indefinido de actividades por parte de 200 empleados de la regional número 8 del SEM sede Cali, adscritos al sindicato ANDEMISAP; ésta decisión fue adoptada por el incumplimiento al acuerdo que fue firmado el 19 de junio, en el cual el Ministerio de Salud se comprometió a girar oportunamente los recursos a ésta regional para el pago de salarios y prestaciones, sin que esto fuera cumplido. Al respecto, los periódicos nacionales reseñaron que: *"El presupuesto de la regional del SEM es insuficiente, y por ende el cubrimiento a la población para evitar que enferme de paludismo y dengue es muy bajo"* (El País, 1984).

Se encontraban paralizadas también las actividades de fumigación en Santa Marta, en donde *"numerosas personas han sido atendidas… en los centros hospitalarios de la ciudad, atacadas por una extraña enfermedad cuyos síntomas son similares al dengue"*, mientras que *"el SEM no ha informado sobre el inicio de la campaña de fumigación para evitar la presencia del mosquito transmisor del dengue…hasta el momento no se ha producido una explicación oficial sobre los motivos de la demora" (Martínez, 1984).*

En Agosto el jefe del SEM Atlántico denunció la escases de recursos para vacunación y rociamiento contra ETV, y sus palabras vinieron a ser confirmadas a mediados del mes, cuando se desató una epidemia de fiebre amarilla en la Sierra Nevada de Santa Marta, iniciando por el sector ubicado en el departamento del Cesar, lo cual exigió la preparación de una jornada de vacunación de emergencia realizada el 25 del mes (Acevedo, 1984a; Puerta, 1984). También se registraron otras emergencias por fiebre amarilla, y otras enfermedades transmitidas por vectores, que motivaron foros y medidas especiales para proteger las fronteras (Celis, 1984d; El País, 1984c; El Tiempo, 1984b).

Simultáneamente, se encontraba paralizado en sector salud en Córdoba, incluyendo trabajadores de hospitales, centros de salud y el SEM, cuando:

> *Cinco mil trabajadores sindicalizados del sector salud paralizaron labores a partir de la fecha, y permanecerán así hasta tanto se conozca un pronunciamiento oficial… Graves consecuencias del paro, puesto que por las lluvias se ha desatado una epidemia de paludismo y tifo en muchos barrios de Montería… El Comité intergremial de salud de Córdoba planteó hoy a la prensa que hace años no se paga subsidio familiar, dotaciones, horas extras, recargos nocturnos, y que se ha abierto una clara persecución contra el gremio*

de los trabajadores por "caprichos políticos"… Además, los hospitales se encuentran sin dotación (Buelvas, 1984) .

La crisis financiera y las protestas afectaron también a los servicios sanitarios de Magdalena, Santander, Atlántico, y Bolívar; en un contexto de preocupación nacional por el deterioro generalizado de los programas contra ETV (Acevedo, 1984b; Duarte, 1984; Durán, 1984; Gallo Pérez, 1984a; Granados, 1984a).

En medio de una serie de inundaciones que venían afectando grandes zonas en todo el país, un total de 2.600 trabajadores del SEM a nivel nacional se lanzaron a un paro por más de 15 días, en protesta por la demora en pagos, así como por la falta de uniformes y las limitaciones presupuestales del servicio, que les impedían desarrollar con normalidad sus funciones. El Ministerio de Hacienda giró una partida de 150 millones de pesos para la cancelación de los salarios atrasados a los trabajadores del SEM, intentando conjurar el cese de actividades (Duarte, 1984).

El año terminó en medio de las protestas continuadas de los trabajadores de la malaria. Desde el 10 de diciembre de 1984, los pertenecientes al SEM Valle del Cauca, agrupados por ANDEMISAP, estaban en asamblea permanente luego de dos meses sin salarios. Acompañaron su protesta con una marcha por las calles de la ciudad de Cali el día 20 de Diciembre (El País, 1984d).

En Barranquilla también se adelantaba una huelga en dos divisiones del SEM, los participantes fueron acusados por las directivas de *"secuestrar"* una máquina fumigadora Leco montada en una camioneta. La máquina había sido traída desde Santa Marta para *"fumigar los pueblos Atlanticenses afectados por el desbordamiento del Canal del Dique, frenando todas las campañas de prevención de epidemias que estaban programadas para comenzar el pasado fin de semana".* El sindicato, por su parte, sostuvo que no hubo ningún secuestro, y que *"si se lleva*

a cabo cualquier fumigación ésta se perdería porque está soplando muy fuerte la brisa" (Granados, 1984b).

Finalizando 1984, el SEM contabilizó un total de 350 mil casos de paludismo en el país. En 1985, seguía paralizada la campaña contra el dengue en Villavicencio, Honda, y Cúcuta (El País., 1985c; El Tiempo, 1985b; Granados, 1985).

Las directivas del SEM, atribuía a la falta de fluidez de la Tesorería la demora en el pago de los salarios, una de las reivindicaciones centrales para las huelgas en curso. Sobre el presupuesto del SEM, el ministro de salud De Zubiría expresó que se estaba estudiaba uno adicional en el cual serán incluidos tanto ese servicio, como el INAS, debido a que *"han sufrido trastornos presupuestales por cuanto reciben sus recursos como presupuestos de inversión cuando en realidad son de funcionamiento* (El Tiempo, 1985b).

Coincidiendo con éstas dificultades presupuestales, en 1985 y 1986 se recrudecieron las marchas de malarios en el país, desencadenadas por malas condiciones laborales, ausencia de insumos e incumplimiento en mesadas y viáticos; existieron matices en el tipo de reivindicaciones preferidas por los trabajadores rurales respecto de los urbanos, pese a encontrarse todos vinculados a los mismos programas y sindicatos. Y se organizaron otras formas de protesta, tales como las tomas y los paros:

> *Lo de la gente de campo era por viáticos, ellos tenían una remuneración muy baja… entonces compensaban con los viáticos el ingreso, y cuando no les pagaban los viáticos, entonces venía la acción… la reacción... de los del programa de control del dengue; los que estábamos en la parte urbana teníamos una concepción diferente, nosotros teníamos que luchar por mejores condiciones de trabajo, y no tanto por remuneración, si nosotros peleamos por*

> *condiciones de trabajo colateralmente tenían que resolverse todas las otras cosas, entonces ya empieza a tener una visión política más definida la acción del sindicato y eso es lo que conduce posteriormente a movilización e incluso a tomar entidades públicas, y a marchas y huelgas de hambre en algunas regiones (Líder Sindical de Anthoc, 2007).*

Durante todo el mes de febrero de 1985 los 79 empleados del SEM Cali estuvieron en paro. En torno a esto, los periódicos locales resaltaron el deterioro sufrido por los programas para el control de ETV:

> *Al SEM fue delegada en 1980 el control del Aedes aegypti por parte del Ministerio de Salud, y desde entonces ésta labor ha sufrido muchos obstáculos. En 1984 la lucha contra el vector se vio suspendida debido a los problemas laborales, en cuatro meses, se presentaron cuatro paros por parte de los empleados* (El País, 1985c).

Hacia Mayo de 1985, el presidente de la Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud Alberto García Montoya indicó que ante los índices de crecimiento del paludismo en el país, ANDEMISAP convocó una marcha en defensa del SEM entre el 11 y 25 de ese mes, marcha que partió de Pereira y culminó en la Plaza de Bolívar de Bogotá. El dirigente denunció:

> *No se tienen datos sobre casos de paludismo en 1984, porque la campaña estuvo paralizada casi seis meses, y en 1985 no se ha iniciado todavía. La situación se torna aún más preocupante al ser detectada una potencial epidemia de dengue hemorrágico en el Atlántico y en consecuencia el gobierno debe responder a la menor brevedad por la financiación de la campaña a través de la oficina de*

> *Planeación Nacional y el Ministerio de Hacienda, con un presupuesto acorde con las necesidades reales de la campaña (El Espectador, 1985a).*

Esta marcha fue decidida después de un cese de actividades mantenido de manera casi ininterrumpida desde noviembre de 1984 (Padilla, 1985a). Los 80 trabajadores que finalmente arribaron a Bogotá contaron con el apoyo de las centrales obreras, diversos sindicatos independientes, empleados públicos y trabajadores oficiales (El Tiempo, 1985a).

La Junta Directiva del SINDESS Bogotá también convocó a todos sus afiliados a la solidaridad con los compañeros trabajadores del SEM afiliados al sindicato, que participaban en la misma marcha desde Pereira junto con los trabajadores adscritos a ANDEMISAP, mediante el siguiente comunicado enviado el 9 de abril de 1985:

> *Marcha de los Malarios: La crítica situación de ésta campaña ha movido a los compañeros que allí trabajan, [a] desarrollar una Marcha, que con ayuda y respaldo del SINDESS Nacional, partirá de Pereira el próximo Jueves 11 de Abril, llegando a Bogotá el 25 del mismo mes. Estamos solicitando tu colaboración efectiva y solidaria económica, para lo cual algunos de nuestros compañeros activistas se desplazarán con alcancías hasta tu Dependencia los días 15 y 16 del presente mes. Compañero afiliado, colabora, es tu propia lucha. Es tu misma causa. Fraternalmente, Junta Directiva SINDESS Bogotá (Padilla, 1985b).*

Para el mes de Mayo de 1985 continuaban sin pago y sin asignación presupuestal las acreencias por motivo de viáticos del año 1984 correspondientes a trabajadores del SEM, motivo por el cual la Seccional Antioquia se ratificó en pie

de lucha, manteniéndose en paro hasta conseguir el pago de las deudas (Rodríguez, 1985).

El 1 de Junio de 1985 fue celebrado por el SEM en Bogotá un Foro sobre Malaria, en donde ANDEMISAP alertó sobre el aumento de casos de la enfermedad en el país, y sobre *"la política de ocultar la realidad para no crear supuesta alarma, [que] lleva a que se ignore la realidad del peligro que enfrenta el país en esta época" (Sánchez, 1985).*

Como causa del incremento del Paludismo, los trabajadores señalaron al déficit presupuestal crónico de la entidad, debido al cual, por ejemplo, *"en San José del Guaviare, con una alta frecuencia de casos de paludismo, se dejó de cubrir el 56% de las zonas afectadas y de 100 casas que se deberían rociar con los insecticidas solo se programaron 40, y solo se hizo efectiva la aplicación para 25 de ellas"* (Sánchez, 1985).

En el mes de Julio de 1985, en medio de negociaciones, las directivas del SINDESS Chocó decidieron que el personal del SEM no volvería a salir a trabajo de campo "hasta que el SEM no esté a paz y salvo con las obligaciones correspondientes a pago de viáticos atrasados y dotación completa" (Valencia; et al, 1985).

Con Virgilio Barco Vargas como presidente de la república, el déficit financiero continuó afectando tanto a hospitales como a servicios de salud pública, y el SEM siguió en crisis, alentando nuevas intenciones de paro; en la costa Atlántica se desencadenó uno por agotamiento del presupuesto "*que la II División del Servicio de Erradicación de la Malaria tenía destinado para las campañas contra ésta enfermedad… Se han tenido también dificultades en los últimos cinco años relacionadas con falta de insecticida y larvicida para desarrollar las campañas antipalúdicas y contra el Aedes aegypti*" (El Heraldo, 1986); luego, en el contexto

de una epidemia de dengue en la ciudad de Santa Marta, se inició otro paro en octubre de 1986 con participación de trabajadores del SEM ubicados en todo el departamento del Magdalena; según José Sánchez López, directivo sindical, el movimiento se desencadenó:

> *Por falta de pago de dos meses de salario, e igualmente por que el Ministerio de Salud adeuda a los tres mil trabajadores de malaria en todo el país más de 10 mil millones de pesos en prestaciones sociales… Las fumigaciones han sido suspendidas también porque la regional del SEM con sede en Barranquilla ha tenido inconvenientes para retirar del puerto local más de 30 tambores de malathión que llegaron especialmente para que se adelantaran las jornadas de fumigación pero ello no ha ocurrido (Acevedo, 1986).*

La crisis generalizada del SEM fue tratada en otro foro nacional citado por los sindicatos del sector salud, en donde se enunciaron múltiples asuntos que facilitaban la falla en las campañas contra ETV:

> *En primer término el recorte sistemático y retención frecuente de presupuestos por parte de los Ministerios de Hacienda y Salud; la consecuente falla constante en el cumplimiento de las obligaciones salariales y demás prestaciones a los trabajadores que generaron una alta deserción en los últimos siete años, sin que se hayan llenado las vacantes en un 25% de los casos; junto con ello, malos salarios, lo cual junto con los incumplimientos mantienen un recambio constante que impide unos niveles estables de personal debidamente entrenado; la ausencia de suministros adecuados y permanentes para desarrollar los programas, también como consecuencia de los manejos presupuestales efectuados desde los Ministerios; adicionalmente, los trámites aduanales pueden retardar la entrega de*

transportes y equipos importados para el programa. El personal del SEM sufre presiones para no rociar ciertas casas de gente prominente, o por el contrario, para rociar localidades no maláricas porque otras gentes influyentes se quejan de los insectos caseros (Asociación Nacional de Empleados del Ministerio de Salud Pública, 1986).

Otro movimiento de paro se inició finalizando 1986 entre los 100 trabajadores del SEM ubicados en el sur de Bolívar y Sucre, debido a carencia de suministros:

Las campañas de fumigación están paralizadas por la falta del malathión, DDT y otros insecticidas que se usan para combatir los mosquitos transmisores de enfermedades. En Ovejas, San Onofre, La Mojana y el San Jorge, el paludismo, la fiebre amarilla y el dengue amenazan a la población y las campañas de prevención no se ejecutan desde hace varios meses. Los trabajadores declararon que hay zonas que se encuentran totalmente desprotegidas… Dicen los trabajadores que cuando cuentan con insecticidas se presentan problemas por la carencia de los instrumentos de trabajo requeridos para cumplir en buena forma con la fumigación. Son muchos los trabajadores que han resultado afectados por trabajar fumigaciones sin máscaras protectoras y demás accesorios… Morosidad en la cancelación de viáticos y prestaciones sociales… El SEM se encuentra afectado de una deficiencia presupuestal que es la causante de la falta de dotación para trabajar y del incumplimiento en el pago en las fechas reglamentarias" (Cohen, 1986) .

Un repunte de nuevos casos de paludismo en Barranquilla ocurrió durante el movimiento de protesta, ante lo cual los directivos del SEM indicaron que ya se

contaba con los insecticidas necesarios para iniciar fumigaciones, solicitando a los trabajadores levantar el movimiento; éstos respondieron que:

> *El trabajo de fumigación se iniciará una vez los alcaldes de las zonas afectadas informen que tienen listos los viáticos para pagar el trabajo de los operarios del SEM y una vez la administración departamental entregue los aportes necesarios para comprar repuestos y equipar las camionetas de fumigación*(Granados, 1986c).

También en relación con retraso en elaboración de nóminas, ausencia de presupuesto completo para pagar a los trabajadores de las campañas anti – Aedes y control de malaria en la Zona III del SEM Cali, se provocó una asamblea de afiliados y no afiliados el Miércoles 3 de Diciembre de 1986 para reclamar, en primera instancia, los salarios de Noviembre, y luego para denunciar todo lo demás (Gómez; Martínez, 1986).

Luego de dos meses sin devengar sus respectivas comisiones y viáticos, el 24 de Julio de 1987 los trabajadores del SEM en Montería enviaron una carta al Presidente Virgilio Barco, solicitando el *"despeje de incertidumbres que a través de los últimos cinco años hemos venido soportando"*, haciendo referencia al conjunto de dificultades presupuestales y administrativas que venían detectando en los programas contra el paludismo, la fiebre amarilla y el dengue. Manifestaron que *"sabemos de sobra que el causante principal de esa crisis son los irrisorios presupuestos asignados a ésta entidad, con un criterio anti técnico, ya que no les ha permitido un control en los diferentes frentes de ataque a dicha enfermedad"*; además comentaron que pese a que el Plan Nacional de Rehabilitación destinó a la Zona V Montería un total de ciento cincuenta y ocho millones de pesos *“hasta la fecha no sabemos donde están dichos millones” (Guevara; et al, 1987c)*.

Como la situación de los trabajadores del SEM Córdoba no fue solucionada, estos iniciaron un paro de 72 horas, por el cual recibieron visita de una Inspectora Nacional de Trabajo y Seguridad Social el día 13 de Julio, mediante comunicación dirigida por el SINDESS – Córdoba. Los trabajadores justificaron su movimiento porque *"la campaña de malaria no cumple con el pago de los trabajadores, en los actuales momentos nos están adeudando la primera dotación o uniformes del año de 1987 y la segunda del mismo año, viáticos del mes de mayo y junio, prima semestral, dotación de hamacas, equipo de trabajo (monturas, bombas microgenn, alforjones para cargar DDT, insumos tales como Abate, Malathión, Sumitión para el control del dengue y fiebre amarilla)" (Guevara; et al, 1987b).*

Por su parte, el Jefe de la Zona del SEM reconoció la deuda con los trabajadores, y la justificó:

> *Porque Malaria Bogotá, no ha mandado la plata y nosotros dependemos directamente de la oficina central Bogotá. Se ha llamado a Bogotá para el envío oportuno del dinero para cancelar la prima semestral pero llegó un acuerdo que reposa en la administración, la partida asignada no alcanza para cancelar en su totalidad la prima de servicio, motivo por el cual no se cancela la prima semestral hasta tanto no envíen los dineros completos....se han cancelado algunos viáticos a unos funcionarios que se le han presentado problemas de calamidad doméstica correspondientes al mes de mayo (Ceballos; et al, 1987a).*

A la vez, se quejó de los trabajadores sindicalizados por su conducta durante el paro, pues según el jefe pusieron un candado en la puerta y retuvieron vehículos, *"a mí me parece que el que quiere ir a trabajar debe ir a trabajar y si los que están sindicalizados quieren ir a trabajar pues que vayan a trabajar" (Ceballos; et al, 1987a)*. En las actas de inspección consta que el director zonal no se pudo

comunicar oportunamente con los directivos de Bogotá para buscar soluciones al paro "*porque el servicio telefónico fue cortado por falta de pago*" (Ceballos; et al, 1987b).

Otros paros similares, por 72 horas cada uno, habían sido desarrollados sin resultado en la misma dependencia del SEM en semanas anteriores. Y a partir del 16 de Julio, al no haberse conseguido nada esas medidas, los trabajadores del SEM Córdoba decidieron entrar en paro indefinido (Guevara; Díaz, 1987; Guevara; et al, 1987a; Guevara; Hoyos, 1987).

Iniciando el mes de agosto, el director del SEM en la regional Barranquilla, Antonio Donado, señaló que en la ciudad existía un alto riesgo de iniciar una epidemia de dengue, debido a que el paro laboral desarrollado por los trabajadores desde dos meses atrás por prestaciones sociales atrasadas "echó a perder todo el trabajo de control y erradicación de larvas y mosquitos... que se hizo a principio de año" (El Heraldo, 1987c).

Rápidamente la alerta se extendió a todo el Departamento del Atlántico, junto al Magdalena y Bolívar, debido a que toda la Zona II del SEM se encontraba desprotegida dado el paro de los trabajadores. Las fumigaciones y las visitas domiciliarias casa a casa también estaban viéndose obstruidas de antemano porque el SEM no contaba con máquinas portátiles de rociamiento, las cuales habían sido solicitadas sin resultado en varias ocasiones al gobierno departamental (El Heraldo, 1987a).

En el país continuaba recrudeciendo la malaria, y era cada vez más frecuente que los medio de comunicación se refirieran al fracaso de los programas de erradicación. Los paros de trabajadores del SEM continuaban sin conseguir mayores soluciones a los problemas financieros que impedían llevar a cabo las campañas (El Mundo, 1987).

Por ejemplo, en la Zona V Montería del SEM continuaba sin resolver desde meses atrás el conflicto laboral iniciado por incumplimiento en pagos a los empleados. Esto hacía difícil atender las ETV; ante esa situación un grupo de habitantes de Venezuela e Isla del Ceibal, en Tierralta Córdoba, quienes firmaron como “Padres de Familia de la Región” decidió enviar una solicitud al director seccional de la entidad para pedirle atención, manifestando que su intención era:

> *Darle a conocer mediante este memorial, las necesidades que estamos padeciendo en las citadas regiones relacionadas con el paludismo, fiebre amarilla y dengue, por el motivo que los señores que prestan este servicio en Malaria, Rociamiento, no tienen establecido un puesto de servicio para poder atender el personal que a diario necesita el auxilio de ésta entidad, para evitar grandes consecuencias entre los habitantes de la mencionada región… Hace 8 meses retiraron al funcionario que había… Y usted dejará comprender que la enfermedad no espera, cuando uno menos cree aparece contagiado de la Fiebre...Tenga la gentileza de oírnos nuestro reclamo que le hacemos con tanta urgencia, y así poder tener unos días más de vida, y continuar con nuestra labor de trabajo que a diario tenemos que hacer para conseguir el sustento de la familia… Tenga piedad con todos los habitantes de este sector* (Fuentes; et al, 1987).

El año 1988 se inició con el anuncio de un paro del SEM Barranquilla, debido al tema habitual de la falta de financiamiento suficiente para que la entidad funcionara (Osorio, 1988); a mediados del año, el personero de la ciudad de Santa Marta y el sindicato ANDEMISAP denunciaron que las campañas contra ETV se estaban desarrollando de manera anti técnica por ausencia de presupuesto suficiente, lo cual fue confirmado mediante comunicaciones de las juntas de acción comunal (La República, 1988); y el año terminó sin mayores variaciones en

el panorama ya tan habitual de protestas de los malarios, incremento de las epidemias, y deficiente presupuesto nacional para su afrontamiento (El Colombiano, 1988).

4.1.8. En medio de las lluvias llegan las epidemias, y se organizan acciones puntuales para su enfrentamiento

Fuertes lluvias e inundaciones afectaron grandes zonas del país en 1983, afectando en especial la costa Atlántica, y contribuyeron a desatar epidemias de ETV (El Espectador, 1983a; Valderrama, 1983). Esto motivó acuerdos interdepartamentales, con la OPS, y con el Ministerio de Salud, para fumigar y vacunar la población, lo cual no consiguió controlar la situación (Acevedo, 1983a).

Además se identificó una creciente resistencia de los vectores a los insecticidas, vectores selváticos estaban siendo encontrados en zonas urbanas, y vectores urbanos estaban anidando en lo rural. Ante tantas complicaciones, en el INAS algunas personas contemplaban la posibilidad de coordinar un Grupo de Fiebre Amarilla con participación del Instituto, el Ministerio de Salud y los Servicios Seccionales de Salud, como ya había existido en otra época, con la idea de superar la situación de:

> *Desactualización en el tratamiento de casos de fiebre amarilla selvática, el de primates no humanos, las labores de entomología, las prácticas de vacunación, el seguimiento de vacunas con determinación de anticuerpos a los vacunados… el mantenimiento de la vacuna y la cadena de frio… pues en todo el territorio nacional es pésima, tal como se ha observado en diferentes departamentos. Es necesario que el laboratorio de producción de vacuna aumente la misma en un 100% pues el consumo nacional se incrementará, se debe mantener la cuota para los países centroamericanos, los del Caribe y algunos suramericanos* (Tinjacá; Urrego, 1983) *.*

Solo para reseñar algunas de las más notorias epidemias, en el año 1983 hubo malaria en el Valle, Sucre y La Guajira, así como fiebre amarilla en el Magdalena, coincidiendo con un paro hospitalario. También hubo fiebre amarilla en Arauca y Atlántico, así como dengue en Santander (Acevedo, 1983b; Celis, 1984d; El Heraldo, 1983; Granados, 1983a; Piña Salcedo, 1983).

En Casanare se desató una epidemia de FA en 1984, que se desplazó a Meta y Guaviare, con onda epidémica persistente en la Orinoquía hasta 1985, con brotes en Vista Hermosa Meta y Guaviare; también emergió fiebre amarilla en Antioquia; sin embargo se disminuyó el presupuesto del INAS (El Colombiano, 1985b; El Espectador, 1985b; La República, 1985).

Durante una reunión de jefes de programas de control de malaria y otras enfermedades transmitidas por vectores de los países miembros del Convenio Hipólito Unanue celebrada en Cúcuta, el informe colombiano indicó que en el país:

> *Sí existe un programa de control de fiebre amarilla. Este se lleva a cabo a través de la Dirección de Campañas Directas del Ministerio de Salud y se ejecuta por intermedio de la Sección de Aedes, con el objeto de proteger a la población residente o migrante del área enzoótica de fiebre amarilla. La demanda institucional de vacunación se realiza en los organismos asistenciales del Sistema Nacional de Salud. En las epidemias de fiebre amarilla, conjuntamente con los Servicios Seccionales de Salud, se atiende la población del área comprometida* (Dirección de Epidemiología, 1985).

También se rindió informe sobre los casos de fiebre amarilla selvática registrados entre 1980 y 1984 (35 en total, 14 durante 1984 en su mayoría en Casanare), así como sobre las epidemias de dengue ocurridas entre 1971 y 1982. Y se explicitó

el plan de vigilancia epidemiológica de ambas enfermedades (Dirección de Epidemiología, 1985).

Para 1985 se presentó otro brote de fiebre amarilla en Antioquia, con epicentro en Anorí, considerado por los expertos como el siguiente en importancia entre población de colonos susceptibles que se adentraran en zonas enzoóticas, después del de la Sierra Nevada de Santa Marta en 1979 (Boshell; et al, 1987). A finales del mes de enero de 1987 se desató un nuevo brote de fiebre amarilla en el Magdalena Medio, con epicentro en Cimitarra, donde fue utilizado el diagnóstico rápido con *"una nueva prueba inmunoenzimática que detecta inmunoglobulina M específica contra el flavivirus de la fiebre amarilla… lo cual permitió tomar medidas oportunas para evitar una epidemia de proporciones impredecibles" (Boshell; et al,1987)*. No obstante, fueron insuficientes para su control las dosis de vacuna disponibles en el país (Vanguardia Liberal, 1987c).

La alerta por fiebre amarilla llevó a reforzar la vacunación en la Costa Atlántica, especialmente en la Sierra Nevada, en Rionegro (Antioquia), y en otras regiones del país; en general se vacunó solo a las personas que viajarían a las zonas boscosas, recordando a la ciudadanía que *"en inmediaciones de éstas zonas selváticas existen avisos de prevención a las gentes para que procedan a hacerse vacunar*" (Granados, 1987b, 1987d; León, 1987; Santiago, 1987; Vanguardia Liberal, 1987a, 1987b, 1987e).

Sin embargo otro brote de fiebre amarilla en el sur del país dejó *"20 víctimas en la Bota Caucana, Orito - Putumayo*", ante lo cual el INAS coordinó acciones con la Gobernación de Nariño y los Servicios Seccionales de Salud para contrarrestar la circulación del virus, aunque solamente existían en el país 12 mil vacunas *"para atender a una población que supera ampliamente esa cifra"* (Calvache, 1987).

El director nacional del INAS, Mario Olarte Peralta confirmó 34 casos de fiebre amarilla en todo el país, matizando la percepción de epidemia con la posibilidad de que se magnificara la situación por cuenta de la mayor facilidad actual en el diagnóstico. Además, expresó una serie de razones que serían las causantes de este tipo de brotes de ETV:

> *Hay tres aspectos que no dejan resolver el problema: que el mosquito se hace resistente al insecticida, el plasmodio una vez introducido en la sangre se hace resistente, y por último la guerrilla, que no deja realizar las campañas de vacunación* (La República, 1987a).

Esta última tesis continuó reforzándose a través de muchos medios de comunicación (El Colombiano, 1987c; El Tiempo, 1987c), sin tomar en cuenta la desfinanciación crónica de los programas para su atención documentados en los últimos años, ni la participación de más de un actor en el conflicto colombiano.

Otra epidemia de FA en Putumayo y Nariño, así como el incremento de casos de malaria, puso aún más en evidencia la falta de vacunas y otros recursos, pese a la imposición de vacunación a quienes entraban en zona de riesgo alto:

> *Los recursos que se necesitan en este momento en la Intendencia del Putumayo para el control de la fiebre amarilla son: 30.000 dosis de vacunas; pago de sueldos a funcionarios y compra de insumos para continuar con la vacunación por parte de la regional del SEM; dotación de dos canoas con motor fuera de borda, un vehículo automotor, una planta eléctrica portátil de 2 Kw y el nombramiento de dos vacunadores más. Ante el embate del paludismo, el ex-jefe del servicio de erradicación de la malaria y actual secretario de gobierno dijo que la situación de crisis que afronta esa entidad es de tal magnitud que no hay recursos ni para el combustible o para facilitar la*

> *movilización de los funcionarios a las diversas poblaciones. Expresó que cuando se atrasan los pagos a los rociadores éstos dejan de asistir a las zonas de alto riesgo de paludismo. En cuanto a la costa pacífica, se requieren urgentemente los siguientes recursos: envío con carácter urgente a la regional salud de occidente con sede en Tumaco de 50.000 dosis de vacuna para prevención, ubicación de la máquina fumigadora Lecko con el correspondiente insecticida Sumithión; situar en forma urgente y con regularidad los recursos económicos para el pago de salarios y viáticos de los funcionarios de la zona 10 del SEM, Tumaco; inclusión de la costa pacífica, Nariño, dentro del programa regular para el control del Aedes aegypti y ubicación de personal y equipos adecuados para ello, por tratarse de un área fronteriza, y declararla zona de emergencia, por el alto riesgo epidemiológico* (De la Rosa, 1987b).

En cuanto a la epidemia en Nariño, fue planeada una reunión fronteriza binacional con participación de funcionarios de salud de Colombia y Ecuador, donde se concluyó que el principal problema en el momento era el paludismo, existió acuerdo en que era necesario incrementar el presupuesto para los programas de ETV en la región, y se consiguió en préstamo una máquina Lecko del Ecuador (De la Rosa, 1987a).

En el mes de mayo de 1987 se publicaron las memorias del II Congreso Latinoamericano y V Congreso Colombiano de Medicina Tropical, dentro de las cuales se encontraba un artículo que hacía referencia a la resurgencia de fiebre amarilla en el Valle Medio del Rio Magdalena luego de ausencia de casos desde 1979 (Martínez, 1987).

Ante el repunte de casos de enfermedades transmitidas por vectores en el país, el Ministerio de Salud conformó un comité interinstitucional[27], con el objeto de coordinar actividades y optimizar la utilización de los recursos existentes en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud:

> *Se ha intensificado la vigilancia epidemiológica, incluyendo estudio de registros clínicos, donde se han encontrado casos de pacientes que vienen consultando desde 1986 con cuadros clínicos compatibles con fiebre amarilla, y que no fueron informados. Se ha dado asesoría en los hospitales sobre el manejo de los pacientes y sobre vacunación, aplicándose más de 120,000 vacunas producidas por el Instituto Nacional de Salud, en la zona; se han estudiado epizootias (Martínez, 1987).*

Para la opinión pública, la reemergencia de las ETV continuó siendo atribuida a través de los medios de comunicación a que "la violencia" presente en el país había hecho imposible el desarrollo de los programas de control; y que "la interferencia política" estaba deteriorando el sistema de salud, aunque por parte del gobierno se hacían todos los esfuerzos por mantener una "lucha frontal contra las enfermedades epidémicas" (El Tiempo, 1987a, 1987e; Gómez, 1987a, 1987b; La República, 1987c).

Como causas complementarias para la elevación de las "enfermedades tropicales", el Ministro de Salud José Granada mencionó públicamente "altos índices de desempleo, malas condiciones de vivienda, desnutrición y escasa participación de la comunidad en los problemas de salud", y propuso como solución el "mejoramiento de las condiciones de vida" de los colombianos,

[27] Conformado por el Servicio de Erradicación de la Malaria, los Servicios Seccionales de Salud de Santander, Antioquia, Bolívar, Cundinamarca, Boyacá, Caldas y Cesar; coordinados y asesorados por el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Salud.

mediante acción concertada entre el gobierno y la sociedad" (El Espectador, 1987a).

El SEM difundió por los medios escritos que el incremento de casos de paludismo se debía a “procesos de colonización para el desarrollo de actividades agrícolas, lícitas e ilícitas, problemas de tipo político o de orden público… explotación de recursos naturales como maderas y minería (oro), [que] ha hecho que la gente se meta en la selva, lo que dificulta el control de la enfermedad, pues en ella se encuentran los transmisores, y es difícil establecer programas de control y seguimiento de la gente en sus migraciones”; por ello, la meta en el país no sería la erradicación de la malaria, sino su control. También anunció que el presupuesto del SEM para 1987 “no es suficiente para cubrir el costo real de lucha contra la malaria” (Medina, 1987).

De acuerdo con un diario de la época, una queja frecuente de los pobladores de muchas regiones del país podía ser resumida en la siguiente frase*: "El SEM… no viene hace más de un año, no tenemos equipo para el examen de gota gruesa, no tenemos medicina para los enfermos".* Como alternativa a la crisis se esperaba una vacuna contra la malaria, que estaba siendo buscada por el médico Manuel Elquin Patarroyo (El Siglo, 1987; Gómez, 1987).

Para diciembre de 1987 se declaró una emergencia por el incremento de caso de paludismo en Barranquilla y sus alrededores, de acuerdo con lo informado por los propios trabajadores del SEM (Granados, 1987a, 1987c). El año 1988 continuó con anuncios similares en distintas regiones del país, y con epidemias de fiebre amarilla en Santander y otras zonas (Buitreo, 1988; Vanguardia Liberal, 1988).

En suma, el período 1983 – 1988 puede caracterizarse desde un punto de vista epidemiológico como de incremento constante en las enfermedades transmitidas por vectores, en el marco de las dificultades financieras y operativas que han sido

descritas en los apartados anteriores para la operación de acciones efectivas de salud pública que permitieran su control adecuado (Anexos No. 10 y 11).

4.2 EL DERECHO A LA SALUD ENTRA EN LA AGENDA DE LOS PETICIONARIOS RURALES, 1989 - 1997

4.2.1. Paramilitares y guerrillas se consolidan mientras el gobierno nacional se ilegitima

La tendencia descentralizadora continuó durante este período y significó el despido de muchos trabajadores estatales pues para promover la eficiencia fueron suprimidos o reestructurados algunos institutos descentralizados, entre otros. Además, a mediados de 1989 se aplicó la regulación de mercado para el sector cafetero, en reemplazo del anterior sistema de cuotas internacionales y protección Estatal, con consecuencias deletéreas para la economía nacional que se dejaron ver en especial durante el siguiente período presidencial, con disparo de la inflación y crecimiento la deuda externa.También se recrudeció la “guerra sucia”, ante lo cual el Ministro José María Arias Carrizosa organizó un acuerdo bipartidista represivo, fruto de la incapacidad para encontrar una salida política que frenara la violencia, iniciativa que se consolidó en el llamado “Estatuto Antiterrorista” proclamado en 1988 (Archila, et al, 2002).

Para 1989, y ante el asesinato del candidato presidencial del nuevo liberalismo, Luis Carlos Galán, el presidente Barco decidió declarar una guerra frontal contra grupos paramilitares y narcotraficantes, seguida por una oleada de crímenes desde éstos en represalia ante la decisión Estatal; tales crímenes incluyeron el asesinato de otros candidatos presidenciales de la oposición, como Bernardo Jaramillo y Carlos Pizarro. La crisis política generada por las violencias jugó un papel central, entre otros aspectos, para que se convocara una Asamblea Nacional Constituyente (ANC) en Colombia. El 27 de Mayo de 1990 se efectuaron

las elecciones presidenciales y se lanzó la ANC. La elección presidencial tuvo más de seis millones de votos, eligiéndose a César Gaviria Trujillo; mientras, la votación por ANC consiguió un poco más de tres millones de votos, con un 88% a favor (Archila, et al, 2002).

Bajo el gobierno de Cesar Gaviria, el Plan de desarrollo "la Revolución Pacífica impulsó un proceso de relegitimación política basada en la instauración de un Estado social de derecho, que fijaba criterios de política social pero enmarcados en razonamientos de mercado, siendo este componente de apertura neoliberal mucho más fuerte que el otro, lo cual condujo a tensiones entre las iniciativas de política social y la apertura al mercado (Archila, et al, 2002).

Luego de cristalizada la iniciativa de la ANC, la nueva Constitución Política (CP) de 1991 y la reinserción de grupos armados, como el Ejército Popular de Liberación (EPL), el Partido Revolucionario de los Trabajadores (PRT) y el Movimiento Quintín Lame, se logró un cierto grado de legitimación del Estado, pues generaron la percepción de cambio e inclusión política. Sin embargo, los diálogos emprendidos con sectores del Ejército de Liberación Nacional (ELN), así como con la Coordinadora Guerrillera Simón Bolívar [28] (CGSB), no tuvieron grandes frutos, por lo cual el gobierno decidió emprender una guerra integral contra las guerrillas que permanecían activas.

En este contexto, el ambiente renovador que la convocatoria de la ANC y la promulgación de la CP de 1991 habían instaurado entre la población, con la expectativa de que esa fuera la puerta de entrada hacia la instauración de un estado social de derecho en paz, se fue desconfigurando al evidenciarse que la

[28] La Coordinadora Guerrillera Simón Bolívar fue un organismo inter-guerrillas colombianas instaurado desde septiembre de 1987, cuando el ELN, las FARC y el ELN ingresaron a la "Coordinadora Nacional Guerrillera", existente desde 1985, a la cual pertenecían el Movimiento Quintín Lamé, el Comando Ricardo Franco Frente Sur, y el M – 19. El Ricardo Franco fue expulsado por las FARC poco después debido a su ejecución de la masacre de Tacueyó. La CGSM fue disuelta alrededor de 1993, poco después del rompimiento del proceso de paz iniciado algunos años atrás.

expectativa de inclusión política y la apertura democrática no se hacían efectivas en la realidad, y que en cambio el bipartidismo se consolidó dejando poca oportunidad para terceras fuerzas, como naciente Unión Patriótica (UP) y la AD-M19; mientras otras fuerzas, como algunas minorías étnicas y religiosas, debieron recurrir a la estrategia de marginarse de una oposición real para poderse mantener.

La ruptura de la esperanza en el disfrute de un estado social de derecho afectó especialmente a las clases trabajadoras, quienes sufrieron las consecuencias de la inflación, y vieron sus salarios disminuidos en medio de un ambiente generalizado de desempleo. Este llevó en 1992 a protestas de trabajadores asalariados afectados por la medidas tomadas por el gobierno, movilizaciones que fueron calificadas de “terroristas”, actitud que terminó profundizando aún más el inconformismo social hacia el Estado colombiano.

Bajo este panorama llegó a la presidencia Ernesto Samper en 1994, con una baja diferencia respecto a su contrincante Andrés Pastrana; allí se inició un periodo recordado históricamente porque la corrupción ocupó todas las esferas políticas, deslegitimando totalmente al Estado, no solo a nivel interno sino internacional, agudizándose la crisis política preexistente. Eso dio al traste con las intenciones expresadas por el presidente de imprimir un nuevo rumbo a los procesos de paz, dar un rostro humano a la apertura económica y visibilizar los derechos humanos; en ese sentido, Samper intentó un “pacto social”, iniciativa que no logró consolidarse.

El gobierno Samper se vio abocado a centrarse en su propia defensa ante las acusaciones que a nivel interno e internacional se producían, en relación con el llamado “proceso 8000” que involucraba acusaciones de intervención del narcotráfico en la campaña política del presidente y en diversas esferas del sector público; y el país dio muestras de recesión económica en 1996, la cual intentó

paliarse con endeudamiento externo. Dentro del gasto total de la nación se le dio algo más de atención al sector de la salud y la seguridad social, mientras que la vivienda y la educación no recibieron mayores aportes. Sin embargo el sector que más aportes obtuvo por parte del gobierno fue el de la seguridad y la defensa. La crisis política polarizó a las élites y Samper intentó neutralizar acusaciones en su contra repartiendo incentivos entre quienes le apoyaban, consiguiendo mayor ilegitimidad (Archila, et al, 2002).

La injerencia del Gobierno estadounidense en la política interna de Colombia se hizo evidente, entre otras, en la centralidad que fue dada a lucha contra el narcotráfico dentro de la agenda interna, por encima de otros problemas nacionales; bajo este marco se impulsaron medidas de fumigación contra cultivos ilícitos, lo que llevó a la reacción de cultivadores y recolectores de coca, quienes entre 1994 y 1996 organizaron multitud de marchas contra la medida, involucrando además en sus reivindicaciones la exigencia de que se les reconociera como ciudadanos plenos de derechos (Archila, et al, 2002).

Antes de estallar el “proceso 8000”, el gobierno ratificó el Protocolo II de Ginebra sobre Derecho Internacional Humanitario; de igual manera aceptó la responsabilidad del Estado en la violación de derechos humanos ocurridos a comienzos de los 90 (Archila, et al,. 2002). Sin embargo, ocurrió un hecho que impediría consolidar la imagen de aparentes avances nacionales en materia de derechos humanos, pues las cooperativas de seguridad CONVIVIR, apoyadas por el ministro de defensa Fernando Botero y el Gobernador de Antioquia Álvaro Uribe, empezaron a constituirse en estructuras paramilitares bajo el auspicio de los ganaderos y narcotraficantes. Solo tardíamente se generó alguna oposición a las CONVIVIR, que no logro sofocar la progresiva organización y fortalecimiento del paramilitarismo; ese contexto, durante 1997 ocurrió uno de los hitos de consolidación de las fuerzas paramilitares: la unión de las autodefensas del Urabá y el Córdoba, con lo cual se crearon las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC).

En medio de su fragilidad, el gobierno Samper no logró tampoco llevar a cabo negociaciones con grupos guerrilleros, escenario en que la insurgencia se fortaleció, proporcionando golpes importantes a las fuerzas armadas y a la propia población civil, la cual se tuvo que alejar de las zonas de conflicto y empezó a desplazarse de manera más frecuente que antaño hacia los centros urbanos, iniciándose así el crítico desplazamiento forzado a gran escala que aún hoy afecta a Colombia. Lo único que verdaderamente esperaba la sociedad civil con respecto al gobierno de Samper era que terminara pronto, con la esperanza de que se pudiera instaurar de nuevo un gobierno con mayor legitimidad, y con potencialidad e intención de empezar un proceso de negociación política a favor de la paz.

4.2.2. Las protestas sociales colombianas en medio de la guerra sucia y la ilegitimidad del gobierno

Los movimientos cívicos, sociales y políticos de la época expresaron con frecuencia su postura de resistencia a la implementación de políticas impulsadas desde la élite, por considerar que éstas “en gran medida han aumentado las arcas económicas de unos pocos, mientras que la mayoría de la población se sumía en la pobreza y en la desigualdad social” (Betancur, 2006).

Sin embargo, no fueron escuchados, y sufrieron represión violenta dentro de la “guerra sucia” impulsada contra individuos y grupos sociales con visiones contrarias a las propuestas del Estado; muchos dirigentes políticos, sociales y defensores de DDHH fueron tildados de terroristas, apresados sin razones justificables, o fueron asesinados. Tal criminalización de la protesta impidió la consolidación de movimientos sociales compactos y duraderos en el tiempo, dando lugar más bien a brotes de resistencia sin la organización, ni la fuerza necesaria para influir de manera importante en el desarrollo de las políticas estatales. No obstante, la protesta social continuó, representada en primer lugar por los trabajadores asalariados, en un segundo lugar por los pobladores urbanos, luego los campesinos, los indígenas, y los estudiantes. Los repertorios de lucha

más frecuentemente utilizados fueron las manifestaciones, marchas, huelgas, y mítines (Archila, et al, 2002).

Sin embargo, en 1989 hubo una disminución notoria en la dinámica de las protestas sociales debido a dos circunstancias: primero, el avance en el proceso de descentralización administrativa, que permitía tanto una mayor inclusión de la sociedad en la toma de decisiones con la elección de las autoridades locales, como una disgregación de las luchas; y segundo, la intensificación simultánea de la guerra sucia dirigida a todos los lideres, tanto sociales, como políticos (Archila, et al, 2002).

En sentido contrario, aunque se esperaba como efecto de la CP de 1991 que contribuyera a disminuir las protestas sociales, por aumentar los canales disponibles para la participación política, no fue esto lo que sucedió, pues las protestas incluso se incrementaron durante 1996 y 1997, en coincidencia con el deterioro de las condiciones laborales y el desempleo generalizado, resultando el Estado inhábil para contener la insatisfacción manifiesta, y para proteger el bienestar y los derechos de las personas en torno a los reclamos que múltiples grupos humanos protagonizaron (Velasco Jaramillo, 2007).

Varios aspectos influyeron en el incremento de protestas sociales en 1997, no solo cambios de la economía, sino también las declaratorias como “territorios de paz” de algunos municipios que exigieron quedar al margen de la guerra, sumado esto al aumento del desplazamiento forzado por CAI, la violencia paramilitar, la violencia urbana, las desapariciones forzadas y la necesidad de conseguir el establecimiento de la paz, razones por las cuales también se protestó (Archila, et al, 2002).

En ese contexto, emergieron algunas organizaciones cívicas coyunturales, tales como “Mujeres al borde de un ataque de nervios” que se organizó para protestar

contra los apagones ocurridos durante el gobierno de César Gaviria, o el movimiento “Colombianos por el referendo”, generado durante la administración de Ernesto Samper. Existieron comités para fomentar la participación ciudadana en aspectos de la vida municipal durante el gobierno Gaviria, que perdieron relevancia en el gobierno Samper (Archila, et al, 2002).

En general, las protestas de la población ante las pobres condiciones laborales y de calidad de vida, así como ante los acontecimientos de la vida política nacional, fueron estigmatizadas por los agentes oficiales quienes declaraban ante las manifestaciones ciudadanas que:

> *La mal llamada coordinadora guerrillera presiona a la población campesina para que cree situaciones de tensión social. Buena parte de lo que ocurre es creado artificialmente (El Tiempo, 1992p).*

Sin embargo, las movilizaciones sociales desde múltiples sectores continuaron, y el sector salud jugó su propio papel en ellas con base en las condiciones que se le fueron planteando, como será analizado más adelante.

4.2.3. Descentralización sanitaria entre la salud básica para todos y el imperio del neoliberalismo en salud

El sector salud Colombiano sufrió en el período grandes reformas estructurales articuladas al proceso de descentralización iniciado en la década anterior, y comenzó a ser dirigido ostensiblemente con un enfoque neoliberal y de competencia. En el gobierno Barco, y por presión de la OPS y la OMS, así como del BM, se empezó a transitar bajo el enfoque de “*Salud Básica para todos*”, en el cual se priorizó la satisfacción de las necesidades básicas en salud para la población, y la atención en salud como un derecho fundamental atado al derecho a la vida (Hernández; Obregón, 2002). No obstante, el objetivo principal para el sector desde la administración Barco fue la modernización de la estructura,

organización y funcionamiento del SNS, y con esa intención se promovió la descentralización de la salud a nivel local, buscando la incorporación de los municipios a dicho sistema(República de Colombia Departamento Nacional de Planeación, 1987).

Ese proceso de descentralización de la salud fue acomodándose a las reformas que desde 1986 habían empezado a darse en Colombia en relación con la administración pública de entes territoriales, y adoptó como base los desarrollos de la OPS en torno a los sistemas locales de salud (SILOS), que mas tarde serian llamados Sistemas Municipales de Salud (SMS) (Jaramillo, 1999).

Se consideró necesario tomar precauciones desde lo legislativo para evitar que se hicieran mal uso de los recursos destinados a la salud en lo municipal[29], por lo cual se mencionó la importancia de:

> *Organizar y poner en funcionamiento una dirección local, organizar el régimen de carrera administrativa, convertir los Hospitales en entidades autónomas, contratar servicios con el sector privado, crear un fondo financiero del sector salud, y afiliar a los empleados al fondo de cesantías y de seguridad social* (Jaramillo, 1999).

Sin embargo, esas previsiones no impidieron múltiples dificultades en el manejo de los recursos durante el proceso, por ineficacia de los departamentos al asumir sus funciones de rectoría sobre los municipios, e incapacidad de muchos municipios para tomar el control del sector de la salud, al no contar con medios logísticos ni financieros. La nueva normatividad no desarrollo parámetro alguno para llevar a cabo el proceso de descentralización sanitaria ni para hacer sostenible los programas, hecho que dificultó aun más la labor de las entidades locales (Jiménez; et al, 2007).

[29] Ver Ley 12 de 1986, Decreto 77 de 1987, y Ley 10 de 1990.

Sumado a lo anterior, la descentralización se vio envuelta en una lucha de poder entre departamentos y los municipios por el control de los recursos financieros, impidiendo la necesaria coordinación entre estos; el situado fiscal, una de las principales fuentes financieras de la salud, fue puesta en el centro de la discordia (Jiménez; et al, 2007).

Terminando el año 1989, el Senado de la República aprobó un proyecto de ley que entraría en vigencia a partir del primero de enero de 1990 para reformar el SNS. El proyecto planteó la inclusión de atención gratuita en los servicios básicos como obligación del Estado; y atención inicial de urgencias de manera obligatoria y gratuita para todos sin tomar en cuenta sus posibilidades económicas. La reforma se planeó para desarrollarse y aplicarse a lo largo de cuatro años, tomando como base la reclasificación de municipios que había efectuado el Departamento Nacional de Planeación, con inicio Cali, Bogotá, Medellín y Barranquilla, en el marco de la descentralización (Puerta Pardo, 1989).

En el escenario político, iniciando la década de los noventa el país atravesaba por un contexto de negociaciones con grupos insurgentes, hecho que permitió la inserción del grupo guerrillero M-19 a la vida política Nacional, consolidándose en 1990 como el partido político Alianza Democrática AD-M19, quien inmediatamente obtuvo a su cargo la cartera del sector salud, allí desarrollo varios programas, entre estos el Plan Nacional de Salud, orientado hacia la apertura económica; como eje de este plan se encontraba la estrategia central de “familia sana en ambiente sano”, concretada en la “atención básica de salud y ambiente para la familia y la comunidad”. Los programas y acciones del Ministerio de Salud durante la administración de la AD-M19 se organizaron alrededor de la promoción de la salud, y estuvieron orientados a la atención del ambiente, la salud básica, el logro de municipios saludables, la comunicación para la salud y la participación social en salud. Bajo la orientación de un Ministerio de Salud a cargo de la AD-M19, se

reorientó el proceso de descentralización hacia un modelo de articulación entre la salud y el desarrollo en el escenario local (Hernández, 2002).

Cuando para 1991 se promulgó la nueva CP para el país, fruto de la ANC, se retomó para sector salud el esquema propuesto por la ley 10 de 1990, y se planteó en el artículo 49 que "*Los servicios de salud se articularán en forma descentralizada con niveles de atención y participación de la comunidad*…"; de igual manera, en los artículos 356 y 357 se establecieron los recursos financieros y las competencias para el nivel nacional, departamental, distrital y municipal, así como la finalidad social de los servicios públicos incluido el sector de la salud. Se estableció la importancia de la atención en salud como un servicio a cargo del Estado, y se incluyeron principios que serían obligatorios para la organización futura del sistema de salud (República de Colombia, 1991).

Entre los planes del Ministerio de Salud de ese entonces, estuvo el organizar un nuevo sistema de salud con base en un seguro universal bajo la dirección del Estado, operado mediante la unificación de todas las instituciones del sistema, en el marco del desarrollo de las autonomías territoriales, la descentralización, y la promoción de la salud, todo bajo el lema "Para que viva la vida" (República de Colombia Ministerio de Salud, 1991).

No obstante, en medio de las dinámicas que fueron propias de la ANC, y consolidando de manera precisa las propuestas y directrices trazadas desde el ejecutivo, la nueva CP terminó sirviendo para dotar de un marco legal al proyecto transformador del régimen colombiano hacia la apertura económica neoliberal y la privatización del Estado, bajo el aura discursiva de la democracia participativa y la consolidación de la paz. Los cimientos neoliberales empotrados con la CP de 1991 sirvieron en años posteriores para consolidar la racionalidad de mercado como elemento central del sistema sanitario colombiano, vigente hasta nuestros

días y en contra vía de las intenciones ministeriales de un seguro único de salud para los colombianos (Jiménez Martín, 2006).

En medio del panorama descrito, fue elaborada posteriormente la ley 60 de 1993 que establecía la distribución de competencias y recursos entre las entidades territoriales; esto permitió de cierta manera complementar los vacíos que la ley 10 tenía con respecto a las competencia que le correspondían a los departamentos, municipios, distritos, y la Nación, garantizando además el pago del pasivo prestacional, hecho que no se tuvo en cuenta en la legislación anterior (Jaramillo, 1999).

Un aspecto importante es que si bien no se obligó a los municipios a prestar directamente los servicios del primer nivel de atención en salud, si se les exigió financiarlos, asegurarlos y garantizarlos, y se les trasfirieron de manera automática recursos para inversión social. Esta ley exigió a los municipios destinar el 25% de las trasferencias recibidas de la nación para salud (Jaramillo, 1999).

Desde el escenario Internacional, las citadas transformaciones correspondieron a iniciativas tanto del BM como del FMI, que impulsaron reformas como las descritas en varios Estados latinoamericanos, en las cuales se imponía la apertura económica, el control de la inflación, la disminución en la intervención Estatal, la flexibilización laboral para disminuir los costos en la mano de obra, y la reforma en los sistemas de protección social (Hernández; Obregón, 2002).

Aunque iniciadas desde antes, tales medidas fueron adoptadas ampliamente por el gobierno de Gaviria, el cual desarrolló una "apertura" de la economía colombiana, orientada en dos sentidos: hacia fuera, se trataba de abrir las fronteras nacionales a la economía mundial, tanto a la inversión como a los productos extranjeros; hacia adentro, la apertura significaba la "modernización" de la estructura productiva por medio de la participación del sector privado en

diferentes frentes de producción y de servicios que estaban a cargo de instituciones públicas (Gaviria Trujillo, 1991).

Bajo estos criterios se trazó la ley 100 de 1993, con la cual se modificó el sistema nacional de salud, creándose un sistema general de seguridad social en salud -SGSSS- (República de Colombia, 1993), que tomó como eje los paradigmas internacionales de privatización de los servicios, con la idea de hacerlos más eficientes. La Ley 100 proporcionó el marco legal para la creación de un aseguramiento en salud descentralizado y con pretendido cubrimiento universal, basado teóricamente en los principios de equidad, solidaridad, eficiencia, calidad y participación comunitaria. Se propuso un régimen contributivo, destinado a quienes pudieran pagarlo, especialmente personas con empleo formal, los cuales aportarían el 12% de su sueldo para cubrir su salud; las empresas promotoras de salud (EPS) surgieron para manejar este régimen y recibieron una cuota per cápita ajustada según la edad, sexo y ubicación geográfica de su afiliados; además pudieron entrar a administrar el Plan Obligatorio de Salud (POS), el cual abarcó un paquete completo de intervenciones en salud consideradas esenciales.

Por otro lado, se organizó un régimen subsidiado, encargado de cubrir al resto de la población, y financiado con ingresos del régimen contributivo y subsidios estatales; el pago por capitación y el paquete anexo de servicios ofrecidos para el régimen subsidiado se fijó arbitrariamente en 50% del valor del régimen contributivo. Las administradoras del régimen subsidiado (ARS) serían las responsables del manejo de este esquema (Hernández; Obregón, 2002).

De manera transitoria, mientras se lograba la afiliación al régimen subsidiado de toda la población pobre y vulnerable, se estableció que ésta continuaría acudiendo a recibir servicios de salud a cargo del Estado en los hospitales públicos; a las personas cubiertas en salud de ésta manera se les denominó “participantes vinculados” del SGSSS. Al margen de lo anterior, y habitualmente como fruto de

fuerte resistencia de los trabajadores de los sectores implicados ante las transformaciones implantadas por la Ley 100 de 1993, se conservó un conjunto de "regímenes especiales" para las fuerzas armadas y la policía del país, junto con los educadores estatales y los trabajadores de la empresa colombiana de ECOPETROL , quienes preservaron algunos beneficios previamente adquiridos para el cuidado de su salud, además de los contenidos mínimos estipulados en el plan obligatorio contributivo que les correspondería según la Ley 100, en su calidad de trabajadores asalariados.

Además, esta ley exigió a las entidades territoriales sustituir progresivamente el sistema de asistencia pública por un régimen subsidiado de seguridad social en salud, autorizó a los municipios y a los departamentos para la conformación de consejos territoriales de seguridad social, y para ejercer la función de inspección y vigilancias respectivas. Esto le generó mayor responsabilidad e importancia a los municipios y a los departamento en la rectoría de la salud (Jaramillo, 1999).

Se pretendió así trasformar a las instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública en Empresas Sociales del Estado (ESE), de manera que operaran bajo racionalidad económica, y pudieran competir con el sector privado; se buscó reactivar los mercados en los servicios públicos, y fomentar la competencia en la búsqueda de calidad y eficiencia, y se generaron espacios de libre elección para los usuarios (Jaramillo, 1999). La Ley 100 de 1993, bajo influencia del BM, buscó favorecer la emergencia de una "nueva salud pública", e introdujo dos características en el sistema de salud colombiano que antes nunca habían estado presentes: la división entre el proveedor y el comprador, y la subcontratación (Hernández, 2002).

Desde 1994 cuando se puso en marcha el SGSSS con el decreto 1298, se evidencio reducción en la disponibilidad del recurso humano y deterioro en su capacitación; el Ministerio de Salud decidió retomar la cooperación con la OPS y la

OMS y definió tres ejes de trabajo: desarrollo institucional del sistema de salud con desarrollo de recursos humanos, salud pública, y desarrollo de servicios locales de salud; se promovieron actividades para fortalecer la capacidad nacional para el adiestramiento en el servicio y la educación continua del personal de salud en apoyo a los procesos de reforma (Hernández 2002; Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud., 1996).

Durante ese año surgió un nuevo escenario para la descentralización con dos nuevos problemas, el denominado régimen de transición- decreto 2491 de 1994- para el SGSSS subsidiado con la finalidad de: "*garantizar el acceso al servicio que presten las instituciones de salud en todos los niveles de atención, a las personas que no estén amparadas por el Sistema General de Seguridad Social en Salud, hasta cuando este logre su cobertura universal*"(República de Colombia / Ministerio de Salud, 1994); allí se obligaba a los municipios a trasferir sus recursos financieros de salud a las denominadas EPS departamentales, retrocediendo en el procesos de descentralización que se había desarrollado y quitando posibilidad de manejo municipal directo de las trasferencias; además, la Corte Constitucional en su sentencia C- 520 prohibió a los municipios destinar parte de las trasferencias para gastos de funcionamiento, además de obligarles a ubicar el 100% de las trasferencias en la inversión social, más allá del 60% previsto en la ley 60 de 1993, por lo cual los recursos en la salud se vieron incrementados. No obstante, el mal manejo de los recursos de la salud fue la norma. En 1995, solo el 10% de los recursos asignados al sistema subsidiado se utilizaron adecuadamente, y el resto fue desviado hacia gastos burocráticos, congelados en cuentas bancarias o usados en sectores diferentes a salud (Jaramillo, 1999).

Para 1996 el nuevo régimen propició que se abriera un sistema de concurso entre diversas entidades administradoras del servicios; desde la ley 344 de 1996 se buscó formalizar el aporte del gobierno para el financiamiento del régimen subsidiado.

El BID otorgó a Colombia en 1996 un crédito, destinado al Ministerio de Salud, con la finalidad de apoyar la implantación y la sostenibilidad del nuevo sistema sanitario. Este crédito articuló una serie de proyectos que permitirían cumplir con los principios enunciados en la Ley 100: universalidad, solidaridad, eficiencia y calidad. Los proyectos así surgidos se nombraron como “Cooperación municipal para el desarrollo de la salud”, “Cooperación municipal para el logro de la equidad en salud”, “Fortalecimiento de la capacidad departamental en la reforma del sector”, “Apoyo al pacto social y la reforma a la seguridad social a nivel nacional” y “Municipios Saludables por la Paz” (Ministerio de Salud - República de Colombia, 1998).

4.2.4. Los programas contra enfermedades transmitidas por vectores en el marco de la descentralización y el libre mercado

Durante todo el siglo XX se efectuaron numerosos y notorios cambios en el modo de organizar la atención de enfermedades transmitidas por vectores en Colombia (Ver Anexo No. 12), sin embargo las mayores transformaciones para la organización de éstas acciones sanitarias empezarían a ocurrir en Colombia durante la década de los noventa (Sindicato Nacional de Empleados de Salud Sindes, 1992).

En efecto, el Decreto 1471 de 1990, expedido en uso de las facultades extraordinarias otorgadas por Ley 10 del mismo año, reorganizó el Ministerio de Salud, transformando la antigua Dirección de Campañas Directas en la División Transitoria del mismo nombre. Este decreto dispuso además que la División solamente debería funcionar por un término no mayor de dos (2) años contados a partir de la publicación de la norma, momento en el cual debería suprimirse habiendo celebrado el Ministerio de Salud previamente contratos interadministrativos de delegación con los municipios, para transferirles todas las acciones de control y erradicación de las enfermedades tropicales(República de Colombia Ministerio de Salud, 1991).

Lo anterior, pese a que los estudios del propio Ministerio de Salud y de la OPS, ya habían llegado a establecer que en los países en vías de desarrollo en los cuales se descentralizó el control de las enfermedades endémicas en cada nivel municipal sin efectuar antes análisis de la situación epidemiológica, sin un proceso de capacitación de las autoridades y a la comunidad, y sin que existiera un sistema central de dirección y vigilancia implementado, se fracasó en el intento, originándose una reinstalación de las endemias previamente controladas; mientras que en los países en donde la descentralización obedeció a una transición, con procesos de capacitación en las acciones de control de las enfermedades a los entes territoriales que las asumirían, se pudo conseguir que las enfermedades transmitidas por vectores se mantuvieran bajo control pese a la transición en la operación de los programas respectivos (República de Colombia Ministerio de Salud, 1991).

Las condiciones presentes en la mayor parte de los municipios colombianos hacía prever la imposibilidad de lograr, en el plazo establecido, un traspaso de funciones sin traumatismos desde el programa centralizado que venía ejecutándose, hacia programas a cargo de los municipios y distritos del país, por ello desde el momento mismo de la promulgación del decreto 1471 se alzaron múltiples voces en contra de la decisión, a través de peticiones dirigidas a las autoridades nacionales, en especial desde trabajadores de salud y habitantes de zonas endémicas para ETV, quienes solicitaron una ampliación del plazo y una adecuada preparación de los entes territoriales receptores, antes de encargarles las tareas que venía desempeñando por la División de Campañas Directas del Ministerio de Salud (Quiñones; et al, 1990).

En el mismo sentido, en el informe de Diciembre de 1991 al Congreso de la República correspondiente al período agosto de 1990 y fines de 1991, el Ministerio de Salud comentó ampliamente la conveniencia de incluir un paso intermedio antes de hacer efectiva la descentralización municipal de las acciones contra ETV,

transformando la División de Campañas Directas de dicho Ministerio en una Dirección de Enfermedades Tropicales, dándole carácter de ente técnico y categoría de Unidad Administrativa Especial pero con presupuesto propio y autonomía administrativa, y manteniéndola por un plazo de hasta cinco años a lo largo del cual se irían descentralizando progresivamente sus funciones en los distintos municipios, empezando en dos años por aquellos con menor riesgo para ETV, y culminando en máximo cinco años con los de mayor riesgo. El texto del informe ministerial citado anotaba:

> *El mandado del Decreto extraordinario de terminar con la División de Campañas Directas en un término que se cumplirá en el primer semestre de 1992, es imposible de acatar si se desea que los municipios asuman las actividades de control y erradicación de enfermedades tropicales con la preparación adecuada y los recursos debidos, especialmente si se toma en cuenta el repunte de tales enfermedades en el país… Lo que se busca es una descentralización racional, con preparación suficiente, y fortalecer una Dirección a nivel nacional que sea un organismo capacitador y orientador de los municipios y las comunidades. Su existencia asegurará la presencia del Estado en las áreas más desprotegidas de la Nación, a las cuales solo tiene acceso en la actualidad la División de Campañas Directas del Ministerio de Salud* (República de Colombia Ministerio de Salud, 1991)*.*

Se planteó también que una vez terminada la descentralización de los programas de control de ETV a los municipios, ésta división permanecería con el objeto de agrupar la información sobre el estado de los factores de riesgo y para evaluar los resultados del control de las enfermedades tropicales a nivel nacional; además, centralizaría la importación de insumos para abaratar los costos, y desempeñaría

tareas de capacitación y orientación a nivel regional y local (República de Colombia Ministerio de Salud, 1991).

En el mismo documento de rendición de cuentas entregado en diciembre de 1991, el Ministro de Salud anunció que en breve se estaría presentando *“al Honorable Congreso de la República un proyecto de Ley que propone convertir la División de Campañas Directas, en Dirección de Control de Enfermedades Tropicales, dándole carácter de ente técnico y la categoría de Unidad Administrativa Especial, dependiente del Ministerio de Salud, pero con presupuesto propio y autonomía administrativa" (República de Colombia Ministerio de Salud, 1991)*.

No obstante, a punto de llegar el 9 de julio de 1992, plazo establecido para la liquidación de la División de Campañas Directas, ni se habían celebrado los convenios interadministrativos que permitirían la descentralización de los programas para el control de ETV hacia los municipios, ni se había organizado desde el gobierno central alguna solución intermedia; por tal motivo, regresaron las peticiones ciudadanas dirigidas al Presidente de la República con el fin de desactivar los efectos del decreto descentralizador, al menos hasta no haber construido condiciones municipales que permitieran asumir los programas contra ETV de manera responsable (Caballero, 1992).

En ese contexto, y en medio de presión sindical de los trabajadores de la salud que se aunaba a las peticiones ciudadanas, el Ministerio de Salud finalmente elaboró, en conjunto con los trabajadores del sector, varias versiones de un proyecto mediante el cual se pretendía cristalizar la propuesta de creación de una Dirección de Control de Enfermedades Tropicales con existencia transitoria de cinco años, que fueron enviadas consecutivamente para concepto a diferentes entidades del gobierno central, como el Ministerio de Hacienda, y el Departamento Nacional de Planeación (DANE).

El DANE respondió que no consideraba necesaria la creación de una nueva Dirección de Control de Enfermedades Tropicales por cuanto " las mismas funciones se pueden desarrollar por la Subdirección de Control de Patologías Tropicales" del Ministerio de Salud, quien "se encargaría de las funciones que actualmente realiza la División de Campañas Directas y asesoraría el proceso de descentralización" pasando a coordinar las zonales contempladas en el Decreto 2290 de 1978 "mientras se termina el proceso de transferencia a los entes territoriales de la ejecución de programas"(Departamento Nacional de Planeación, 1992).

En cuanto al Ministerio de Hacienda, desde la Dirección Nacional de Presupuesto se devolvió al Ministro de Salud el proyecto de decreto enviado, por el cual se pretendía modificar la estructura orgánica del Ministerio de Salud referente a la División Transitoria de Campañas Directas, comunicando lo siguiente:

> *No es posible por decreto suprimir, adicionar y asignar funciones en los Ministerios, porque ésta es una competencia exclusiva del Congreso de la República de conformidad con lo establecido en el numeral 7 del artículo 150 de la Constitución Política.... Por lo anteriormente expuesto, no es factible tramitar el proyecto de decreto en mención. Sin embargo, dada la necesidad urgente de implementar los planes de intervención para el control de las enfermedades tropicales, se propone como alternativa que las funciones de la División de Campañas Directas sean atendidas en forma transitoria por la Dirección General Técnica - Subdirección de Control de Patologías, esto acorde con la actual estructura orgánica y funciones afines asignadas por el Decreto 1471 de 1990, para lo cual sería procedente tramitar una modificación de planta de personal* (Ministerio de Hacienda y Crédito Público, 1992).

En medio de un nutrido intercambio de correspondencia entre las comunidades, los trabajadores de Campañas Directas, el Ministerio de Salud, el Presidente de la República y otros representantes entes del gobierno central, se continuaron construyendo propuestas ante el problema planteado por la exigencia de una descentralización inminente de las acciones contra ETV en el país. No obstante, solo hasta el 25 de Junio de 1990 se pronunció el presidente César Gaviria con la firma de un decreto mediante el cual se adscribió la División de Campañas Directas del Ministerio de Salud a la División de Patologías Tropicales, quien se encargaría en lo sucesivo, entre otros programas, y hasta su descentralización total en un plazo máximo de cinco años, de las campañas contra la malaria, el dengue, el pián y el cólera (El Tiempo, 1992o).

En la solución avalada por el presidente de la República, se tomó en cuenta que el mismo decreto 1471, había creado la División de Patologías Tropicales, la cual no se había puesto en funcionamiento, ni contaba con planta de personal o estructura, por lo cual pareció pertinente hacer que toda la planta de la División de campañas Directas pasara a esta dependencia, junto con sus asignaciones presupuestales.

Continuó entonces la labor de los trabajadores sanitarios y el Ministerio de Salud, apoyados por algunos Representantes a la Cámara como el médico Jesús Rosero Ruano, procurando hacer ajustes a iniciativas de proyecto de Ley previamente presentadas, que proponían crear un Instituto de Control de Enfermedades Tropicales para continuar como ente central asesor y coordinador de los municipios en el tema, velando además por el establecimiento de un sistema local de información, otro de vigilancia epidemiológica y de autogestión comunitaria, iniciativa que no logró concretarse (El Tiempo, 1992o).

Sobre éstas bases, los municipios empezaron a asumir paulatinamente las actividades de promoción de la salud, prevención y control de las enfermedades

tropicales, al igual que los departamentos, con recursos técnicos y financieros conforme a la reglamentación que exigía el ministerio de Salud. Así, a partir de 1993 el trabajo contra las ETV desarrollado en Colombia se fue delegando en programas descentralizados de control para enfermedades transmitidas por vectores a cargo de las Secretarías de Salud Departamentales, en un proceso que se vino a completar para los departamentos con mayor riesgo hacia 1997, continuando bajo esta organización hasta la fecha en todo el territorio nacional (El Tiempo, 1992o; Presidente Sindes Nacional, 1992; Valero - Bernal, 2006).

4.2.5. Las luchas sociales colombianas en torno al sector salud a inicios de los noventas

El proceso de cambio en la estructura política y económica que vivía el país desencadenó una crisis laboral ante la disolución de múltiples entidades públicas por la descentralización administrativa y otras transformaciones de la política social, instaurándose el trabajo precarizado, con especial afectación de los trabajadores de salud. Las organizaciones de trabajadores intentaron fortalecerse mediante la unión y la acción concertada (El Tiempo, 1992f).

Los sindicatos que agrupaban gremios del sector salud organizaron múltiples protestas, en especial marchas y los paros, pues las reformas eran percibidas como un fuerte intento por privatizar el sistema sanitario en el país, deteriorar las condiciones laborales, y debilitar aún más la red pública hospitalaria (El Tiempo, 1992i, 1992k, 1992n).

Ante la frecuente ausencia de elementos mínimos para garantizar la atención de sus pacientes, además de los retraso en el pago a los trabajadores hospitalarios, durante 1989 se registraron huelgas de hambre, asambleas permanentes, paros y renuncias masivas cuyo motivo central fue la crisis presupuestal que sufría el sector salud; se desarrollaron movimientos de este tipo en Bogotá, Valle del Cauca, Bucaramanga, Medellín, Pasto, y Barranquilla. El asesinato de

trabajadores sanitarios en el contexto del CAI también motivó movimientos de protesta, como la renuncia masiva de todos los funcionarios del Hospital del Sarare luego del homicidio de una enfermera en marzo de 1989. Durante los movimientos se destacó la participación de ANIR y otros sindicatos del sector, además de trabajadores no sindicalizados (Cala Otero, 1989; El Mundo, 1989; El Tiempo, 1989a, 1989b, 1989c, 1989d).

Los programas de salud pública igualmente sufrieron los efectos de la crisis presupuestal. Frente a las protestas de los trabajadores y ante las sanciones que muchas veces se quiso imponer a los participantes, las directivas de las campañas contra ETV llegaron a expresar preocupación, pero también estigmatización, mediante comunicaciones como la siguiente:

> *Es de conocimiento de todo el personal de Campañas Directas el estado de conmoción interna en que se encuentra el país y que algunos funcionarios han aprovechado tal situación para hacer de las suyas y con tal motivo amenazar con los alzados en armas cualquier medida que en beneficio de la disciplina se quiera tomar (Supervisores SEM Zona V Montería, 1989).*

Para 1990 y 1991, ante la explosión de algunas enfermedades como la malaria que en el año 1991 mostró 185.000 casos pese al gran subregistro existente, las autoridades sanitarias del país, concejales y representantes hicieron un llamado al Presidente para que impidiera la desaparición de los programas centralizados encargados del afrontamiento de las patologías transmitidas por vectores, tal como parecía estar trazado a partir de las reformas sanitarias que se impulsaban; simultáneamente se organizaron foros para discutir la problemática, y otras iniciativas sindicales relacionadas tuvieron eco en amplios sectores de la población, como se explicitará en una sección siguiente.

Esto coincidió con una avalancha de peticiones desde diversos actores sociales, desde el año de 1990 y hasta 1992, dirigidas al presidente de la república y otras autoridades nacionales, en el sentido de evitar la descentralización de los programas contra las enfermedades transmitidas por vectores (Ver Anexo No. 13). Por su importancia y singularidad, este movimiento será detallado en un apartado posterior. Vale la pena resaltar que al respecto no se encontró registro alguno en los periódicos publicados durante el período, ni en la literatura colombiana sobre protestas sociales de la época en estudio.

En cambio, los periódicos continuaron registrando cumplidamente lo relativo a las protestas hospitalarias. Para 1990 reportaron un movimiento mixto de paro entre trabajadores de salud pública y hospitalarios en Córdoba, así como paros hospitalarios motivados por la crisis presupuestal en Bucaramanga, Antioquia, Sucre, Bolívar, Cauca, Nariño, y Meta (Buelvas, 1990; El Mundo, 1990; Gómez Gómez, 1990).

Además, y por primera vez después del gobierno de Alfonso López Michelsen, ASMEDAS decidió unirse al Paro Cívico Nacional que fue celebrado por las centrales obreras el 14 de noviembre de 1990, como parte de *"una tarea para evitar la privatización del Instituto de Seguros Sociales y de la seguridad social… [ya que] las facultades extraordinarias para reestructurar la parte financiera, económica, y administrativa del Instituto, pueden ser lesivas para los usuarios y los trabajadores" (El Espectador, 1990).*

En 1991, la ausencia de suministro y elementos mínimos para brindar asistencia médica motivó un paro hospitalario en el Hospital Evaristo García, del Valle, en el cual participó la ANIR; un movimiento por iguales razones se desató en Bolívar organizado por el sindicato de clínicas, hospitales y puestos de salud del departamento, entidad que agrupaba a más de tres mil trabajadores sanitarios; y otros movimientos se presentaron en Atlántico y Magdalena, así como en Popayán

y otros seis hospitales del Cauca. También hubo paros hospitalarios en Bogotá, Bucaramanga y Corozal, donde además se registró una renuncia masiva de médicos en señal de protesta (Cotes, 1991; El Espectador, 1991; El Tiempo, 1991a, 1991b, 1991c; Hamburger, 1991; Larrahondo, 1991; Ortiz Muñoz, 1991).

El inconformismo rebasaba al sector salud, por lo que se presentaron movilizaciones nacionales contra la política social del gobierno del presidente Gaviria. En estos reclamos participaron activamente los sindicatos de la salud por estar sus miembros entre los más afectados con las políticas oficiales. La respuesta del gobierno a esta voz pública fue el rechazo y la amenaza de declarar ilegales los paros (El Tiempo, 1992j, 1992m, 1993d).

Pese a ello, en el año 1992 se registraron paros hospitalarios en Risaralda, Cartagena, Mompox, El Carmen de Bolívar y Magangué, Santa Marta, el Valle, y Bogotá, los cuales estuvieron apoyados por grupos sindicales como el SINDESS y la ANIR (El Tiempo, 1992a, 1992e, 1992g, 1992l, 1992r).

En 1993 los paros en el sector salud se sintieron con fuerza en el interior del país, afectando hospitales de Boyacá en marzo y de Bogotá en noviembre, así como del Cauca en abril. La población los apoyó con marchas. La actividad huelguística fue desprestigiada desde voceros oficiales, y se le combatió con acciones represivas como el inicio de investigaciones disciplinarias a los participantes, así como sindicaciones de “terrorismo” dirigidas hacia los dirigentes (El Tiempo, 1993a, 1993b, 1993c, 1993e; Tribuna Roja, 1993).

En algunas regiones, como los departamentos de Santander y de Norte de Santander, se avanzó en contra de la protesta de los trabajadores sanitarios, intentando cambiar su estatus de “trabajadores públicos” a “empleados oficiales”, lo que implicaba pérdida de derechos y facilitaba la represión, al permitir despidos

legales por protagonizar protestas. Al respecto, directivos del Servicio de Salud de Cúcuta afirmaron:

> *Tal sistema es más práctico porque si no sirve, se pide el cambio de personal y no hay problemas sindicales, mientras que en la situación actual, no existe la opción de sancionar porque inmediatamente denuncian persecución laboral y el director del centro hospitalario debe acudir ante un tribunal del Ministerio de Trabajo (El Tiempo, 1993f).*

Muy pronto declarar ilegales los paros dejó de ser una amenaza y se convirtió en realidad. A inicios de marzo de 1994, 2.300 trabajadores sanitarios del Magdalena suspendieron actividades para exigir nivelación salarial. La huelga afectó un 80 por ciento de las actividades de consulta externa y cirugía programada en hospitales de Santa Marta, Fundación, El Banco, Plato, Aracataca, Pivijay, Santa Ana, San Sebastián y San Zenón. Ante esto, Miguel Pinedo Vidal, gobernador del Magdalena, declaró la ilegalidad del paro argumentando que por tratarse de funcionarios públicos no podían suspender sus actividades laborales (El Tiempo, 1994d).

Manejos similares se dieron a protestas sociales que de trabajadores sanitarios en Caquetá y Risaralda. En el Hospital Universitario San Jorge de Pereira incluso se amenazó con la cancelación de la personería jurídica al sindicato hospitalario. No obstante los paros continuaron en Cundinamarca, Barrancabermeja, Quindío, Santa Marta, Cúcuta, Ocaña, Pamplona y Bucaramanga, junto con renuncias masivas y otras protestas de trabajadores respaldados por sus sindicatos (El Tiempo, 1994b, 1994g, 1994h, 1994i, 1994j, 1994k, 1994m, 1994n) .

En el caso específico de los médicos, a través del recientemente instaurado mecanismo de acción de tutela para la protección de los derechos fundamentales

de los ciudadanos, un juez de la república dictaminó que no podían efectuar paros, pues estarían violando derechos fundamentales de los demás, por lo cual la tutela acabó convirtiéndose en un instrumento más en contra de la articulación de movilizaciones y protestas sociales dentro del sector salud (El Tiempo, 1994e) .

Durante 1995 algunos sectores cívicos vehiculizaron protestas relacionadas con la salud; por ejemplo, en el contexto de un paro cívico del Putumayo adelantado por 22 días, los campesino solicitaron la elaboración de un plan de salud coherente con sus necesidades, así como la construcción de un hospital en La Hormiga (El Tiempo, 1995a).

En el marco de la prohibición a los médicos de efectuar paros, instaurada a partir de jurisprudencia construida por acciones de tutela, en Norte de Santander se organizó ante la ausencia de nivelación salarial una renuncia masiva de todos los médicos agremiados en ASMEDAS; también en Pasto un grupo de médicos presentó su renuncia masiva, mientras sus colegas de Antioquia e Ibagué estudiaban la posibilidad de proceder en igual forma (El Tiempo, 1995b, 1995d, 1995e, 1995f).

Las organizaciones sindicales, federaciones y gremios de la salud y seguridad social de Bogotá y Cundinamarca anunciaron que entre los días 14 y 15 de marzo de 1995 realizarían un paro nacional para protestar por la privatización de los hospitales y para exigir mejores condiciones laborales, a la vez que se fijó el día 15 de marzo para concretar las renuncias masivas de médicos a lo largo del país buscando reforzar el alcance de la protesta; también se programaron marchas de batas blancas en todo el territorio nacional (El Tiempo, 1995h).

El movimiento estuvo respaldado por un grupo de 13 sindicatos, asociaciones y centrales obreras, entre las que se encontraban el SINDESS, ANTHOC, SINTRAHOSCLISAS, SINTRAINALCA, SINTRAINFANTIL Lorencita Villegas,

ANDEC, Sindicato Hospital La Samaritana, ANEC, ASMEDAS, UTRADEC, FENALTRASE, CGDT, y la CUT. En total entraron a paro un total de 41.000 médicos; 12.000 enfermeras superiores; 35.000 auxiliares de enfermería; 22.000 paramédicos; 10.000 Trabajadores del sector administrativo, para un total de120.000 funcionarios en todo el país, con excepción de los médicos afiliados a ASMEDAS, quienes insistieron en presentar renuncias masivas (El Tiempo, 1995c, 1995g; Redacción Local Santafé de Bogotá, 1995). Como banderas comunes al movimiento se esgrimieron "defender la salud pública, impedir el desmonte del ISS, echar atrás los decretos privatizadores y sacar adelante la nivelación salarial y las mejoras prestacionales" para el sector salud (Cadena, 1995).

Ante el éxito alcanzado, los trabajadores de la salud llevaron a cabo una nueva jornada de protesta de 72 horas, a partir del 1° de Mayo, para la cual las diversas organizaciones del sector se reunieron y se organizaron el 21 y 22 de mayo de 1995, con participación del SINDESS, ASMEDAS, ANEC, la Asociación Colombiana de Nutricionistas, la Asociación de Bacteriólogos Sindicalizados, ANDEC, la Asociación Sindical de Trabajadores del Hospital La Samaritana, varias seccionales de ANTHOC -, y los intergremiales de la salud de Antioquia, Santander, Caldas, Bogotá y Cundinamarca, con respaldo de UTRADEC, la CUT y la CGTD, entre otras centrales obreras. Se acordó que las reivindicaciones serían "enfrentar la liquidación de la salud pública, la privatización de la seguridad social y la política de salarios de hambre del régimen"; además, se estableció la creación de un Comité Nacional Intergremial de la Salud y la Seguridad Social (Tribuna Roja, 1995).

No obstante, las transformaciones nefastas del sector salud continuaron sin mayores modificaciones, sentando las bases para un grave deterioro en la situación nacional de salud pública que se desencadenaría en períodos posteriores.

Durante 1996 la crisis financiera empeoró y afectó a la mayor parte de los hospitales públicos del país, generando movimientos de protesta; se destacaron el paro del Hospital Regional de Yopal con participación de médicos y otros trabajadores de la salud, cuya ilegalidad fue solicitada al Ministerio de Trabajo por el gerente de la institución, bajo el argumento de que los huelguistas “están pasando por alto el artículo 48 de la Constitución Nacional que habla del derecho a la salud”; por motivos similares se presentó una renuncia masiva de 163 médicos en el Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta, con apoyo de ASMEDAS y respaldo de los 300 trabajadores no médicos de la entidad, así como de los hospitales de Ocaña y Pamplona; en circunstancias idénticas se registró en Barrancabermeja la renuncia colectiva de los 12 médicos especialistas; y el Hospital de Cartagena completó un paro por más de 3 semanas consecutivas, iniciado por los médicos internos, en busca de mejores condiciones para poder atender a los pacientes en el servicio de urgencias (El Tiempo, 1996b).

La crisis financiera y los paros hospitalarios continuaron en 1997 (El Tiempo, 1997c); además, se promovió una iniciativa de paro nacional sanitario, coordinada por los respectivos sindicatos, que fue conjurada en octubre mediante la asignación adicional por parte del gobierno nacional de 187 mil millones de pesos con destino al sector, destinados a cubrir gastos de funcionamiento de 13 hospitales psiquiátricos, a la compra de servicios a hospitales, y a subvencionar ampliación del cobertura del POS en el régimen subsidiado acordada mediante un acuerdo del 29 de agosto en casos de ortopedia, traumatología, cataratas, estrabismos y cirugía de grandes vasos (El Tiempo, 1997e).

Finalizando el año, se desarrolló en Bogotá un fuerte movimiento de paro hospitalario en los hospitales públicos, en un intento por frenar la reestructuración administrativa y conversión de las entidades en ESEs, medida que acarrearía despidos y eliminación de algunos servicios sanitarios que se venían prestando a

los Bogotanos[30]; pese a la intensidad del movimiento, la reestructuración fue realizada (El Tiempo, 1997d).

4.2.6. El movimiento de los peticionarios rurales por el derecho a la salud ante la descentralización de los programas sanitarios contra enfermedades tropicales

En el marco del proceso de descentralización de la salud ya reseñado, y de traspaso progresivo de los programas contra ETV hacia los entes territoriales, con toda la polémica nacional desencadenada en torno a la capacidad de éstos para asumir un conjunto de programas que hasta el momento venían siendo manejados de manera vertical desde el Ministerio de Salud, se organizaron luchas sociales en las cuales se aglutinaron esfuerzos de los trabajadores sindicalizados y no sindicalizados adscritos a la División de Campañas Directas, junto a esfuerzos de las comunidades organizadas que habitaban en zonas afectadas por ETV; ambos grupos sociales compartieron en ésta coyuntura su carácter predominante de personas rurales, el uso de la petición escrita como repertorio fundamental de lucha, y el reclamo de la salud como derecho .

Alberto Caycedo, quien había sido director del SEM, reflejó muy bien el sentir general de los trabajadores de programas contra ETV y de los habitantes rurales en torno al proceso descentralizador en marcha:

> *No se debe colocar, ahora, en manos de los municipios una responsabilidad tan grande como el control de las enfermedades tropicales, porque, precisamente, los más afectados por estos males son a la vez los municipios más pobres del país. En unos cinco años de trabajo se puede fortalecer la estructura regional para poder descentralizar por completo el control de las enfermedades tropicales.*

[30] Por ejemplo, algunos servicios especializados de salud mental.

> *Hacerlo ahora, sin recursos, sin infraestructura, es una completa irresponsabilidad (El Tiempo, 1992q).*

La descentralización en salud fue interpretada por los trabajadores de malaria como una amenaza muy fuerte para la continuidad de los programas de erradicación, pues los municipios que debían asumir esa responsabilidad no estaban preparados. De la preocupación de la población, y de las y los trabajadores que venían haciéndose cargo de este renglón de la salud pública, surgieron diferentes iniciativas enfocadas a plantear resistencia y alternativas a los cambios a que obligaban las nuevas tendencias políticas y económicas ligadas con el proceso neoliberal aplicado al sector de la salud.

Inicialmente, los trabajadores sanitarios sindicalizados y no sindicalizados, coordinados con directivos del Ministerio de Salud y de la División de Campañas Directas, organizaron espacios de discusión sectorial orientados a plantear estrategias de enfrentamiento ante las amenazas percibidas:

> *Hubo más que todo foros, los foros fueron entonces una estrategia de la dirección de campañas directas para evaluar el proceso de descentralización (Líder Sindical de Anthoc, 2007).*

En general la inconformidad expresada en los foros con los procesos de cambio que se venían presentando en el país, y en los programas contra ETV, no implicaba de facto una opinión en contra de las lógicas que estaban operando en la transformación del Estado, sino que más bien entrañaban una actitud crítica ante la forma en que los cambios se estaban realizando.

Eran frecuentes las opiniones a favor de la descentralización, pero en contra de la forma acelerada y poco planificada como ésta pretendía desarrollarse. Incluso los mismos trabajadores de los programas apoyaron en algunas ocasiones la

implementación de un proceso que eventualmente disolviera la entidad en que ellos se desempeñaban, siempre y cuando esto se hiciera paulatinamente, en un plazo de 5 o 7 años durante los cuales se capacitara a la población y a los funcionarios mientras se reestructuraban los entes departamentales para que pudieran asumir de una manera responsable la labor de cuidar la salud pública de la población (Ampudia, 1992).

Los trabajadores de campañas directas, directivos del Ministerio de Salud, fuerzas sindicales y la población, coordinaron la organización de diferentes estrategias para potencializar el clamor de quienes veían amenazado su derecho a la salud por la implementación acelerada de las reformas. Así por ejemplo, después de los foros fue organizada por los trabajadores de la División de Campañas Directas, con la anuencia de sus directivas, una estrategia de acercamiento a la comunidad por medio de la cual se efectuaron acciones educativas en torno al derecho a la salud, al modo de operación de los programas verticales para el control de las ETV, al proceso de descentralización, y a sus efectos sobre dichos programas, lo que generó una amplia movilización desde la base misma de las comunidades rurales y algunas urbanas, en solidaridad con la causa de “los malarios”:

> *En el 90… después de promulgada la ley, sacábamos un volantico, lo llamábamos “El Zancudo”, sobre todo lo reproducíamos mucho en Santander, los trabajadores llevaban los boletines a las comunidades y entonces se le explicaba a la gente qué era la descentralización de la salud y por qué los programas no deberían ser descentralizados…. Se hizo en todas las zonas que eran orientadas por ANDEMISAP… estaba la zona de Norte de Santander, estaba la zona del Meta, estaba la zona de Santander, la zona del Valle, la zona de Nariño, la zona de Buenaventura, porque casi todo lo que estaba concentrado en SINDESS era en la costa atlántica, ese siempre ha sido su fortín histórico…(Líder Sindical de Anthoc, 2007).*

A la vez, se informaba a la población sobre su posibilidad de dirigir peticiones respetuosas a las autoridades competentes en busca de soluciones ante los problemas que les afectaran, incluyendo la amenaza de una inmediata descentralización de programas sanitarios no suficientemente planificada.

En relación con lo anterior, entre 1990 y 1993 se generaron decenas de cartas con peticiones desde las comunidades y trabajadores, hacia el Presidente de la República y el Ministro de Salud, unas solicitando no descentralizar los programas para el manejo de enfermedades transmitidas por vectores y otras en apoyo de cambios paulatinos y bien planificados que no pusieran en peligro la salud de la población, las cuales fueron enviadas desde los más distantes caseríos rurales de Colombia, hasta el Palacio de Nariño.

Contrario a lo que pudiera pensarse, no se trato de una simple estrategia de recolección de firmas para apoyar cartas previamente escritas por los trabajadores sanitarios; en los archivos del antiguo SEM pueden constatarse múltiples formas y estilos en la redacción de los comunicados que allí reposan: cartas escritas a mano, mimeografiadas o escritas a máquina en original, que fueron enviadas desde distintos puntos del país coincidiendo en sus destinatarios, en las peticiones contenidas ya descritas, y en las razones aducidas para efectuarlas, centradas en la defensa del derecho a la salud de las comunidades y los individuos (Ver Anexo No. 13).

La verificación de algunas variaciones a lo largo del tiempo en los signatarios y destinatarios de las cartas, así como en el tono de sus contenidos, permitió una aproximación al modo en que se organizó esta movilización de peticionarios.

Por ejemplo, entre enero y marzo de 1992 fueron enviadas una serie de cartas con carácter técnico, desde los trabajadores sindicalizados y no sindicalizados de la División de Campañas Directas a políticos locales, y a directivos regionales de la

citada sección; también a funcionarios directivos del Ministerio de Salud, en las cuales se analizaban los riesgos para la salud pública que se desprenderían de una descentralización apresurada de los programas sanitarios contra ETV.

Entre las cartas enviadas por los sindicatos de la salud llaman la atención especialmente aquellas dirigidas a alcaldes municipales, según lo acordado en el Tercer Encuentro de trabajadores de la Malaria, realizado en Bogotá el 1 y 2 de Agosto de 1991, en las cuales se les explicó sobre los procesos de descentralización y municipalización de los programas de salud, y se les realizaron unas preguntas y peticiones de cierre:

> *Señor Alcalde: ¿estaría usted y su municipio en condiciones económicas de aceptar ese reto?, ¿de recibir a los trabajadores de la campaña de Malaria, para que con su presupuesto municipal, se les paguen sueldos y todas las prestaciones sociales como lo ordena la ley? En espera de su buena colaboración, y sabiendo que con su ayuda defenderemos el patrimonio de cada uno de los trabajadores y la salud del pueblo nuestro, le agradecemos enviar sus respuestas a la dirección anotada anteriormente, antes del 12 de marzo de 1992, ya que así nos ayudaría para presentar al Congreso de la República, el proyecto de defensa de la campaña (Vergara, 1992).*

En respuesta a estas misivas, algunos alcaldes enviaron comunicados respondiendo a las juntas directivas sindicales que no estaba en condiciones de hacerse cargo de los programas de Campañas Directas, a menos que el ministerio saneara todas las deudas con todos sus empleados, incluyendo las prestaciones sociales, aclarando que solo en tal momento podrían asumir las nuevas responsabilidades sanitarias que la Nación quería encargarles (Rengifo, 1992).

Otra estrategia empleada por los trabajadores de los programas contra ETV fue buscar el apoyo de la prensa. En el contexto de las peticiones escritas ya analizadas, estos trabajadores enviaron al director del periódico *El Tiempo*, el señor Enrique Santos, una carta exponiéndole el contenido de los decretos que determinaban las reformas en cuestión, la inexistencia de un ente que asumiera de inmediato las funciones en reemplazo de la División de Campañas Directas, y la ausencia de recursos de los municipios para asumir dichas acciones de salud. Dicha misiva terminaba expresando:

> *Confiamos en que desde ese medio que tiene alcances tan importantes se formule al gobierno la pregunta sobre quién asumirá la responsabilidad del control de la malaria en caso de no ser aprobado el proyecto de reestructuración dándole vida o continuidad a la División de Campañas Directas (Castillo, 1992).*

A partir de abril de 1992 existen indicios en las cartas sobre la incorporación progresiva de directivos de los programas de campañas directas en la estrategia inicialmente impulsada por los trabajadores sindicalizados; posteriormente, de común acuerdo entre trabajadores y directivos de la Dirección de Campañas Directas, ésta acordó con la Secretaría General del Ministerio de Salud que en determinados días de abril de ese año los funcionarios del programa de malaria fueran a los diferentes municipios de los departamentos a su cargo en busca de apoyo de la población para la iniciativa impulsada en favor de la continuidad de los programas verticales, al menos por un tiempo, antes de su descentralización hacia los municipios, distritos y departamentos.

Luego este apoyo se concretó, como en ocasiones anteriores, por medio de documentos firmados por los habitantes de diferentes zonas y departamentos, enviados de manera individualizada, y dirigidos en su mayoría a la Presidencia de

la República, en los cuales se exigía la continuidad de la División de Campañas Directas y sus acciones (Muentes, 1992).

Los recorridos realizados por los empleados de la malaria que buscaban informar a la población sobre las dificultades que se desprenderían si se realizaba una descentralización inmediata de las campañas directas fueron acordados desde el nivel central con los funcionarios locales durante el mes de abril de 1992, y la gran mayoría de cartas de peticionarios pertenecientes a comunidades rurales fueron enviadas entre los meses de abril y mayo del mismo año, aunque existieron algunas más tardías, procedentes de la Costa Atlántica, las cuales se fecharon entre junio y julio del mismo año.

En ésta fase de planificación de la estrategia para la defensa del SEM participaron activamente los sindicatos, en especial el SINDESS y ANDEMISAP, junto con funcionarios no sindicalizados del programa contra el Aedes aegypti, que luego consiguieron el apoyo de las directivas locales y nacionales, por medio de quienes se gestionaron acuerdos con el Ministerio de Salud en los puntos descritos; adicionalmente, muchos empleados de la entidad en liquidación acordaron donar parte de su sueldo para sostener las acciones de defensa de la División de Campañas Directas (García, 1992).

El movimiento iniciado de esa manera fue apropiado pronto por los habitantes de las zonas que se verían afectadas por la descentralización precoz de las campañas directas. En muchos departamentos, como Córdoba por ejemplo, se realizaron en los municipios reuniones presididas por los alcaldes, y se aprovecharon también para impulsar la causa los espacios de los Consejos Nacionales de Rehabilitación existentes en muchas de las regiones afectadas por conflicto armado en las cuales también proliferaban las ETV; en la mayor parte de los departamentos fueron los mismos líderes comunitarios quienes asumieron personalmente éstas iniciativas luego de ser contactados por los funcionarios de la División de Campañas Directas,

y quienes se encargaron de difundir la información y tramitar memoriales entre los miembros de sus comunidades de influencia, los cuales fueron enviados por diversas vías a la Presidencia de la República (García, 1992).

No obstante, en el caso de otros departamentos como Nariño, Caquetá y Putumayo fueron los funcionarios de los programas de malaria y Aedes aegypti quienes directamente se hicieron cargo de efectuar acciones de "educación a la comunidad", y se reunieron con organizaciones de base, tales como las Juntas de Acción Comunal (JAC), para coordinar las acciones en defensa de las Campañas Directas, y promover la elaboración y envío de peticiones al presidente de la república.

En la estrategia adelantada dentro de los departamentos de Santander y Norte de Santander, se llegó a la población a través del ya conocido periódico "El Zancudo", que venía siendo empleado desde 1990 por los trabajadores sindicalizados en ANDEMISAP para comunicar su accionar a los habitantes del área de influencia; además se buscaron pronunciamientos de solidaridad desde sindicatos, comités coordinadores locales y JAC (García, 1992).

La mayoría de las peticiones fueron enviadas en forma de carta manuscrita o mecanografiada individualmente, con muy pocos casos de documentos mimeografiados o fotocopiados en serie; las cartas fueron dirigidas a los presidentes Barco y Gaviria, pero también al director del SEM, o al ministro de salud, desde comunidades campesinas, indígenas, afrodescendientes, grupos religiosos, organizaciones del sector salud, niños y niñas, maestros, y trabajadores petroleros, entre otros. Algunas contaban incluso con más de dos mil firmas, y otras venían refrendadas por autoridades municipales que también se pronunciaban en contra de la reforma propuesta (Ayala; et al, 1992; Bolaños, 1992; Campesinos y Moradores Localidad Buenos Aires, 1992; Lagoueyte, 1990; Landázuri; et al, 1992;

Muñoz; et al, 1992; Quiñones; et al, 1990; Ramírez, 1992; Riascos, 1993; Siciliani, 1990; Valencia, 1990).

Existieron también algunas cartas dirigidas por niños campesinos y afrodescendientes a María Paz y Simón, hijos del Presidente César Gaviria, en las cuales se le solicitaba con términos infantiles que intercedieran ante su padre por la salud de los niños y niñas del campo que se verían negativamente afectados con las modificaciones que se planeaban sobre los programas contra las ETV (Orobio; et al, 1992).

Muchas de las cartas tenían en común un apoyo expreso de la comunidad a las labores realizadas por el SEM y destacaban que esta entidad era la única rama del Estado que llegaba a estas regiones apartadas para prestar apoyo en la salud, y que de no ser por su servicio, se encontrarían en situación de total abandono y flagrante violación de sus derechos consignados en la reciente Constitución del 91. Sin que se hubiesen archivado de manera exhaustiva en su momento, en la antigua sede del Servicio de Erradicación de la Malaria ubicada en Bogotá llegaron a localizarse para este estudio 166 documentos del tipo descrito, procedentes de múltiples regiones del país (Ver Anexo No. 13).

Comunidades como la de Cupica, al norte de Chocó, expresaron por los medios masivos de comunicación que el abandono del Estado era tal que ni siquiera el SEM había llegado a ayudarlos constantemente, de modo que a la misma población le había tocado aprender a diagnosticar y tratar la malaria (El Tiempo, 1992c).

A todas las comunidades y personas que enviaron cartas se les dio respuesta individual mediante una misiva uniforme firmada por el presidente Gaviria y el ministro de salud, quienes expresaron el propósito de mantener los programas de erradicación en la División Transitoria de Campañas Directas hasta que los

municipios pudieran asumir tal función, y manifestaron que estaban estudiando diferentes alternativas jurídicas para conseguirlo (Dussan, 1992b).

Así mismo, las poblaciones peticionarias recibieron correspondencia con fecha del 26 de agosto de 1992 enviada por la División de Patologías Tropicales del Ministerio de Salud, mediante cartas idénticas enviadas a cada comunidad en las que se informaba que el Ministerio ya se estaba encargando del asunto. Previamente, el director de campañas directas les había enviado otra misiva individualizada de agradecimiento por la solidaridad recibida, en donde les anunciaba que el asunto estaba en estudio y que el presidente de la república y el ministro de salud habían hecho el compromiso verbal de solucionar favorablemente las peticiones recibidas desde la comunidad:

> *En atención a la solicitud formulada por Uds., atentamente me permito informarles que por Decreto Presidencial la División de Campañas Directas fue transferida a la División de Patologías Tropicales, con sus diferentes programas y funcionarios, dando solución al asunto crucial de garantizar la continuidad de los programas(Dussan, 1992a).*

La respuesta de la presidencia a las peticiones de la comunidad no llegó a la detención del proceso de descentralización, pero sí se consiguieron cambios importantes, al punto que se estableció el plazo de cinco años por el que abogaban algunos sectores de la población y los trabajadores para que las transformaciones fueran paulatinas y planificadas; sin embargo, el futuro de los trabajadores por el cual también se manifestaron los peticionarios no fue un tema de mayor preocupación en las medidas tomadas. De ello da cuenta un decreto por medio del cual se reestructura el Ministerio de Salud en lo referente a la División Transitoria de Campañas Directas. Parte del proyecto de ese decreto consigna:

> *Se trata de darle una permanencia de cinco (5) años a ésta dependencia para preparar a los municipios y a la comunidad en el proceso de la descentralización de las actividades de prevención, control y erradicación de las enfermedades tropicales, plazo que es necesario tal como lo indica la experiencia en otros países. El proyecto no generará erogación adicional alguna en el presupuesto, ya que por el contrario la nueva estructura será implementada con una planta de personal mínima que supone una enorme economía. De otro lado, las 18 zonas que hoy existen como dependencias de ésta División, irán desapareciendo en un plazo máximo de cinco (5) años para que sus acciones las asuman los municipios, tal como lo estipula el artículo 6 de la ley 10 de 1990 y en consecuencia sus plantas de personal, que hoy comprenden cerca de 2200 cargos, serán suprimidas (González Posso, 1992).*

Durante los años de 1993 y 1994 la descentralización de los servicios contra enfermedades transmitidas por vectores se fue dando con ritmos diferentes a lo largo del país. En muchas regiones, el proceso significó grandes tropiezos para la continuidad de las acciones sanitarias.

En cuanto a sus reivindicaciones, resulta claro que el movimiento de peticionarios consiguió logros limitados, porque si bien se retrasó en unos años la delegación de funciones a los entes territoriales, no se consiguió interrumpir la descentralización de las campañas directas. Respecto a las características mismas de la descentralización, se alcanzaron también logros parciales pues la responsabilidad de las campañas directas pasó a manos de los departamentos y distritos, y no a los municipios como inicialmente se tenía planeado. Y finalmente se consiguió que la supresión de cargos del ministerio se diera *"progresivamente, en la medida que las entidades territoriales correspondientes vayan asumiendo la*

transferencia del personal que ocupa dichos empleos" (República de Colombia Ministerio de Salud, 1994).

Aun así, para mayo de 1994, 2 años después del punto en el que se concentraron la mayoría de las cartas enviadas por los peticionarios rurales reseñados, la descentralización había avanzado en el país desmontando gran parte de la estructura del SEM y se había diluido en importante medida la fuerza organizadora de las asociaciones de trabajadores que impulsaron las acciones iniciales del movimiento, por lo que las últimas peticiones a través de cartas correspondientes a este período que se encuentran en los archivos de la institución correspondieron más bien a intereses individuales, ya alejados de las reivindicaciones iniciales orientadas a procurar el propósito colectivo de mantener una institución y preservar el bienestar de la población, siendo frecuentes los temas relacionados con solicitudes de ex funcionarios de campañas directas pidiendo que se les pagaran sus liquidaciones (Botero, 1994).

Para las luchas de los trabajadores de campañas directas, la descentralización de las acciones de ésta entidad hacia los entes territoriales significó una desarticulación de la organización sindical, con el consiguiente debilitamiento de las acciones colectivas contendientes que venían siendo protagonizadas en los últimos años:

> *Desde el punto de vista de los trabajadores en el caso de las campañas directas…pues… ahora ellos están inmersos con los trabajadores hospitalarios; además, los niveles de dirección en los cuales participan dentro de los sindicatos son muy reducidos, hay casos en los que en regiones completas en el departamento no hay ni un solo trabajador de la malaria en los órganos de dirección del sindicato, entonces también esa interrelación se ha perdido y naturalmente como el sector mayoritario es el nivel hospitalario, todas*

las movilizaciones están relacionada con el nivel hospitalario y los niveles de participación pues se reducen únicamente al programita, y como ya no hay esa coordinación nacional, porque en algunos casos, como le digo, eso está manejado a través de ordenes de prestación de servicios, entonces no tienen ningún tipo de interrelación y está totalmente atomizados. Toda esa experiencia organizativa de acción y de movilización social que tenían los trabajadores ha cambiado muchísimo, además de que hay un relevo generacional, y se ha perdido… (Líder Sindical de Anthoc, 2007).

De manera concomitante, el recorte del gasto social exacerbado a partir de año 1996, con especial afectación del sector salud, y las transformaciones planteadas por la Ley 100 en 1993 (El Tiempo, 1997f), significaron no solamente nuevos obstáculos para la implementación efectiva de servicios asistenciales y de salud pública (El Nuevo Siglo, 1996), sino que hicieron más difíciles las condiciones laborales de los trabajadores del sector, debilitando sus luchas.

4.2.7. Entre el fuego cruzado desaparecen los trabajadores sanitarios rurales

En medio de una flexibilización laboral progresiva, componente de la violencia estructural generalizada contra el sector salud al que pertenecían, expuestos al enrarecimiento político vivido por el país, y en el contexto de un conflicto armado interno que se vio alimentado por el ingreso de estructuras paramilitares a un escenario previamente ocupado por guerrillas fortalecidas, los trabajadores sanitarios rurales fueron víctimas de una intensificada violencia directa en su contra, que dejó como resultado agresiones, amenazas, muertes y especialmente nuevas desapariciones.

Al respecto, se encontraron en los archivos sindicales del SEM múltiples documentos que permitieron establecer que durante el período fueron comunes las

denuncias de funcionarios desaparecidos hechas por sus propios compañeros de trabajo; llama la atención que muchas de esas desapariciones ocurrieron en los meses inmediatamente siguientes al inicio de las actividades ya reseñadas de información a la población sobre los riesgos implícitos de efectuar una descentralización poco planificada, actividad de los trabajadores del SEM que como fue revisado antes resultó fundamental para la organización de las acciones de envío masivo de peticiones por parte de pobladores rurales al presidente de la república Cesar Gaviria, solicitando continuidad de los programas sanitarios amenazados e invocando para ello el derecho a la salud.

Para exponer solo algunos casos, según lo consignado en los archivos sindicales del servicio, en junio de 1992 desapareció un funcionario del SEM con 28 años de antigüedad en la entidad; la denuncia formal del hecho solo fue presentada hasta septiembre de ese año (Perdomo, 1992). En Julio se registraron varias denuncias por desaparición de funcionarios; durante la diligencia para efectuar una de ellas, el funcionario coordinador del SEM que la realizó anotó que venía a informar sobre *"la desaparición de los dos funcionarios de esta zona que aún a la fecha no han aparecido", agregando* en su declaración que se había encargado de asumir el deber de denunciar *" Ya que me tocó hacerlo debido a las amenazas de muerte recibidas por parte de los familiares" (Pérez, 1992).* Esta actitud, así como el retardo en efectuar formalmente otras denuncias, denotan el grado de temor que soportaban los funcionarios ante las acciones violentas que les afectaban como colectivo, y ante posibles retaliaciones por parte de los violentos si ellos las ponían en evidencia.

En cuanto a las otras desapariciones de trabajadores ocurridas en el mes de julio de 1992 llama la atención que varias de ellas se concentraron entre los días 8 y 13 de ese mes, y en los departamentos de Córdoba y Antioquia (Madrid, 1992a, 1992b, 1992c), dos zonas en las cuales para la época se verificó una importante expansión y consolidación del proyecto paramilitar.

En noviembre las notas de prensa dieron cuenta por fin de la violencia ejercida contra los trabajadores de la salud en los últimos meses del año 1992:

> *Tres funcionarios del Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM) también desaparecieron y solo uno fue encontrado, pero en muy malas condiciones… varios profesionales de la División de Medicamentos han sido amenazados de muerte a través de llamadas telefónicas, lo que ha generado pánico entre los trabajadores. Más aún si se recuerda también el asesinato, en su apartamento, de la abogada Isabel Cristina Guevara, asesora jurídica del ministerio, hace apenas unas semanas (El Tiempo, 1992s).*

De acuerdo con el ministro de salud de la época, Gustavo de Roux, el sector salud se convirtió durante ese período en blanco de la violencia de *"fuerzas oscuras que, sin justificación expresa, asesinan, desaparecen y amenazan a quienes colaboran con la difícil labor de preservar la salud de los colombianos"*. Para complementar, el viceministro de salud, Luis Eduardo Gómez Pimienta, declaró que esta situación *"ha generado un clima de inseguridad e intranquilidad entre los profesionales de la salud que laboran en estas zonas, consideradas como de conflicto, lo cual repercute en la eficacia y oportunidad en la prestación de los servicios de salud pues los funcionarios, amedrentados por estos hechos, no pueden cumplir a cabalidad sus funciones"*, en detrimento adicional de una ya difícil situación afrontada por los programas de salud pública del país, en especial por aquellos dedicados a las ETV, tal como ha sido reseñado *(El Tiempo, 1992s)*.

4.2.8. El repunte de las enfermedades transmitidas por vectores en un contexto de violencia directa y estructural

En tiempos inmediatamente anteriores al inicio de las transformaciones planeadas para los programas contra ETV, éstas continuaban aumentando dentro de amplias regiones del país. Fueron construidas variadas explicaciones para este fenómeno,

con matices distintos según el actor social que las enunciaba. Escuchemos algunas:

> *[A los trabajadores del SEM, antes de la descentralización] La gente los conocía por todas partes… éramos parte de la comunidad… nos permitían entrar a todas esas áreas… y estábamos muy bien dirigidos…había una logística muy buena, yo recuerdo que el programa tenía una excelente cadena de frío, y malaria contaba con transporte fluvial, semovientes, transporte terrestre… usted salía al área a ejecutar un plan de trabajo y le daban avances de campo para casos de combustibles, de fletes, una caja menor … usted no tenía ningún tropiezo en el área rural…A partir del año 96 entonces ya vino la descentralización del Servicio de Erradicación de la Malaria, entonces ya era Campañas Directas del Ministerio Salud… [los antiguos trabajadores del SEM] de ahí en adelante hemos seguido apoyando [las acciones contra la fiebre amarilla], complementando la vacunación en áreas rurales endémicas, de difícil acceso… pero ya no con ciclos quinquenales… el PAB sigue haciendo la vacunación a nivel institucional; de igual forma, como a ellos les acabaron la parte operativa, pues les toca es contratar, y ya el contratado para mandarlo al área rural es muy difícil… no lo dejan entrar … [a las zonas endémicas que coinciden con áreas de conflicto armado activo] (Trabajador Campañas Directas Secretaría de Salud de Norte de Santander, 2006).*

Desde la perspectiva de los trabajadores de campo, la responsabilidad por este deterioro en el funcionamiento de sus programas y en la situación epidemiológica resultante, le cabía a deficiencias en la planificación por parte de los directivos regionales y centrales, como lo explicaban algunos de los supervisores zonales de servicios contra la malaria en el año 1989:

> *La Dirección del SEM o los funcionarios de alta jerarquía encargados de hacer la licitación para traer los insumos del exterior no las han hecho o las han confeccionado mal y por ese motivo tienen que declararlas desiertas, por tal motivo, desde hace varios años, solamente se labora dos o tres meses cada año y el resto sin ninguna actividad… Así mismo, la falta de dineros ubicados a tiempo en las zonas para pagar sueldos, viáticos, y adquisición de elementos, no obstante haber en los bancos dinero suficiente para tal fin (obstaculiza las labores) (Supervisores SEM Zona V Montería, 1989).*

Para 1991, cuando ya se encontraba en curso el proceso de descentralización de los programas en cuestión, los sindicatos continuaban denunciando deficiencias en la provisión de insumos y presupuestos adecuados para el desarrollo de las tareas necesarias en las distintas regiones del país afectadas por ETV, como consta en las siguientes declaraciones que el directivo sindical Fermín Rambal dio la prensa regional:

> *Para combatir la ola de mosquitos transmisores de dengue el SEM cuenta con equipos e insecticidas, pero carece de la gasolina requerida para los vehículos… únicamente se necesitan 18 millones de pesos para combustible… se ha efectuado convocatoria a la comunidad y sus líderes para analizar la situación y planear acciones (Mariano, 1991).*

Por otra parte, los directivos y técnicos ubicados en el nivel central de la División de Campañas Directas atribuían un peso importante para el deterioro de la situación epidemiológica de las ETV a la renuencia de las comunidades beneficiarias ante las medidas de salud pública propuestas. Con respecto a las frecuentes epidemias de fiebre amarilla dentro de zonas endémicas, los expertos consignaron en las Memorias de la III Reunión de Investigadores de Malaria y

Otras Enfermedades Tropicales, celebrada en Rionegro Antioquia entre el 21 y el 25 de marzo de 1991, que "ciertos grupos religiosos en el área de riesgo, no aceptan la vacunación perdiéndose el esfuerzo estatal (Ej.: Testigos de Jehová, Caquetá)" (Ministerio de Salud - República de Colombia, 1991).

Aunque ésta versión ha trascendido hasta nuestros días, la propia Comunidad de Testigos de Jehová escribió una carta dirigida al Dr. Dussan, Director División Campañas Directas Ministerio de Salud, en donde se desmentía la versión oficial registrada en las memorias de la citada reunión, empleando los siguientes términos "Los Testigos de Jehová apreciamos la ayuda de la medicina.... la declaración hecha en la publicación mencionada arriba no es exacta, pues nosotros no nos oponemos al uso de las vacunas" (Sociedad de Biblias y Tratados Torre del Vigía, 1992). Esta evidencia puntual, junto con otras expuestas, hace necesaria una mirada crítica especial ante la fácil aceptación que tiene la versión de la renuencia de la población como un aspecto central a tomar en cuenta en la construcción de explicaciones sobre el fracaso de las medidas contra ETV en Colombia.

Mientras las discusiones sobre la descentralización iban y venían, y diferentes visiones sobre la crisis evidente en los programas contra las ETV se contradecían unas a otras, la población clamaba mediante cientos de peticiones escritas para que se mantuvieran las Campañas Directas bajo un control centralizado, pues solo de esa forma, decía la población, podían evitarse tragedias para la salud de la comunidad que costarían muchas vidas (Camacho; et al, 1992; Quiñones, 1992).

A pesar de que el gobierno central afirmaba que se realizarían los ajustes necesarios para que la salud de la población no se viera afectada por la reforma administrativa, durante 1992 se registraron epidemias de malaria en Chocó, y de

dengue hemorrágico en diversas localizaciones del país, con especial afectación de Ibagué y Barrancabermeja (El Tiempo, 1992h, 1992o).

En casos específicos, como la citada epidemia del Chocó, algunos observadores de la época encontraban una relación directa entre ésta y la descentralización administrativa, cuando afirmaban que “desde que el SEM fue remplazado por la División de Campañas Directas Transitoria, los casos aumentaron en cuestión de meses” (El Tiempo, 1992b).

En efecto, las estadísticas nacionales sobre personas infectadas por malaria en el país revelaban un incremento notable en la presentación de casos a partir de principios de la década del 80 del siglo XX, que se hicieron aún más marcados luego del inicio de la descentralización administrativa del SEM (Rodríguez, 2009), y que en regiones especialmente susceptibles, como el Chocó alcanzó cifras alarmantes para los pobladores; por ejemplo las estadísticas del Hospital de Bahía Solano, en dicho departamento, mostraban un incremento en el número de consultas debidas a la malaria de 850 en 1984 a 1160 en 1992, siendo este el primer motivo de uso de los servicios prestados por consulta externa (Ver Anexo No. 14).

No obstante, las causas de estos incrementos en la prevalencia de ETV en Colombia durante el período deben matizarse con la evidencia sobre múltiples situaciones favorecedoras de la exacerbación de epidemias de malaria, dengue, fiebre amarilla, leishmaniasis y otras enfermedades de este tipo, las cuales coincidieron temporalmente durante el año 1992, con la reforma administrativa de los programas habitualmente manejados por el SEM; entre éstas situaciones hay que destacar: la presencia del Fenómeno del Niño, la desfinanciación crónica que venía afectando el normal desempeño de las campañas sanitarias, las dificultades para la operación adecuada de los programas dentro de zonas afectadas fuertemente por el conflicto armado interno colombiano, el desarrollo a partir de

1962 de una resistencia progresiva de los vectores a los insecticidas utilizados por el SEM, y en el caso de la malaria, el desarrollo de resistencia del plasmodio a los medicamentos antipalúdicos disponibles (Poveda, 1997).

Estos casos de malaria se reportaron a partir del 22 de abril de 1992, pocos días después de que desde diversas comunidades chocoanas se empezaran a enviar cartas a la presidencia de la república en las que se elogiaba la labor del SEM y se cuestionaba al gobierno sobre quien asumiría las responsabilidades de la entidad una vez que ocurriera la descentralización planeada, cuando las epidemias empezaran a cobrar victimas (Comunidad Localidad La Solita, 1992; Martínez L; et al., 1992). Los esfuerzos por controlar la epidemia con los insuficientes recursos locales disponibles fueron infructuosos, y pronto se extendió a varios lugares de la Costa Pacífica, exigiendo asignación extra de recursos y coordinación de apoyo desde otras regiones del país mediante comisiones de trabajadores sanitarios especializados (El Tiempo, 1992d).

Reconociendo las múltiples influencias posibles sobre el fenómeno, es innegable que de manera paralela a la descentralización de las campañas directas, Colombia se convirtió en caso dramático para la propagación de la malaria; según las cifras divulgadas, entre los países del área andina Colombia fue donde se presentaron los mayores incrementos en personas afectadas por la enfermedad: de 235.936 casos que se reportaron en 1992 en los cinco países de la región, alrededor de 184.000 tuvieron lugar en Colombia, lo que significa el 56.4% de los casos (El Tiempo, 1994f).

Al respecto el entonces ministro de salud, Juan Luis Londoño de la Cuesta, afirmó que el peso total del repunte en las epidemias debía atribuirse a fallas técnicas e institucionales en los entes encargados de su control, sin entrar a puntualizar nada respecto a los recortes presupuestales y la reestructuración administrativa que éstos estaban sufriendo por la época:

La pérdida de terreno en la lucha contra la malaria tiene una causa muy clara: las fallas técnicas e institucionales que han convertido el SEM en una entidad primitiva y caduca para enfrentar la malaria... Es necesario modernizar este dinosaurio mediante la aplicación de otras técnicas químicas, biológicas y epidemiológicas a través de un programa de descentralización (El Tiempo, 1994f)[31].

En la misma línea de proliferación de epidemias de malaria, en octubre de 1994 se registró una afectando a varios municipios de Arauca, con epicentro en Saravena y Fortul; es interesante recoger las impresiones que los actores locales de la época tenían sobre la interacción entre la epidemia y el proceso de descentralización, para contrastarlas con las del nivel central representadas por el Ministro Londoño; la siguiente entrevista efectuada al director del Hospital de Saravena sirve de ilustración al respecto:

Al aumento de casos se suma que, en cumplimiento del proceso de descentralización, por decreto el Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM) desapareció, y a partir de diciembre la oficina de Arauca, con sede en Saravena, también será desmontada… Tenemos que buscar alguna solución porque todos los pacientes con síntomas de la enfermedad llegan allá a hacerse la prueba. Además, el hospital no está en condiciones de sostener esta oficina que tiene veinte funcionarios. Seguramente en muchos casos la enfermedad no se va a diagnosticar y otros pacientes asistirán al hospital, pero nuestro laboratorio no tiene capacidad para prestar este servicio (El Tiempo, 1994l)[32].

[31] Juan Luis Londoño de la Cuesta, ministro de Salud. Citado en: El Tiempo. "Malaria: Lucha Semiparalizada." *El Tiempo*, 23 de enero 1994, http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-21943 [Citado de: 04/11/08].

[32] Director del hospital de Saravena, Leonardo Sánchez. Citado en: El Tiempo. "Se Triplica El Paludismo En Arauca." *El Tiempo*, 25 de octubre 1994, http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-247210 [Citado de: 04/11/08].

Unos años después, continuaban reportándose insuficientes recursos asistenciales locales instalados para hacer frente a las epidemias dentro de zonas de riesgo para ETV; así lo expresó el director del Hospital de San Pablo ante una epidemia de paludismo registrada para 1996 en el sur de Bolívar:

> *Las instalaciones del hospital no son lo suficientemente amplias para atender casos masivos. (…) en la actualidad sólo somos dos médicos que atendemos en el hospital turnos las 24 horas del día y la verdad, no damos para cubrir la cantidad de pacientes. Incluso, se ha pensado cerrar la consulta externa pues nos queda muy pesado(El Tiempo, 1996a).*

En cuanto a la fiebre amarilla, aparentemente su repunte fue mucho más lento y menos notorio en medio del panorama epidemiológico nacional (Ver Anexo No. 15), al menos a partir de cifras oficiales (Pan American Health Organization, 2004).

No obstante, la percepción sobre la presencia de la enfermedad en el período que se tiene al leer los reportes de prensa rebasa las cifras oficiales; por ejemplo, no son infrecuentes los informes periodísticos de la época sobre brotes de fiebre amarilla que llegaron a desbordar la infraestructura sanitaria local en las zonas endémicas; tal como el registrado en el Meta para el mes de octubre del 94, que llevó a que el gobernador del departamento declarara la emergencia sanitaria para poder disponer de más personal y suministros médicos. De acuerdo con la fuente, en esta región, en la que no se habían presentado brotes epidémicos de dicha enfermedad en los últimos 5 años, aparecieron además de los casos de fiebre amarilla, algunos de dengue hemorrágico y clásico (El Tiempo, 1994a).

Es importante recordar que para 1989 se diagnosticó en Colombia el primer caso de dengue hemorrágico, mientras la primera epidemia de la enfermedad fue reportada durante los primeros meses del año 1990 (El Espectador, 2010);

correspondiente a un caso iniciado en diciembre de 1989 en Puerto Berrío (Antioquia). A partir de allí ocurrió un ascenso rápido en el número de casos de dengue hemorrágico en el país, pasando de una tasa de 1,4 casos por 100.000 habitantes en 1994 a una tasa de 5.17 casos por 100.000 habitantes en 1998 (Ministerio de la Protección Social - Dirección General de Salud Pública - Instituto Nacional de Salud - Subdirección de vigilancia y control en salud pública, 2005).

En cuanto a los registros nacionales de casos de dengue clásico, también se encuentra una clara tendencia ascendente en el período, iniciando por 17.389 casos en 1991; subiendo dramáticamente en 1998 hasta 58.011 casos; mientras se reportaron 20.322 casos en 1999(El Espectador, 2010; El Espectador, 2010; Ministerio de la Protección Social - Dirección General de Salud Pública - Instituto Nacional de Salud - Subdirección de vigilancia y control en salud pública, 2005) .

Capitulo 5 EL INMOVIL TIEMPO DEL SILENCIO A VOCES, 1998 – 2004

Este período está definido por la notoria ausencia de luchas sociales organizadas en torno a las ETV, en coincidencia temporal con la consolidación de grandes transformaciones del sector salud que propiciaron el desmonte de los programas centralizados de salud pública, y que favorecieron la flexibilización laboral de los trabajadores, en detrimento de las asociaciones sindicales que durante períodos anteriores sirvieron de base para una significativa proporción de la acciones colectivas contendientes que fueron identificadas.

En una primera sección se presentan algunos nuevos repertorios de protesta en torno a problemas sanitarios, distintos de las ETV, que utilizaron las acciones legales para protección de derechos fundamentales puestas a disposición de la comunidad a partir de la Constitución Política de 1991. También se hace referencia a los paros protagonizados por trabajadores hospitalarios en relación con procesos de reestructuración implementados, dejando constancia de la ausencia generalizada en ellos de reivindicaciones relacionadas con el tema de estudio. A continuación, se presenta un panorama sobre las epidemias de ETV surgidas durante el período y su relación con aspectos centrales del conflicto armado interno colombiano desarrollado por la misma época y lugares.

Una segunda sección reseña la epidemia de fiebre amarilla ocurrida entre los años 2002 y 2004 dentro de los territorios del Catatumbo y la Sierra Nevada, dando cuenta tanto de sus características centrales, como de su interacción con el conflicto armado interno, así como de una serie de protestas pobremente organizadas a través de las cuales se reclamó a las autoridades sanitarias aquellas medidas necesarias para el adecuado afrontamiento de la epidemia en curso. Estas fueron las únicas formas de acción colectiva contendiente

directamente relacionadas con las ETV de las cuales se pudo dar cuenta, recordando aquellas similares efectuadas ante otra epidemia de fiebre amarilla surgida en los mismos territorios a finales de la década de 1970, y también en momentos de intensa represión social, impulsada ahora por la “Seguridad Democrática” del presidente Uribe Vélez.

5.1 AUSENCIA DE ETV EN TUTELAS Y PAROS, PRESENCIA DE EPIDEMIAS Y CONFLICTO ARMADO, 1998 – 2001.

5.1.1. Persisten el conflicto armado, profundas reformas neoliberales y malestar social

En el marco del recrudecimiento del CAI, y con un sector salud cada vez más golpeado por reformas neoliberales, un observador anónimo comparte así sus impresiones sobre ésta época:

> *Con el desmonte de la política de salud pública y la desactivación de la estructura de salubridad nacional, desaparecen o se debilitan los programas encaminados a erradicar las enfermedades endémicas. Incluso se desestimulan los esfuerzos de investigación científica nacional que se hacen. (...) La estrategia contrainsurgente colombiana, inspirada en la política de "seguridad nacional" formulada por el gobierno norteamericano para contraatacar los movimientos de liberación nacional y social de la década del 60´, introduce en el campo de los aliados, además de los narcotraficantes y paramilitares, las enfermedades endémicas como el paludismo, la fiebre amarilla y la leishmaniasis, para doblegar la moral de las guerrillas. La aplicación de la política neoliberal y contrainsurgente son, de por sí, dos razones para que el Presidente Uribe no mueva un dedo para brindar seguridad en salud a los colombianos, amenazados sobre*

> *todo por la reaparición de fiebre amarilla que es mortal y más cuando la considera su aliada para acabar con la guerrilla en los próximos 18 meses. Su ministro de Protección Social fuera de conseguir algunas vacunas, lo que ha hecho es señalar a la guerrilla como responsable de la propagación del virus y difundir la mentira que la insurgencia se estaba oponiendo a la vacunación de las comunidades, afirmación que fue desmentida por autoridades regionales, afortunadamente (Anónimo, 2004).*

Recordemos que en el inicio de la década de 1990 Colombia se embarcó en dos proyectos: uno que pretendía relegitimar el sistema político a través de una constituyente que institucionalizaría un Estado Social de Derecho, y otro que correspondió a la aplicación ortodoxa de la apertura neoliberal. En consideración de Mauricio Archila, estos dos proyectos entraron en una tensión que pronto se empezó a resolver a favor de la vía aperturista, lo que se hizo visible particularmente en el intenso programa de privatizaciones y de ajuste fiscal, en la descentralización hacia los entes territoriales, en las reformas laborales introducida por la Ley 50 de 1990, y las correspondientes del sistema de seguridad social fundamentadas en la Ley 100 de 1993. De lo anterior se desprendió un cambio importante en las formas y fuentes de la financiación del bienestar social, la pérdida del empleo de muchos trabajadores y trabajadoras que anteriormente laboraban en el sector público, y una creciente criminalización de la protesta social (Archila, et al, 2002).

La violencia también fue un tema destacado en estos años. Tras el fracaso de las negociaciones con la CGSB contra cuyos grupos armados integrantes se desató una ofensiva militar, la creciente exclusión de fuerzas políticas alternas al

bipartidismo[33], la derrota de terceras fuerzas como la AD-M19, o el exterminio de la UP, se produjo un recrudecimiento de la violencia manifestada inicialmente en la guerra contra los grupos insurgentes. Por otro lado la degeneración de las CONVIVIR en paramilitarismo al servicio de ganaderos, terratenientes y narcotraficantes, que se unieron entre sí para formar en 1997 las AUC, produjo una renovada violencia en la que las víctimas fueron entre otras los sindicalistas y defensores de derechos humanos, lo que hizo de la acción colectiva contendiente en Colombia un terreno sumamente agreste.

En 1998 fue electo presidente de la república Andrés Pastrana Arango cuyo programa de gobierno proponía la superación del conflicto armado mientras se profundizaban las reformas neoliberales, lo que no fue otra cosa que el mantenimiento de la tensión ya mencionada entre la vía del Estado Social de Derecho y la vía aperturista, lo que nuevamente se resolvió por el segundo camino.

En 2002 fue electo presidente de la república Álvaro Uribe Vélez llevando al gobierno su política de "Seguridad Democrática" en la que se defendía que los grupos armados de izquierda, especialmente las FARC, eran el principal obstáculo para la defensa del Estado de derecho y de la ley. Este gobierno aumentó fuertemente la capacidad militar del Estado a la par que se dedicó a combatir a las guerrillas mientras inició un proceso de negociación con los grupos armados paramilitares, de derecha, y mientras tanto negó la existencia de un CAI, lo que tuvo como consecuencia la no aplicación del Derecho Internacional Humanitario (DIH) en la evaluación y afrontamiento de la violencia colombiana (Báez, 2008).

[33] En las elecciones parlamentarias de 1998 los partidos Liberal y Conservador se quedaron con el 75% del Senado y el 83% de la Cámara, mientras la mayoría de las fuerzas políticas alternativas se quedó sin representación.

5.1.2. Una protesta social que sobrevive y crece entre violencia directa y violencia estructural

La forma más usual de protesta entre 1997 y 1999 fue el cese temporal de actividades por parte de las y los trabajadores (Archila, et al, 2002), ante la profundización de las reformas neoliberales en el país, y para pronunciarse en contra de las contradicciones y soluciones estipuladas en el plan de desarrollo del gobierno Pastrana[34].

Las principales motivaciones de estas huelgas fueron las difíciles condiciones laborales, la situación salarial, la pérdida de empleos especialmente en el sector público que sufrió privatizaciones, la pauperización de la seguridad social, la proclama por la terminación de políticas públicas que los asalariados consideraban nocivas y la formulación de otras que consideraban beneficiosas.

Según un estudio realizado por Álvaro Delgado, los convocantes de las huelgas fueron en general los grandes sindicatos de los diferentes gremios, aunque con un protagonismo decreciente en medio del panorama nacional de la protesta social; sindicatos en los que confluían principalmente trabajadores del sector formal, por lo que los trabajadores informales y desempleados quedaron habitualmente por fuera de la actividad huelguística.

Tales acciones colectivas surgieron de exigencias habitualmente instauradas desde los sindicatos de las áreas de prestación de servicios, en particular empleados de la salud, de la justicia y de los ministerios, institutos descentralizados, transportadores y maestros. Quienes más participaron en las huelgas fueron los empleados públicos cuyas reivindicaciones comúnmente se hicieron ante el Estado para el pago de salarios atrasados. La duración de las

[34] La crisis social era tal que para 1999 el desempleo marcaba un 20.1% en las grandes ciudades del país.

huelgas se redujo bastante frente a períodos anteriores, aunque al aumentar en estos años el número de participantes en cada paro, aumentó el número de jornadas/hombre perdidas lo que redundó en que cada huelga del período, aun siendo en promedio más corta que las de años anteriores, tuviera un importante impacto en la economía (Archila, et al, 2002).

Analizando en conjunto el período 1998 – 2004, se observan variaciones notables en los últimos años respecto a lo descrito en los primeros. Después de un pequeño descenso en las protestas sociales colombianas entre 1991 y 2001, con una media de 429 acciones por año, a partir del año 2002 se presentó un incremento constante en las luchas, sostenido incluso más allá del año 2004, límite temporal del trabajo reseñado[35]; para el período 2002 – 2008 la media anual se elevó hasta 643 por año, siendo ocupado el lugar de contrincante principal por el ejecutivo nacional (28.3% de las demandas); seguido por las protestas contra guerrillas y paramilitares (15.5%), y contra las empresas privadas (9.3%). Solo un 3% del total de protestas sociales del período se dirigieron hacia empresas nacionales o mixtas del orden nacional prestadoras de servicios públicos y de salud, y un porcentaje similar a las equivalentes del orden municipal (CINEP, 2009).

De la mano con el recrudecimiento del CAI se agudizó la represión hacia la movilización social, con creciente criminalización no solo de la protesta, sino de cualquier forma de organización social y comunitaria que pareciera contestataria, a la cual se equiparó con el nuevamente en boga término de terrorismo, sin que esto lograra amilanar a los actores que organizaron las acciones; fue notoria la ausencia de organizaciones sindicales en el panorama global de los promotores principales de protestas[36], a diferencia de otros tiempos; en cambio,

[35] De acuerdo con el CINEP, el análisis de sus bases de datos sobre protestas sociales permite afirmar que entre 2002 y 2008 se presentó un aumento inusitado en las luchas sociales en Colombia, llegando a una media anual de 643 por año, y superando el hasta entonces pico registrado para 1976.
[36] Exceptuando aquellas desarrolladas a través del repertorio de la huelga, como se mencionó antes.

predominaron como actores centrales los pobladores urbanos, junto a nuevos actores como personas desplazadas y otras víctimas de las violencias, quienes con un 10.2% de las luchas superaron la participación de otros actores emergentes como los indígenas, afrocolombianos, mujeres, población LGBT, ONG de derechos humanos, y estudiantes (CINEP, 2009).

Más de una cuarta parte (26.6%) de las luchas sociales del período se concentraron en la costa atlántica colombiana (departamentos de Atlántico, Magdalena, Bolívar, la Guajira, Cesar, Córdoba y Sucre), en coincidencia con un área en la cual se vivió una arremetida paramilitar contra organizaciones campesinas y grupos étnicos, en busca del necesario despojo de tierras para consolidar allí megaproyectos, dejando una estela de personas sometidas al desplazamiento forzado en toda la región (CINEP, 2009).

Además de protestas contra el CAI y sus actores, también se plantearon exigencias relacionadas con servicios de salud pública, o ante servicios públicos deficientes que ponían a aquella en riesgo. No obstante, las protestas por razones relacionadas con el sector salud no dominaron la escena en el país durante el período estudiado.

5.1.3. Los trabajadores sanitarios colombianos ante la “destrucción atroz” de la salud

En el marco de la marginalidad ya descrita para las protestas sanitarias, y para las organizadas por asalariados, los trabajadores de la salud fueron unos de los principales protagonistas de acciones colectivas tipo huelgas ocurridas en este período; según Delgado esto podría explicarse por las políticas neoliberales de extinción de la responsabilidad social del Estado, que hicieron del trabajo en esta área una tarea difícil e inestable (Archila, et al, 2002).

A través de las transformaciones implementadas, los empleados e instituciones del sector se vieron sumergidos en las lógicas del mercado, lo que implicó una competencia por ganar pacientes clientes y recursos privados, por lo que una importante parte de la red hospitalaria pública entró en la fase final de una severa crisis económica y fue desmontada, a la vez que desmejoraron las condiciones de vida de los asalariados y asalariadas del sector. Para el autor citado es obvio que los empleados de la salud hayan sido unos de los principales representantes de la actividad huelguística del país pues las reformas que se realizaron en estos años afectaron fuertemente al área en que se desempeñaban:

> *El drama que bulle detrás de sus protestas es tal vez único en su género: al despido colectivo y la simultánea precarización del contrato de trabajo se añade el espectáculo atroz de la destrucción de plantas físicas, equipos científicos y acervos de investigación adquiridos con impuestos que paga la población. Si las cosas no han ido más lejos ha sido por las organizaciones sindicales de salud* (Archila, et al, 2002).

Este fue el caso del Hospital San Juan de Dios en Bogotá, que podría considerarse uno de los emblemas de la destrucción sufrida por la red hospitalaria nacional durante este período.

Al respecto, en el año 2001, último de gobierno del presidente Pastrana, se destacó aquella protesta que giró en torno a la defensa de dicho hospital universitario, quien veía cercana la hora de su liquidación, ante lo cual los empleados en franca crisis económica y social, marcharon y se plantaron en espacios públicos, donde se presentaron fuertes choques con la fuerza pública.

También se inició ese año un paro de los trabajadores del Instituto de Seguros Sociales (ISS), entidad que sufrió una profunda reforma consistente en la separación de las secciones dedicadas a la salud de aquellas que manejarían los

riesgos profesionales y las pensiones, alegando que así se le daría mayor viabilidad a la entidad. Para el 2003 se continuó reformando, mediante la conformación de ESEs con sus casi 200 clínicas, hospitales y centros de salud, con las cuales la EPS del ISS se obligaba a contratar servicios por tres años; al final del término, la iniciativa fue considerada como todo un fracaso (El Tiempo, 2006). Las protestas de los trabajadores del ISS se desarrollaron consecutivamente hasta lograr algunos arreglos laborales en el mes de noviembre (El Tiempo, 2001a).

Los trabajadores y trabajadoras de la salud en Apartadó, Antioquia, también salieron a las calles buscando llamar la atención de las autoridades sobre la difícil situación en materia laboral y de prestaciones sociales que enfrentaba el municipio, en especial en los hospitales Antonio Roldán Betancur y en el Edgar Mauricio Plazas (El Colombiano, 2002). Lo mismo sucedió en el Hospital Universitario San José, de Popayán, ante su inminente cierre (El País, 2002).

Fueron muchos los traumatismos continuados que tuvo que enfrentar la salud en estos años. Por un lado la implementación del nuevo SGSSS ocasionó dificultades en el funcionamiento de la red hospitalaria; a estos problemas hay que agregarles que el proceso de descentralización dificultó la transferencia de recursos a los hospitales de muchas regiones, lo que aunado con los casos de corrupción (El Espectador, 2001) provocó muchas dificultades en el mantenimiento de los servicios sanitarios asistenciales públicos del país (El Tiempo, 2001b). En algunos casos el clamor de los empleados, usuales protagonistas de las protestas, fue alimentado por la voz de los beneficiarios de los servicios, tal como ocurrió en el Hospital Infantil San Francisco de Paula, en la costa atlántica, donde las madres de los niños y niñas atendidas apoyaron a los empleados que se pronunciaban en contra del cierre de la entidad (El Heraldo, 2003).

En este contexto, diversos actores sociales implicados con el sector de la salud empezaron a coordinarse en torno al que se ha dado en llamar “Movimiento

Nacional por la Defensa de la Salud y la Seguridad Social"[37]; una de cuyas primeras acciones documentables consistió en la convocatoria al "Primer Congreso Nacional Por La Salud" realizado en Bogotá, entre el 3 y el 6 de octubre de 2001, en el cual el movimiento planteó como tesis principal que la falta de compromiso del Estado en la *"garantía de la salud pública como derecho humano fundamental y bien público esencial ha traído un grave deterioro para las condiciones de salud: reemergencia de enfermedades, deterioro de las redes públicas de atención sanitaria, perdida de la calidad de los servicios, dificultades para el acceso a los servicios y a los medicamentos, debilitamiento de los programas de protección, promoción y prevención" (Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, 2001).*

Cumplidos diez años de la reforma a la salud las entidades públicas ya se encontraban en un estado tan crítico que ni siquiera podían responder por los tratamientos más esenciales para los pacientes, quienes debieron recurrir a la tutela para obtener servicios realmente necesarios. Por ejemplo, en el 2003 el ISS estaba en mora de varios meses en la entrega de medicamentos para quienes padecían enfermedades de alto costo y la administración, ciertamente maniatada, ponía plazos frecuentemente rotos para el cumplimiento de sus obligaciones legales. Mientras tanto a los hospitales públicos el Estado les debía más de 600.000 millones de pesos que debían ser pagados a través de los intermediarios del sistema (Perilla Santa María, 2004).

[37] Entre otros colectivos y personas particulares involucradas con el sector salud que coordinan sus acciones en torno al citado movimiento, hasta la fecha, vale destacar a trabajadores y trabajadoras de la salud sindicalizados y no sindicalizados, académicos y estudiantes universitarios de la salud, en especial de las universidades públicas junto a algunas privadas, y a usuarios de servicios de salud; a la vez, ha obtenido la solidaridad para muchas de sus acciones de importantes centrales obreras nacionales, como la CUT. A 2010, el movimiento ha convocado la elaboración de numerosos documentos de denuncia, encuentros y congresos nacionales por defensa de la salud y la seguridad social, así como campamentos humanitarios en que se han ventilado graves violaciones del derecho a la salud ocurridas en el marco de la normatividad de corte neoliberal vigente para el tema. Durante las protestas solicitando la declaratoria de inconstitucionalidad para los decretos de emergencia social en salud promulgados por el gobierno Uribe a finales de 2009 y 2010, el movimiento jugó un activo papel.

Un gran paro nacional de empleados de la salud se presentó en abril de 2003. La participación en esta ocasión fue bastante numerosa e incluyó tanto a trabajadores sindicalizados como a los que no lo estaban. Se destaca que en Cundinamarca además del cese de actividades en hospitales públicos y las clínicas del Seguro Social, fue a paro la Secretaria de Salud, ante el convencimiento de que *"el gobierno tiene decidida la liquidación del ISS, CAJANAL y CAPRECOM, así como la red pública hospitalaria".* En Bogotá se destacaron las marchas de antorchas de los trabajadores de las clínicas San Pedro y del Niño, adscritas al ISS (Sindess, 2003).

La reforma a las instituciones hospitalarias siguió su camino y así mismo la protesta opositora se mantuvo. Si bien se venía afirmando desde años anteriores que las instituciones necesitaban adaptarse y tener estados fiscales positivos que viabilizaran un funcionamiento no deficitario para garantizar así su permanencia, este pareciera no ser realmente el criterio asumido para avanzar en la reestructuración de la red hospitalaria, ante casos como el del Hospital Ramón González Valencia de Bucaramanga, que pese a su excelente facturación avanzó en dirección a la reestructuración. Esta tentativa encontró la resistencia de los trabajadores organizados cobijados por ANTHOC (Vanguardia Liberal, 2003). El Hospital Psiquiátrico San Camilo, en la misma ciudad, también padeció la crisis que afectó tanto a los trabajadores a los que se les adeudaban varios meses de trabajo, como a los pacientes que asistían a una institución que carecía de recursos suficientes para comprar medicamentos, alimentos y para pagar los servicios públicos (Vanguardia Liberal, 2004b). En julio de 2004 la población santandereana protagonizó multitudinarias marchas para expresar su apoyo y sentido de pertenencia a esta institución (Lizarazo, 2004). Luego, en noviembre del mismo año, se organizó en la región un paro cívico en contra de la liquidación de los hospitales y en defensa de la salud pública (Vanguardia Liberal, 2004a).

Mientras el ministro de protección social Diego Palacios anunciaba como gran logro del gobierno la ampliación de cupos del SISBEN para los estratos bajos en el departamento de Cesar (Barrios, 2004b), los hospitales de la región carecían de recursos para atender dignamente a los pacientes (Barrios, 2004c). Con frecuencia los funcionarios del gobierno se pronunciaron en defensa de los logros de la Ley 100 afirmando que el aumento de la cobertura a los más pobres era un tema digno de ser destacado (Perilla, 2004), pero además de que los aumentos formales en la cobertura no fueron acompañados de un aumento de la capacidad de atención ni de acceso efectivo, los logros esgrimidos por el gobierno fueron relativos, pues la fórmula propuesta para aumentar la cobertura fue la reducción de beneficios incluidos en el POS, y el aumento de los copagos de los usuarios, entre otros (El Espectador, 2004; El Nuevo Siglo, 2004b). Cabe resaltar que el aumento en los copagos fue del 15% mientras que para ese año el aumento del salario mínimo fue de solo 7.8% (El Tiempo, 2004b), por lo que el costo de los servicios de salud pagado por los usuarios resultó desproporcionado.

En el norte del país, con el cierre del Hospital Universitario de Cartagena en enero de 2004, solo seis hospitales quedaban en funcionamiento en esa ciudad, mientras que los Hospitales de Barranquilla no tenían presupuesto ni para comprar gasas; el Centro Asistencial de Ciénaga carecía de recursos que aseguraran su funcionamiento (Iguarán González, 2004), y la situación en el occidente del país tenía a los hospitales del Valle con unos déficits que impedían su funcionamiento (El Tiempo, 2004b). Mientras tanto, el documento CONPES Social 77 de aparición del 26 de enero de 2004 estableció un recorte de 300 mil millones de pesos de los recursos destinados a los hospitales públicos del país (Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia - Departamento Nacional de Planeación, 2004).

El Hospital Santo Domingo de Málaga, Santander, también fue escenario de protestas adelantadas por parte de trabajadores en denuncia de la cada vez más

crítica situación que no permitía cubrir los gastos de salarios y provisiones (Vanguardia Liberal, 2003).

La corrupción en el sistema de salud que pareciera ser una constante de los últimos años estudiados (El Tiempo, 2004a), fue acompañada en estos años por la creciente influencia en el sistema de salud y seguridad social de actores armados pertenecientes a las AUC[38] quienes según estimaciones de 2004 controlaban 24 de las 48 ARS[39] del país (El Colombiano, 2004) y una importante cantidad de los recursos económicos dirigidos a la salud de la población (El Heraldo, 2004), cuya destinación se cambió para utilizarla en el financiamiento del actor armado en cuestión (El Nuevo Siglo, 2004a).

Entre los principales hitos de la reforma implementada sobre la salud durante el período 1998 – 2004, cabe destacar para el año 2002 la fusión de los Ministerios de Salud y Trabajo, derivando en un nuevo ente denominado Ministerio de la Protección Social (Ver Anexo No. 16).

Además de los reclamos puntuales de trabajadores organizados por incumplimientos salariales y en protesta contra la deficiencia de la seguridad social, existieron también protestas con un mayor nivel de organización, como las marchas regionales o las protestas a nivel nacional que defendían consignas más amplias como el derecho a la salud o en defensa de la salud pública (Vanguardia Liberal, 2004a). También se realizaron encuentros en los que la población se aproximo a la problemática, como la Primera Asamblea Distrital por el Derecho a la Salud y la Calidad de Vida realizada en Bogotá en el mes de noviembre de 2004 en el marco de las iniciativas del Movimiento Mundial por la Salud de los Pueblos,

[38] Autodefensas Unidas de Colombia, grupo paramilitar de derecha implicado en el conflicto armado interno colombiano.
[39] Administradoras del Régimen Subsidiado, organismos privados encargados de manejar los recursos públicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud destinados a la población más pobre y vulnerable, desprovista de una vinculación laboral.

en donde se debatieron varios temas sobre la crisis de los servicio de salud y su impacto en la calidad de vida de la población (Voz, 2004), y se estuvieron realizando foros regionales convocados por el sindicato SINDESS en el marco del Movimiento Nacional por el Derecho a la Salud y Seguridad Social del cual ya se ha comentado (Sindess, 2004a). Este tipo de iniciativas desembocaron en acciones colectivas centradas en exigir que el Estado cumpliera sus funciones.

5.1.4. Usuarios en resistencia ante la reforma sanitaria

En la medida en que el nuevo sistema imponía dificultades para el acceso y disfrute del derecho a la salud, los usuarios idearon diversas estrategias de resistencia subterfugia[40], orientadas a quedar clasificados como beneficiarios de los subsidios focalizados a la demanda de población pobre y vulnerable; por ejemplo, se ha documentado la práctica de alquiler de viviendas por un día en zonas con un estrato socioeconómico inferior al del aspirante, con el fin de lograr que los funcionarios estatales encargados autorizaran su acceso a los subsidios en salud (Uribe, 2009).

También se organizaron asociaciones de usuarios que en algunos casos entraron en coordinación con las organizaciones de trabajadores e intelectuales sanitarios para implementar estrategias de resistencia conjunta, habitualmente en la vía de la acción colectiva institucional o contenida, tal como es definida por Tarrow. Las comunidades indígenas, a su vez, pusieron en marcha procesos organizativos para protegerse de los efectos de la reforma sanitaria sobre su salud y su cultura (Uribe, 2009).

Es también importante en estos años la utilización de la tutela[41] como mecanismo legal para la realización de exigencias por vía institucionalizada, lo que pudo haber

[40] Según lo definido por James Scott en su obra "Los dominados y el arte de la resistencia".
[41] Mecanismo de acción judicial existente en Colombia para defender de manera expedita los derechos fundamentales severamente amenazados, instaurado a partir de la Constitución Política de 1991.

contribuido en parte a la disminución en las protestas con reclamaciones relacionadas con servicios de salud, muchas de las cuales se pudieron empezar a gestionar de manera individual por la vía tutelar ya mencionada.

5.1.5. La acción de tutela, el derecho a la salud, y las protestas

A lo largo del período la acción de tutela fue tomando fuerza como medio para hacer exigencias de manera individual. Sobre este mecanismo jurídico de defensa de derechos fundamentales se realizó un estudio por parte de la Defensoría del Pueblo en el que se ilustra y evalúa lo ocurrido con el disfrute del derecho a la salud en el marco del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud planteado por la Ley 100 de 1993:

> *Los trámites administrativos a que son sometidos los usuarios, las barreras explícitas al acceso y la falta de control y vigilancia por parte de los organismos encargados de esa tarea han llevado a que la acción de tutela para reclamar derechos de salud se convierta en un "prerrequisito de trámite" para las autorizaciones. (…)* (Las tutelas) *se originan en la negación de servicios, por falta en la entrega de medicamentos y realización de cirugías, por falta de oportunidad en citas médicas con especialistas, por mala interpretación del Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del Plan Obligatorio de Salud –Mapipos–, por autorizaciones parciales, por negligencia de las EPS, por la entrega de planes de beneficios incompletos y por falta de determinados especialistas en algunas regiones –entre otras– (Mejía Villegas, 2007).*

Las tutelas encontradas por el estudio fueron en su enorme mayoría originadas por la negación de servicios sanitarios que estaban incluidos en el plan obligatorio de salud (POS), en ausencia de otras muchas restricciones planteadas por la norma, como la causal de negación llamada "número mínimo de semanas de cotización"(Mejía Villegas, 2007).

Respecto a la cantidad de tutelas por derecho a la salud que venían presentándose hasta 2002, entre 2003-2004 se aumentó un 32,58% (Mejía Villegas, 2007). El estudio también documentó cómo un mecanismo de reclamo individual de derechos fue utilizado a modo de repertorio colectivo por grupos humanos afectados por similares necesidades sanitarias, como en el caso de los pacientes con VIH – SIDA, quienes lograron articular un movimiento de tutelas coordinadas en el tiempo y los reclamos, a través del cual los accionantes lograron: *"La inclusión de la carga viral y los antirretrovirales abacavir, efavirenz y lopinavir + ritonavir, incluidos en el Acuerdo 282 de 2004"* luego de lo cual se redujo el número de tutelas interpuestas en el país por los pacientes con VIH/SIDA (Mejía Villegas, 2007).

En ésta línea de acción legal contra los efectos de la reforma deben anotarse además las acciones de la Defensoría del Pueblo, que realizó una serie de estudios durante el período documentando violaciones sistemáticas del derecho a la salud, así como la acción de la Corte Constitucional, con múltiples jurisprudencias construidas para su defensa, ante las tutelas instauradas por particulares. No obstante, para algunos analistas éstas formas de acción finalmente no llegaron a alterar realmente el balance de poder entre las aseguradoras de servicios de salud y las EPS privadas, con respecto a las empresas sociales del Estado que prestaban servicios de salud y los usuarios (Uribe, 2009).

5.1.6. Descentralización, desarticulación y destrucción en la lucha contra las enfermedades tropicales

El modelo de competencia regulada implementado en la reforma Colombiana al sistema de salud transformó radicalmente el accionar de los programas para el control de las enfermedades transmitidas por vectores, pues escindió las acciones individuales de las colectivas, poniéndolas incluso en manos separadas; una serie

de normas expedidas durante este período para reglamentar la Ley 100 de 1993 enmarcaron la tarea (Ver Anexo No. 17). Así, no solamente se desarticularon las prácticas encaminadas al afrontamiento sanitario de las ETV, sino que empezaron a ser regidas desde un modelo de mercado, en vez del enfoque sanitarista predecesor.

A partir de 1997 se completó por parte del Ministerio de Salud la descentralización del Programa Control de ETV en los entes territoriales que por su alta prevalencia habían sido dejados para el final del proceso. Las acciones individuales de diagnóstico y tratamiento de la malaria y otras ETV se incluyeron en los planes obligatorios de beneficios en salud (POS) contemplados a partir de la Ley 100 de 1993, con cargo a las respectivas aseguradoras de los usuarios; las actividades colectivas de promoción y prevención, así como las de vigilancia y control de éstas enfermedades empezaron a formar parte del Plan de Atención Básica en Salud (PAB) que debía ser ofertado de manera gratuita a toda la población, con cargo a las autoridades municipales, quienes podrían actuar de manera directa o mediante contratos para el desarrollo de dicha función en su nombre (Arroyave, 1999; Jiménez; et al, 2007).

Desde ese año quedó incluida oficialmente la vacunación contra la fiebre amarilla en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)(Unidad Administrativa Especial de Campañas Directas Bogotá, 1998), a cargo de los entes territoriales, aunque desde épocas anteriores, y dentro de algunas zonas del país, los trabajadores de las secretarías de salud apoyaban al SEM en la aplicación de vacunas contra fiebre amarilla; investigaciones posteriores han verificado un deterioro alarmante en la puesta en marcha de todos los componentes de dicho programa a partir del momento en que se incorporó al PAI la vacunación antiamarílica (Ayala, 2002).

La función de vacunación antiamarílica por parte de vacunadores, ayudantes y auxiliares de enfermería de los servicios de salud territoriales les exponía a los

mismos riesgos enfrentados por “los malarios” dentro de zonas fuertemente afectadas por el conflicto armado interno, registrándose entre ellos también casos lamentables que desafortunadamente han sido aún menos visibilizados que los que afectaron a los trabajadores del SEM, dada la ausencia de una organización única que agrupara a todos estos vacunadores ligados con los servicios de salud; entre otros, valga recordar los casos de la ayudante de enfermería Olga Adán y la auxiliar de enfermería Gloria Castañeda, asesinadas por actores armados en momentos diferentes dentro de dos territorios rurales en disputa del Casanare, aparentemente en relación con los desplazamientos requeridos para el desarrollo de actividades rurales de salud que incluían vacunación antiamarílica, y luego de haber sido trasladadas recientemente desde otras zonas bajo el control de actores armados distintos a los dominantes en el sitio de su muerte (El Tiempo, 1994c, 1996c; Entrevista con trabajador de salud de la Secretaría de Salud de Casanare, 1997).

Desde otro punto de vista, la extensión de las funciones de vacunación hacia trabajadores sanitarios de los servicios de salud territoriales significó que el recurso humano operativo, enganchado primordialmente mediante contratos de prestación de servicios, tuviera alta rotación y no siempre un entrenamiento específico para su tarea; tampoco tenía ahora entrenamiento específico en el tema el personal de las IPS que pasó a estar a cargo del tratamiento de los enfermos. Las estrategias de búsqueda activa para vigilancia epidemiológica se hicieron irregulares, predominando la captación pasiva de casos; los sistemas de información pasaron de una fase de consolidación fuerte, a una de fragmentación. En cuanto a los costos de diagnóstico y tratamiento, se pasó del suministro gratuito a quienes los necesitaran, hacia el cubrimiento de costos de exámenes diagnósticos y tratamiento por la aseguradora o por el propio paciente. Se perdió la capacidad gerencial y operativa previamente instalada, junto con otras deterioros en el saber y el hacer previamente adquiridos (Jiménez , 2007).

A nivel internacional, se reconoce que el recorte drástico en los presupuestos centrales ocurrido durante los procesos de descentralización de éstos programas se convirtió en una fuerte limitación para poner en práctica un nuevo modelo de acción descentralizado, y redundó en el incremento de las enfermedades en cuestión (Organización Panamericana de la Salud, 2001b, 2001c).

En muchos de los departamentos y municipios, las autoridades locales incluso retardaron deliberadamente, asumieron de manera en exceso lentificada las nuevas funciones, o simplemente dejaron de asumirlas, bajo el supuesto y la costumbre de que estos programas deberían estar siendo conducidos por el Ministerio de la salud directamente (Rojas, 2001).

La destrucción sobre los programas centralizados contra ETV durante este período se evidencia en el testimonio de la época citado por Jiménez y Colaboradores:

> *Las aseguradoras… responden por una parte pero no por el control y seguimiento directo [de los casos] en los municipios… ven el programa como un chicharrón*[42] *que no les da plata… muchos archivos se eliminaron durante las reformas con el argumento de que su almacenamiento era difícil, otros registros se perdieron… a partir de 1998 no se volvió a exigir a los municipios el registro de personas examinadas* (Jiménez, 2007)*.*

Luego de la descentralización en algunas zonas de alto riesgo para ETV se destinó al personal operativo antes perteneciente al programa centralizado contra ETV para el desarrollo de otras funciones distintas a aquellas en las que se había entrenado; así mismo, una vez retirado dicho personal de las zonas, en muchos lugares la toma de exámenes diagnósticos para malaria pasó a estar en manos

[42] Problema de muy difícil solución.

particulares poco entrenadas que cobraban por cada uno de sus trabajos entre mil y dos mil pesos, en el contexto de zonas rurales campesinas empobrecidas. Se hizo difícil la disponibilidad permanente de medicamentos, insumos y suministros necesarios. Entretanto, las acciones de rectoría y control asignadas a los departamentos, difícilmente se cumplían (Jiménez, 2007); y muchos programas de salud pública quedaron al arbitrio de los intereses políticos del nivel local (Ayala, 2002).

Para el año 2000, un análisis de la situación del programa de control de la malaria en Colombia anunció un incremento del 100% en los casos respecto al año inmediatamente anterior, e indicó que ello podía deberse a "una notificación insuficiente en 1999, y a la mejora del sistema de información en el 2000"; de manera simultánea registró las dificultades operativas vividas en el país por dichos programas por cuenta del proceso de descentralización administrativa, las dificultades en zonas de "conflicto", así como la presencia de "desplazamiento de poblaciones debido al conflicto social, la búsqueda de trabajo en las zonas de agricultura ilegal y los cambios climáticos en las zonas donde hay malaria" (Organización Panamericana de la Salud, 2001a).

En conclusión, el ingreso de los programas para el control de las enfermedades transmitidas por vectores en el modelo de competencia regulada significó no solamente su desarticulación, sino una transición caótica en medio de la cual los nuevos actores a cargo no asumieron con certeza su papel, a la vez que se destruyó la información, la experiencia y la infraestructura que previamente se había construido para el afrontamiento de éstas problemáticas desde el sector salud. El colapso de los sistemas de información obviamente hace difícil la interpretación de los indicadores sanitarios relacionados con el tema, aunque en secciones posteriores se reseña como la reemergencia de epidemias antes controladas testifica sobre el deterioro en la situación de salud pública vivido después de la implementación de éstas reformas.

5.1.7. Entre desarticulación y protestas, sobreviene la epidemia

En 1998 y 1999 son abundantes las epidemias de ETV en el país, en medio de la desfinanciación y desarticulación de los programas, y coincidiendo algunas de ellas con movimientos de protesta adelantados por los trabajadores asistenciales de la salud (Organización Panamericana de la Salud, 2000). También los antiguos empleados del SEM adelantaron paros en protesta por los traslados que se les impusieron por cuenta del proceso de descentralización (El Tiempo, 1998f). No obstante, fueron mucho menos visibles que aquellos protagonizados por los trabajadores asistenciales de clínicas y hospitales.

Vale la pena reseñar la protesta de ex – trabajadores ante el cierre del SEM-Córdoba, ocurrida durante el año 1999 y mientras las epidemias azotaban al departamento. Un grupo de ex-empleados del Servicio de Erradicación de la Malaria de la región se tomó la sede de la entidad exigiendo el pago de sus liquidaciones que se les adeudaban desde el año anterior, desde que se concretó la descentralización y ellos fueron despedidos. Ante la justicia de sus peticiones, el gobernador Ángel Villadiego Hernández decidió no utilizar la fuerza pública y agregó que la falta de personal capacitado en la materia y los escasos recursos destinados para el control de las epidemias eran unas de las principales causas de la difícil situación sanitaria del departamento, pues desde el apretón obligado por el Ministerio de Hacienda, todos los programas para la erradicación de las ETV se empezaron a hacer de manera muy esporádica y solo cuando la situación ya se había vuelto preocupante (El Tiempo, 2000c).

Coincidiendo con lo anterior, la situación epidemiológica de las ETV era alarmante en muchos lugares del país; por ejemplo, en Nariño los casos de paludismo se triplicaron entre 1998 y 1999, y el porcentaje de cambio en el número de casos de paludismo notificados por Colombia entre los años 2000 y 2004, fue de + 9% (Organización Panamericana de la Salud, s.f.); dentro de algunos territorios el

problema era aún peor, allí donde el descentralizado SEM o los entes territoriales que le reemplazaron no disponían de la capacidad de acción suficiente para enfrentar estas enfermedades y carecía de la cantidad necesaria de medicamentos.

En Córdoba en el año 1999 se presentaron 77 casos de dengue, cifra que se duplicó en los primeros 10 meses de 2000, especialmente en Montería, Tierralta, Cereté, Valencia, Puerto Libertador y Montelíbano. Algunos brotes de dengue también aparecieron en el departamento del Quindío, especialmente en Armenia, Circasia, Calarcá y Génova. Fue necesario decretar la alerta roja y hacer fuertes campañas de fumigación y control de propagación (El Tiempo, 1998e).

En coincidencia con algunos conceptos expertos internacionales citados en secciones anteriores, la responsabilidad en el aumento de los contagios fue atribuida por Alexis Gaines, un funcionario de Dasalud, a la pobre labor de las administraciones locales que debieron asumir el control de las ETV después de que por políticas de reducción de gastos impulsadas por el Ministerio de Hacienda, se cerrara el Servicio de Erradicación de la Malaria de la región, con miras a descentralizar los servicios tal como se ha venido describiendo (El Tiempo, 2000b). Una nota del periódico El Tiempo del 10 de marzo de 2001 se refiere al tema:

> *Los ajustes fiscales del Ministerio de Hacienda motivaron el cierre del Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM) en Córdoba. Con un promedio de mil casos de paludismo mensual solo en el municipio de Montelíbano, ¿no sería conveniente reactivar, al menos en las regiones del país de mayor riesgo, los programas de fumigación y prevención del SEM antes de que se presenten más muertes de niños? Es inaceptable que siga cobrando víctimas en estos dos departamentos una enfermedad como el paludismo, cuyo tratamiento*

> *cuesta escasos 10 mil pesos y que es atacable con fumigaciones y con educación sanitaria. Mientras la atención al paludismo corresponda a los menguados recursos de los municipios, los avances anteriores del SEM se perderán ante la reemergencia de los brotes epidémicos (El Tiempo, 2001b).*

Según un informe de la Organización Panamericana de la Salud, en Colombia se estableció un nuevo sistema de vigilancia epidemiológica centinela para evitar la propagación de las ETV en diferentes regiones. Pero a pesar de que en 2000 este sistema tenía presencia en Caquetá, Putumayo, Nariño y Valle, las dificultades administrativas y problemas de orden público obligaron concentrar las acciones en un solo lugar que fue en San José del Guaviare, donde había elevado riesgo de propagación de dengue y malaria, así como antecedentes de frecuentes brotes de fiebre amarilla. Según este informe, el riesgo más elevado de contagio de fiebre amarilla se presentaba en el país en las zonas cercanas a los ríos Magdalena, Orinoco, Atrato y Catatumbo; en el pie de monte de las cordilleras Central y Oriental, y en los alrededores de la Sierra Nevada de Santa Marta (Organización Panamericana de la Salud, 2002).

Nuevos brotes de fiebre amarilla se presentaron a finales de 2002 en San Vicente del Caguán en el departamento de Caquetá y otros tantos en la frontera colombo-venezolana en el departamento de Norte de Santander (Organización Panamericana de la Salud., 2003b). En el año 2003 se desencadenó una epidemia de fiebre amarilla en la región del Catatumbo, la cual se extendió durante 2004 a inmediaciones de la Sierra Nevada de Santa Marta, alcanzando una afectación similar a la de aquellas epidemias ocurridas en Colombia antes de la introducción de la vacuna antiamarílica; tal fue la importancia de este brote que se tratará de manera separada en una sección posterior (Ver Anexo No. 18) (Pan American Health Organization, 2004; World Health Organization, 2010).

Ante este panorama epidemiológico, el Primer Congreso Nacional por la Salud Pública (2001) estableció dentro de sus conclusiones que en la última década habían aumentado los casos de enfermedades consideradas de importancia en la salud pública como el dengue y la malaria, con responsabilidad atribuible al sistema de seguridad social en salud que había fragmentado a la población y había disminuido la capacidad institucional para desarrollar programas de prevención y control (Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social, 2001).

5.1.8. Represión no oficial ante la organización social

Pese a la conciencia que existía entre los trabajadores de la salud sobre la gravedad del deterioro en el control de las enfermedades transmitidas por vectores a lo largo del territorio nacional, y a pesar de que su situación laboral en muchos casos se vio seriamente afectada por las reformas que se operaron específicamente en torno a los programas para el afrontamiento de éstas enfermedades, como ya ha sido reseñado antes fueron pocas las manifestaciones abiertas de protesta que se aglutinaron en torno a dichos temas.

Entre otras razones posibles, no debe subestimarse el papel disuasorio que pudo haber tenido el incremento notable de la violencia contra trabajadoras y trabajadores de la salud sufrido durante este período en medio del conflicto armado interno, ni la represión no oficial que se evidenció sobre aquellas protestas sociales de todo tipo que efectuaban sus reclamaciones de manera abierta. En especial, este tipo de violencia pudo haber servido para frenar protestas emanadas desde los y las trabajadoras ubicadas en regiones rurales convertidas en áreas de confrontación armada, las cuales suelen coincidir en el país con aquellas afectadas por ETV.

Aunque la acción colectiva contendiente en Colombia siempre ha estado marcada por la represión oficial encarnada en la criminalización de la protesta y la no oficial caracterizada por las acciones extralegales que aunque en muchas ocasiones han

sido impulsadas por actores oficiales o han contado con su consentimiento, han sido ejecutadas por actores no oficiales u oficiales actuando por fuera de la ley, éstas acciones extralegales se evidenciaron de manera notable sobre la protesta social durante este período y los subsiguientes. A partir de 1997 con la consolidación del paramilitarismo en la figura de las AUC, se marcó el recrudecimiento de la violencia extralegal contra diferentes actores del panorama social contendiente en Colombia, y los trabajadores de la salud no fueron una excepción.

La difícil situación se agudizó en los años venideros. En 1998 la Confederación Internacional de los Sindicatos Libres denunció que la mitad de los asesinatos a sindicalistas en el mundo se realizaba en Colombia (El Tiempo, 1998b). Paralelamente fueron asesinados defensores de derechos humanos como el abogado Eduardo Umaña Mendoza entre muchos otros (El Tiempo, 1998c), y las denuncias de este y otros casos vincularon a agentes del Estado con la planeación y ejecución de los crímenes (El Tiempo, 1998a). En Barrancabermeja y en el Magdalena Medio agentes del Estado fueron investigados por estar relacionados con el asesinato de más de 100 personas, la mayoría relacionadas con sindicatos u organizaciones de derechos humanos (El Tiempo, 1998d).

En 1999 la OIT se pronunció diciendo que Colombia era el caso más indignante de represión contra sindicalistas en las últimas décadas, y que el país merecía una fuerte condena moral (El Tiempo, 1999e). Las denuncias de la organización internacional apuntaban a decir que los gobiernos colombianos nunca llevaban a la práctica el discurso de defensa de derechos humanos, por lo que las cifras de crímenes contra sindicalizados siempre han tenido tendencia al alza. Los crímenes de estos años suelen tener como característica un contenido político, pues gran cantidad de ellos fueron realizados por grupos paramilitares contra militantes o personas relacionadas con organizaciones de izquierda (El Tiempo, 1999a).

Los atentados contra los trabajadores de la salud llegaron a niveles alarmantes. Según el Comité Internacional de la Cruz Roja, para 1999 cada 36 horas se presentaba un ataque contra miembros de centros de salud y cada 15 días se presentaba un asesinato a miembros del sector. El Comité afirmó en un estudio que entre 1995 y 1998 se presentaron 468 ataque contra personal del sector salud. Se informó también que además del asesinato y el ataque violento contra trabajadores y trabajadoras, fueron muchos los mecanismos a través de los cuales se atacó al sector salud, como por ejemplo las amenazas lanzadas para amedrentar la acción de funcionarios, la utilización de ambulancias para cometer crímenes, o para transporte de tropas y material bélico, etc. Aunque muchas de estas acciones no tienen un grupo perpetrador identificado, algunas formas de acción en algunas regiones son atribuidas a grupos específicos. Es este el caso del secuestro de funcionarios de la salud realizado por paramilitares en Antioquia y el Putumayo, con el fin realizar reclamos de medicamentos (El Tiempo, 1999d).

En otras poblaciones fueron los guerrilleros o el mismo ejército de Colombia quienes tuvieron una participación destacada en las infracciones contra la misión médica, y de ello dio testimonio un trabajador de la salud de una zona en disputa no especificada:

> *Los comandantes (de la guerrilla) están pendiente de la forma de atención del médico y, como son la autoridad en el pueblo, llaman la atención cuando tienen quejas de los servicios. (…) Cuando vamos a hacer jornadas en la zona rural a veces la guerrilla no nos deja pasar a ciertos sitios porque están minados y los que se perjudican son los campesinos. (…) Luego de que se va la guerrilla, del pueblo llegan los militares. Lo primero que hacen es preguntar si uno atendió guerrilleros e insinuar que colaboramos con ellos. Buscan las historias clínicas sin importar la reserva médica. Un día teníamos hospitalizada una guerrillera, sin uniforme, y llegaron los militares.*

> *Nosotros temíamos que la descubrieran, pero pasó desapercibida. (…) Los soldados acampan cerca al hospital y piden las camillas para que duerma el oficial dentro del centro médico. Un día se presentó un combate y al hospital le cayó un cohete porque la tropa estaba muy cerca. (…) El Ejército también nos pide la ambulancia para transportar heridos pero no les gusta subirse sin armas, tenemos que rogarle que dejen los fusiles. Tenemos hasta piyamas en el vehículo para vestirlos de civiles y no tener problemas si nos para la guerrilla. Por la salida ya quemaron una ambulancia del Ejército y remataron a los heridos (El Tiempo, 1999c).*

Los miembros directivos del Sindicato del Seguro Social, Esaú Moreno (secretario general), Alberto Pardo (vicepresidente de la junta directiva nacional) y Fernando Morales (fiscal de la agremiación) que se encontraban en Barranquilla discutiendo algunos temas de una crisis de la seccional Atlántico de la organización, fueron víctimas de un ataque armado que ellos describen diciendo que unos hombres sin decir palabra les dispararon y luego huyeron dejando herido a uno de los funcionarios e ilesos a los otros. A pesar del testimonio ofrecido por los sindicalistas, y aun teniendo en cuenta que ningún objeto fue robado en el ataque, el general Héctor Darío Castro y Oscar Vega Pulido, Comandante de la Policía del Atlántico y Director del DAS respectivamente, negaron que el ataque hubiera sido un atentado y afirmaron que se había tratado de un atraco callejero (El Tiempo, 1999b).

En 2000 la influencia paramilitar en algunas zonas era evidente y así mismo su forma de operar que atentaba contra los trabajadores de la salud. Aristides Hernández, quien oficiaba como director del sindicato ANTHOC en Norte de Santander denunció que los paramilitares habían declarado objetivo militar al Hospital San José de la población de Tibú con el argumento de que allí se colaboraba con la guerrilla. En el departamento la reiteración de este tipo de situaciones causó la huida de varios funcionarios de la salud que recibieron

amenazas, algunas de las cuales se volvieron efectivas, como el caso del encargado del Hospital de Tibú quien fue asesinado tras recibirlas. También fue frecuente la interceptación en las carreteras de la región de las ambulancias médicas, algunos de cuyos ocupantes fueron asesinados previa identificación por parte del grupo armado (El Tiempo, 2000a).

La violencia contra el sector salud llego al punto de que la Clínica Primero de Mayo del ISS que atendía pacientes del nororiente de Antioquia y sur de Bolívar fue cerrada por sus trabajadores quienes protestaban por los reiterados asesinatos a que fueron sometidos los empleados de la institución, cinco en un solo mes (El Tiempo, 2000d).

Los asesinatos y amenazas contra los sindicalistas agremiados en ANTHOC llegaron a tal nivel que algunos directivos de la institución se vieron obligados a abandonar las actividades sindicales y dejar el país. Ante la situación la agremiación convocó a paros en los que protestaban por la situación y exigían la atención por parte de las autoridades (El Tiempo, 2001a).

Para los años 2001 y 2002 se recrudeció la situación de violencia contra sindicalistas y trabajadores de la salud quienes tuvieron que salir de muchas regiones al son de las amenazas y los asesinatos. Se hizo frecuente en estos años que la situación de violencia que atentaba contra el sector fuera atribuida por comunicados oficiales a combates entre paramilitares y guerrilla, y no a crímenes selectivos (El Tiempo, 2002a), a pesar de que hay una fuerte relación entre las víctimas civiles y el oficio al que se dedican con el grupo que comete los atentados, que en el caso del sector salud fue en muchas ocasiones el paramilitarismo (El Tiempo, 2002b).

Según cifras de ANTHOC, el año 2002 fue crítico; las principales infracciones contra los empleados de la salud fueron, en orden, amenazas, desplazamiento, homicidios y detenciones arbitrarias (Báez, 2008). Así mismo, la acción violenta

de los actores armados tomó lugar cada vez con más frecuencia dentro de las instituciones médicas, especialmente en regiones como el Putumayo, en municipios donde médicos, enfermeras, auxiliares y promotores de salud debieron salir desplazados ante las amenazas. Las ambulancias continuaron siendo objetivo de ataques. Las acciones de salud pública, igualmente se han visto entorpecidas en muchas regiones del país, donde *"programas para prevenir enfermedades como la malaria y el dengue han tenido que ser suspendidos porque a varios lugares no se permite el ingreso del personal" (El Tiempo, 2002c).*

Un estudio sobre los derechos humanos en la ciudad de Cúcuta se expresó sobre la represión de la organización social en Norte de Santander diciendo que:

> *La población civil es declarada objetivo militar por los grupos armados y, como consecuencia de ello, ha padecido combates en la zona, quema de enseres y casas, saqueo de pequeñas tiendas, pérdida de seres queridos. El siguiente objetivo de los grupos armados consistió en desvertebrar la organización social de las comunidades ubicadas en el territorio en disputa (Villarraga, 2003).*

A continuación el estudio cita una entrevista realizada a Martha Maldonado, Miembro de Fedecomunal, el día 16 de octubre de 2003 en Cúcuta:

> *Desde el año 98 y 99 juntas de acción comunal afiliadas a la federación FEDECOMUNAL han desaparecido desde la base; hubo asesinatos selectivos, se desplazaron miembros de las Juntas, se acabaron las Brigadas Comunales, murieron líderes cívicos. (..) A muchos les da miedo asistir a las reuniones, no salen de noche (...) les da miedo recibir capacitación (...) asesinaron líderes de reconocida trayectoria, dirigentes comunales y de veedurías. (..) En el 2003 han sido asesinados en el Departamento 33 líderes comunales (...) El presidente de la junta está desplazado y no cuenta con*

recursos para convocar a reuniones, se necesita rescatar el espacio comunitario, se necesita capacitar a la nueva dirigencia y recuperar el sentido de pertenencia colectivo (Villarraga, 2003) [43].

Un estudio sobre la actividad sindical realizado por Ricardo Peñaranda del Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales (IEPRI) de la Universidad Nacional de Colombia también es citado en el texto:

La acción sindical, por ejemplo, se convirtió en actividad de alto riesgo. Las distintas organizaciones sociales y sus líderes fueron objeto de violentas presiones por parte de los distintos actores armados y terminaron por quedar atrapados en medio de la guerra, bien por los efectos de la polarización, o bien por la superposición de los escenarios de la guerra y del conflicto social (Villarraga, 2003)[44].

El estudio sobre la situación de Derechos Humanos agrega que *"se documentó la existencia de amenazas proferidas a los profesores, que generaron desplazamientos de aquellos, desde las zonas rurales hacia los cascos urbanos y de algunos municipios hacia Cúcuta. Igualmente asesinatos de miembros de la Asociación Sindical del Norte, de miembros de sindicatos de la salud; amenazas contra párrocos, ataque a miembros de organizaciones no gubernamentales del departamento; asesinatos de miembros de ONG y de mujeres campesinas en el Municipio de Villa del Rosario. Es importante resaltar que producto del terror y el miedo, así como el desplazamiento forzado, organizaciones como la Unión Sindical Obrera subdirectiva de Tibú y la ANUC directiva departamental, han*

[43] Entrevista realizada a Martha Maldonado, Miembro de Fedecomunal, el día 16 de octubre de 2003 en Cúcuta. Citada en: Villarraga, A; Cañizares, W; Ramos, M. "Estudio sobre los derechos humanos en la ciudad de San José de Cúcuta, en el contexto de la violencia y el conflicto armado registrado en Norte de Santander (Texto resumen)". Fundación Cultura Democrática - Fundación Progresar, 2003 pág. 55

[44] "Los desplazamientos de la protesta social" de Ricardo Peñaranda, publicado en el libro Síntesis 2001 anuario Social, Político y Económico de Colombia, publicado por el IEPRI, de la Universidad Nacional de Colombia, en abril del 2001, pág. 43. Citado en: Villarraga, A; Cañizares, W; Ramos, M. "Estudio sobre los derechos humanos en la ciudad de San José de Cúcuta, en el contexto de la violencia y el conflicto armado registrado en Norte de Santander (Texto resumen)". Fundación Cultura Democrática - Fundación Progresar, 2003 pág. 55

tenido dificultades para conformar sus órganos directivos, en virtud a que muy pocos trabajadores desean hacer parte de estos organismos gremiales, las vacantes dejadas por trabajadores petroleros o campesinos en la mayoría de los casos no han sido reemplazadas " (Villarraga, 2003)[45]*.*

En medio de la negación del conflicto armado interno instaurada en Colombia a la par con la seguridad democrática, paradójicamente este conflicto aumentó, y como se ha visto, radicalizó considerablemente la represión contra organizaciones tradicionalmente ligadas a la protesta social, causando victimas en diferentes sectores siendo el gremio médico y de trabajadores sanitarios uno de los afectados. *"Entre las sistemáticas y frecuentes violaciones a los Derechos Humanos –DDHH- y en especial al Derecho Internacional Humanitario – DIH - se encuentran las infracciones a la misión médica que atentan contra la vida y la integridad del personal de salud, la infraestructura y las actividades sanitarias. Estos hechos causan un gran impacto en la población civil que en algunos casos alteran el acceso, oportunidad y disponibilidad de los servicios de salud. Sin contar los efectos directos que estas acciones tienen sobre el personal de salud entre las que se encuentran el desplazamiento hacia otras ciudades, pérdida de la libertad o la muerte" (Báez, 2008).*

El aumento de las infracciones a la misión se ha producido desde todo tipo de actores armados, aunque con predominio de los grupos paramilitares; también existieron casos de servidores de la salud que fueron víctimas de detenciones arbitrarias por parte de la fuerza pública y que fueron judicializados y judicializadas por presuntas colaboraciones con grupos armados ilegales. *"Estas condiciones ponen a los profesionales en una doble situación, si prestan su atención a los*

[45] Villarraga, A; Cañizares, W; Ramos, M. "Estudio sobre los derechos humanos en la ciudad de San José de Cúcuta, en el contexto de la violencia y el conflicto armado registrado en Norte de Santander (Texto resumen)". Fundación Cultura Democrática - Fundación Progresar, 2003 pág. 55

actores armados pueden ser juzgados como colaboradores pero si no lo hacen esto les puede causar la muerte" (Báez, 2008).

Las agresiones contra empleados del sector salud cobran especial importancia ante la consideración hecha por Liliana Báez Quintero de que aquellas causan un efecto negativo en los trabajadores que desemboca en una disminución de las capacidades de los servicios de salud para mantener la calidad de vida de la población y luchar contra las enfermedades (Báez, 2008).

Como se ha mencionado, a inicios de este período se intensificó la lucha anti-insurgente y se inició un proceso de negociación con los grupos paramilitares, que si bien gozó de bastante sonoridad en los medios de comunicación y fue tema constantemente resaltado por el gobierno como algo positivo, no significó un cambio favorable en las condiciones de vida de los pobladores de zonas sometidas a control paramilitar; en lugar de eso, muchas veces el sufrimiento de los civiles llegó a intensificarse, tal como ocurrió en el Catatumbo donde una misión humanitaria llamada "por la vida en el Catatumbo" estuvo en 2004 con el apoyo de varias organizaciones (Asociación de Juntas Comunales del Catatumbo, 2004)[46] y constató la difícil situación que afrontaban allí los pobladores.

Según la Misión, en la región se venía presentando una grave situación de derechos humanos y de crisis humanitaria iniciada con la llegada de grupos

[46] La Misión fue convocada por las siguientes organizaciones: Asodepo, Coordinación Colombia-Europa-Estados Unidos, Comité de Solidaridad con los Presos Políticos, Cencooser, Organización Femenina Popular, Asociación Minga, Colectivo de Abogados Luis Carlos Pérez, Promopaz, Sembrar, Unión Sindical Obrera, Comisión de Derechos Humanos USO, Planeta Paz Norte de Santander, Codhes, CUT Santander Oficina de Derechos Humanos y Solidaridad, IPC, Corporación Compromiso, Confederación Nacional de Asociaciones Comunales, Sintraminercol, Sinaltrainal, Colectivo Teatral Luz de Luna, Cospacc, Asodevid. *(informe de la misión humanitaria "Por la vida en el Catatumbo", septiembre 6 al 9 de 2004)* en línea: http://www.prensarural.org/catatumbo20040914.htm (Citado de: Agosto 21 de 2008).

paramilitares a la región en 1999. Cinco años después, en pleno proceso de negociaciones entre el gobierno y las AUC, esta situación no hacía más que empeorar en términos de asesinatos selectivos, masacres, desplazamientos forzados, desapariciones y torturas, entre otros vejámenes frecuentes impartidos hacia los pobladores civiles desde dichos actores armados.

A la par, las luchas sociales fueron llevadas a un escenario en que las acciones colectivas contendientes eran truncadas violentamente a través del asesinato de líderes comunales y miembros de las organizaciones relacionadas con la protesta social. De hecho fue ante esta situación, en concreto tras el asesinato de un líder de la región en agosto de ese año, que algunas organizaciones pusieron en marcha un plan de denuncia y visibilización de la situación en la región a través de la organización de esta misión humanitaria "por la vida en el Catatumbo". El informe de la misión dió fe de lo visto durante un recorrido desde el municipio de Convención, pasando por Cartagenita, La Trinidad, Sanjuancito, El Aserrío, La Cecilia, El Paso, Las Torres y la cabecera municipal de El Tarra, hasta llegar al corregimiento de San Pablo (Teorama).

Se cuenta que las condiciones de vida de la población son pobrísimas al punto de que no cuentan con servicios de salud y apenas de educación, estando incomunicada del resto del país por carecer de servicio telefónico y por estar las carreteras sometidas a fuertes restricciones de movilidad tanto por parte de grupos paramilitares como de militares quienes hacen valer una restricción estatal que impide la entrada a la región de productos de primera necesidad para los catatumberos con el argumento de que estos pueden ser usados como insumos para el procesamiento de la coca. Sobre la labor de la fuerza pública el informe dice que "*en las operaciones militares en zonas rurales los soldados acostumbran ocupar fincas, escuelas y puestos de salud, consumiendo y destruyendo los bienes que encuentran y una vez terminan abandonan cada lugar dejando una desolación total" (Asociación de Juntas Comunales del Catatumbo, 2004).*

Cuentan los participantes en la misión que durante su recorrido fueron interceptados por grupos de paramilitares que los registraron fuertemente, les quitaron los equipos de comunicación y les obstaculizaron el paso hacia algunas zonas. Según los lugareños las restricciones a la movilidad son fuente de diferentes tipos de problemas, porque por ejemplo:

> *El 6 de septiembre, mientras la Misión Humanitaria visitaba el corregimiento La Cecilia, de Teorama, una niña de escasos cuatro días de nacida y con un problema grave de salud tuvo que esperar hasta el día siguiente pues está prohibido el tránsito de vehículos a partir de las 6:00 pm hasta Convención… En casos de emergencias médicas las personas no encuentran cómo dirigirse a los centros de atención, con la agravante de que los puestos de salud de los corregimientos en general no cuentan ni siquiera con una enfermera (Asociación de Juntas Comunales del Catatumbo, 2004).*

Según el testimonio de los habitantes de la región, hasta septiembre de 2004 crímenes como el asesinato selectivo y el desplazamiento forzoso seguían siendo frecuentes. Adicionalmente, en comparación con los precios de los productos registrados en el resto del país, en la región eran un 20% superiores por culpa de las extorsiones y otras restricciones impuestas por los grupos paramilitares, como por ejemplo, al determinar que:

> *Las compras se deben hacer en Convención y no en Ocaña, limitando el valor de las mercancías a 500 mil pesos semanales para los comerciantes y cobrando una extorsión que sube y baja de monto a su capricho a cualquier actividad económica que se mueva en la zona, incluso los vendedores callejeros de minutos por teléfono celular. Pasarse de los topes establecidos - así sea por unos pocos pesos- o tratar de burlar el 'tributo', a muchos les ha significado el*

decomiso de toda la carga o hasta perder la vida" (Asociación de Juntas Comunales del Catatumbo, 2004).

En cuanto a la Sierra Nevada de Santa Marta, durante el período 2000 - 2005, sus estribaciones y las áreas planas adyacentes fueron progresivamente ocupadas por el bloque Norte de las AUC. Después de un período inicial de alianzas y disputas de las AUC con otros grupos de autodefensas locales presentes desde la década de los ochenta del siglo XX en la región, organizados en estrecha relación con el narcotráfico[47], estos grupos paramilitares se consolidaron en la zona bajo el mando de "Jorge 40" e iniciaron una fuerte confrontación armada con las guerrillas de izquierda que hacían presencia histórica en la zona[48], el ejército colombiano también se incorporó a la confrontación; el uso de la violencia instrumental contra civiles atrapados en medio de las hostilidades fue uno de los rasgos característicos de ésta. Los líderes de las organizaciones paramilitares de la zona empezaron a ser reconocidos por los pobladores como "los señores" de la guerra, dando cuenta de su carácter no solo

[47] La existencia de grupos de autodefensa en la zona de la Sierra Nevada de Santa Marta se remonta a la década de los ochenta del siglo XX con la aparición de las denominadas "Autodefensas del Mamey" bajo el control de "Don Hernán" (Hernán Giraldo Serna), que emergió en estrecha relación con el narcotráfico, para proteger los cultivos de marihuana inicialmente y luego de amapola , y manteniendo un bajo perfil de sus actividades centrales de protección de cultivos ilícitos, bajo la fachada de que existían para la defensa de la región contra la presión de las FARC, estrategia que les permitió ganar legitimidad y apoyo entre algunos sectores sociales y políticos de la región. De manera simultánea en Palmor se organizaron las "Autodefensas de Palmor" (ADP) al mando del "Señor" Adán Rojas, ligadas directamente al "Cartel de Cali" dedicado al narcotráfico y al también grupo paramilitar "Muerte a Secuestradores". Se establecieron alianzas con las Autodefensas Campesinas de Córdoba y Urabá. Las Autodefensas del Sur del Magdalena también tuvieron gran importancia estratégica sobre las regiones de la Sierra Nevada de Santa Marta, y las Serranías de San Lucas y Perijá. En general, las principales fuentes de financiación de estos grupos paramilitares fueron el narcotráfico y la retribución por "servicios de seguridad" prestados a latifundistas palmicultores y ganaderos; también estuvieron relacionados con el contrabando, la industria de explotación del carbón y la venta ilegal de gasolina. Desde 1996 existía la consigna de Carlos Castaño sobre crear una federación de paramilitares, bajo la cual los grupos más grandes fueron sometiendo a los más pequeños bajo una misma unidad de mando; a nivel nacional entre 1995 y 2001 los actores armados paramilitares pasaron de 3000 a 10521 hombres activos.

[48] El Frente 19 de las FARC hacía presencia en las cuencas de los ríos Sevilla y Frio, así como en las cuencas de los ríos Guatapurí y Seco, ocupando una zona que conformaba un cordón alrededor de la Sierra Nevada de Santa Marta. Estableció articulación estratégica con el Frente 41 presente en la Serranía de Perijá en el proceso de generar un puente con la frontera colombo - venezolana. Los Frentes 19 y 41 conformaron el frente 59 en el año 1994, consolidándose finalmente entre los ríos Guatapurí y Seco, especialmente en zonas como Atánquez y Patillal del municipio de Valledupar, y en el sector de Marocaso en el municipio de San Juan del Cesar. El ELN incursionó a la vertiente suroriental de la Sierra a finales de los ochenta, a través del Frente 6 de Diciembre, atraído por la presencia de explotaciones carboníferas, extendiéndose durante los noventa a zonas como Puerto Bello, Atánquez, Mariangola, y otras zonas planas circundantes de la Sierra; el frente Manuel Martínez Quiróz se asentó en la Serranía del Perijá, y el Francisco Javier Castaño se ubicó en la zona bananera de Ciénaga y Santa Marta. Así, la insurgencia estableció corredores de movilidad que es permitían transitar entre la Sierra Nevada de Santa Marta y la Serranía del Perijá.

como cabezas de sus respectivas organizaciones, sino como actores capaces de controlar el territorio ocupado desde lo político, lo económico y lo social, actuando de manera paralela con el Estado, desarrollando a la vez una "ofensiva" contrainsurgente y el dominio de la región. Con antecedentes de homicidios sobre múltiples administradores de fincas del sector perpetrados por organizaciones guerrilleras, y partir de 1999 luego de un secuestro masivo efectuado por el ELN sobre los miembros del Club de Pesca del Torno, se generó una red de apoyos complejos entre los grupos paramilitares de la zona y las familias pudientes de Barranquilla, así como con la clase política y los gremios de grandes propietarios agrícolas o ganaderos de la región (Vicepresidencia República de Colombia - Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH, 2005).

En ese contexto, un grupo de paramilitares perpetró una gran masacre sobre más de 60 habitantes del corregimiento Nueva Venecia en el municipio de Sitionuevo - Magdalena, luego de lo cual cerca de 4000 habitantes supervivientes de ese corregimiento y veredas aledañas se desplazaron forzosamente hacia Puebloviejo, Palmira, Tasajera y Ciénaga en el Magdalena, así como hacia Soledad, Barranquilla, Malambo, Ponedera y Sabanagande en Atlántico, hecho que llegó a conocimiento de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos *"En ésta ocasión, el grupo de autodefensas reunió a un grupo de pescadores en la Iglesia, con lista en mano empezó a llamar a las personas que figuraban en la misma, acusándolas de ser colaboradores del ELN"* (Vicepresidencia República de Colombia - Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH, 2005).

A partir de allí otras muchas acciones de los paramilitares consiguieron amedrentar a la población[49], en palabras de ex colaboradores paramilitares

[49] Esta fue tan solo la acción que llegó a ser más reconocida, entre una serie de homicidios individuales y colectivos, entre los que se cuentan los perpetrados en las Cabañas de la Unidad de Parques Nacionales en 1999 (14 personas), y durante el mismo año en el caserío Parranda Seca (12 personas), entre otras muchas que se sucedieron en los años siguientes.

citados por la Vicepresidencia de la República, a partir de este tipo de acciones se consiguió que *"la gente tiene miedo, está aterrorizada...hay desplazamientos de la población civil con la llegada de alias Cuarenta a la región, es que ellos son terroristas, ahora hay muchas muertes, sobre todo los fines de semana encuentras tres y cuatro cadáveres en las esquinas"* (Vicepresidencia República de Colombia - Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH, 2005).

Los datos oficiales corroboran éstos testimonios, puesto que por ejemplo en el municipio de Ciénaga la tasa de homicidios creció entre 1999 y 2000 de 60 a 147 por 100.000 habitantes; en el municipio del Retén dicha tasa pasó en el mismo período de 67 a 87, y en Remolino de 6 a 64; la tasa departamental ascendió de 38 a 52 homicidios por 100.000 habitantes entre 1999 y 2000. Tomando en conjunto la región de la Sierra Nevada de Santa Marta, se encuentra que entre los años 2001 y 2003 las tasas de homicidio pasaron de 68.5 a 81.6 por cien mil habitantes, muy por encima de la tasa nacional de homicidio que desciende en el 2003, al contrario de lo observado en la región (Vicepresidencia República de Colombia - Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH, 2005).

Entre los años 2001 y 2002, la confrontación armada por el control del territorio entre dos facciones de paramilitares generó mayores sufrimientos a la población civil, siendo especialmente importante el desplazamiento forzado de nueve mil personas según el censo del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), entre las que se contaban tres mil niños y niñas, ocurrido el 23 de enero de 2002 desde la vertiente norte de la Sierra Nevada de Santa Marta hacia la vereda El Calabazo del municipio de Guacharaca ubicada sobre la troncal del Caribe, en donde los desplazados bloquearon la carretera pidiendo que se actuara para expulsar a los grupos paramilitares de sus tierras.

Semanas después el paramilitarismo puso a circular panfletos con amenazas hacia los pobladores de los barrios Ciudadela 29 de julio, El Pando y otros ubicados al sur de la ciudad de Santa Marta. Una amplia proporción de la zona urbana de Santa Marta estaba bajo el control paramilitar, a la vez que el Parque Tayrona, Bonda, y los alrededores de la Troncal del Caribe hasta La Guajira, entre otras zonas que incluyen un cordón alrededor de la Sierra Nevada de Santa Marta, interrumpiendo el antiguo corredor de los insurgentes de izquierda trazado entre ésta sierra y la Serranía del Perijá.

Para el año 2004, los asesinatos y desapariciones de indígenas wayuú efectuados por los paramilitares en distintas zonas de La Guajira pusieron de manifiesto su intención de apropiarse de los puertos de ese departamento, siendo importante aclarar que la presencia de las guerrillas de izquierda en La Guajira ha sido prácticamente nula a lo largo de la historia de Colombia. Ante la afectación de niñas, mujeres, niños y ancianos (personas todas con altísimo valor social dentro de ese grupo étnico) durante la incursión armada de los paramilitares en tierras indígenas Wayuú, éstos decidieron dotarse de armas largas para su propia defensa. También existieron acciones de expansión paramilitar desde el Cesar hacia la provincia de Ocaña en Norte de Santander, puerta de la Región del Catatumbo (Vicepresidencia República de Colombia - Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH, 2005).

5.1.9. Violencias, Cultivos, y Vectores preparan las Epidemias: a propósito del Catatumbo y la Sierra Nevada

Algunos fenómenos humanos migratorios que se incrementaron durante el período estudiado tuvieron efectos notables en la propagación de las ETV en el país. Por ejemplo, hasta antes 1995, el Servicio de Erradicación de la Malaria consideraba que mantenía un buen control de la propagación de la fiebre amarilla en la región del Catatumbo. Sin embargo, en la segunda mitad de la década de los años 90 apareció en esta zona el fenómeno del narcotráfico que trajo consigo un fuerte

incremento en el número de habitantes. Para este período el fuerte aumento de la población no estuvo acompañado con un incremento en la cantidad de vacunas antiamarílica disponibles y de los respectivos programas de vacunación, por lo cual se disparó la incidencia de la fiebre amarilla en ésta región endémica (Trabajador Campañas Directas Secretaría de Salud de Norte de Santander, 2006).

Los brotes de fiebre amarilla relacionados con fenómenos migratorios fueron de difícil control pues el sistema de vinculación de trabajadores del SEM había sido modificado, y de funcionarios de planta se pasó a un sistema de contratación mediante órdenes de prestación de servicio para enganchar nuevo personal que estaría a cargo de las funciones. Afirma Pánfilo Lobo, funcionario de la Secretaria de Salud del Norte de Santander, que estos empleados vinculados por contrato enfrentaban grandes dificultades para poder acceder a las zonas rurales donde debían desarrollar actividades de control de vectores, pues su rotación era muy alta, sin que fuesen conocidos por los pobladores y los actores armado presentes en dichas zonas, por lo cual en muchas ocasiones se les impedía el acceso, cuando no se les sometía a riesgos para su integridad y su vida mientras intentaban cumplir con sus tareas (Trabajador Campañas Directas Secretaría de Salud de Norte de Santander, 2006).

Ante la dificultad para acceder a dichas zonas se optó por adecuar puestos fijos de vacunación antiamarílica en zonas donde se concentraba población flotante; para el caso de Catatumbo, en el poblado La Gabarra, sitio al que llegaba gran cantidad de personas en busca de empleo en el contexto de auge del narcotráfico en la región, cuyo desarrollo se dio de la mano con el avance territorial de algunos grupos armados.

En efecto, durante este período existió un incremento en la intensidad del conflicto armado interno en Colombia, ligado a lo cual se disparó el desplazamiento forzado

de población civil. Se calcula que más del 87% del territorio nacional ha sido afectado por el desplazamiento forzado, y para 2002, se calculaba que aproximadamente 3 millones de personas eran víctimas de esta situación (Fundación Indígena Dumeina, s.f.).

Los desplazamientos forzados plantearon sus propios retos a las debilitadas estructuras sanitarias dedicadas al control de las ETV. A la vez, la difícil situación de orden público en muchos municipios obligó a los trabajadores de la salud a desplazarse fuera de la región, por lo que los habitantes de la zona quedaron aún más descubiertos, y debieron acudir a otros lugares distantes de su sitio de origen en busca de atención medica y servicios de vacunación, lo que redundó en que se presentaran decesos causados seguramente por fiebre amarilla y dengue que no pudieron ser prevenidos ni tratados a tiempo (Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública, 1997).

El desplazamiento forzado estuvo fuertemente relacionado con la presencia del paramilitarismo en algunas regiones, como en el caso del departamento de Norte de Santander, entre otros muchos, en donde los asesinatos selectivos de las AUC produjeron más de 40 muertes en el segundo semestre de 2001 y ocasionaron situaciones de desplazamiento en las poblaciones de Convención, El Tarra, San Calixto y El Carmen. También los enfrentamientos entre la guerrilla, y los paramilitares y militares, pusieron su cuota de familias desplazadas especialmente en Tibú, La Gabarra y en el Medio Catatumbo.

Gran parte de las víctimas del desplazamiento forzado desde la región del Catatumbo fueron a parar a las ciudades de Cúcuta, Ocaña y Bucaramanga. Sin embargo, en muchos lugares escapar de sus tierras no fue una opción para los pobladores pues, tal como ocurrió en Convención, con especial afectación de las comunidades indígenas Motilón-Bari, las AUC establecieron retenes permanentes que impidieron la salida de las personas:

> *Se estimaba que en el 2001 había 12000 personas "bloqueadas", "encajonadas" o "confinadas" en la región. En enero de 2002 de nuevo se registraron desplazamientos en Tibú y El Tarra. El 24 de enero la Red de Solidaridad Social reportó al Sistema de Alertas Tempranas el desplazamiento en El Tarra de 218 personas, en Convención de 552 personas y en Ocaña de 490 personas, para un total de 1260, tras incursiones de las AUC. En tal contexto, en los inicios de 2002 los paramilitares atacaron el casco urbano de El Tarra y varias veredas de Teorama, por lo cual los campesinos de éstas zonas se desplazaron temerosos de convertirse en víctimas de las masacres (…) El 10 de Enero de 2002 la Cruz Roja prestó ayuda humanitaria de emergencia a 254 desplazados en El Tarra, a 50 en Convención, que se albergaron en la Casa Campesina, y que informaron que había casos de campesinos muertos y desaparecidos. Las denuncias señalaron que los paramilitares en El Catatumbo cometían atropellos contra las personas, las viviendas y las pertenencias del campesinado. Habían sido especialmente afectadas las veredas Buenos Aires, San Martín y La Esperanza (Villarraga, 2003).*

Frente a esta crisis humanitaria fue necesaria la intervención de organizaciones como el CICR, la organización internacional de ayuda humanitaria en salud Médicos Sin Fronteras (MSF), la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y algunas otras Organizaciones No Gubernamentales (ONG), ante lo cual el Estado colombiano hizo acto de presencia, con una acción que se limitó a incluir a algunas desplazadas y desplazados en el régimen subsidiado de salud, dando a otros recursos para montar una precaria granja de animales domésticos, destinando apenas 20 millones para un centro de salud en Ocaña, junto con 60 millones dados por Ecopetrol al Hospital Emiro Cañizales de esa ciudad. Pero a pesar de que la situación de desplazamiento siguió en aumento, no así lo hizo la

intervención del Estado, *“Los programas de ayuda estaban estancados, muchos* (desplazados y desplazadas) *buscaban participar en actividades de rebusque y la directora local de la Red de Solidaridad Social fue declarada insubsistente" (Villarraga; Cañizares; Ramos, 2003).*

En las ciudades receptoras, se presentaban crisis humanitarias que aquejaban particularmente a la población afectada por la violencia que padecía desempleo, necesidades insatisfechas en salud y en educación, carencia de vivienda, y precaria situación de vida marcadas por la ausencia de agua potable y las pésimas condiciones de salubridad. En este contexto los servicios asistenciales y de salud pública no cobijaban a esa población, en medio de las trabas administrativas impuestas por las normas, dejándola sin amparo, muriendo de enfermedades respiratorias y de hambre, entre otras causas.

En 1999 se vio recrudecida la lucha entre actores armados por el control territorial de la región del Catatumbo, lo cual que ocasiono 27 situaciones de desplazamiento en 1999, 70 en el 2000, 82 en 2001 y 136 en 2002 (Villarraga; Cañizares; Ramos, 2003). En este contexto específico apareció la epidemia colombiana de fiebre amarilla más grande de las últimas décadas, la cual es descrita en una sección posterior.

Como fue ilustrado en el caso de las personas sometidas a desplazamiento forzado por CAI, los cambios al sistema de salud que se vieron en esos años se implementaron en algunas regiones de una forma un poco improvisada caracterizada por el desconocimiento del nuevo funcionamiento del régimen, lo que ocasionó que grupos vulnerables de población quedaran desprotegidos, y que personas que disfrutaban de posiciones económicas estables quedaran cubiertas como beneficiarias de subsidios para grupos vulnerables, en muchos casos gracias a la corrupción que permitió el sistema (El Tiempo, 1997a, 1997b).

En la zona de la Sierra Nevada de Santa Marta los actores armados paramilitares actuaron como una organización no solamente con poderío militar, sino que también impactaron la estructura política local, al punto de poder influir en asuntos como quien puede ejercer un cargo público, o establecer la aprobación o desaprobación de proyectos de inversión en ciertas localidades, ejerciendo un poder local que impactó las administraciones locales y departamentales.

El jefe de la organización, Jorge 40, "desde el discurso, se presenta a sí mismo como la cabeza de un pensamiento regional, que dice representar a los ganaderos, bananeros y palmicultores de la región, los cuales buscan la defensa de la propiedad privada y el desarrollo de la libre empresa"; de acuerdo con el periódico El Tiempo, y mediante constatación por testimonios recolectados en la región por el programa de derechos humanos y derecho internacional humanitario de la Vicepresidencia de la República, varios procesos electorales adelantados en la región sufrieron irregularidades, derivadas de una activa intromisión de los actores armados paramilitares, quienes habrían llegado a intimidar a los pobladores para votar por ciertos candidatos o a forzar la inscripción de listas únicas con su candidato en ciertas zonas, entre otras acciones *"por presiones externas se suspendió el transporte [sobre la carretera Santa Marta - Riohacha].... es relevante mencionar que no se anuló ningún voto, y todos los habitantes de esta región votaron - con la misma X en los tarjetones, como si hubieran sido marcados por una misma persona - "(Vicepresidencia República de Colombia - Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH, 2005).*

También ejercieron presión sobre la administración local, pidiendo cuentas a los funcionarios públicos de los distintos municipios, e influyendo en la asignación de recursos, en especial dentro del sector salud:

> *Así sucedió con el director del Hospital de la Zona Bananera, asesinado el jueves 3 de junio de 2004 en la ciudad de Santa Marta,*

al parecer por negarse a rendir cuentas a los grupos de autodefensas. Precisamente, el sector salud ha sido uno de los más afectados o por lo menos uno sobre los cuales se ha hecho más evidente la intervención de los grupos de autodefensas. Baste recordar el escándalo de las Administradoras de Régimen Subsidiado en el Departamento de La Guajira... [Donde] los indígenas Wayuú hicieron saber...que las autodefensas estaban desviando hacia sus arcas los dineros que el Estado gira a las ARS encargadas de prestar el servicio de salud a los estratos más pobres... Para que las ARS pudieran entrar a operar en los municipios bajo el control paramilitar"(Vicepresidencia República de Colombia - Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH, 2005).

Las denuncias fueron comprobadas por la Fiscalía general de la Nación, por lo cual el 2 de septiembre de 2004 se capturó al alcalde de Riohacha y a once funcionarios más.

El narcotráfico constituyó otra fuente importante para la financiación del paramilitarismo en la región de la Sierra Nevada de Santa Marta, dentro de la cual para 2004 se encontraban 1262 hectáreas dedicadas al cultivo de la coca (66% más de lo cultivado en el año 2003); se calcula que este negocio les dejó para el año 2002 una utilidad de US$1200 millones, lo cual constituyó alrededor de un 27% de sus ingresos para gasto militar; otras fuentes importantes han estado constituidas por el contrabando, la extorsión, la venta impuesta de “servicios de seguridad” urbanos y rurales, y la apropiación de tierras de campesinos y pequeños propietarios, obtenidas bajo amenaza de muerte y desplazamiento forzado o vendidas bajo presión. Se registraron sobre población civil varias masacres a cargo de fuerzas paramilitares en La Peña, La Jagua de Ibirico, y Aguachica, así como en Dibulla, corregimiento de Mingueo, en los cascos urbanos de la capital del Magdalena, y en los corregimientos de Patillal y Mariangola

también fueron efectuados homicidios selectivos, y presencia de retenes ilegales que dificultaban el libre tránsito de los habitantes, y en donde también algunas personas resultaron asesinadas. Una táctica específica de bloqueo de alimentos, aceite y otros productos que se consiguen difícilmente en la Sierra fue impuesta por los paramilitares a los pobladores civiles, con el fin de disminuir así el acceso de insumos a los grupos guerrilleros(Vicepresidencia República de Colombia - Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH, 2005).

Cabe destacar el asedio y la gran afectación a la que fue sometido el sector de los trabajadores de la salud por parte de la violencia paramilitar, en medio de su búsqueda de control sobre los recursos destinados a dicho sector y sobre las administraciones locales encargadas de la organización sanitaria desde que se efectuó hacia ellas la descentralización de éstas responsabilidades. Entre la larga lista de víctimas del paramilitarismo pertenecientes al sector salud en la región de la Sierra Nevada se encuentran un miembro del SINDESS asesinado en Ciénaga en Noviembre de 2002, y el gerente de Salud Total, Juan Carlos Serge, quien también fue asesinado por éstos actores armados (Vicepresidencia República de Colombia - Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH, 2005).

El avance del paramilitarismo fue respondido desde los actores armados insurgentes de izquierda, quienes también impusieron “castigos” sobre población civil sospechosa de apoyar al paramilitarismo, incluyendo algunos homicidios selectivos efectuados por las FARC en el casco urbano de Manizales, Cesar, Copey y en Pueblo Bello. Masacres a manos de la guerrilla del ELN se registraron en San Diego y Pueblo Bello, perpetradas sobre personas acusadas de ser colaboradoras del paramilitarismo. Para el año 2004, la región de Dibulla se convirtió en una zona en disputa entre paramilitares y guerrillas, con gran afectación de la población civil (Vicepresidencia República de Colombia - Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH, 2005).

Las comunidades indígenas Arhuaco, Kogui, Wiwa y Kankuamo resultaron especialmente afectadas por las dinámicas de la confrontación armada vivida durante el período en inmediaciones de la Sierra Nevada de Santa Marta, tal como lo refiere un informe oficial según testimonio de dirigentes del cabildo Arhuaco:

> *Las autodefensas se han ubicado y toman control de las estribaciones y del entorno de la Sierra y poco a poco ascienden. Por eso restringen los vehículos, los alimentos, las medicinas, es decir, todo. Y producen ataques y desplazamiento al interior de las comunidades… dentro de los actos cometidos están los asesinatos… a las víctimas las tildan de colaborar con la guerrilla… (Vicepresidencia República de Colombia - Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH, 2005).*

Por encontrarse habitando en una zona de tránsito y aprovisionamiento tradicional de las guerrillas de izquierda, los indígenas fueron asimilados por los paramilitares como colaboradores guerrilleros, y se empezaron a ejecutar sobre ellos masacres, homicidios selectivos, torturas, desapariciones forzadas, bloqueos y hurto de alimentos. También sufrieron algunos “castigos” por parte de las guerrillas, que buscaban preservar su control territorial sobre las zonas habitadas por indígenas en disputa con los paramilitares. Respecto a la responsabilidad de esas acciones, que se incrementaron entre los años 2002 y 2004, el 40% se centra en grupos paramilitares, 10% sobre las FARC, 6% el ELN, y en el 40% se desconocen los autores (Vicepresidencia República de Colombia - Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH, 2005).

Se registraron también casos de detenciones masivas y arbitrarias, torturas, asesinatos selectivos, desapariciones forzadas, hostigamientos y señalamientos efectuados contra comunidades indígenas de la Sierra por parte de los actores armados estatales. También han sufrido directamente las acciones de guerra

derivadas de enfrentamientos armados sobre su territorio. El establecimiento de bases militares en el seno de los territorios ancestrales ha puesto en riesgo a las comunidades; además los indígenas han manifestado su constante preocupación porque la fuerza pública interfiere en su vida comunitaria, entre otras formas a través de la organización de brigadas cívico - militares que incluyen atención en salud y comedores comunitarios (Misión Internacional de Verificación sobre la Situación Humanitaria y DDHH de los Pueblos Indígenas de Colombia Comisión de la Sierra Nevada, 2006).

Entre otras acciones en contra de pueblos indígenas atribuidas a actores armados están diversas formas de violencia sexual contra mujeres y niñas; también hay que resaltar el confinamiento por cuenta del conflicto armado al que han sido sometidos frecuentemente los pueblos Chimila y Yukpa, lo cual ha impedido incluso el acceso a ellas por parte de misiones humanitarias(Misión Internacional de Verificación sobre la Situación Humanitaria y DDHH de los Pueblos Indígenas de Colombia Comisión de la Sierra Nevada, 2006).

En medio de todo lo descrito, para el año 2003 la Sierra Nevada de Santa Marta y la región del Catatumbo[50] se ubicaron como dos de las principales zonas colombianas afectadas por desplazamiento forzado, junto al Urabá chocoano, el andén Pacífico que incluye los departamentos de Chocó, Nariño, Valle del Cauca y Cauca, la zona de aplicación del Plan Colombia en el sur del país que incluyó al Caquetá, Putumayo, Nariño y Guaviare, y la zona de disputa estratégica entre la avanzada de recuperación territorial del Estado y el repliegue de grupos armados insurgentes(Suárez, 2004).

En tal contexto, re - emergió una epidemia de fiebre amarilla selvática que alcanzó incluso las inmediaciones de zonas urbanas, con dimensiones comparables tan

[50] Vale mencionar al municipio de Concepción, en el Catatumbo Nortesantandereano, quien recibió durante el 2002 un número de personas víctimas de desplazamiento forzado equivalente al 45% de su población total.

solo con las sucedidas en Colombia antes de la introducción de la vacuna de la fiebre amarilla, durante la década de 1930.

5.2 ENTRE EL ASALTO, LA EPIDEMIA Y EL COMUNICADO: UNA NUEVA PROTESTA POR VACUNAS, 2002 – 2004

5.2.1. La epidemia sale del Catatumbo y va a la Sierra Nevada

Un brote de fiebre amarilla apareció en la frontera colombo-venezolana a finales del 2002 y se convirtió en epidemia en Norte de Santander, cobrando 35 víctimas mortales hasta octubre de 2003 cuando aparentemente fue controlada; no obstante, entonces la enfermedad alcanzó la Serranía del Perijá, de donde se desplazó en 2004 hacia la Sierra Nevada de Santa Marta y otras regiones del norte del país(Villar, 2004).

La epidemia de Norte de Santander afectó una proporción bastante alta de personas menores de 4 años (7.3%), con un 61% de hombres entre el total de infectados de todas las edades (Vera, 2004); por el contrario, en el brote de la Sierra Nevada el porcentaje de infectados menores de 4 años fue más bajo (4.1%) y la proporción de hombres afectados fue mayor (73%). No obstante, los porcentajes de mujeres afectadas en ambos casos (39% y 27% respectivamente) superan con creces la proporción de afectación de éstas que se espera para epidemias de fiebre amarilla[51], y es también muy alta la proporción de afectados menores de 18 años (18%)(Vera, 2004) reflejando muy probablemente tanto los efectos del conflicto armado interno sobre la estructura familiar con un posible incremento de la mujeres cabeza de hogar que deben ir a trabajar al campo en compañía de sus hijos e hijas, en especial en el Catatumbo; como las deficiencias en los esquemas de vacunación que incluyan fiebre amarilla para los menores de edad nacidos dentro de un país con amplias zonas endémicas.

[51] En donde los más afectados suelen ser varones dedicados a la minería, las actividades madereras y agrícolas, o las acciones militares desarrolladas en terrenos selváticos.

Además del conflicto armado activo, la existencia de cultivos ilícitos es una característica común del Catatumbo y la Sierra Nevada, la cual que implica el desplazamiento hacia esas zonas de personas susceptibles de enfermar que se involucran sobre todo en labores de recolección. Esta relación se hace más fuerte bajo la consideración de que en los años noventa el principal foco colombiano de fiebre amarilla fueron los territorios sembrados con coca del Guaviare y Caquetá, pero el aumento de las actividades de control en estos departamentos ocasionaron el desplazamiento de los cultivos de uso ilícito a algunas de las regiones del norte del país (Catatumbo, Serranía del Perijá, Sierra Nevada de Santa Marta) donde la epidemia aparecida entre 2003 y 2004 tuvo epicentro (Velandia, 2004). Al respecto, plantea el Boletín Epidemiológico semanal SIVIGILA lo siguiente:

> *La evidencia de desplazamiento de personas susceptibles desde la región del Catatumbo a través de la Serranía del Perijá hasta la Sierra Nevada de Santa Marta por las labores de recolección de diferentes productos agrícolas como café, algodón, coca y amapola, acompañada de los diferentes actores del conflicto armado, establece la relación entre el brote de Catatumbo y la situación presentada en la Sierra Nevada de Santa Marta (Ministerio de Trabajo y Salud República de Colombia - Instituto Nacional de Salud - Sistema de Vigilancia en Salud Pública, 2004).*

5.2.2. Un debilitado sistema de salud intenta hacer frente a la fiebre amarilla

El control de la epidemia en el Catatumbo se dio en el marco de cambios drásticos en el manejo de los programas de salud pública a nivel nacional, como el ocurrido para 2002 en Norte de Santander, al convertir los programas de control de vectores y de enfermedades transmitidas por esta causa en una dependencia de la Unidad Administrativa Especial de Campañas Directas del Servicio Seccional de

Salud, bajo la denominación de Subgrupo de Control de Vectores. Este cambio implicó que quedaran a cargo del ente territorial las labores de programar, vigilar y supervisar las actividades de ETV; a la vez, que los empleados dedicados a servicios de erradicación pasaran a ser funcionarios de planta de la Unidad Administrativa (Lobo, 2006), dentro de un arreglo mucho más estable y ventajoso que el logrado en otras zonas del país, toda vez que al ser Norte de Santander un departamento con muy alto riesgo para éstas enfermedades fue dejada la descentralización de los programas de control para el final de la lista, y se pudo aprovechar así la experiencia de los fracasos vividos en otras regiones donde se adoptaron otras medidas descentralizadoras del SEM menos conservadoras con la estructura previa.

Para combatir la enfermedad en San José de Cúcuta se intensificó la vacunación (vacunación casa por casa, vacunación en empresas y establecimientos educativos, vacunación rural y urbana); se realizaron actividades de sensibilización del programa de salud pública (activación de alertas epidemiológica que dan aviso a las instituciones prestadoras de salud (IPS) y solicitan planes de contingencia, notificación de eventos sospechosos de fiebre amarilla, búsqueda activa comunitaria); y control vectorial (búsqueda de criaderos de Aedes aegypti aplicación de Ábate[52] para control de larvas, fumigación)(Secretaria de Salud Municipio de San José de Cúcuta, 2004).

Aunque el brote apareció a finales del 2002, estas medidas se hicieron efectivas hasta 2003, pues el Servicio Seccional de Salud de Norte de Santander declaró la alerta epidemiológica hasta enero de este año (Secretario de Salud de Norte de Santander, 2003a), e intensificó las acciones de vigilancia y control para la enfermedad, operativizando el plan de contingencia correspondiente hasta febrero del mismo año (Secretario de Salud de Norte de Santander, 2003b); la alerta sanitaria se declaró mediante una resolución emitida en junio (Ministerio de

[52] Abatización.

Protección Social Servicio Seccional de Salud de Norte de Santander, 2003), donde se ordenó a las instituciones públicas y privadas encargadas de servicios de salud que activaran sus planes de emergencia hospitalaria, especialmente en los municipios del Alto Catatumbo, Convención, Teorama, El Tarra, El Carmen y Tibú, por ser estos los municipios los más afectados par la epidemia.

Estos mismos municipios estuvieron también entre los más afectados por el conflicto armado interno durante este período, con la llegada de paramilitares a luchar por el control territorial, con todas las implicaciones humanitarias que ya fueron analizadas en una sección anterior (Villarraga; Cañizares; Ramos, 2003).

La dificultad para operar un plan de contingencia contra la fiebre amarilla por causa de las dinámicas del conflicto resultó evidente en muchas localidades que terminaron convertidas en epicentros de la epidemia catatumbera, por ejemplo en Hacarí[53], en donde objetivos sanitarios clave tales como determinar las zonas susceptibles para la enfermedad, el aprovisionamiento del biológico, la vacunación de la población vulnerable, la búsqueda activa de casos sospechosos y la notificación de los mismos eran muy difíciles de alcanzar por tales causas, por cuenta de deficiencias estructurales, y por poca accesibilidad geográfica, con el resultado de una epidemia agravada entre otras cosas por:

> *La presencia de población que no había participado en ninguna campaña de vacunación, y especialmente por la insuficiencia [o inexistencia] de promotoras [de salud] en algunas veredas y la existencia de zonas de difícil acceso por la difícil situación de orden público* (Jiménez Vargas, 2003).

[53] Municipio de Norte de Santander ubicado en la región del Catatumbo, conformado por 33 veredas inmersas en el conflicto armado de la zona y limitantes con las mencionadas poblaciones de El Tarra, Convención, y Teorama además de Abrego y San Calixto.

Del lado del municipio de San Calixto, el Plan de Contingencia planteó que en algunas veredas se carecía de recursos financieros para efectuar las labores pertinentes y en otras era imposible llevar la vacunación a los lugares más afectados por el conflicto armado, por lo cual a febrero de 2003 solo 37 de las 64 veredas habían sido cubiertas con el biológico (Centro de Salud de San Calixto, 2003); similar fue el caso en Teorama (Centro de Salud de Teorama, 2003). En cuanto al municipio de Ocaña, los planes de contingencia municipales indicaban que los casos sospechosos de fiebre amarilla procedentes de toda la región fueran remitidos al Hospital Emiro Quintero Cañizares allí ubicado, contando con el apoyo del Hospital Erasmo Meoz de Cúcuta para asumir las remisiones más graves, así el riesgo de generar una reurbanización de la enfermedad se vio elevado para las poblaciones ocañeras y cucuteñas, de quienes se afirmó:

> *Se encuentran amenazadas ante la gran cantidad de pacientes que se desplazan con sus familias hacia los centros urbanos de alto nivel de complejidad poniendo en riesgo a las poblaciones de las dos ciudades más grandes del departamento, aunado al alto índice de infestación aédico que conllevaría al riesgo de urbanizar la Fiebre Amarilla (Morelli Santaella, 2003).*

La vacunación en Ocaña estuvo a cargo del ISS y de Promesalud, única IPS privada que presto ese servicio, pese a existir 8 presentes en la región. En el plan de contingencia para la enfermedad presentado por este hospital se destacó la importancia de intensificar las acciones de control en virtud de que el municipio era un paso obligado entre las zonas de la Costa Atlántica y los municipios de Sardinata, Cúcuta, el Tarra, Tibú y el vecino país de Venezuela, lo cual se agravaba tomando en cuenta que por razones de orden público se presentaba un alto flujo de personas forzadamente desplazadas desde el Catatumbo hacia esas zonas, y siendo a la vez Ocaña un municipio receptor de desplazadas y desplazados (ESE Emiro Quintero Cañizares, 2003).

En los municipios de El Tarra (Mendoza Acuña, 2003), Tibú (Comité de Vigilancia Epidemiológica Municipio de Tibú, 2003), y Abrego (Hospital Inmaculada Concepción Abrego, 2003) se destaca que se carecían de recursos financieros, logísticos, humanos y de vacunas, necesarios para implementar plenamente el plan de contingencia demandado, lo cual se sumó a las dificultades de operación en zonas fuertemente azotadas por el conflicto armado, lo cual hizo muy difícil el control de la enfermedad.

El conjunto de los planes de contingencia de los municipios de Norte de Santander indicaba una necesidad apremiante de realizar inmunizaciones en un gran número de pobladores, sin embargo, en los primeros meses de 2003, mientras la epidemia seguía avanzando la vacunación estaba aun lejos de alcanzar los niveles contemplados para un control efectivo. Según datos del Servicio Seccional de Salud de Norte de Santander, la vacunación en los municipios arrojaba a la fecha los siguientes resultados: en Cúcuta se habían aplicado 50.000 de las 156.000 vacunas programadas, en El Zulia 10.000 de las 20.000, en Sardinata 6.500 de 20.000, en Tibú 5.000 de 15.000, en El Tarra 5.000 de 6.000, en Ocaña 1.000 de 50.000, en Convención 1.000 de 8.000, en El Carmen 1.000 de 12.000, en Teorama 1.000 de 3.000, en San Calixto 1.000 de 7.000, en Toledo ninguna de las 8.000 programadas, y así sucesivamente en todos los demás(República de Colombia Secretaría de Salud de Norte de Santander, 2003) [54] .

En abril de 2003 los datos sobre inmunizaciones indicaban que una cobertura superior al 90% (como la que se planteaba necesaria para el control efectivo de la enfermedad) solo se había logrado en Tibú y en Teorama. Entre el 80% y 89% ascendía la cobertura en El Tarra; entre el 50% y el 79% se encontraban Convención y Toledo; y por debajo del 50% se encontraban Sardinata, Cúcuta, El Carmen, San Calixto, Ocaña y El Zulia. A pesar de los aumentos posteriores en

[54] Cifras de: República de Colombia Secretaría de Salud de Norte de Santander, Grupo Epidemiologia. Plan de Contingencia de Fiebre Amarilla 2003

las coberturas de vacunación, éstas siguieron siendo bajas, pues en las zonas de alto riesgo se estimaba que debían ser vacunadas 1.103.897 personas y solo se había llegado a 151.548 inmunizaciones, y en total del 1.291.411 personas a vacunar se había cubierto apenas a 157.488 para el mes en mención(República de Colombia Secretaría de Salud de Norte de Santander, 2003; Secretaría de Salud de Norte de Santander, 2003).

En julio de 2003 la cobertura llegaba al 100% en Tibú, Convención y Teorama, siendo inferior en los demás municipios, aunque se indicaba que esta cifra se calculaba teniendo en cuenta los datos poblacionales suministrados por el DANE pero que había que tener en cuenta la gran población flotante y migrante de la región a raíz de los cultivos de uso ilícito y la situación de orden público. Para el mes de diciembre las cifras mostraban que de una población de 1.435.237 habitantes, 898.552 fueron vacunados entre 1997 y 2002, y 468.847 en 2003, alcanzando una cobertura del 87.35% de la población (Departamento de Norte de Santander, 2003; República de Colombia Secretaría de Salud de Norte de Santander, 2003).

En septiembre el brote se había extendido hacia el norte llegando a los municipios de Agustín Codazzi, Becerril y La Jagua de Ibiríco, en el Departamento del Cesar. En las zonas urbanas cercanas estos brotes había gran proliferación de Aedes aegypti por lo que se temía la reurbanización de la enfermedad. La llegada de la enfermedad a nuevas regiones estuvo relacionada con las migraciones de población no inmunizada hacia zonas donde proliferan los cultivos ilícitos que se desplazaba para participar en actividades relacionadas con la siembra de estas plantas de uso ilegal (Organización Panamericana de la Salud, 2003).

A pesar de que esta epidemia de fiebre amarilla afecto a varios países de la región, en ninguna parte se presentaron tantos casos como en Colombia, y según la OPS, además de los flujos migratorios, en el país fue determinante para el difícil

control de la enfermedad su proliferación en zonas de conflictivo orden publico que obligaron a que la inmunización y el control del vector requirieran el apoyo del CICR (Velandia, 2003).

Para empeorar el panorama nacional, ootro brote de fiebre amarilla se presentó a mediados del año 2003 en las regiones de Guaviare, Casanare, Meta y Norte de Santander (Organización Panamericana de la Salud, 2003a).

El 28 de Diciembre de 2003 hizo aparición el primer caso detectado de fiebre amarilla en la Sierra Nevada de Santa Marta, y para el 22 de enero de 2004 se habían confirmado otros 27 casos (Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004b).

Cuando apareció la enfermedad en la Sierra Nevada fue muy difícil realizar las acciones de control correspondientes, porque el Departamento Administrativo de Salud del Distrito de Santa Marta, se encontraba en ese momento en proceso de liquidación, y esto obstaculizaba su normal funcionamiento[55]. En ese marco, otras enfermedades transmitidas por vectores también habían visto incrementada su incidencia, por ejemplo, la leishmaniasis había pasado de una incidencia anual de 38 casos en 2001, a 89 casos reportados antes de terminar el año 2003, casi todos en el sector de Guachaca (Medina, 2003) .

Los trabajadores de salud pública de esa entidad responsables de las acciones sanitarias sobre la Sierra Nevada de Santa Marta tenían desde 2003 pleno conocimiento sobre la aparición de la fiebre amarilla en Norte de Santander y sobre el riesgo de propagación de la enfermedad hacia la Sierra Nevada, e incluso fueron prendidas las alertas por la aparición de marsupiales y micos muertos por fiebre amarilla en dicha zona.

[5555] No obstante, otras direcciones de salud territoriales comparten responsabilidad en las labores de salud pública sobre el territorio de la sierra, tales como la Secretaría de Salud del Magdalena, y la del Cesar.

Ante ello, aunque algunos funcionarios de salud del Magdalena y el Distrito de Santa Marta empezaron a recibir capacitación para enfrentar la llegada de la epidemia, y algunos informes internos del Departamento Administrativo Distrital de Salud elaborados en el año 2003 registraron que*: " no se han presentado casos de fiebre amarilla pero a raíz de la alerta roja en el país se están tomando todas las precauciones en el sector de Guachaca y piedemonte de la Sierra Nevada de Santa Marta"(Medina, 2003).*

No obstante, hubo dificultades para implementar esas acciones preventivas, cuando la epidemia finalmente emergió nada se pudo hacer, porque en el contexto de procesos de reestructuración un buen número de empleados encargados del manejo de la situación no tenían definida su situación laboral, por lo cual se encontraban en paro desde meses atrás.

Adicionalmente respecto, una publicación del Instituto Nacional de Salud indicó que la existencia de un sistema de vigilancia en salud pública debilitado en el país también influyó para el avance no controlado de la epidemia:

> *En enero de 2004 se confirmó el diagnóstico de un caso fatal de fiebre amarilla en Dibulla (Guajira) en las estribaciones de la Sierra Nevada de Santa Marta. En este caso se evidenció la debilidad del sistema de vigilancia dado que la notificación se hizo a partir de la confirmación diagnóstica y no desde el momento cuando se definió el caso como "sospechoso", como lo define la norma en el protocolo de vigilancia en salud pública. Una semana después, el Instituto Nacional de Salud ha confirmado 28 casos por histopatología o mediante prueba de ELISA, provenientes de los departamentos de Cesar, Magdalena, y La Guajira, aunque no se ha obtenido ningún aislamiento viral. La letalidad del brote en la Sierra Nevada de Santa Marta en del 28.5% (8/28)(Velandia, 2004).*

Finalmente a inicios de 2004 la epidemia de fiebre amarilla se había hecho evidente en la Sierra Nevada de Santa Marta, luego de haberse advertido por parte de las autoridades sanitarias nacionales su avance desde la frontera colombo – venezolana por el Catatumbo hacia la Serranía del Perijá, y de allí hacia el Cesar y en la zona guajira de Barranca en donde se evidenciaron epizootias (M Velandia, 2004); cuando finalmente se reconoció la presencia de una epidemia sobre la Sierra se había generado ya un problema tan grande que fue necesario importar millón y medio de vacunas desde Brasil, y luego otras más; a 19 de enero de 2004 había sido necesario importar más de tres millones de dosis de vacunas antiamarílicas para afrontar la epidemia(Ministerio de la Protección Social, 2004), pues el país no tenía dosis disponibles, ya que había dejado de fabricarlas tiempo atrás.

Según la Academia Nacional de Medicina, muy diferente habría sido la situación en que se presentó esta enfermedad si el gobierno central hubiese mantenido el control de las campañas de prevención y promoción de la salud pública. Para los directivos de la entidad la descentralización de estos servicios significó un desorden que hizo difícil la vigilancia epidemiológica porque en las nuevas condiciones:

> *No se tiene certeza de a cuanta gente ni en qué lugares se está vacunando a la población y no hay un sistema central que prenda las alarmas con rapidez. Si la información hubiera estado centralizada se hubiera podido iniciar al comienzo de la temporada de vacaciones una campaña de vacunación masiva de las personas cuyo destino fuera el parque Tayrona y la Sierra Nevada (...) El gobierno esperó varios días para declarar el cierre de los parques ... y empezar la vacunación ... después que se presentó el primer caso de una persona fallecida, pues no tenía los reportes ni las confirmaciones de los contagios de parte de las seccionales de salud (Capella, 2004).*

El mencionado paro en la Secretaría de Salud del Distrito de Santa Marta que se encontraba vigente cuando estalló la epidemia en la Costa Atlántica fue convocado por SINDESS, y en él se exigía reubicación para unos trabajadores e indemnización digna y oportuna para otros ante la inminente liquidación de la Secretaría Distrital de Salud de Santa Marta. Este paro fue el punto final de un largo proceso de lucha sindical en el que a través de denuncia pública y acciones legales se intentó detener el proceso de liquidación, cosa que no se logró, por lo cual la protesta terminó inclinándose hacia garantizar ciertas condiciones para los trabajadores más que para la entidad (Trabajador Secretaria de Salud Distrito de Santa Marta, 2007).

Por esto, las medidas solo se efectuaron cuando se empezaron a presentar víctimas humanas, ante lo cual los trabajadores levantaron el paro e iniciaron acciones aunque no se había definido su situación laboral futura; tampoco fue fácil su acción porque no había suficiente biológico para realizar una vacunación efectiva. Adicionalmente el programa de control de vectores en esta zona del norte del país era bastante débil y no daba abasto para realizar las funciones que le eran asignadas; incluso superada la crisis de la epidemia este siguió siendo bastante enclenque (Trabajador Secretaria de Salud Distrito de Santa Marta, 2007).

Los departamentos de La Guajira y Cesar también implementaron planes para extender la cobertura vacunal en zonas del piedemonte de la Sierra; al respecto, llama la atención que a 22 de enero de 2004 las coberturas vacunales en muchos municipios de todos los departamentos implicados estuvieran por debajo del mínimo útil pese a que ya se habían iniciado los dispositivos de enfrentamiento de la epidemia.

Por ejemplo, eran de tan solo el 94% en Guachaca siendo ésta una zona que se había priorizado como de alto riesgo para el ingreso de la epidemia desde el año

anterior; también había en esa fecha coberturas vacunales bajas en Riohacha (90%), Valledupar (64% rural y 33% urbana), Fundación (43%), el Retén (22%); Codazzi (46%), Zona bananera (24%); Pueblo Bello (77%); Ariguaní (35%); San Diego (57%), El Banco (16%), Ciénaga (51%), Fundación (43%), Algarrobo (29%), Molino (77%),Copey (46%), Urumita (73%), Curumany (68%), Villanueva (70%), La Jagua de Ibirico (64%), Chiriguaná (30%), Bosconia (18%), La Paz (42%) o Manaure (45%)(Ministerio de la Protección Social República de Colombia, 2004a).

Por su parte, la Secretaría para el Desarrollo de la Salud del Magdalena, responsable también de acciones sanitarias en las inmediaciones de la Sierra, inició su plan de acción para enfrentar la epidemia a partir de enero de 2004. Se establecieron los índices aédicos en todos los municipios a su cargo, se iniciaron acciones de educación a la comunidad y de saneamiento ambiental, tales como control larvario, y control de insectos transmisores adultos; se organizó también un dispositivo para incrementar las coberturas vacunales antiamarílicas (Secretaría de Desarrollo de la Salud del Magdalena, 2004).

Para ello, se priorizó inicialmente para refuerzo de vacunación contra fiebre amarilla para los siguientes municipios a su cargo: Ciénaga, Zona bananera, Fundación, Algarrobo, Aracataca, El Retén, Araguaní, El Banco; en una segunda fase fueron incluidos Pueblo Viejo, Sitio Nuevo, Pivijay, Cerro San Antonio, El Piñón, Concordia, Pedraza, Remolino, Salamina, Plato, Nueva Granada, Sabana San Ángel, Chiboló, Tenerife, Guamal, Santana, Pijiño del Carmen, y Zapayan (Secretaría de Desarrollo de la Salud del Magdalena, 2004).

No obstante, a noviembre de 2004 aún se encontraban coberturas inferiores al mínimo útil de 95% en los municipios de Aracataca (74%), El Retén (88%), El Banco (84%), Pivijay (53%), Concordia (76%), El Piñón (80%), Pedraza (94%), Zapayan (76%), Plato (93%), Nueva Granada (96%), Tenerife (76%), Guamal

(69%), San Sebastián (82%), Santana (64%), Pijiño del Carmen (90%), y Santa Bárbara Pinto (65%)(Secretaría de Desarrollo de la Salud del Magdalena, 2004).

Además, hubo dificultades para alcanzar las metas de control de vectores en algunos municipios (como Algarrobo y Ariguaní), entre otras razones por presencia de lluvias y acciones de saneamiento ambiental mal realizadas(Secretaría de Desarrollo de la Salud del Magdalena. Santa Marta, 2004).

Llama la atención que aunque varias fueron las personas habitantes de la región que fueron contagiadas, el gobierno solo se apersonó del problema cuando las victimas empezaron a ser turistas. Adicionalmente el Ministro de Protección Social señaló con respecto a la epidemia que *"el problema más grave del sistema de salud es la debilidad de los sistemas de inspección, vigilancia y control";* no puede dejarse de lado que en el marco de la Ley 100, donde se obliga a que los servicios de salud sean rentables, el conjunto de acciones de prevención de ETV difícilmente puede demostrar serlo, por lo que los entes territoriales que deben impulsar su realización no habían destinado los recursos suficientes para tal fin (Capella, 2004).

Según la revista de la Asociación Colombiana de Infectología INFECTO, ésta fue:

> *La más importante epidemia de fiebre amarilla en los últimos 50 años en Colombia y revela la actual fragilidad de nuestra salud pública y la altísima susceptibilidad de la nación para la ocurrencia de ignotas circunstancias como la de un brote de fiebre amarilla urbana, evento que desde 1928 no se presenta en Colombia (…) Tal fue la experiencia hace un siglo en Bucaramanga, Santander; o hace seis años en Santa Cruz, Bolivia, con devastadores efectos (Villar, 2004).*

Con respecto a la reestructuración de los programas y servicios dedicados al enfrentamiento de las enfermedades transmitidas por vectores en el país, agrega la publicación que:

> *En la última década, con el desmonte del Servicio de Erradicación de la Malaria (SEM), la disminución de los recursos y los cambios adoptados en el sistema de salud que han mermado sensiblemente el papel operativo del Estado en la prevención de los problemas de salud, este importante problema público se ha incrementado sensiblemente, al punto de ser hoy Colombia un país endemo - epidémico de enfermedades transmitidas por vectores, en que los índices de infestación Aédico superan los de décadas anteriores y se vive el riesgo, como se ha comentado, de dar un salto de casi un siglo en su control (Villar, 2004).*

La falta de un manejo coordinado en el control de las epidemias imposibilitó que se pudieran tomar medidas eficaces y oportunas, lo que desencadenó que a pesar de que desde 2002 se tenía información sobre el brote de la enfermedad en la zona fronteriza con Venezuela, la cobertura de inmunización allí y en zonas aledañas siguió siendo baja, aunque hubieran aumentado los índices aédicos. Así mismo, solo hasta que la epidemia llegó a la Sierra Nevada se pensó en iniciar la vigilancia serológica de micos, implicados en la cadena de transmisión de la enfermedad hacia los humanos (Vera, 2004).

Encadenado a lo mismo se encuentra el hecho de que a pesar de la información de que se disponía desde tantos meses atrás, solamente hasta la primera semana de enero de 2004, después de que se presentaran algunas muertes, se hizo un llamado a los parques naturales para que tomaran precauciones (Ministerio de Trabajo y Salud República de Colombia - Instituto Nacional de Salud - Sistema de Vigilancia en Salud Pública, 2004).

Quedó al descubierto el pobrísimo trabajo realizado por las EPS y ARS en cuanto a asumir sus responsabilidades de prevención y control, y los grandes limitantes que dentro de este sistema tiene el Estado para exigirle a las entidades encargadas de estas actividades que realicen su trabajo (El Tiempo, 2004c), razón por la cual en febrero de 2004 mientras en el país se exigía activar sistemas de prevención, vigilancia y control eficientes, otro brote de enfermedad, esta vez de malaria, atacó a la población (Barrios, 2004a).

En el campo de la organización macro social del país, todo esto cobra sentido al tener en cuenta que el presupuesto nacional de 2004 fue 14.5% superior al de 2003, pero con un aumento debido a recursos relacionados con la política de Seguridad Democrática, mientras que la salud solo recibió presupuesto para ofrecer atención básica a pesar de que se venía enfrentando una crisis de salud pública sin antecedentes, caracterizada entre otras cosas por epidemias de ETV y quiebra de la red pública hospitalaria (Ossa, 2004).

Por lo anterior, la aparición y propagación de la epidemia, además de esta relacionada con los actores armados ilegales, los cultivos de uso ilícito, el desplazamiento y confinamiento forzado, también estuvo relacionada con los problemas crónicos y estructurales del sistema de salud colombiano.

5.2.3. Entre campos minados y fuego cruzado avanza la misión médica

Para la emergencia de los brotes epidémicos presentados desde 2002 hasta 2004 resultó definitiva la relación entre las ETV y el conflicto armado, porque este configuró barreras de diferente índole tanto para la prevención como para el control de la enfermedad, en el marco de un sistema de salud de antemano debilitado.

Ya durante la epidemia, los actores armados desempeñaron roles contradictorios, pues en ocasiones confinaron poblaciones o limitaron el tránsito de misiones humanitarias, pero en otras llevaron y aplicaron vacunas a algunas regiones de difícil acceso, e inclusive suministraron información, logística y recursos para facilitar la acción de las misiones médicas dentro de sus áreas de influencia, en un intrincado juego de posiciones que solamente puede comprenderse a la luz de la anormalidad extrema que se configura durante los conflictos armados, y en medio de una emergencia sanitaria de grandes proporciones.

Valga comenzar señalando la coincidencia geográfica entre los epicentros de las epidemias del Catatumbo y Sierra Nevada con zonas que durante el mismo período estuvieron sometidas a fuertes disputas territoriales entre actores armados estatales y no estatales; es el caso de los municipios nortesantandereanos de Convención, Tibú, El Carmen, Teorama y El Tarra (Villarraga; Cañizares; Ramos, 2003), o de la vereda Honduras; así como de la Serranía del Perijá, o los sectores de Dibulla, Minca y Guachaca en el caso de la Sierra Nevada (Ministerio de Trabajo y Salud República de Colombia - Instituto Nacional de Salud - Sistema de Vigilancia en Salud Pública, 2004).

Lograron documentarse a partir de diversas fuentes múltiples episodios en medio de la emergencia sanitaria en que algunos actores armados resultaron determinantes en la posibilidad de realizar labores de vacunación (El País, 2004b).

En algunas ocasiones, parece ser que el motivo para que ciertos actores armados impidieran que se efectuaran dichas labores de vacunación antes y durante la epidemia tuvo que ver con que la presencia de grupos de personas, propia de las acciones de vacunación por concentración, era interpretada por otros actores armados como acciones de guerra, y se respondía ante ellos en forma bélica:

> *A veces a nosotros nos permiten entrar a las zonas a vacunar, pero a la gente no le permiten desplazarse en las veredas hacia un solo sitio*

> *para que sean allí vacunados, pues desde la guerrilla les tiene prohibido salir a hacer reuniones a los campesinos, porque a veces cuando están en distintos tipos de concentraciones, las Fuerzas Armadas están con los helicópteros buscando grupos de gente en medio del campo, y cuando ven reuniones a nivel de veredas, ahí mismo llaman las tropas que están por tierra y ¡venga el problema que se forma!. Es una cosa estratégica de allí eso de evitar que la gente se reúna en grupos… entonces para las campañas de vacunación, eso es tenaz… (Trabajador Campañas Directas Secretaría de Salud de Norte de Santander, 2006).*

Desde fuentes oficiales, se informó también que en las cercanías de la Sierra Nevada de Santa Marta actores armados obstaculizaron el oficio de las brigadas de vacunación:

> *De acuerdo con las informaciones oficiales, los grupos de salud han encontrado resistencia para moverse libremente por la zona, pues tanto guerrilleros como paramilitares los señalan de estar llevando medicamentos para sus oponentes. En otras oportunidades han intentado quedarse con las vacunas y el material de salud (El País, 2004b).*

A partir de las mismas fuentes, y de fuentes de prensa, se estableció que el personal de salud encargado de la vacunación de las poblaciones vulnerables fue en varias ocasiones atacado (El Tiempo, 2004a) y sus insumos robados, y el control de vectores se hizo difícil porque los actores armados ligados al narcotráfico obstaculizaron las campañas de fumigación al pensar que iban dirigidas a la eliminación de cultivos prohibidos.

Varios de los casos mortales de la epidemia, especialmente en la región del Catatumbo, aparecieron en las zonas en que la población se encontraba en condición de confinamiento ocasionado por los bloqueos de los actores armados. En estos lugares cuando alguien enfermaba las posibilidades de recibir atención médica pasaban por lograr salir de la zona, por lo que llegaron a aparecer casos de familias entras que se trasladaban en busca de servicios de salud para alguno de sus miembros y que posteriormente no podían regresar a los lugares de donde habían partido por razones ligadas a las dinámicas del conflicto, por lo que automáticamente quedaban en situación de desplazamiento forzado.

Hasta algunos de estos lugares de confinamiento se logró llegar con la vacunación solamente a través de la participación de organismos internacionales de ayuda humanitaria en salud como el CICR y la Organización MSF, y en otros lugares las vacunas fueron suministradas por los mismos actores armados no estatales, que consiguieron los biológicos por diversos medios y empezaron a vacunar a la población habitante en las zonas bajo su dominio.

Por ejemplo, según personas del Instituto Departamental de Salud de Norte Santander que participaron en las labores de lucha contra la epidemia en esta región, actores armados de izquierda se comunicaron inicialmente vía telefónica con las personas encargadas de la vacunación para pedirles vacunas para las poblaciones de algunas zonas a las que las misiones médicas oficiales no tenían acceso. Sin que se presentaran actos de violencia, dichos actores se acercaron a instalaciones sanitarias oficiales acordadas y obtuvieron los biológicos e instrucción sobre su cuidado, preparación y aplicación, así como sobre la población objetivo que era necesario vacunar, y se llevaron cierta cantidad de dosis para inmunizar a la población de esos lugares marginados (Trabajadora del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, 2006).

En otras ocasiones, y dentro de la misma región, actores armados también de izquierda interceptaron ambulancias en que se desplazaban misiones médicas oficiales en cuso integradas por civiles y, sin uso de violencia, explicaron a sus miembros sobre los riesgos de continuar avanzando por la ruta seguida, dada la presencia de campos minados o confrontación armada activa en tramos posteriores, luego de lo cual presentaron y ofrecieron a sus propios miembros encargados de misión médica dentro del grupo para continuar la labor de vacunación más allá del campo seguro para los trabajadores de salud oficiales, pidieron instrucciones sobre manejo de biológicos y población objetivo, y se marcharon con las vacunas, los carnés de vacunación, y el compromiso de continuar la labor iniciada por los trabajadores sanitarios civiles (Trabajadora del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander, 2006).

En el caso de la Sierra Nevada de Santa Marta, pudo documentarse también a partir de fuentes orales cómo a pesar de que inicialmente se impidió el acceso a grandes zonas en riesgo que se encontraban dentro del área de influencia de actores armados, una vez se recrudeció la epidemia y los casos mortales empezaron a ser ostensibles, tanto los actores armados de izquierda como los de derecha flexibilizaron sus posiciones y permitieron el acceso de misiones médicas estatales y del tercer sector; inclusive, se dio el caso de actores armados de derecha que se presentaron en instalaciones sanitarias oficiales acompañados por caravanas de vehículos todo terreno manejados por personas en traje de civil, los cuales pusieron a disposición del control de la epidemia, partiendo hacia zonas de difícil acceso bajo su control cargados con personal sanitario civil y vacunas. Se dice que “también ofrecieron helicópteros” para acciones sanitarias contra la epidemia en el perímetro de la sierra (Trabajador Secretaria de Salud Distrito de Santa Marta, 2007).

El conflicto armado obstaculizó igualmente la realización de las habituales acciones de control de vectores para impedir la expansión de la epidemia en muchas de las zonas en disputa, tal como se evidencia en el relato siguiente:

> *En Cartagenita y Honduras eso estaba muy infestado de Aedes aegypti, pero los estudios entomológicos en pleno brote no se pudieron hacer, porque no lo permitieron, entonces ya después que nos lo permitieron, hicimos la inspección de viviendas, y estaban los índices ahí por encima del 26% a 36% … todo eso son veredas, pero los enfermos llegaban a Honduras porque por ahí cerca ellos instalaron durante la epidemia una especie de hospitalito de la guerrilla para atender a los pacientes que llegaran, ¡y ahí estaba infestado, con una infestación de Aedes aegypti por encima del 26%!... En otras zonas simplemente nunca se pudo hacer investigación entomológica, porque resulta que todo eso dicen que está minado con "quiebra patas"[56], no se pudo entrar a Cartagenita, Puerto Pato, y La Libertad, una zona que es montañosa, y donde el Aedes aegypti no discriminó …. Todo eso pudo ayudar a extender la epidemia (Trabajador Campañas Directas Secretaría de Salud de Norte de Santander, 2006).*

Otro aspecto a destacar en cuanto a la interferencia del CAI en las labores sanitarias ante la epidemia está constituido por la dificultad planteada para conocer el número real de víctimas mortales y no mortales de la fiebre amarilla dentro de zonas afectadas por la guerra, pues en algunos sectores rodeados por diversos actores armados en pugna existieron grupos de pobladores civiles a quienes no se permitió el desplazamiento fuera de su zona de residencia, y hasta donde no se permitió el acceso de misiones médicas de ninguna índole, por lo

[56] Minas Anti Persona (MAP).

cual número indeterminado de personas enfermaron e inclusive murieron sin dejar ningún tipo de registro oficial:

> *Hubo quienes quedaron en la mitad de todos [los actores armados] sin poderse mover… y dicen los comentarios de la gente que hay fosas, grandes fosas en el campo, donde los enterraban a los que se iban muriendo de fiebre amarilla sin haber podido salir a algún lado a buscar que los atendieran (Trabajador Campañas Directas Secretaría de Salud de Norte de Santander, 2006).*

Para finalizar, los procesos de reinserción grupal llevados a cabo por actores armados de derecha sirvieron también para incrementar el riesgo de algunas poblaciones ante la epidemia de fiebre amarilla del 2003 – 2004, pues se desplazaron sin la debida cobertura vacunal desde zonas con menos riesgo a zonas con mayor riesgo para contraer la enfermedad:

> *Como se reinsertaron los de allá, entonces todos los cultivadores que tenían allí se vinieron para acá, para Táchira y La Esperanza, y en esa área que se llama León 13, allá no dejan entrar a nadie, inicialmente tampoco dejaron entrar para revacunar, aunque entre los cultivadores había población en riesgo… ya después si dejaron entrar, pero no a cualquiera… es que a los contratistas es más difícil que los dejen entrar a esas zonas porque como cambian tanto, no los conocen… con los de planta es más fácil… (Trabajador Campañas Directas Secretaría de Salud de Norte de Santander, 2006).*

En este último testimonio queda plasmado el modo en que la flexibilización laboral propia de la reforma en el sistema de salud colombiano, incluyendo los programas contra ETV, entró a complejizar aún más las ya enormes dificultades existentes para operar programas de salud pública dentro de zonas en guerra.

5.2.4. Voces de protesta ante la epidemia

Durante el avance de la epidemia en los años 2002 y 2003 por los territorios del Catatumbo y la Serranía del Perijá no quedaron registros sobre protestas de ninguna índole derivadas de la epidemia de fiebre amarilla que se había desencadenado.

Solo hasta inicios de 2004, cuando la epidemia ingresó en la Sierra Nevada de Santa Marta, se convirtió en un asunto público y publicitado, ante el cual se elevaron numerosas y diversas voces de protesta, en gran cantidad recogidas por la prensa escrita de circulación local y nacional. Inclusive se vivieron verdaderos desórdenes públicos protagonizados por poblaciones aterrorizadas ante la posibilidad de contagio que buscan ser vacunadas:

> *"La alarma generada por fiebre amarilla ha llevado a la gente al desespero, al punto que son recurrentes los disturbios en los centros de salud donde están aplicando la vacuna contra la epidemia. En Santa Marta se vive un verdadero drama, por lo que fue necesaria la intervención de la Fuerza Pública para controlar el caos en las largas filas que hacen los habitantes en las afueras de los establecimientos de salud. A esto se suma la actitud de algunos inescrupulosos que, según denuncia hecha por la comunidad y líderes cívicos, se han robado las vacunas para venderlas. Es tal el desorden que genera la desesperación de los habitantes que ayer, en varios centros asistenciales de la ciudad, enfermeras y médicos debieron llamar a la Policía para que les ayudara a ingresar a sus sitios de trabajo, cuyo acceso estaba bloqueado porque la comunidad les impedía el paso exigiéndoles la vacunación. El Secretario de Salud indicó que se han tomado las medidas pertinentes, conjuntamente con la Fuerza Pública, para fortalecer la vigilancia de los biológicos que se*

encuentran en la red del Distrito y evitar que se los roben (El País, 2004a)".

La recurrencia de la situación de insuficientes vacunas para satisfacer la demanda del público llevó a que se realizaran protestas de usuarios ante las puertas de los centros de salud y hospitales, en las cuales se bloquearon las entradas y se exigió a gritos la provisión de más vacunas. Fue tal el desespero de la población que se llegó al punto del robo del biológico en instalaciones sanitarias ubicadas dentro de cascos urbanos, ante lo cual la oficialidad respondió aumentando la vigilancia de la fuerza pública en los lugares de almacenamiento y protegiendo los vehículos donde las dosis eran transportadas.

Otro de los recursos utilizados por las personas para acceder a la vacuna fue el desplazamiento masivo hacia las zonas rurales a las que el gobierno, considerándolas de alto riesgo para la propagación de la epidemia, enviaba brigadas de salud con el fin de inmunizar a la población en alto riesgo por su ubicación geográfica. Según el secretario de salud de Santa Marta *"Eso está ocurriendo. Como saben que estamos en esos sectores tratando de vacunar puerta a puerta a los pobladores, familias enteras se van para esos lugares para aplicarse la vacuna, desconociendo que se están poniendo en grave riesgo porque pueden ser picados por el mosquito y contagiarse" (El País, 2004a).*

La evidente ausencia de suficientes biológicos para cubrir las necesidades planteadas por la epidemia, y las voces de protesta al respecto que se elevaron tanto desde los pobladores de las zonas en riesgo, como a partir de voceros de influyentes grupos humanos y ciudadanos comunes que utilizaron como tribuna para sus reclamos a los periódicos de circulación local y nacional, llevaron al gobierno nacional a tomar la decisión de que el Instituto Nacional de Salud retomara la fabricación de la vacuna antiamarílica para el país, contando con el laboratorio privado Arbofarma S.A, para suministrar la materia prima necesaria en la elaboración del biológico (El País, 2004a).

Así, en este período la única protesta relacionada con las ETV se refiere a la epidemia de fiebre amarilla, y fluctúa entre medidas violentas de hecho, tales como los asaltos a centros de salud y ambulancias, con robo de vacunas para ser distribuidas en comunidades marginales que no han tenido acceso a las mismas (El País, 2004b); y los medios pacíficos tales como la publicación masiva de comunicados individuales y colectivos en todo tipo de medios de comunicación, protestando por la aparición de la epidemia, por el deterioro progresivo de los servicios de salud pública, y exigiendo vacunación y otras medidas preventivas. Algunos grupos organizados, como la Academia Nacional de Medicina, y otros grupos de académicos relacionados con la salud pública, elevaron igualmente sus autorizadas voces de protesta ante el desmantelamiento de la salud pública que había permitido el avance de la epidemia.

La movilización organizada por los sindicatos desde el sector salud fue escasa en ésta época en torno a asuntos relacionados con enfermedades transmitidas por vectores, en buena parte porque como se ha enunciado ya en otras secciones de este trabajo, la flexibilización del empleo en el sector de la salud, junto con el relevo generacional de los trabajadores ligados a los servicios de control de enfermedades transmitidas por vectores, han minado la memoria histórica y la capacidad organizativa de acciones colectivas contendientes por parte de los trabajadores directamente enfrentados con dichas enfermedades, que ya difícilmente se pronuncian de manera colectiva y organizada:

> *Salvo allá en los casos de epidemias, con esos brotes de fiebre amarilla [de 2002 – 2004] se trataron de utilizar de alguna forma para llamar la atención, en el sentido de que la misma Ley 100 había acabado con la salud pública, y de cómo enfermedades emergentes o re emergentes que podían estar controladas, o que habían estado controladas se disparan, y para denunciar (Líder Sindical de Anthoc, 2007).*

La única acción colectiva contendiente del período claramente relacionada con sindicatos del sector salud y con enfermedades transmitidas por vectores, pudiera ser el ya mencionado paro en que se encontraban los trabajadores del Departamento Administrativo de Salud del Distrito de Santa Marta en el momento de detección inicial de la epidemia en su zona de influencia, que en el contexto de las condiciones que lo originaron, hizo difícil organizar una respuesta temprana y oportuna ante la epidemia.

5.2.5. Una epidemia que pone en jaque al sistema

Para concluir, recordemos cómo en este período estudiado se cumplieron 10 años desde la promulgación de la Ley 100 de 1993 que tuvo a Uribe Vélez como uno de sus principales promotores. Como se ha visto, durante estos años de vigencia de la Ley 100 el sistema de salud y seguridad social vivió una constante crisis, evidenciada tanto en el deterioro innegable de múltiples indicadores de la situación de salud pública nacional, como en el desmantelamiento de la red hospitalaria pública. Cuando se concretó esta ley, una tesis principal defensora fue que para el año 2000 se alcanzaría en el país con ese sistema la cobertura total de servicios de salud para la población, y sin embargo, ocurrió que a la fecha del cumpleaños número 10 del citado régimen un 40% de la de los colombianos no estaba cubierto en manera alguna por servicios sanitarios, lo que ponía expectativas iniciales ante el sistema lejos de su materialización (Aguilar Ríos, 2003) .

Para terminar, recordemos las frases contenidas en una publicación sindical en la cual se habla en los siguientes términos sobre la Ley 100 después de haber transcurrido 10 años desde su promulgación:

> *La crisis de la salud y la seguridad social tiene como principal causa el modelo neoliberal plasmado en la ley 100/93, que ha producido un daño especial a los Colombianos al privar a la mayoría de un derecho*

convertido en fundamental, cuando su falta de oportunidad mantiene en peligro constante el derecho a la vida. Es inocultable que este y anteriores gobiernos desviaron los recursos de la nación a manos del sector privado, niega los compromisos financieros establecidos en la ley (art. 221, ley 100/93), se apropia de los recursos de solidaridad que los usuarios del régimen contributivo aportan al régimen subsidiado para tapar huecos fiscales o pagar deuda externa e impone y traza estrategias para debilitar la red pública, dejándola en condiciones desventajosas frente a la competencia privada y expósita [sic] a su liquidación. Con el sofisma de la descentralización, la nación se deshizo de su responsabilidad para con la salud, la entregó a los entes territoriales con recursos recortados, poniéndola a depender de la venta de servicios y hoy, ya quebrada, niega toda ayuda con el argumento de que ella perdió competencia e injerencia en el momento en que aquellos decidieron descentralizarse. Las pensiones y cesantías de los asalariados, además de los diarios zarpazos en su contra, entraron en la más profunda crisis a partir de su entrega a los fondos privados, que no solo descapitalizaron a las empresas sino que además, tornan incierto su disfrute por quienes tienen derecho a ellos, por toda una vida en trabajo y una vida de ahorros (Sindess, 2004b).

El panorama trazado por estas palabras habría que añadir las complejidades añadidas por la guerra y por otras formas de violencia estructural con las cuales coexistió lo descrito.

Capitulo 6. LA HUELLA Y EL CAMINO: REFLEXIONES FINALES

En éste capítulo se discutirán a lo largo de siete numerales los hallazgos teóricos, metodológicos y otros documentados en torno al objeto de estudio que se consideran de mayor interés. En primer término, se abordará la utilidad de las categorías teórica previstas inicialmente, a la luz de los datos empíricos recopilados; en segundo lugar se expondrá lo relativo a aquellas categorías emergentes que debieron ser introducidas en el momento analítico de éste estudio con el fin de mejorar la capacidad interpretativa del sistema teórico previsto para guiar la indagación e interpretación de informaciones; a continuación se abordarán algunos aspectos metodológicos interesantes que debieron ser sorteados durante el desarrollo de éste trabajo, dando cuenta de sus posibles impactos en los resultados finales que se obtuvieron; se continuará exponiendo los aportes novedosos del estudio y las debilidades que se perciben en él; y se dejarán planteados algunos temas de interés que fueron develados como interesantes para la investigación futura a partir de los resultados que han sido presentado.

6.1. LA ACCIÓN FUE COLECTIVA Y CONTENDIENTE, PERO NO ANGLOSAJONA

Discutiremos inicialmente el modo en que se comportó el sistema teórico trazado al principio de este trabajo con base en los planteamientos de Sidney Tarrow, a la luz de la exploración empírica presentada en los capítulos precedentes.

Ha existido gran controversia académica en torno a la aplicabilidad de los conceptos teóricos acuñados por Tarrow en el análisis de los procesos de protesta y movilización social latinoamericanos. A continuación se expondrá de manera sucinta la caracterización de cada una de las categoría retomadas por este trabajo

a partir del mencionado autor, se dará cuenta de su utilidad para analizar los fenómenos de acción colectiva en torno a las ETV que fueron identificados en Colombia durante el período de estudio, y se ilustrará la discusión con aquellos resultados de la indagación empírica que resulte pertinente retomar en cada momento.

6.1.1. Los débiles se alzaron cuando debieron y pudieron, no cuando se les dijo.

Un aspecto central de la controversia citada se ha dado en torno a la categoría llamada “dinámicas de la acción”. Tal categoría está constituida según Tarow por dos dimensiones observadas: los ciclos de la acción y la estructura de oportunidades políticas para la acción.

En cuanto a los “ciclos de la acción colectiva”, son entendidos por Tarrow como momentos en que concurren aumentos de conflictos y desacuerdos en todo el sistema social, incluyendo la difusión rápida de acciones colectivas desde sectores más movilizados hacia otros menos movilizados, la innovación acelerada en formas de manifestar desacuerdos, la exhibición de marcos de acción colectiva renovados o totalmente nuevos, combinación de formas de participación organizadas y desorganizadas en torno a la acción colectiva, e intensificación de las pautas de interacción entre adversarios. El atributo central considerado para la dimensión ciclos de la acción está constituido por los cambios en frecuencia de las acciones colectivas a lo largo del tiempo.

Si bien a partir de los datos empíricos recabados pudo constatarse que en Colombia se han evidenciado momentos de alta conflictividad social como se acaba de describir para la categoría “ciclos de la acción”, no logró constatarse que un sector habitualmente poco movilizado en torno a un tema marginal, como el sector sanitario alrededor de asuntos relacionados con las ETV, guardara

concordancia en la emergencia de sus acciones colectivas por esa causa con los picos de los ciclos de acción nacionales.

En el plano general de las protestas sociales colombianas, se registraron importantes picos de acción en los años 1975 y 2007, con un incremento progresivo desde los últimos años cubiertos por este estudio; y el sector salud fue un protagonista importante de esa escena en muchas ocasiones, aunque las enfermedades transmitidas por vectores, en sí mismas, no fueron motivo central dentro de las reivindicaciones frecuentes en las protestas sectoriales o no sectoriales visibles a través de la prensa escrita y otras fuentes consultadas.

Existieron sin embargo acciones colectivas contendientes relacionadas con ETV identificables en todos los períodos abordados, a modo de protestas de los trabajadores sanitarios que de algún modo se vincularon con el afrontamiento de las ETV, o más excepcionalmente, de las poblaciones afectadas por estas enfermedades y la ciudadanía en general.

Los trabajadores y usuarios de servicios contra ETV, claramente caracterizados en páginas anteriores como actores sociales débiles en relación con otros más visibles dentro de la escena nacional, permanecieron silenciosos en muchos momentos de auge en la protesta social nacional, mientras que organizaron airadas protestas en momentos de reflujo general de las luchas sociales, a la vez que coincidieron temporalmente en otros momentos con el incremento general de protestas por otras causas (Anexos No. 19 y 20).

Lo anterior pone en duda la aplicabilidad del concepto “ciclos de acción” dentro de la realidad colombiana, al menos en lo relativo a que actores sociales débiles, como los usuarios y trabajadores de servicios ETV, organicen sus acciones con mayor facilidad en momentos de incremento general de la conflictividad social; esto coincide con lo ya descrito por Mauricio Archila en sus escritos (Archila,

2003), así como por otros historiadores colombianos; y va en contravía con los hallazgos de Margarita López Maya para Venezuela, donde el concepto en cuestión parece aplicarse a cabalidad en la específica realidad de ese país latinoamericano (López Maya 1997, 1999a, 1999b).

La otra dimensión de las dinámicas de la acción, que ha merecido aun mayores críticas en cuanto a su pertinencia para América Latina, es la de "estructura de la oportunidad política", especialmente en torno a la suposición que contiene sobre el favorecimiento de la movilización social en momentos de mayor apertura democrática, por lo cual deberían coincidir los picos en la protesta social con los momentos de mayor democratización del Estado y de la sociedad. Para Tarrow, la estructura de oportunidades políticas se entiende conformada a partir de los siguientes atributos del entorno político: estructura del Estado, apertura de canales de acceso a la participación política, cambios en el alineamiento gubernamental, disponibilidad de aliados influyentes, y divisiones entre las élites y las autoridades. Nuevamente, los datos colombianos recabados no se corresponden con los planteamientos teóricos desarrollados para la dimensión en exploración.

Con excepción del movimiento de peticionarios rurales por el derecho a la salud[57], que ocurrió en una época con grandes esperanzas de democracia para el país, aunque plena de violencias y contradicciones de hecho con esa pretensión, los momentos de expresión de acciones colectivas contendientes convocadas en torno al tema de las ETV no parecieron coincidir especialmente con ninguno de los atributos señalados para la estructura de oportunidad política, con excepción de la presencia de aliados influyentes, que facilitó por ejemplo la visibilidad nacional e internacional del movimiento de protestas del gremio médico ante las violaciones a los derechos humanos de sus asociados durante la época del Estatuto de Seguridad.

[57] Del cual debemos recordar su total invisibilidad hasta el momento dentro de los escritos que construyen panoramas nacionales de la protesta social colombiana.

En esto hay coincidencia con los análisis de Gómes Suárez para los movimientos indigenistas centroamericanos, con los cuales el único aspecto del planteamiento en discusión que pareció cumplirse fue este de los aliados internacionales para lograr visibilidad de las causas indígenas y poner la balanza a favor de una solución acorde con sus expectativas (Gómez Suárez, 2001).

En contravía con los planteamientos teóricos de Tarrow, una parte importante de las acciones colectivas contendientes (ACC) convocadas en torno a las ETV en Colombia, coincidieron más bien con momentos de aumento en la represión y la violencia, directa y estructural, contra trabajadores sanitarios y usuarios de programas para control de ETV, así como hacia las luchas sociales en general, por ejemplo, durante el "Estatuto de Seguridad", así como en los tiempos de la "Guerra Sucia" y de la "Seguridad Democrática" (Anexos No. 21 y 22).

En todos esos momentos se puso en marcha el autoritarismo desde el Estado, luego de haber atravesado recientemente por coyunturas en que se habían generado grandes esperanzas de democratización, específicamente hablando del desmonte del Frente Nacional, y de la ANC.

Esos momentos de democratización truncada, que rompieron con grandes expectativas de transformación social construidas en los años precedentes, y que se acompañaron por un clima creciente de represión y de recorte en el gasto social, en el marco más amplio de la instauración de medidas de orden neoliberal en el país parecieron actuar como promotores de las ACC organizadas en torno a las ETV, pues fue entonces y no durante épocas con una mayor democratización aparente, que predominaron las protestas de ese tipo identificadas por este estudio.

Queda pendiente para indagaciones futuras la comprensión detallada de éste fenómeno observado, probablemente en clave de resistencia ante la biopolítica y

el biopoder encarnado en las acciones sanitarias contra ETV en momentos de expansión capitalista.

Habrá que reconocer, no obstante, cómo algunos cambios en la estructura del Estado colombiano sí parecieron guardar relación puntual con la emergencia y forma asumida por las ACC ante ETV en ciertos momentos; por ejemplo, aquellos cambios trazados desde la nueva concepción construida para Colombia en la Constitución Política de 1991, que implicaron descentralización y recorte del gasto social así como transformación profunda en su organización, por una parte, pero posibilidades de solicitar de manera directa tutela de derechos, por la otra, justificaron muchas acciones de protesta desde los trabajadores sanitarios, y permitieron constituir repertorios de acción como el que se describió en el apartado dedicado a los peticionarios rurales. La descentralización afectó especialmente a los programas contra ETV, y por esa vía a personas rurales habitantes en zonas endémicas o trabajadoras de la entidad.

En cuanto a la categoría “Bases de la acción”, fue observada para éste trabajo a través de las dimensiones de sus repertorios de acción, las redes sociales involucradas en ellos, y los marcos de acción exhibidos. A diferencia de lo expuesto para otras categorías, ésta se mostró útil y suficiente para describir lo encontrado empíricamente.

Todas los repertorios de la acción colectiva contendiente descritos en la matriz de categorías previsto al inicio de este estudio lograron ser identificadas a partir de la contrastación empírica. También se identificaron otros repertorios específicos del gremio médico, como las renuncias masivas a modo de protesta, que no están descritas en otros lugares; no obstante, solo de manera excepcional se relacionaron con ETV, y más bien estuvieron ubicada en el ámbito de las ACC por desfinanciación de la red pública hospitalaria, las cuales no constituían el foco de este estudio.

Se hizo evidente la concordancia histórica de los repertorios habitualmente usados en torno a las ETV en relación con otros que en el mismo momento se encontraban en auge; por ejemplo, las “marchas de malarios” se dieron justamente en momentos de amplias marchas campesinas y cívicas a lo largo del país; a la vez, las protestas de médicos durante el Estatuto de Seguridad adoptaron la forma de las huelgas y paros, abundantes en el mismo tiempo para efectuar otras reivindicaciones por parte de actores de otros sectores. Igualmente, llamó la atención el empleo de repertorios más habituales de épocas pasadas, como la elaboración masiva de peticiones ante la autoridad competente, directamente ligados con la defensa de los programas contra ETV por parte de comunidades campesinas e indígenas.

En cuanto a los “repertorios subterráneos o subterfugios” de resistencia, si bien existe controversia en torno a su clasificación como formas de ACC, han sido admitidos por Tarrow como posibles momentos preliminares en la organización de una ACC, y fueron examinados como tales dentro de este trabajo. Al respecto, se constató su presencia en momentos de epidemia y alta represión social, en los territorios de Catatumbo y Sierra Nevada, a modo tanto de resistencias subterfugias ante la acción sanitaria, como de tumultos y amotinamiento motivados por la emergencia desencadenada por la fiebre amarilla en particular. Casos similares han sido descritos en diversas localizaciones y ante distintas epidemias, como parte de los repertorios tradicionales que de cuando en cuando se despliegan ante motivos sanitarios, pudiendo o no derivar en francas ACC (Archila, 1956; Armus, 2005; Obregón Torres, 2002; Pamplona, 2002).

Los episodios de resistencia subterfugia ante las medidas sanitarias, observados en Colombia en torno a las epidemias ocurridas dentro del Catatumbo y la Sierra Nevada, recuerdan lo vivido en Brasil a principios del siglo XX, cuando en el contexto de los primeros 10 años de instauración de la República luego de depuesto el Imperio, y pese a las enormes expectativas de ampliación de la

ciudadanía para todos los brasileros, se impusieron una serie de medidas restrictivas de las libertades y promotoras del control social de los grupos considerados "indeseables", con miras a facilitar el logro del ideal de europeización y civilización de la naciente república, a través de lo cual entre otras cosas se esperaba poder fortalecer las actividades de exportación de café.

Entre tales medidas de control social, se contó la de la vacuna obligatoria contra la fiebre amarilla para los niños mayores de seis meses, los presos, los militares, los escolares y los funcionarios públicos, instaurada mediante un decreto; tal medida provocó una enorme oposición, inicialmente encubierta pero que catalizó luego la llamada "revuelta de la vacuna" ocurrida en Rio de Janeiro el 11 de septiembre de 1904, y caracterizada por violentos disturbios protagonizados por ciudadanos del común contra autoridades y bienes públicos, con un saldo de represión oficial considerable (Pamplona, 2002).

Algunos análisis detallados sobre la revuelta de la vacuna develan que si bien el decreto de vacunación obligatoria actuó como detonante, los motivos más profundos estuvieron constituidos por la reacción de los sectores populares ante un gobierno autoritario, corrupto y oligárquico que lejos de haber democratizado su vida con el ingreso del régimen republicano tal como era la expectativa general, les había otorgado una dudosa ciudadanía restringida, y les había impuesto toda una serie de controles sobre sus cuerpos y sus vidas (Pamplona, 2002).

También en la Venezuela de principios del siglo XX, y en momentos poco democráticos, existió el registro de protestas masivas y violentas ante acciones en salud pública tendientes a controlar las ETV para facilitar el comercio, mediante medidas altamente intrusivas y restrictivas de la libertad individual en la vida cotidiana.

Por ejemplo, para controlar la fiebre amarilla en 1911 la Oficina de Sanidad Nacional de Venezuela decidió dividir la capital Caracas en cuatro zonas, estableciendo que dentro de cada una de ellas “un caporal asistido por trabajadores” debería efectuar visitas domiciliarias diariamente, llevando un catastro sanitario de la ciudad, aplicando medidas antilarvarias, y arrancando “las matas de cambures y plátanos en patios y solares”; además, se obligó a los médicos a denunciar ante las autoridades de manera obligatoria e inmediata a cualquier enfermo de fiebre amarilla. Las medidas generaron protestas masivas, así como ataques violentos directos y mediados por la prensa contra el director de la institución (Archila, 1956).

Argentina y Colombia ofrecen otros ejemplos equivalentes de ejercicio autoritario de medidas sanitarias al servicio del combate de causas políticas encarnadas en usuarios de ciertos tipos de programas de salud pública, como aquellos relacionados con la tuberculosis o la lepra (Armus, 2005; Obregón, 2002).

Para el caso específico colombiano estudiado, y en torno a las acciones de resistencia subterránea ante acciones sanitarias contra ETV, es imprescindible tomar en cuenta para la lectura del fenómeno una clave de CAI, dado que para Colombia los momentos de marcada represión social suelen coincidir con exacerbación de la guerra, y en esa particular clave adquieren su total significado las conductas de resistencia en mención, tal como fue documentado.

La emergencia alternativa en Colombia de protestas violentas y desorganizadas, o de acciones de resistencia subterránea, ante medidas de salud pública o epidemias de ETV, emprendidas por los pobladores marginados dentro de territorios con alto valor económico o político según las agendas de las élites de turno, bien podría ser entendida a la luz de los conceptos de resistencia social ante acciones estatales enmarcadas en los conceptos de biopolítica y biopoder tal

como son descritos por Michel Foucault; esta vía de interpretación queda abierta para futuras investigaciones sobre el tema.

No obstante, debe recalcarse que durante todo el período en estudio no predominaron en Colombia las ACC desplegadas desde la población general afectada por ETV o por medidas para su control, sino aquellas construidas por los trabajadores y profesionales de la salud, en especial las relacionadas con desmonte de servicios de salud y programas contra ETV que fueron enfrentados primordialmente por los empleados sindicalizados de esos sectores, sin que las endemias o epidemias asumidas como un asunto social se convirtieran de manera central en motivos para la protesta a lo largo de los años.

La descripción de redes sociales involucradas no siempre fue fácil, dependiendo de la variedad y cantidad de fuentes disponibles para un mismo momento y lugar dado. Cuando además de la prensa escrita se tuvo acceso a archivos sectoriales con documentos muy específicos y poco explorados, o cuando se complementó la lectura de la acción colectiva contendiente evidenciada a través de protestas reseñadas por los periódicos con amplias búsquedas de información desde otras fuentes en torno a los mismos sucesos y actores, se logró documentar cómo conjuntos de protestas que desde la prensa aparecían como inexistentes o reseñadas a modo de acciones aisladas, y que incluso eran presentadas como motivadas por razones distintas, hacían en realidad parte de verdaderos movimientos sociales, de acuerdo con la definición teórica acogida para ese tema, en contravía con las afirmaciones de otros estudiosos nacionales para quienes en Colombia no es posible hablar de la existencia de movimientos sociales propiamente dichos.

Desde la perspectiva de este trabajo, tal afirmación es más bien fruto de una distorsión generada por las fuentes y por las categorías teóricas empleadas para conceptuar lo que se entenderá como un movimiento social, que de una realidad

nacional; movimientos como el de médicos contra la tortura de prisioneros organizado durante el Estatuto de Seguridad, o el de los peticionarios rurales por el derecho a la salud emergido a principios de la década de los noventa, estuvieron claramente coordinados por sus actores protagonistas en el tiempo, el espacio, los repertorios y las reivindicaciones, de un modo lo suficientemente claro como para que reciban la denominación de movimientos sociales a la luz de las categorías operativas definidas para este estudio.

En relación con los marcos de acción de las luchas sociales reseñadas para el sector salud, y limitando su observación a las reivindicaciones exhibidas, éstas suelen ser resumidas por los estudios nacionales en el tema como ligadas directa, única y casi exclusivamente a la exigencia de mejoras salariales de los trabajadores, y de manera un tanto colateral y mucho menos frecuente, en defensa de la red hospitalaria pública.

Si bien es cierto que a lo largo de todo el período estudiado se documentaron frecuentes reclamaciones con esos motivos, empleando fuentes distintas a la prensa se pudo establecer que no fueron las únicas; además, de manera generalizada logró aclararse desde otras fuentes que en casi todas las ACC iniciadas por trabajadores sanitarios que fueron reseñadas por la prensa como debidas a solicitudes gremiales económicas, en realidad habían existido otras demandas y justificaciones, incluso más centrales, que las reivindicaciones por salario.

Esto fue especialmente claro en las distintas protestas de trabajadores hospitalarios, quienes dentro de sus pliegos de solicitudes solían incluir más frecuentemente peticiones relacionada con dotación adecuada para los servicios asistenciales de salud, acceso a medicamentos básicos para los pacientes, y preocupación por la situación de salubridad nacional, que solicitudes de mejora de

salarios; no obstante, tales trabajadores hospitalarios han sido ligados a la historia como actores centrados en reivindicaciones gremiales salariales.

Martín Retamozo ha estudiado el importante papel que juega el estudio de las demandas sociales, en sus componentes de historicidad y estructura, dentro del proceso necesario para la identificación de los movimientos sociales; a la vez, ha señalado el descuido en el tema que se evidencia en la gran mayoría de literatura producida a lo largo de América Latina (Retamozo 2009). A la luz de los párrafos anteriores, quizás este sea otro asunto que ha aportado para el poco reconocimiento de movimientos sociales como tales en Colombia.

En las descripciones ofrecidas por la prensa sobre la identidad del adversario, la identidad de los protagonistas, y la justificación de las acciones, también se hicieron evidentes fuertes divergencias entre distintas fuentes periódicas, acorde con su orientación política y su carácter nacional o local, así como existieron también divergencias entre las fuentes periódicas y otras fuentes escritas u orales; la amplia contrastación entre las mismas que hubiese sido requerida para poder dar cuenta a satisfacción de estos atributos de los marcos de acción fue una limitante que no logró ser superada de manera satisfactoria por este estudio, por lo cual no se hizo énfasis en tales aspectos durante la presentación de resultados, quedan como un área pendiente para la indagación futura.

En cuanto a las consecuencias identificadas de la acción, el trabajo se centró en documentar si estas habían derivado en reformas sanitarias o transformación de la situación epidemiológica de las ETV, en represión, o en desenlaces mixtos entre los anteriores.

La represión violenta fue la norma ante las protestas sociales relacionadas con ETV que fueron identificadas, siguiendo una tendencia histórica nacional. Solamente en torno al caso del movimiento de peticionarios rurales por el derecho

a la salud se consiguió un resultado que puede considerarse como reforma, en términos de haber significado un retraso en algunos años en la puesta en marcha de la descentralización de los programas contra ETV en el marco de la competencia de mercado regulada.

La presencia de alianzas entre distintos sectores sociales, incluyendo a la comunidad de usuarios con los trabajadores sanitarios de base, y de estos a su vez con aliados influyentes nacionales representados por los técnicos de alto nivel en el SEM y los políticos pertenecientes al recientemente reinsertado movimiento guerrillero M – 19, convertidos para el momento en representantes del naciente partido AD – M 19 a cargo de la cartera de salud, junto con antiguos técnicos del SEM que para la fecha se encontraban ocupando el rol de Senadores de la República, resultaron determinantes en el relativo éxito reformista de esta gesta.

En general, estos resultados comprueban las observaciones de otros autores en cuanto a que los núcleos duros de las políticas públicas, representados por los axiomas ontológicos y normas de base que fundamentan una política, difícilmente pueden ser modificados mediante la acción de los grupos de presión o los movimientos sociales. En cambio, lo que puede esperarse que se consiga mediante las acciones de presión, protesta, resistencia y movilización social son cambios en aspectos secundarios e instrumentales dentro de la implementación de la política, que dejan intactos los sistemas de valores que sustentan el “núcleo duro”, para cuya modificación se requiere que previamente por otros medios se transformen en su conjunto las relaciones socio – políticas y económicas dentro del Estado, a la luz de nuevos principios que otorguen a la acción estatal un rumbo totalmente nuevo (Roth, 2002; González, 2006).

Por otra parte, no resultó evidente una relación entre la emergencia de las ACC y la modificación favorable de la situación epidemiológica en torno a enfermedades como la fiebre amarilla y el paludismo; más bien ocurrió lo contrario, pues varias

de las acciones sociales documentadas tuvieron como desencadenante inmediato el surgimiento de una epidemia, reproduciendo una tendencia ya conocida a partir de experiencias reseñada en distintos momentos y lugares del mundo, que fue descrita en secciones iniciales de este trabajo.

Es importante resaltar que existen otros posibles efectos de la lucha social diferentes a los contemplados por este estudio, por ejemplo los representados en transformaciones de la cultura política en general dentro de las poblaciones, en la conservación de redes sociales activas alrededor de ciertas causas, en el mantenimiento de la vigencia de ciertos temas dentro de la agenda de prioridades de grupos sociales movilizados, o el simple mantenimiento del ideal de democratización de la sociedad a través de la búsqueda de cambio social impulsado desde abajo hacia arriba, independientemente de que se logren transformaciones inmediatas visibles en las políticas.

Las ACC reseñadas por este trabajo, junto con otras sostenidas desde el sector salud, pueden haber cumplido funciones distintas a la reforma, a la modificación positiva de la situación epidemiológica, o a la revuelta que generara represión, las cuales no obstante no fueron sometidas a un análisis sistemático a la luz de las preguntas de estudio.

6.1.2. La acción colectiva colombiana en torno a las ETV pudo explorarse mejor a partir de construcciones teóricas latinoamericanas

Desde la tradición brasilera para el estudio de los movimientos sociales latinoamericanos, representada por historiador y sociólogo brasilero José Mauricio Castro Domingues da Silva, fueron retomadas algunas categorías analíticas que resultaron de gran utilidad para comprender el objeto de estudio.

Recordemos que Domingues propone para el estudio de los movimientos sociales en América Latina un sistema conceptual, trazado desde las propuestas clásicas

de Marx – Engels y Weber, que contempla el análisis de su direccionalidad (fines e historicidad), motivaciones, acceso a recursos externos, estructura interna (dimensiones material, hermenéutica, espacio – temporal, y de poder), nivel de centramiento (identidad y organización), mecanismos de coordinación (redes y jerarquías), condiciones sociales y ambiente interactivo (Domingues, 2007).

En cuanto a las categorías retomadas desde allí para este estudio, "estructura interna de la acción – dimensión espacio temporal" y "condiciones sociales y ambiente interactivo"[58], en su conjunto aunque con mayor importancia de la segunda categoría mencionada, aportaron la mayor capacidad interpretativa al sistema conceptual trazado al inicio del proceso de investigación, pues fue desde allí que se identificó al CAI como un vector de conexión entre los demás fenómenos observados.

Esto aporta una evidencia adicional a la ya existente en cuanto a la necesidad de emplear construcciones teóricas latinoamericanas para la comprensión de la realidad social de América Latina en torno a la emergencia de movimientos sociales y otras acciones colectivas contendientes, en vez de continuar con el ejercicio de aplicación rígida y acrítica de modelos teóricos que responden en su construcción a realidades muy distantes de las nuestras. Además de haber sido diseñadas a partir de un contexto con una cultura política cercana a la colombiana, probablemente su formulación más general, abierta a las diversas realidades que emergen en el contexto latinoamericano, constituyen la base de su utilidad en el caso que fue estudiado.

[58] Vale recordar aquí que con la "estructura interna de la acción" se pretendió ubicar temporo – espacialmente las ACC efectuadas en relación con ETV en Colombia durante el período en estudio; mientras que la categoría "condiciones sociales y ambiente interactivo" se orientó a analizar las acciones colectivas contendientes en relación con la tendencia imperante en las políticas sociales, sanitarias y contra ETV de cada momento; con la situación epidemiológica de las ETV evidenciada; y con otros rasgos dominantes en el contexto social y ambiental imperante.

La identificación del CAI, entendido como un asunto social y político central para la comprensión del objeto de estudio e inicialmente no previsto durante el planteamiento del problema, condujo a la necesidad de renovar el sistema conceptual planificado al comienzo de la investigación, introduciendo categorías emergentes que permitieran dar cuenta de aquellas realidades empíricas que sobrepasaban al sistema contemplado en principio para el análisis.

6.2. EL CONFLICTO ARMADO INTERNO OCUPÓ UN LUGAR CENTRAL PARA COMPRENDER LAS INTERACCIONES ENTRE ETV, PROTESTAS SOCIALES Y POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA EN COLOMBIA

El fenómeno de las diversas violencias que coexisten en el país surgió rápido y de manera muy específica, a partir de la indagaciones efectuadas alrededor de categoría teórica sobre interacciones de la acción colectiva contendiente con el contexto social, como un organizador fundamental no previsto de manera explícita en el diseño inicial, que era necesario incorporar para otorgar adecuado sentido a lo historiado.

Tales expresiones de violencia, identificadas a partir de diversas fuentes, se asumieron como manifestaciones de un conflicto armado interno (CAI) existente en Colombia, a la luz de la definición brindada por el Derecho Internacional Humanitario, según la cual se entienden los conflictos no internacionales como aquellos que ocurren " en el territorio de una Alta Parte contratante entre sus fuerzas armadas y fuerzas armadas disidentes o grupos armados organizados que, bajo la dirección de un mando responsable, ejerzan sobre una parte de dicho territorio un control tal que les permita realizar operaciones militares sostenidas y concertadas", en concordancia con la definición del artículo 3 común a los Convenios de Ginebra de 1949, y el precepto 1 del Protocolo II de 1977, aplicables para Colombia (Comité Internacional de la Cruz Roja, 1996).

Sobre esa nueva base teórica, se incorporaron categorías emergentes en el sistema conceptual inicialmente previsto, a partir de los planteamientos sobre violencia directa, violencia cultural y violencia estructural elaborados por el sociólogo y politólogo noruego Johan Galtung[59], con base en su conocimiento de contextos sociales sometidos a conflictos armados; estas categorías fueron integradas al análisis narrativo en curso, para hacer más fácilmente inteligibles las interacciones evidenciadas entre acciones colectivas contendientes, reformas estructurales del sector salud colombiano, conflicto armado interno, y situación epidemiológica de las ETV en el país. Los planteamientos de Galtung confirieron un marco analítico apropiado a las necesidades que se acaban de explicitar, y bajo dicho marco se leyeron las demás categorías teóricas previstas desde el inicio.

Desde la obra de Galtung, la violencia directa se entiende como aquellos acontecimientos claramente visibles que son fruto de las acciones desplegadas en la guerra, o dentro de otros escenarios de confrontación activa similares. (Grupo Trascendent 2006). Las desapariciones, asesinatos, torturas y demás agresiones documentadas a lo largo del estudio sobre trabajadores y trabajadoras de la salud, así como sobre actores sociales participantes en acciones colectivas contendientes, dan cuenta de ella.

Además, se ubican dentro del ámbito de la violencia directa el desplazamiento forzado con ingreso de personas susceptibles en áreas endémicas para ETV, y su consiguiente desconfianza de unos procedimientos sanitarios por demás poco sensibles con su condición, junto con otras situaciones propias de las acciones del CAI colombiano que dificultan el accionar de los programas contra ETV, tales como el confinamiento de poblaciones, la presencia de campos minados, o la

[59] En cuanto a las categorías formuladas por Galtung para comprender los fenómenos violentos, ver: Grupo Trascendent. www. http://www.grupotrascendent.org/ .

prohibición y el ataque militar hacia concentraciones humanas en zonas de riesgo para estas patologías que coinciden con áreas de importancia estratégica para la guerra, inclusive de aquellas concentraciones previstas para desarrollar estrategias de vacunación; todo lo anterior fue evidenciado a lo largo de los treinta años observados, influyendo en la puesta en marcha de políticas públicas contra ETV, y contribuyendo de manera innegable al deterioro de la situación epidemiológica del país.

En este mismo punto es importante reseñar la evidencia de coincidencias entre emergencia de epidemias de ETV dentro de zonas con dominio guerrillero, en momentos en que han imperado en el país lineamientos de guerra desde el Estado, inspirados en directrices norteamericanas, en los cuales se prescriben medidas cívico – militares que buscan cooptación de la base social, junto con cerco y represión hacia aquellos pobladores que no adhieran activamente a la causa del Estado en calidad de informantes, cooperantes o armados; la simultánea evidencia de que durante algunos de estos mismos períodos Norteamérica ha estado investigando en el uso de ETV como armas de guerra evoca el tema del bioterrorismo, sobre el cual podría indagarse con más profundidad en el futuro para el caso Colombiano (Anexos No. 21 y 22).

La violencia cultural es definida como todos aquellos aspectos de la cultura, materializados en términos de la ideología, el lenguaje, y las ciencias, que justifican o legitiman la violencia directa o la estructural, haciendo que éstas aparezcan como correctas o, al menos, como no equivocadas (Grupo Trascendent 2006).

La violencia cultural ha quedado representada para el caso colombiano reseñado, en el uso tendencioso en los medios masivos de comunicación de un lenguaje criminalizante en contra de cualquier forma de acción colectiva contendiente, con el fin de equipararla a las acciones armadas de los grupos insurgentes, a la vez

que con el empleo continuo de una guerra ideológica llena de apelativos como “terroristas”, “bandidos” y otros igualmente denigrantes, para hacer referencia a los grupos alzados en armas en contra del Estado desde la izquierda, a modo de preparación de su aniquilación violenta ante los ojos de la opinión pública nacional, junto con la aniquilación de los líderes sociales vinculados con las ACC, previamente equiparados con la insurgencia.

También la violencia cultural se identificó en la imposición de estrategias sanitarias ajenas a los marcos de referencia de los usuarios de servicios contra ETV, así como en la construcción de sinonimias entre algunas poblaciones potencialmente necesitadas de estos servicios, como los habitantes civiles de áreas endémicas sometidas al CAI, con los actores armados ocupantes de las mismas áreas, en un ejercicio de equiparación que facilitó y justificó acciones de guerra representadas especialmente por la imposición a los civiles de barreras de acceso infranqueables a las vacunas, los medicamentos esenciales, e incluso los alimentos, con base en la creencia de que eran colaboradores de los grupos insurgentes o tan insurgentes como ellos, tan solo por habitar el mismo territorio.

La violencia estructural hace referencia a aquella violencia indirecta con origen en la injusticia y la desigualdad, que se encarna y se evidencia a partir de la propia estructura social; se ejerce bien sea dentro de la propia sociedad o entre sociedades (Grupo Trascendent 2006).

Siempre que alguien resulta muerto, enfermo, lesionado o herido de algún modo por causas imputables a la pobreza, la injusticia social, la acción u omisión de las instituciones o los gobiernos, sistemas o estructuras socialmente construidas, estamos ante impactos terminales de la violencia estructural (Köhler 1976).

Se documentó también este tipo de violencia como aspecto importante del fenómeno estudiado, representado en las reformas efectuada en torno a la

organización del sistema sanitario colombiano en general y de los programas contra ETV en particular, así como en la constante y sostenida desfinanciación de los gastos sociales, en la distribución desigual y en el retiro estratégico de servicios sanitarios altamente necesarios dentro de territorios específicos, en las personas que resultaron enfermas y muertas por ETV como consecuencia de la ausencia de una oferta efectiva de servicios de salud adecuados y suficientes a sus necesidades, y en la participación de otros Estados, desde sus agendas y organismos internacionales, en la génesis de esos asuntos vividos al interior de las fronteras nacionales. Todo ello pone en evidencia el carácter real del conflicto armado colombiano, que aunque de génesis interna aparece internacionalizado.

El componente de esta violencia estructural ejemplificado en la liquidación de instituciones y la desvinculación de trabajadores de Salud Pública, como ocurrió en el SEM, junto con la posterior imposición de flexibilización laboral para los sucesores, ha afectado de manera especial la capacidad del país para afrontar las ETV, y de manera específica dentro de grupos poblacionales es más vulnerables que han quedado a su suerte, desprovistos de servicios sanitarios fundamentales.

La descentralización aparece como una de las tendencias de mayor impacto negativo sobre el control de las ETV en el período estudiado, aun cuando no necesariamente debió ser así. Tal vez una descentralización efectuada al margen de intencionalidades neoliberales habría significado una solución. Pero dentro de una lógica de mercado de aseguramiento en competencia administrada no existió la posibilidad de fortalecer el papel del ente territorial, y en cambio sí se actuó al servicio de la desarticulación de las luchas sociales sanitarias, a la vez que resultó funcional a la guerra, tanto por la vía de la precarización o retiro de servicios de salud pública específicos para las poblaciones habitantes de áreas endémicas para las ETV que coindicen con el CAI, como mediante el desvío directo de fondos de la salud hacia ciertos actores armados.

Al respecto, es reconocido que el conflicto armado interno tiene repercusiones negativas sobre la descentralización y el gasto público, en términos de interferir con la transferencia de recursos de la nación hacia lo local, en especial después de la Ley 715 de 2001, el manejo de regalías, el liderazgo de los funcionarios locales y regionales en materia de seguridad, y en términos de su capacidad de negociación de las autoridades locales frente a otros niveles territoriales (Borrero, 2004).

En Brasil ha sido descrito un uso similar de la violencia estructural en contra de colectivos humanos vulnerables, o a los cuales se quiere marginalizar, mediante la restricción selectiva en el acceso a servicios sociales y de salud que les resultan indispensables, como parte de estrategias más amplias de exterminio con fines políticos (Escorel, 1994).

Como estrategia complementaria a la violencia directa ejercida durante los conflictos armados internos y las guerras, la restricción del acceso a servicios para la atención en salud contra ETV ha sido bien documentada por Saúl Franco y otros autores, tanto en América Latina como en otros países del mundo (Franco, 1990), no obstante, sin el detalle local conseguido en este estudio para el caso específico de Colombia, y prescindiendo en general de los relatos en viva voz de los actores sociales involucrados, tal como se ha presentado aquí.

El mecanismo combinado de violencia cultural y directa ha resultado especialmente útil para acallar la protesta social en Colombia, y el caso de aquella motivada por ETV no ha sido una excepción. Del mismo modo, la combinación de la violencia estructural con violencia directa, como parte de una estrategia integral de guerra destinada a eliminar a quienes se perciben como contrarios a los intereses del Estado parece haber dado sus frutos, y se percibe en el modo diferencial en que se manejan y priorizan las mismas epidemias cuando atraviesan

por territorios contiguos con signos distintos dentro del CAI colombiano, tal como fue descrito en los capítulos precedentes.

La violencia estructural ejercida a modo de ausencia del Estado, representada en el recorte de servicios esenciales hacia ciertas poblaciones vulnerables, o por medio de la disminución de los presupuestos destinados a áreas sociales prioritarias como el sector salud, ha propiciado también la emergencia de procesos de acción colectiva no contendiente, de corte caritativo desde las clases pudientes hacia las pobres, o de cooperación entre pobres. Esta opción ha tendido también a institucionalizarse o a instrumentarse como formas de participación social en salud, que más parecen autogestión en medio de la precariedad.

Cuando se observa el importante papel articulador entre sectores estudiantiles, sindicales y de gremios sanitarios que fue cumplido en muchos momento por los trabajadores de la salud en entrenamiento, en especial por los médicos internos y residentes agremiados en ANIR, empieza a llamar la atención de un modo diferente el efecto destructivo de la reforma sanitaria neoliberal adelantada en Colombia contra los hospitales públicos en general, y contra los que cumplieron funciones de hospital universitario para universidades públicas en particular. Lo mismo puede decirse en relación con los sindicatos tradicionales de los trabajadores de la salud, cuyos asociados habitualmente se han ubicado en los hospitales públicos y en los programas de salud pública, duramente afectados por la reforma sanitaria colombiana.

Desde la clave analítica incorporada en este momento, esa manifestación de violencia estructural centrada en el debilitamiento y cierre de dichos centros asistenciales aparece como una estrategia esencial dentro de un proceso de destinado a frenar las luchas sociales del sector salud a partir de los actores que cumplían el papel de pivote articulador entre distintos tipos de actores sociales comprometidos con el sector salud a lo largo y ancho del país; incluso en tiempos

de dictadura, ese mismo papel articulador ejercido por los estudiantes de medicina brasileros con rol de trabajadores en formación, resultó fundamental para que se lograra articular bajo la bandera del movimiento social sanitarista a los médicos sindicalizados y agremiados, a los estudiantes universitarios en general, a los trabajadores de la salud no médicos, a los académicos sanitaristas que sirvieron de ideólogos, y a los usuarios de los servicios de salud estatales con quienes los estudiantes confluían a través de las “comunidades eclesiales de base”; solo con esa amplia unión de fuerza se logró allí la creación de un Sistema Único de Salud que reconoce hasta la fecha que ésta es un derecho humano fundamental que no puede ser sometido a las leyes del mercado (Escorel, 1987).

Queda planteada la necesidad de incorporar la categoría CAI en cualquier análisis que a futuro se emprenda sobre políticas públicas colombianas contra ETV o ante otros problemas sanitarios, así como categorías relativas a la violencia directa, indirecta y estructural que se le asocia, cuando se realicen estudios sobre reformas sanitarias efectuadas en Colombia.

Además, vale la pena resaltar que para el caso colombiano, y de acuerdo con las fuentes consultadas, la violencia persistente a lo largo del tiempo, en especial cuando tomó forma a modo de desapariciones, torturas y homicidios generalizados sobre grupos sociales específicos, incluyendo trabajadores y trabajadoras de la salud entre otros, se constituyó en sí misma en un motivo para impulsar amplias y visibles movilizaciones sociales de protesta en su contra, empleando diversos repertorios, pese a los riesgos que este tipo de acciones entrañaban para los participantes.

Para finalizar, es importante señalar cómo en medio de las condiciones de CAI existentes en Colombia durante el período estudiado, no siempre se pautaron relaciones antagónicas entre distintos actores armados, pobladores en zonas

expuestas a ETV, y personal sanitario estatal a cargo de actividades para contrarrestar dichas enfermedades.

Al lado de las tradicionalmente reconocidas violaciones a la misión médica por parte de actores armados de toda índole, fueron documentadas acciones de cooperación en torno al manejo de epidemias de ETV entre actores ilegales del conflicto y trabajadores sanitarios del Estado, así como entre actores armados ilegales y comunidades civiles habitantes dentro de sus áreas de influencia; es necesario en el futuro prestar una atención específica a esos fenómenos, habitualmente invisibilizado dentro de los procesos de reconstrucción de la memoria histórica sobre la salud pública en Colombia.

6.3. LAS ESCURRIDIZAS FUENTES PARA RECONSTRUIR DESDE ABAJO LA MEMORIA HISTÓRICA SANITARIA DE COLOMBIA

Aunque tuvieron una innegable utilidad en la reconstrucción del objeto de estudio planteado, las fuentes tipo publicaciones periódicas de la época exhibieron debilidades para dar cuenta de las acciones colectivas contendientes relacionadas con la salud en Colombia, por su tendencia a mostrar de manera desligada acciones que en realidad estuvieron conectadas, por la caracterización en muchas ocasiones tendenciosa de los actores participantes, la sobre simplificación de las reclamaciones y justificaciones presentadas por los actores, y la selectividad marcada a la hora de dar visibilidad a ciertas acciones por sobre otras.

Adicionalmente, vale la pena complementar dejando constancia sobre la enorme dificultad existente para poder utilizar otro tipo de fuentes con el fin de subsanar dichas falencias de la prensa escrita para la reconstrucción de acciones colectivas contendientes surgidas en torno a motivos sanitarios.

Dentro del sector salud los archivos técnicamente construidos y conservados en donde reposen fuentes primarias son prácticamente inexistentes en general, y la situación es aún más precaria en el tema abordado por este trabajo; incluso, algunos de los acervos documentales que resultaron fundamentales para conseguir los objetivos de éste estudio estuvieron disponibles tan solo en virtud del esfuerzo tesonero individual de trabajadores y trabajadoras de la salud, que por su cuenta y riesgo asumieron el deber de construir o custodiar algún tipo de archivo, en ocasiones artesanal, para los documentos que consideraban con valor histórico.

Donde esto no sucedió, ocurrió una incalculable pérdida de información local relativa a la salud, pues durante los procesos de reestructuración de entidades sanitarias desarrollados en distintos momentos durante la reforma del sector en Colombia han sido destruidos cientos de archivos a lo largo y ancho del país.

En ese contexto, una gran parte de los documentos utilizados como base para este trabajo sólo pudieron estar disponibles luego de que la autora transitó por múltiples estrategias fallidas en la ubicación de material relevante alterno a las publicaciones periódicas, hasta identificar y ganar la confianza de informantes clave, que a su vez abrieron las puertas hacia aquellos actores sociales anónimos convertidos en custodios ocultos de la documentación histórica perteneciente a algunas de las desaparecidas entidades del sector salud. De acuerdo con lo expresado a la autora por los respectivos custodios, la consulta efectuada para este trabajo ha sido la primera realizada con fines académicos en la totalidad de las masas documentales en cuestión.

El caso del archivo histórico del antiguo Servicio de Erradicación de la Malaria no fue la excepción; pese a que a la fecha de su exploración se encontraba ubicado en un edificio oficial y bajo la guarda de algunos empleados del Ministerio de la Protección Social que antaño trabajaron en el SEM, resultó claro que su existencia

era desconocida para la mayor parte de los técnicos de la entidad ubicados en nivel coordinador, entre quienes se manejaba la versión errónea de que la totalidad de esos documentos había sido trasladada al Archivo General de la Nación.

En realidad, allí solo reposaban algunos pocos seleccionados, correspondientes a unas cuantas de las zonas del antiguo SEM, tratándose en la totalidad de los casos de informes oficiales construidos por técnicos de rango alto y antiguos directivos de la entidad, sin que se hubiesen conservado documentos equivalentes para la totalidad del territorio nacional, ni otro tipo de documentos igualmente importantes elaborados por sindicalistas, técnicos de rango medio o bajo, y comunidades beneficiarias.

Este hecho nos habla a la vez sobre las debilidades que ofrecerían los documentos oficiales guardados por el Archivo General de la Nación ante la tarea de reconstruir la historia social de la salud pública en Colombia, pues si el criterio observado en torno al tipo de documentos del SEM que se conservaron allí es extrapolable a la totalidad de los correspondientes al sector salud que se han protegido en esa dependencia, solo nos permitirían reconstruir una historia oficial, basada en las versiones de los altos mandos sanitarios, muy probablemente ligados con las fuentes tradicionales de poder que dominan al país.

En cuanto a los documentos del SEM que pudieron ser consultados fuera del Archivo General de la Nación, los que resultaron con mayor utilidad para la reconstrucción del objeto de estudio fueron los archivos de correspondencia; valga anotar que en su momento todos ellos fueron aparentemente destinados a ser desechados, habiéndose podido conservar hasta la fecha de su consulta solo a través de la gestión puntual de algunos funcionarios de rango medio y bajo dentro de la estructura orgánica del ministerio, interesados en no dejar perder esa memoria histórica. No obstante, continuaba prevaleciendo en lo institucional la

percepción de necesidad de destruir el archivo muerto del SEM, junto con el del desaparecido Fondo Nacional Hospitalario, ya que eran considerados por muchos como inútiles y gravosos para el MPS, a la vez que iban resultando más difíciles de gestionar las contra –ordenes o las acciones de resistencia que permitían su conservación.

El otro grupo de fuentes que resultó trascendental para lograr la reconstrucción histórica de las acciones colectivas documentadas estaba depositado en archivos sindicales, a los cuales se accedió a través de informantes clave. A su vez, algunos actores sociales inmersos en los procesos bajo estudio se constituyeron en fuentes orales de singular importancia para lograr reconstruir la historia documentada.

El énfasis en fuentes primarias inéditas con gran originalidad puesto dentro de amplias secciones de esta tesis se considera una de las mayores fortalezas del trabajo presentado, junto con la amplia documentación complementaria efectuada a partir de publicaciones periódicas de la época y documentos oficiales, con lo cual se dispuso de variadas y diversas versiones para la contrastación que posibilitaron una reconstrucción histórica a partir de la integración de muy distintas perspectivas y voces, muchas de estas puestas en escena en primer plano por primera vez en un documento público, más allá de la fuente primaria escondida en donde reposaban (Anexo No. 23).

Otra fortaleza radica en el énfasis que se puso en la reconstrucción de los procesos estudiados desde una perspectiva de lo local, aunque leídos en relación con los procesos más generales del ámbito nacional; ello permitió hacer visibles cuestiones singulares que suelen pasar desapercibidas cuando se recurre a la estrategia de poner el foco de la investigación en la generalidad del ámbito nacional.

No obstante, las peripecias ya discutidas para la ubicación de masas documentales, junto con la dificultad inherente al manejo de periódicos y fuentes orales como documentos históricos, y la dispersión de fuentes e informantes en distintos lugares de la geografía nacional a los que no siempre se tuvo fácil acceso, hizo que por momentos no existiera uniformidad ni en la cantidad, ni en la calidad de las fuentes disponibles para la reconstrucción de los distintos períodos, lo cual puede ser leído como la principal falencia de este estudio, matizada por el hecho de que siempre que se intente reconstruir la historia con énfasis en procesos locales se tropezará con este tipo de dificultades.

Esto, junto con la ausencia de investigaciones históricas previas sobre el mismo tema con el mismo foco[60], fueron las razones centrales que hicieron imposible desarrollar un ejercicio sistemático de contrastación entre periodos y territorios, tal como se había planeado en el diseño de inicio.

Para el futuro, quedaron también pendientes otras importantes áreas de análisis en torno al objeto de estudio, pues su complejidad o las dificultades metodológicas que sobre la marcha se identificaron impidieron que pudieran ser adecuadamente abordadas en este trabajo; específicamente, lo relativo a la categoría marcos de acción colectiva, así como un análisis detallado de las redes sociales implicadas en cada uno de los episodios de acción colectiva contendiente que fueron reseñados. A su vez, surgieron nuevas temáticas para ser abordadas por otros estudios, ubicadas principalmente en la interacción entre CAI y políticas de salud pública en Colombia.

6.4. PRINCIPALES APORTES DEL ESTUDIO

Desde un punto de vista teórico logró documentarse la utilidad tan solo parcial de las categorías analíticas de cuño anglosajón cuando se trata de analizar acciones

[60] Lo cual obligó a trabajar de manera fundamental sobre fuentes primarias.

colectivas contendientes latinoamericanas. Queda pendiente emprender otros estudios con base en sistemas teóricos completos construidos dentro de contextos con culturas política más similares a las nuestras, como la brasilera, que de manera preliminar se mostraron en este estudio como más apropiadas para abordar la protesta social de Colombia.

Entre los hallazgos de este trabajo que no hubiesen podido concretarse sin haber incluido fuentes primarias novedosas ya mencionadas, en adición a las fuentes periódicas más comúnmente usadas para el estudio de la protesta y la movilización social colombiana, vale resaltar que se logró describir dos movimientos sociales organizados a partir del sector salud que no habían sido documentados hasta la fecha: el movimiento de médicos contra la tortura de presos políticos organizado durante la vigencia del Estatuto de Seguridad colombiano, y un movimiento de peticionarios rurales que intentó oponerse a la reforma de los programas nacionales contra ETV, en torno al inicio de la década de los noventa del siglo XX.

Tomando en cuenta que dicha reconstrucción solo pudo llevarse a cabo cuando se combinaron diversos tipos de fuentes, además de los periódicos habitualmente utilizados en el país como elementos primordiales a partir de los cuales se analiza la protesta social en perspectiva histórica, queda planteada la necesidad de reevaluar la utilidad de dichas fuentes periódicas dentro de los procesos de estudio de la protesta social colombiana.

Las numerosas muertes de trabajadores de la salud en cumplimiento de sus funciones en los programas contra ETV que fueron documentadas a partir de fuentes escritas inéditas y de fuentes orales, no solamente han sido poco reconocidas en el marco de los diversos trabajos emprendidos sobre la implementación de políticas y programas de salud pública en Colombia, sino que dan cuenta del impacto potencial que puede tener la ausencia de un

reconocimiento oficial amplio sobre la existencia de un conflicto armado en el país, en medio de cuya negación los trabajadores y trabajadoras sanitarios son expuestos a condiciones de alto riesgo en ausencia de la preparación y las mínimas medidas protectoras que requerirían.

Uno de los hallazgos más importantes fue el relacionado con el impacto que el conflicto armado interno colombiano ha llegado a tener tanto en la configuración de la protesta social, como de la situación epidemiológica de la fiebre amarilla y la malaria, entre otras patologías transmitidas por vectores. El empleo de las ETV a modo de armas de guerra dentro de dicho conflicto queda como un importante campo abierto para exploraciones futuras. Adicionalmente, se hace evidente que en estudios futuros sobre políticas y programas de salud en Colombia es mandatorio tomar en cuenta como categoría analítica al conflicto armado interno.

El papel que el conflicto armado puede haber llegado a tener en el proceso de configuración de la salud pública nacional, no solamente a partir de impactos negativos, sino de otros potencialmente positivos en términos de formas novedosas para problemas sanitarios que no hubiesen podido surgir fuera de un contexto de guerra permanecen también inexplorados.

Entre otros factores determinantes para la situación negativa de las ETV en el país, cabe resaltar adicionalmente a los procesos de descentralización administrativa de la salud, la desfinanciación crónica de los programas sociales, y la imposición de lógicas de mercado sobre los servicios sanitarios.

El estudio de las acciones colectivas contendientes desde el nivel de lo local es otro de los aportes relevantes de este estudio, en especial al haber permitido reconstruir sus interacciones con la situación epidemiológica de las ETV, las micro – dinámicas de la guerra, y las particularidades del contexto político y económico expresado en el ámbito de lugares concretos de la geografía nacional.

Capitulo 7. CONCLUSIONES

Este capítulo está dedicado a consignar las respuestas a las preguntas de estudio planteadas al incio de la investigación.

A modo de conclusión general, se encontró que para Colombia en el período 1974 – 2004 la política contestataria y la salud pública se relacionaron especialmente a través del hilo conductor de la violencia, expresada a modo de acciones complementarias de violencia estructural, directa y cultural coordinadas en torno al sector salud en general, y a los programas contra ETV en particular, con especial énfasis en éstos últimos dentro de zonas sometidas a los efectos del CAI.

En ese marco, las reivindicaciones en torno a las ETV estuvieron más claramente referidas al desmonte de programas y servicios relacionados con dichas patologías y a las variaciones en la situación epidemiológica de las mismas a lo largo del tiempo; éstas últimas de manera indudable se conectaron con la descentralización y demás reestructuraciones negativas sufridas por el sector salud durante los años en estudio, de modo que la reemergencia de epidemias antes controlada apareció aquí como consecuencia del deterioro de las medidas de salud pública para su afrontamiento, y en relación con protestas desde diversos sectores sociales .

Tomando en cuenta las respuestas construidas ante las distintas preguntas de estudio planteadas al inicio del proceso de investigación, las principales conclusiones obtenidas son las siguientes:

1) Durante el período estudiado se organizaron acciones colectivas contendientes que incluyeron reivindicaciones relacionadas con las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV).

2) No obstante, la importancia de estas acciones dentro del panorama general de las acciones colectivas contendientes registradas en Colombia durante el mismo período fue marginal, de modo que resultaron prácticamente invisibles.

3) Las principales interacciones identificadas entre acciones colectivas contendientes, y aspectos sociales y políticos circundantes encontrados dentro de territorios y períodos específicos, ocurrieron en relación con el conflicto armado interno, los procesos de descentralización administrativa de los programas sanitarios, la desfinanciación crónica del sector público en salud, y los momentos de epidemias de las ETV.

4) Las principales modificaciones a lo largo del período de estudio que se evidenciaron en las características e interacciones de las acciones colectivas contendientes estudiadas en torno a las ETV guardaron relación en especial con las dinámicas del CAI, la presencia de un contexto social y político represivo, los procesos de descentralización y otras reestructuraciones llevadas a cabo sobre el sistema de salud colombiano a partir de una lógica neoliberal, y los repertorios vigentes desde distintos sectores sociales y ante distintas reivindicaciones que coincidían temporalmente con las luchas relacionadas con ETV.

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

FUENTES PRIMARIAS

A. ARCHIVOS

1. Archivos Históricos Servicio de Erradicación de la Malaria. Ministerio de la Protección Social República de Colombia. Bogotá (ASEM).

a) Bodega 1 Archivo 1 Zona I - Bogotá:

- **Módulo 1: Nivel 2**, resoluciones zonales año 1976 a 1989. Nivel 3, resoluciones zonales años 1974 – 1976.
- **Modulo 2: Nivel 2**, correspondencia enviada y recibida años 1988 – 1989. Nivel 3, correspondencia años 1974 – 1975 – 1976 – 1978 – 1979 – 1980 – 1981 – 1985 – 1987 – 1988 – 1989 – 1990. Nivel 4, correspondencia años 1973 – 1974 – 1979 – 1980 – 1981. Nivel 5, correspondencia años 1973 – 1974 – 1979 – 1980 – 1981.
- **Modulo 3: Nivel 1**, informes presupuestales zonales año 1979.
- **Modulo 7: Nivel 1**, informes epidemiológicos zonales año 1980.

b) Bodega 1 Archivo 2 Zona I - Bogotá:

- **Modulo 1:**

  Nivel 1. Carpetas sindicato 1974, carpetas nota interna 1974, carpetas informe supervisores 1974, carpetas memorandos jefes de zona y supervisores 1974, carpetas correspondencia enviada oficina central Almirante Brión 1974, carpetas correspondencia enviada oficina central 1974, carpetas informes enviados y recibidos de zonas 1974, carpetas informes de actividades de malaria 1974, carpeta circulares 1975, carpeta correspondencia enviada y recibida 1975, carpetas nociones epidemiológicas en general 1975, carpetas documentos varios 1975, carpetas resoluciones 1975, carpetas correspondencia recibida 1976, carpetas memorandos otras zonas varias compras 1976, carpetas circulares decretos y resoluciones 1976, carpetas informes vacuna y antisarampionosa 1976, carpetas importaciones DDT 1976.

  Nivel 2. carpetas correspondencia recibida Quibdó, Cali, Buenaventura, Florencia, Girardot, Honda, Villavicencio, Bucaramanga, personal de saneamiento, año 1977; carpetas plan de actividades dirección de campañas 1977, carpetas cuadros comparativos de los compromisos 1977, carpetas muestreo salud 1977, carpetas documentos varios 1977, carpetas informes visitas zonas 1977, carpetas gastos operación 1977, carpetas correspondencia enviada y recibida zonas 1977, carpetas correspondencia auditoría 1977, carpetas correspondencia oficina central 1977, carpetas marconigramas 1977, carpetas reconocimiento epidemiológico 1977, carpetas resoluciones 1977, carpetas correspondencia enviada y recibida internas 1978, carpetas correspondencia enviada y recibida todas las zonas 1978, carpetas Ministerio y otras en general 1978, carpetas documentos recibidos varios y otros 1978, carpetas memorandos 2 y recibidos de otras zonas 1978, carpetas transferencia de vacunación y epidemiología 1978, carpetas novedades de personal 1978, carpetas informes presupuestados oficina central Bogotá 1978, carpetas documentos varios 1978, carpetas informes visitas zonas 1978, AZ oficios varios 1978, carpetas acuerdos sin reformas 1979, carpetas disposiciones vigentes 1979 – 1983, carpetas acuerdos enero a diciembre 1979, carpetas papeles varios 1979, carpetas informes visitas zonas 1979.

Nivel 3. carpetas acuerdos solicitados zonas 1979, carpetas correspondencia secretaría general 1979, carpetas correspondencia ministerio de salud 1979, carpetas correspondencia zonas 1979, carpetas correspondencia despachada 1979, carpetas correspondencia recibida 1979, carpetas marconigramas 1979, carpetas oficios despachados y recibidos zonas 1979, carpetas memorandos recibidos 1979, carpetas constancias 1979, carpetas constancias 1979, carpetas legalizaciones suministros y avances 1979, AZ y carpetas correspondencia enviada y recibida general todas las zonas 1980, carpetas documentos contraloría general de la nación 1980, carpetas documentos oficios varios y ordenes 1980, carpetas reuniones jefes de zona y supervisores 1980, carpetas informes de comisión personal visita zonas 1980.

Niveles 3 – 4. carpetas correspondencia enviada y recibida de todas las zonas 1981, carpetas varios 1981, carpetas memorandos diferentes entidades y zonas 1981, carpetas importaciones insecticidas 1981, carpetas asuntos jurídicos 1981, carpetas y AZ oficios varios y normas vigentes 1981, carpetas y AZ expedientes investigaciones y denuncias 1981, carpetas y AZ diferentes oficinas y zonas 1981, carpetas y AZ resoluciones varias circulares y decretos 1981, carpetas y AZ documentos varios 1981, AZ resoluciones varias 1981.

- **Modulo 2:**

Nivel 1. AZ programas compras zonas 1982, AZ resoluciones SEM 1982, AZ resoluciones internas 1982, AZ resoluciones internas 1982, AZ resoluciones de viáticos servicios 1982, carpetas resoluciones minsalud 1982, carpetas resoluciones varias 1982, carpetas resoluciones vigentes 1982, carpetas resoluciones manual de funciones 1982, carpetas resoluciones internas 1982, AZ pedidos división técnica 1982, AZ pedidos zonas 1982, carpetas informes comisión 1982, carpetas informes mensuales actividades supervisión 1982, carpetas informes búsqueda de casos 1982, carpetas informes reuniones fronterizas 1982, carpetas informes operaciones de rociado 1982, carpetas informes laboratorio central 1982, carpetas informes mensuales de rociado 1982, carpetas informes mensuales zonas 1982, carpetas informes mensuales visitas zonas 1982, carpetas informes mensuales evaluación epidemiológica 1982, carpetas informes mensuales varios 1982, carpetas informes varios 1982, carpetas informes accidentes 1982, AZ fiebre amarilla 1982, carpetas leyes años 1982 – 1984 – 1985 – 1986, carpetas personal doctor Flórez 1982, carpetas expedientes procuraduría Bogotá 1982.

Nivel 2. Carpetas varios 1982, carpetas excelente Rosero Ruano Jesús 1982, carpetas correspondencia división técnica enviada y recibida de las zonas 1982, carpetas memorandos oficios y circulares 1982, carpetas correspondencia enviada y recibida de todas las zonas y demás oficinas 1983, carpetas resoluciones circulares y decretos 1983, carpetas presupuestos zonas y gastos presupuestales varios 1983, carpetas documentos internos 1983, carpetas división técnica 1983, carpetas nota interna y otras 1983, carpetas expedientes varios 1984, carpetas informes comisión zonas 1984, carpetas informes bimestrales jefes zonas 1984, carpetas informes rociado 1984, AZ decretos 1984, AZ pedidos pendientes de suministros 1984, AZ correspondencia recibida y enviada oficina central 1984, carpetas circulares y oficios 1984, carpetas correspondencia recibida y enviada diferentes entidades y divisiones 1984, carpetas pruebas de susceptibilidad del Aedes 1984, carpetas zonas SEM 1984, carpetas capacitación informes FF-AA 1984, carpetas investigaciones operativas 1984, carpetas reuniones jefes zonas 1984, carpetas expedientes sobre reserva forestal 1984, carpetas documentos varios 1984.

Nivel 3. Carpetas resoluciones circulares decretos y actas 1985, carpetas expedientes investigación del personal zona y otras zonas 1985, carpetas informes estadísticos de rociado 1985, carpetas documentos demandas del personal 1985, carpetas contratos dirección SEM/FES 1986, carpetas convenio Min salud base naval 1986, carpetas convenio Min salud ISS 1986, carpetas correspondencia enviada y recibida de las zonas y oficinas Min salud 1987, carpetas y AZ resoluciones circulares decretos y actas 1987, carpetas marconigramas y télex enviados y recibidos de las zonas 1987, carpetas

acuerdos de gastos programas fiebre amarilla 1987, carpetas documentos comité técnico 1987, carpetas documentos varios 1987.

Nivel 4. AZ resoluciones 1988, AZ balances 1988, AZ boletines 1988, AZ contratos varios 1988, AZ correspondencia recibida y enviada diferentes entidades divisiones y zonas 1988, AZ varios 1988, AZ técnicos vacunación 1988, AZ ensayo aplicación insecticidas 1988, carpetas correspondencia enviada y recibida zonas 1989, carpetas apertura programática 1989, carpetas documentos auditoría e investigaciones 1989, carpetas documentos necesidades de las zonas 1989, carpetas documentos oficios varios 1989.

c) **Bodega 1 Archivo 3 Zona I - Bogotá**:

- **Modulo 1:**

Nivel 1. AZ y carpetas correspondencia recibida y enviada diferentes entidades y divisiones 1990.

Nivel 2. Carpetas correspondencia 1990, AZ y carpetas resoluciones 1990, carpetas proyectos y contratos 1990.

Nivel 3. Carpetas varios 1990, carpetas certificaciones zonas 1990, carpetas Ley 10 y reuniones jefes zonas en Barranquilla 1990, carpetas apertura programática 1990, carpetas índice larvario 1990, carpetas correspondencia recibida y enviada diferentes entidades y divisiones 1991, carpetas circulares 1991.

Nivel 4. AZ resoluciones 1991, carpetas proyectos 1991, carpetas investigaciones 1991, carpetas novedades de personal 1991, carpetas varios 1991, carpetas borradores documentos diferentes zonas 1991, carpetas E – 15 zonas XI-XII-XIII 1991 – 1993.

Nivel 5. Carpetas correspondencia recibida y enviada entidades y divisiones 1992, carpetas correspondencia recibida de entidades 1992, carpetas correspondencia recibida y enviada de las zonas 1992, carpetas resoluciones 1992, carpetas decretos 1992, carpetas reseña histórica de malaria 1992.

- **Modulo 2:**

Nivel 1. AZ apertura programática 1992, AZ epidemiología zonas 1992, AZ varios 1992, carpetas circulares 1992, carpetas funcionarios desaparecidos zonas 1992, carpetas notas internas y comunicaciones 1992, carpetas división programas población dispersa1992, carpetas informe comisiones Sr. Jorge Clavijo Salamanca 1992, carpetas talleres comunitarios 1992.

Nivel 2. Carpetas correspondencia recibida y enviada diferentes zonas entidades y divisiones 1993, carpetas documentos varios 1993, carpetas y AZ correspondencia recibida y enviada zonas 1994, carpetas seminarios talleres y subcomités zonas 1994, capetas circulares 1994, carpetas informes 1994, carpetas visitas realizadas zonas 1994, carpetas informes comisiones UAECD descentralización 1994.

Nivel 3. Carpetas descentralización departamentos 1994, carpetas correspondencia 1994, carpetas actas sistema de información epidemiología 1994, carpetas Ley 60 1994, carpetas resoluciones 1994, carpetas sanidad portuaria y control 1994, carpetas circulares 1994, carpetas instituto nacional de salud 1994, carpetas control insecticidas 1994, carpetas plan estratégico 1994, carpetas investigación de campo 1994, carpetas DDT 1994, carpetas evaluación epidemiológica y administrativa 1994, carpetas situación epidemiológica 1994, carpetas salud ocupacional 1994, carpetas informe fiebre amarilla 1994, carpetas brotes 1994, carpetas dengue 1994, carpetas documentos varios 1994, carpetas propuesta de reestructuración Ministerio de Salud 1994, carpetas documentos jefe de división 1994, carpetas documentos varios 1994, carpetas plan de trabajo y contingencia 1994, carpetas documentos oficina Dra. Melba Luz Calle 1994, carpetas subcomité patologías tropicales 1994, carpetas evaluación y vigilancia OPS, carpetas programa de adaptación laboral 1994, carpetas programa de actividades control patologías tropicales 1994, AZ documentos varios 1994, carpetas resoluciones ministeriales 1994, carpetas resoluciones y decretos 1994, AZ conceptos 1994, carpetas correspondencia recibida y enviada con departamentos y divisiones 1995, carpetas

varios 1995, carpetas plan estratégico de la UAECD 1995, carpetas seminarios y talleres 1995, carpetas enfermedades transmitidas por vectores 1995, carpetas reuniones jefes zonas 1995, carpetas plan operativo convenio atención primaria 1995, carpetas evaluación técnica 1995, carpetas circulares 1995, carpetas informes sobre situación epidemiológica 1995, carpetas primera reunión de la red latinoamericana 1995, carpetas propuesta de distribución de recursos por departamentos 1995, carpetas diagnósticos para descentralización por departamentos 1995, carpetas resoluciones actas decretos 1995.

Nivel 4. Carpetas correspondencia recibida y enviada con entidades y divisiones 1995, carpetas varios 1995, carpetas informes congreso 1995, carpetas oficios 1995, carpetas plan operativo anual de salud 1995, carpetas circulares 1995, carpetas encuesta funcionarios Min salud 1995, carpetas plan estratégico para descentralización 1995, carpetas control correspondencia 1996, carpetas correspondencia recibida y enviada dirección 1996, carpetas consecutivos oficios 1996, carpetas memorandos 1996, carpetas notas internas 1996, carpetas programa adaptación laboral 1996, carpetas informes varios 1996, carpetas circulares 1996.

d) Bodega 2 Archivo 2 Zona II - Barranquilla:

- **Estante 3:**

  Nivel 2. Resoluciones nacionales 1979 – 1993, carpetas investigaciones administrativas 1992 – 1993.

  Nivel 3. Carpetas circulares nacionales 1990 – 1993, carpetas circulares zonales 1988 – 1989 – 1990 – 1993, carpetas correspondencia interna 1987 a 1989 -1991 a 1992, carpetas correspondencia recibida 1980 a 1982 – 1983 – 1984 – 1985 – 1986 – 1987.

  Nivel 4. Carpetas correspondencia recibida 1988 a 1993, carpetas correspondencia enviada 1980 a 1990.

  Nivel 5. Carpetas correspondencia enviada 1990 a 1991, carpetas correspondencia y varios 1993.
- **Estante 11:**

  Nivel 3. Carpetas circulares 1989 – 1991.

  Nivel 5. Carpetas correspondencia recibida 1993, carpetas correspondencia enviada 1993.
- **Estante 12:**

  Nivel 1. Carpetas correspondencia enviada 1980 a 1994, carpetas correspondencia recibida 1979 – 1981 a 1990 – 1993 – 1994.
- **Estante 14:**

  Nivel 3. Correspondencia enviada 1985 – 1987 – 1989 – 1994.

e) Bodega 2 Archivos Zonas Magangué IV, Honda XIV:

- **Estante 2:**

  Nivel 1. AZ resoluciones 1974 – 1994, AZ circulares 1974 – 1994.

  Nivel 2. Carpetas memorandos y oficios sindicales 1978, carpetas bajas de personal 1983, carpetas circulares memorandos e investigaciones 1992, carpetas memorandos y marconigramas 1993.
- **Estante 4:**

  Nivel 1. Carpetas compensación familiar y novedades de personal 1984.

  Nivel 2. Carpetas correspondencia 1985.

  Nivel 3. Carpetas resoluciones, correspondencia y marconigramas 1986.

  Nivel 4. Carpetas resoluciones, correspondencia y marconigramas 1987.

  Nivel 5. Carpetas resoluciones, correspondencia y marconigramas 1988

  Nivel 6. Carpetas correspondencia, compensación familiar, novedades personal, SINDESS, 1989.

  Nivel 7. Carpetas correspondencia 1990.
- **Estante 5:**

Nivel 2. Carpetas correspondencia 1992.
Nivel 3 – 4. Carpetas correspondencia, carpetas resoluciones, carpetas novedades de personal 1993 – 1994.
Nivel 5. Carpetas correspondencia, carpetas SINDESS, 1993.

- **Estante 7:**
  Nivel 2. Carpetas correspondencia enviada 1983, memorandos despachados 1984.
  Nivel 3. Carpetas telegramas recibidos 1990, carpetas correspondencia recibida y enviada 1990, carpetas telegramas recibidos 1990.
  Nivel 4. Carpetas resoluciones 1993.
- **Estante 8:**
  Nivel 3 – 4. Carpetas marconis 1991, carpetas informes epidemiológicos 1978, carpetas actas epidemiologia 1983, carpetas memorandos 1983, carpetas oficios 1984, carpetas correspondencia 1989, carpetas situación epidemiológica 1990.

f) Bodega 5 Archivo Zona III Valledupar, V Montería:

- **Estante 4:**
  Nivel 2. Resoluciones 1974.
  Nivel 3. Resoluciones 1975 – 1982.
  Nivel 4. Resoluciones 1983 – 1994.
- **Estante 6:**
  Niveles 3 a 6. Decretos, circulares, resoluciones, varios años.
- **Estante 7:**
  Niveles 1 a 3. Documentos varios, varios años.

g) Bodega 7 Archivo Zona XVII Cúcuta:

- **Estante 1:**
  Nivel 5. Carpetas correspondencia enviada y recibida 1977 a 1995, carpetas circulares 1974 a 1992, carpetas decretos 1974 a 1995, carpetas descentralización varios años.
  Nivel 6. Carpetas resoluciones zonales 1974 a 1995, carpetas funcionarios desaparecidos 1970 a 1995.

h) Bodega 8 Archivo Zona XVIII Yopal, Buenaventura:

- **Estante 1 a 4:** Carpetas documentos varios, 1974 a 1992.

2. Archivo sindical de ANTHOC nacional (AANTHOC).
Secretaría general, carpetas 1992 – 1994.

3. Archivo Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander. Cúcuta (AIDSNS).
Oficina coordinación de epidemiología. Carpetas y AZ 1974 – 2004.

4. Archivo Secretaría de Salud del Distrito de Santa Marta (ASSDSM)
Oficina coordinación de epidemiología. Carpetas y AZ 2002 – 2004.

5. Archivo Secretaría de Desarrollo de la Salud del Magdalena (ASDSM)
Oficina coordinación de epidemiología. Informes oficiales epidemia fiebre amarilla 2002 – 2004.

6. **Archivo de prensa CINEP, Bogotá.**
Años 1979 – 1991**.** Códigos AA0601, BC0101, DF01, DF02, DF0302, DF0301, DF04, DH0105, DH0202.
Años 1992 – 2004. Códigos varios.

7. Archivo de prensa Fundación Gilberto Alzáte Avendaño, Bogotá.
Años 1974 – 1978.

8. Archivo de prensa Biblioteca Nacional, Bogotá (ABN).
Años 1974 – 1978.

9. **Archivo de titulares de prensa nacional on – line "The colombian yellow pages" (CYP).**
   Años 2002 – 2004

10. **Archivo de prensa on – line eltiempo.com**
    Años 1990 – 2010

11. **Archivo on – line revista Tribuna Roja**
    Años 1993 – 1997

12. **Archivo de periódico sindical on – line sindess.com**
    Años 2002 - 2004

13. **Archivo on line centro de medios independientes Indymedia Colombia**
    Años 2002 – 2004

B. DOCUMENTACIÓN PRIMARIA IMPRESA

Calvo Núñez, H. (1975). *Desarrollo del Sistema Nacional de Salud Documento ISNS - 11 Plan Nacional de Salud Primera Fase - Nivel Local Módulo Anual de Cobertura (MAC - 1). Ministerio de Salud Pública República de Colombia*.

Calvo Núñez, H. (1976). *Informe al Honorable Congreso de la República de Colombia. Ministerio de Salud Pública*.

Campos G; Vidales H; Rodríguez J; Morales A; Sanín L. (1980). *Fiebre Amarilla en la Sierra Nevada de Santa Marta. Estudio y Control de una Epidemia*. Bogotá: República de Colombia Ministerio de Salud.

Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia - Departamento Nacional de Planeación. (2004). Documento Conpes Social 77 (pp. http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/Subdireccion_Conpes/Social077.pdf [Citado de: 010/011/2009]).

Gaviria Trujillo, C. (1991). Prólogo a la Revolución Pacífica. In República de Colombia - PS/DNP-Presidencia de la República / Departamento Nacional de Planeación (Ed.), *La Revolución Pacífica. Plan de desarrollo económico y social 1990-1994*. Bogotá: Géminis.

Ministerio de Salud - República de Colombia. (1998). Informe de Actividades 1997-1998 al Honorable Congreso de la República: Imprenta Nacional.

Ministerio de Salud República de Colombia. (1982a). Principales Realizaciones Del Sector Salud 1978 – 1982.

Ministerio de Trabajo y Salud República de Colombia - Instituto Nacional de Salud - Sistema de Vigilancia en Salud Pública. (2004). Fiebre amarilla en Colombia 2003 - 2004 (Segunda Parte). *Boletín Epidemiológico Semanal SIVIGILA, 3 Enero 18 - 24*, http://www.col.ops-oms.org/sivigila/2004/bole2003_2004.htm [Citado de: 2014/2005/2005].

Ministerio de la Protección Social. (2004). Tres millones de dosis de vacuna antiamarílica llegarán al país. http://www.presidencia.gov.co/sne/2004/enero/19/15192004.htm
[Citado de: 19/05/05].

Ministerio de la Protección Social República de Colombia (2004). Comunicado 007: Vigilancia y control de la Fiebre Amarilla. 28 de Enero. http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/sne/2004/enero/28/19282004.htm
[Citado de: 19-05-2005].

Ministerio de la Protección Social República de Colombia. (2004b). Comunicado No. 002: Vigilancia y control de la fiebre amarilla. http://www.presidencia.gov.co/fiebre/fiebre14.htm [Citado de: 19/05/05].

Misión Internacional de Verificación sobre la Situación Humanitaria y DDHH de los Pueblos Indígenas de Colombia Comisión de la Sierra Nevada. (2006). Informe de la Misión Internacional de Verificación

sobre la Situación Humanitaria y DDHH de los Pueblos Indígenas de Colombia Comisión de la Sierra Nevada 21 - 23 de septiembre (pp. 4). [Citado de: 12/07/2008] http://www.icrainternational.org/img-mail/Sierra-Nevada-SP.pdf

Moncayo Medina, A. (1975). Situación Epidemiológica de la Fiebre Amarilla 1975. *Boletín Epidemiológico Nacional, 1*(3 Noviembre), 19 - 22.

Organización Internacional del Trabajo. (1987). Quejas contra el gobierno de Colombia presentadas por la Federación Sindical Mundial y la Confederación Sindical de Trabajadores de Colombia. Informe No. 248 Caso (s) Núm. (s) 1343. (pp. Vol. LXX Serie B No. 1).

Organización Panamericana de la Salud. (2000). Informe sobre la situación de los programas de paludismo en las Américas, 1998. *Rev. Panam Salud Publica, 8*(5), 363 - 367.

Organización Panamericana de la Salud. (2001a). Informe de la situación de los programas regionales de malaria en las Américas. 13 p.

Organización Panamericana de la Salud. (2001b). Situación de los Programas de Malaria en las Américas. *Boletín Epidemiológico, 22*(1), http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n21-malaria.htm [Citado de: 29 de agosto de 2010].

Organización Panamericana de la Salud. (2002). II Reunión conjunta de la Red de Vigilancia para enfermedades emergentes en el Amazonas y la Región del Cono Sur. Atlanta, Georgia, 23 - 24 de Marzo.

Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Situación de Fiebre Amarilla en las Américas*. 12 de Septiembre.

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Plan estratégico regional contra la malaria 2006 - 2010 (pp. 21 p).

Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. (1996). *Promoción de la Salud: Una Antología. Publicación Científica Nº 557*. Washington, D.C.: OPS/OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (2003a). *Colombia: actualización sobre el brote de fiebre amarilla selvática en el departamento de Norte de Santander.* (Informativo). Bogotá.: Instituto Nacional de Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2003b). *Update on Yellow Fever in the Americas* (Informativo). Diciembre 18 Ministerios de Salud de Bolivia, Brasil, Colombia, Perú y Venezuela.

Pan American Health Organization. (2004). Yellow Fever: Number of cases and deaths notified to PAHO 1985 - 2003 (pp. 1 p).

República de Colombia - Poder Público - Rama Legislativa Nacional. (1982, 20 de Noviembre). Amnistía para la Paz. *Diario Oficial*.

República de Colombia. (1975). Decreto No. 02492 por el cual se dictan normas sobre régimen disciplinario en empleos de la Rama Ejecutiva del Poder Público. Bogotá, 21 de Noviembre.

República de Colombia. (1976). *Decreto No. 121 de enero 23 por el cual se revisa la Organización Administrativa del Ministerio de Salud Pública*.

República de Colombia. (1991). Constitución Política.

República de Colombia. (1993, jueves 23 de diciembre). Ley 100. Por la cual se crea el sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial Año CXXIX, Nº 41.148*, pp. 1-37.

República de Colombia / Ministerio de Salud. (1994, 11 de noviembre). Decreto 2491. *Diario Oficial No. 41.593*.

República de Colombia Departamento Nacional de Planeación. (1987). Plan de economía social. Planes y programas de desarrollo económico y social, 1987-1990 (pp. 81-88).

República de Colombia Ministerio de Gobierno. (1975a). *Leyes 1975. Acuerdo de Cooperación Sanitaria entre la República de Colombia y la República Federativa del Brasil para la Región Amazónica*.

República de Colombia Ministerio de Gobierno. (1975b). *Leyes 1975. Ley 26 de Septiembre 19 de 1975 por el cual se modifica el artículo 129 del Decreto - Ley No. 2319 de Diciembre 3 de 1971*.

República de Colombia Ministerio de Gobierno. (1978). *Leyes 1976. Ley 26 de Septiembre 15 de 1976 por el cual se aprueba el Convenio Internacional de Trabajo relativo a la Libertad Sindical y a la Protección del Derecho de Sindicación, adoptado por la Trigésima primera Reunión de la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo - Ginebra 1948*.

República de Colombia Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (1987). Decreto 77 *Diario Oficial*.

República de Colombia Ministerio de Salud. (1991). *La Revolución de la Salud Memoria 1990 - 1991 Presentada al Congreso de la República*. Bogotá, Diciembre.
República de Colombia Ministerio de Salud (1994). *Decreto No. 1525 del 17 de Julio*.
República de Colombia Ministerio de Salud Pública. (1975). *Decreto No. 692 de 1975 (Abril11) Por el cual se crea una Junta Nacional de Salud*.
Restrepo, D. (1992). *Descentralización y Neoliberalismo. Balance de un proceso.* Bogotá: CEIR - REALIDAD MUNICIPAL.
Velandia, M. (2003). *Fiebre amarilla selvática, Colombia, 2003*. (Informativo). Bogotá.: Instituto Nacional de Salud.
Velandia, M. (2004). La fiebre amarilla y su control. *Biomédica, 24*(1), 5 - 6.
Vera, M. et al. (2004). Fiebre Amarilla Selvática en la Región del Catatumbo, Colombia, 2003. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional, 9*(4; 29 de Febrero), 51 - 53.
Villar, L. (2004). Epidemia de Fiebre Amarilla: ¿Trazando las condiciones de la actual Salud Pública Colombiana? *Infectio: Revista de la Asociación Colombiana de Infectología., 8*(1; Marzo), 6 - 7.
Villarraga A; Cañizares W; Ramos M. (2003). Estudio sobre los derechos humanos en la ciudad de San José de Cúcuta, en el contexto de la violencia y el conflicto armado registrado en Norte de Santander (Texto resumen) (pp. 80): Fundación Cultura Democrática - Fundación Progresar.

C. ESCRITOS DE LA ÉPOCA

Alarcón, J; et al. (1983a). Comunicación al Director Nacional de Campañas Directas de la Junta Directiva Nacional SINDESS. Bogotá, 22 de Septiembre. Archivos Servicio de Erradicación de la Malaria. ASEM.
Alarcón, J; et al. (1983b). Oficio No. 186 de la Junta Directiva Nacional del Sindes al Presidente Belisario Betancur, al Ministro de Salud Jaime Arias y al Director General de Campañas Directas Oswaldo Cáliz. Bogotá, 1 de Septiembre. ASEM
Amnistía Internacional. (1980). *Informe de una misión de Amnistía Internacional a la República de Colombia 15 - 31 de Enero de 1980*. Bogotá: Amnistía Internacional. BCINEP.
Ampudia, S. (1992). Petición de Funcionario del SEM al Presidente Cesar Gaviria Trujillo (pp. 22 de Abril). AANTHOC.
Anónimo. (2004). Colombia: Editorial de la Revista Insurrección. Fiebre Amarilla y Paludismo: Instrumentos de la Doctrina Militar Colombiana. [Citado de: 14/02/04]. AP.
Arroyave, A. (1999). Recuento histórico de la malaria en Antioquia *Rev. Epidemiol Antioquia 243* 145-155. AP.
Asociación Nacional de Empleados del Ministerio de Salud Pública. (1986). Ponencia presentada por los representantes de los trabajadores del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria SEM - ANDEMISAP al Debate del Señor Ministro de Salud César Esmeral Barros ante la Cámara de Representante (pp. 10 p). Bogotá 28 de octubre. ASEM.
Astudillo, O. (1981). Comunicado del Jefe de Personal Dirección Campañas Directas a los Familiares de Núñez, C. Bogotá, 30 de Junio. ASEM.
Ayala, C; et al. (2002). La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. *Cad. Saúde Pública, 18*(6), 1771-1781. Bireme.
Ayala J; et al. (1992). Petición de la Unión Sindical Obrera USO al Presidente César Gaviria Trujillo. Orito, 30 de Abril. ASEM.
Bolaños, B; et al. (1992). Petición del Sindicato de Empleados de Salud Pública al Presidente de la República y el Ministerio de Salud (pp. 19 de Mayo). ASEM.
Boshell, J. (1943). *Diarios 1943 - 1946*. Manuscritos no publicados, Bogotá. ABINS
Boshell J; et al. (1987). Fiebre Amarilla Selvática en Colombia. Últimos Brotes en Anorí, Antioquia 1985 y Santander 1987. Resúmenes II Congreso Latinoamericano y V Congreso Colombiano de Medicina Tropical. *Biomédica, 7; Mayo* (Sup. 1), 91. ABINS.
Botero, J; et al (1994). Petición dirigida por trabajadores del SEM a Álvarez, G. Director UAECD (pp. 1 p). Bogotá, 18 de Mayo. AANTHOC.

Caballero, J; et al (1992). Petición escrita al Presidente Cesar Gaviria Trujillo de habitantes de Cereté. Cereté. s.f. ASEM.
Cáliz, O. (1979a). Comunicación del Director de Epidemiología del Ministerio de Salud a Budinich, M. Representante OPS / OMS en Colombia. Bogotá, 12 de Agosto. ASEM.
Cáliz, O. (1979b). Comunicación dirigida por el Director de Epidemiología de Minsalud a Budinich, M. Representante de la OMS / OPS en Colombia. Bogotá, 21 de Agosto. ASEM.
Cáliz, O. (1983). Oficio del Director del SEM al Dr. Francisco Yepes Asesor Principal del Ministerio de Salud. Bogotá, 8 de Septiembre. ASEM.
Cáliz O; et al. (1983). Acta de Acuerdo. Bogotá, 17 de Agosto. ASEM.
Camacho L; et al. (1992). Petición de Beneficiarios de los Servicios de la Malaria. Buenaventura, 30 de Abril. ASEM.
Campesinos y Moradores Localidad Buenos Aires. (1992). Petición de los Campesinos y Moradores de Buenos Aires del Suncilla al Presidente César Gaviria Trujillo (pp. 19 de Abril). ASEM.
Cantillo, C; et al. (1983). Constancia del Inspector de Trabajo y Seguridad Social del Municipio de Turbo Antioquia a Petición de la Parte Interesada. Turbo, 14 de Septiembre. ASEM.
Carrascal, N. (1984). *Denuncio formulado por la desaparición de cinco funcionarios de la brigada de vacunación antiamarílica organizada en Saravena*. Saravena (Arauca), Octubre 29: Juzgado Promiscuo Territorial de Saravena. ASEM.
Ceballos A; et al. (1987a). Acta de Visita No. 001. Montería, 13 de Julio. ASEM.
Ceballos A; et al. (1987b). Acta de Visita No. 002 Montería, 14 de julio. ASEM.
Celis, F. (1979). Brotes de Fiebre Amarilla Selvática en la Zona XVII del SEM Cúcuta Durante los Últimos 10 años, *Informe presentado por el Ingeniero Jefe de Zona al Jefe de Campaña Antiaegypti para revisión, adaptación y posterior información al Director Nacional del SEM y campañas Directas.* . Cúcuta, Octubre. ASEM.
Celis, F. (1984a). *Comunicado a la Ciudadanía sobre desaparición de seis funcionarios del SEM*. Bogotá: República de Colombia - Ministerio de Salud - Dirección de Campañas Directas - Servicio de Erradicación de la Malaria - SEM. ASEM.
Celis, F. (1984b, 4 de Noviembre). Comunicado del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria - SEM - Zona XVII -Cúcuta sobre desaparición de seis funcionarios en el Sarare. *Diario de la Frontera,* p. 2. ASEM.
Celis, F. (1984c). *Informes originales y croquis sobre la desaparición de seis funcionarios del SEM en Arauca. Destinatario: Gómez León, Rodolfo*. Cúcuta. ASEM.
Celis, F. (1984d). *Plan de Vacunación en la región del Sarare, municipio de Saravena, a cargo de personal de la campaña antiaegypti adscrito a la zona XVII Cúcuta, durante el segundo semestre de 1984.* Cúcuta. 10 de Noviembre: Servicio de Erradicación de la Malaria - Dirección de Campañas Directas del Ministerio de Salud. ASEM.
Celis, F. (1986). Comunicado al Juez 21 de Instrucción Criminal de Saravena Arauca. Cúcuta, 22 de Septiembre. ASEM.
Centro de Salud de San Calixto. (2003). Plan de Contingencia Contra la Fiebre Amarilla Municipio de San Calixto (pp. 8 p). San Calixto Norte de Santander. AIDSNS.
Centro de Salud de Teorama. (2003). Plan De Contingencia Contra La Fiebre Amarilla Municipio de Teorama (pp. 5 p). San Calixto Norte de Santander. AIDSNS.
Comité de Vigilancia Epidemiológica Municipio de Tibú. (2003). Informe actividades realizadas plan de contingencia para la prevención y control de la fiebre amarilla enero - abril (pp. 7 p). Tibú Norte de Santander: COVE Municipal. AIDSNS.
Comité Permanente por la Defensa de los Derechos Humanos. (1980). *Represión y tortura en Colombia. Informes internacionales y Testimonios Nacionales*. Bogotá: Fondo Editorial Suramérica Colección Política. BCINEP.
Comunidad Localidad La Solita. (1992). Petición de la Comunidad Localidad La Solita San José del Palmar al Presidente César Gaviria Trujillo (pp. 20 de Abril). AIDSN
Departamento de Norte de Santander. (2003). Cobertura de vacunación antiamarílica. Período enero-diciembre Programa ampliado de inmunizaciones PAI. AIDSNS.
Departamento Nacional de Planeación. (1992). Oficio dirigido al Dr. Dussan R Jefe División de Campañas Directas Ministerio de Salud (pp. 2). ASEM.

Dirección de Epidemiología. (1985). Reunión de Jefes de Programas de Control de Malaria y Otras Enfermedades Transmitidas por Vectores de los Países Miembros del Convenio Hipólito Unanue. Cúcuta, 17 y 18 de Septiembre: República de Colombia - Ministerio de Salud - Dirección de Campañas Directas. ASEM.

Dirección del SEM Bogotá. (1983a). Aspectos atinentes entre la Dirección de Campañas Directas SEM, la Asociación Nacional de Empleados del Ministerio de Salud ANDEMISAP y el Sindicato Nacional de Empleados de Salud SINDES. ASEM.

Dirección del SEM Bogotá. (1983b). Personal Fallecido y Desaparecido en Áreas de Orden Público. Bogotá, 13 de Septiembre. ASEM.

Dirección del SEM Bogotá. (1983c). Situación de Cese de Actividades Zonas SEM. Bogotá, 27 de Septiembre. ASEM.

Dirección General de Epidemiología Ministerio de Salud Pública. (1975). Editorial. *Boletín Epidemiológico Nacional 1*(4 Diciembre), 21-22. BINS.

Donado, A. (1983). Comunicación del Médico Jefe Zona II SEM al Director Nacional del SEM Dr., Cáliz, O. Barranquilla, 31 de Agosto. ASEM.

Dussan, R. (1992a). Respuesta del Jefe División Patologías Tropicales a Petición de los Habitantes Vereda Balcones Montañita Caquetá (pp. 26 de Agosto). ASEM.

Dussan, R. (1992b). Respuesta desde la Jefatura División Campañas Directas a los Habitantes Comunidad Sandoná Nariño. Bogotá, 11 de Junio. ASEM.

ESE Emiro Quintero Cañizares. (2003). Plan de contingencia para la presencia de la fiebre amarilla (pp. 7 p). Ocaña Norte de Santander: Hospital Emiro Quintero Cañizares. AIDSNS.

Fuentes G; et al. (1987). Memorial de los Habitantes de la Región Venezuela e Isla del Ceibal al Dr. Ceballos, A. Jefe de Zona Montería SEM. Tierralta, 4 de Octubre. ASEM.

Fundación Indígena Dumeina. (s.f.). Qué Ocurre en la Sierra Nevada de Santa Marta: Quién es quién... Formas de la política indígena. Estado Actual del Conflicto Político, Social y Armado. http://www.angelfire.com/folk/dumeina/docs/lasierra.htm [Citado de: 24/08/09]).

Gacharná M; Zapata J; Zuleta D. (1980). Tendencia y comportamiento de la fiebre amarilla durante los últimos 45 años 1934 - 1979. *Boletín Epidemiológico Nacional, 6*(1 y 2), 3 - 14. BINS.

Gacharná, M. Z., J; Zuleta, D; (1980). Movimiento Geográfico de la Fiebre Amarilla en Cinco Años, 1975 - 1979. *Boletín Epidemiológico Nacional, 5 y 6*(3 - 4 Enero a Diciembre de 1979 y 1 - 2 Enero a Junio de 1980), 9 - 14. BINS.

Galvis, G. (1988). Informe Focoex Preinstalaciones en el Norte de Santander Servicio de Salud de Norte de Santander, Cúcuta, 8 de Abril. ASEM.

García, M. (1992). Informe de Comisión presentado al Jefe Zona V DCD Dr. Madrid, R. Montería, 27 de Abril. ASEM.

García M; Madrid R. (1992). Comunicación de Coordinador Administrativo y Jefe Zona V DCD para Pagador Zona V, Sr. Rodríguez, A. Montería, 19 de Junio. ASEM.

Gast-Gálvis, A. (1982). *Historia de la Fiebre Amarilla en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Salud. BINS.

Gómez R; Martínez A. (1986). Correspondencia dirigida por Junta Directiva de ANDEMISAP Cali a Sarmiento, G. Jefe Zona III SEM (pp. 1 p). Cali, 3 de Diciembre. ASEM.

González, J. (1979). Comunicado del Jefe Zona XIV Honda al Director Nacional del SEM Dr. Campos, G. Honda, 20 de Diciembre. ASEM.

González, J. (1979). Comunicación del Jefe Zona XIV Honda al Director Nacional del SEM Campos, G. Honda, 26 de Diciembre. ASEM.

González Posso, C. (1992). Oficio Remisorio del Proyecto de Decreto por el cual se Reestructura el Ministerio de Salud en lo Referente a la División Transitoria de Campañas Directas del Ministro de Salud al Director Departamento Administrativo Servicio Civil (pp. 22 de Abril). ASEM.

Guevara M; Díaz D. (1987). Comunicación de la Junta Directiva Sindes Cord. al Médico Jefe Zona V del SEM. Montería, 10 de Julio. ASEM.

Guevara M; et al. (1987a). Comunicación de la Junta Directiva de Sindescord. al Médico Jefe Zona V Córdoba SEM. Montería, 16 de Julio. ASEM.

Guevara M; et al. (1987b). Comunicación del Sindes - Cord. al Jefe Zona V del SEM. Montería, 13 de Julio. ASEM.

Guevara M; et al. (1987c). Petición al Presidente Virgilio Barco Vargas. Montería, 24 de Julio. ASEM.
Guevara M; Hoyos L. (1987). Comunicación de la Junta Directiva del Sindes-Cord. al Médico Jefe Zona V Montería. Montería, 8 de Julio. ASEM.
Guzmán, J. (1983). Solicitud del Médico Jefe Zona VI al Inspector Regional de Trabajo de Turbo Medellín, 12 de Septiembre. ASEM.
Guzmán M; et al. (1978). Brote de Fiebre Amarilla Selvática en la Hoya del Rio Catatumbo. Departamento de Norte de Santander. Colombia - 1978. *Boletín Epidemiológico Nacional, 4*(3 - 4), 24 - 27. ABINS.
Hospital Inmaculada Concepción Abrego. (2003). Plan de Contingencia contra Fiebre Amarilla (8p). Abrego Norte de Santander: Hospital de Abrego. AIDSNS.
Jefatura Zona Cúcuta SEM. (1984). Informe enviado al Director Nacional del SEM Dr. Gómez, R. Cúcuta, Noviembre 10. ASEM.
Jefe Zona XIV Honda SEM. (1983). Informe enviado al Director Nacional del SEM Dr. Cáliz, O. Honda, 13 de Junio. ASEM.
Jiménez Vargas, L. (2003). Plan de Contingencia Contra la Fiebre Amarilla Centro de Salud de Hacarí (pp. 9 p). Hacarí, Norte de Santander. AIDSNS.
Lagoueyte, HM. (1990). Petición de la Hermana Enfermera Centro de Salud de Decordó al Ministro de Salud González Posso, C. (1 p). Decordó, 5 de Noviembre. ASEM.
Landázuri, C; et al. (1992). Petición de los Alumnos Escuela Nueva de Vuelta de Candelilla al Presidente César Gaviria Trujillo. 22 de Abril. ASEM.
Lobo, A. (2006). Subgrupo de Control de Vectores 1937- 2006. Gobernación de Norte de Santander, Instituto Departamental de Salud. Poster. AIDSNS.
Madrid, R. (1992a). Comunicado de la Jefatura de la Zona V De la División de Campañas Directas del Ministerio de Salud con Sede en Montería (2 p). Montería, 2 de Julio. ASEM.
Madrid, R. (1992b). Solicitud de Autorización Comisión ya Cumplida de Médico Jefe Zona V a Dr. Dussan, R. Director División para Control Enfermedades Tropicales. (1p). Montería, 15 de Julio. ASEM.
Madrid, R. (1992c). Solicitud de autorización de comisión (1p). Montería, 2 de Julio. ASEM.
Martínez, I. (1987). Informe de actividades del Jefe de Distrito I al Jefe de Zona V mes de Abril. Montería, 7 de Mayo. ASEM.
Martínez L; et al. (1992). Petición de los Habitantes Localidad Curundú al Presidente César Gaviria Trujillo. Curundú, 22 de Abril. ASEM.
Martínez, M. (1987). Fiebre Amarilla en el Valle Medio del Rio Magdalena Estudio y Control de la Epidemia. Resúmenes II Congreso Latinoamericano y V Congreso Colombiano de Medicina Tropical. *Biomédica, 7; Mayo* (Sup. 1), 90. ABINS.
Medina, J. (2003). Comportamiento de las Enfermedades en el año 2003 en el Distrito de Santa Marta (pp. 59): Departamento Administrativo de Salud Distrital de Santa Marta. ADASDS.
Mendoza Acuña, O. (2003). Plan de Contingencia para la Fiebre Amarilla Municipio de El Tarra (pp. 2 p). El Tarra Norte de Santander: Alcaldía - Centro de Salud. AIDSNS.
Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (1992). Correspondencia dirigida a Posso C Ministro de Salud (pp. 1).ASEM.
Ministerio de la Protección Social - Dirección General de Salud Pública - Instituto Nacional de Salud - Subdirección de vigilancia y control en salud pública. (2005). Informe de enfermedades transmitidas por vectores (ETV), 2004 (pp. 33 - 44). ASEM.
Ministerio de Protección Social Servicio Seccional de Salud de Norte de Santander. (2003). Resolución 02005 (pp. 2 p). AIDSNS.
Ministerio de Salud - Dirección de Campañas Directas - SEM. (1985). XIII Reunión Jefes de Zonas (pp. 10 p). Armenia, 1 de Noviembre. ASEM.
Ministerio de Salud - República de Colombia. (1991). Memorias III Reunión de Investigadores de Malaria y Otras Enfermedades Tropicales. Rionegro, Antioquia del 21 - 25 de marzo. Bogotá: Ministerio de Salud. ASEM.
Ministerio de Salud Pública - Campañas Directas - Programa Antiaedes. (1975). *Campaña Antiaegypti de Colombia 1975*. Bogotá: Servicio de Erradicación de la Malaria. ASEM.
Ministerio de Salud Pública - Campañas Directas - Programa Antiaegypti. (1975). *Campaña Antiaedes Colombia 1975 - Cuadro de Actividades realizadas por Departamento*. Bogotá: Servicio de Erradicación de la Malaria. ASEM.

Ministerio de Salud Pública - Servicio de Erradicación de la Malaria SEM. (1973). *Formatos de Solicitud de Empleo para Personal a Jornal*. ASEM.
Ministerio de Salud República de Colombia. (1985a). Resolución 10101 del 4 de Julio. Bogotá. ASEM.
Ministerio de Salud República de Colombia. (1985b). Resolución No. 10099 del 4 de Julio. Bogotá. ASEM.
Ministerio de Salud República de Colombia. (1985c). Resolución No. 10100 del 4 de Julio. Bogotá. ASEM.
Ministerio de Salud República de Colombia. (1985d). Resolución No. 10102 del 4 de Julio. Bogotá. ASEM.
Ministerio de Salud República de Colombia. (1985e). Resolución No. 10120. Bogotá. ASEM.
Morelli Santaella, et al. (2003). Informe de acciones desarrolladas ante epidemia de fiebre amarilla en región del Catatumbo. Junio 18 a julio 8 de 2003.: Servicio Seccional de Salud de Norte de Santander. Grupo de Vigilancia en Salud Pública. AIDSNS.
Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. (2001, 3 - 6 de Octubre). *El Derecho a la Salud, Una Vía hacia la Paz.* Paper presentado en el Primer Congreso Nacional por la Salud, Bogotá. AP.
Muentes, E. (1992). Comunicado al Jefe Zona V Dr. Madrid, R. Montería, 13 de Abril. ASEM.
Muñoz E; et al. (1992). Petición Autoridades Indígenas de la Comunidad Huitoto Jirirí al Presidente César Gaviria Trujillo. Jirirí, 13 de Abril. ASEM.
Orobio J; et al. (1992). Petición de Estudiantes de Guapi a la Niña María de la Paz Gaviria. Noanamito, 8 de Marzo. ASEM.
Padilla, J. A., F. (1985a). Comunicado No. 01 de la Junta Directiva Sindes Bogotá a los Compañeros Ministerio de Salud, Fondo Nacional Hospitalario y Malaria. Bogotá, 15 de Marzo. ASEM.
Padilla, J. A., F. (1985b). Comunicado No. 02 de la Junta Directiva SINDES Bogotá a sus afiliados. Bogotá, 9 de Abril. ASEM.
Perdomo, G. (1992). Solicitud al Consejo de Administración de Cootrasem LTDA. Montería, 8 de Septiembre. ASEM.
Pérez, D. (1992). Carta de Asistente de Operación de Campo al Dr. Dussan, R. Director División de Campañas Directas (pp. 1). Montería, 8 de Julio. ASEM. ASEM.
Presidente Sindes Nacional. (1992). Constancia (pp. 1). ASEM.
Procuraduría General de la Nación. (1985). Oficio No. 1598. Arauca, 17 de Octubre. ASEM.
Quiñones C; et al. (1990). Petición de la Junta Directiva ANTHOC Seccional Buenaventura al Presidente Virgilio Barco (pp. 1 p). Buenaventura, 30 de Enero. ASEM.
Quiñones, C. e. a. (1992). Carta de Junta Directiva de Anthoc Buenaventura al Ministro de Salud Camilo González Posso. Buenaventura, 10 de Junio. ASEM.
Ramírez, I. e. a. (1992). Petición de los Habitantes de Rio Nuevo Bolívar al Presidente César Gaviria Trujillo (pp. 24 de Abril). ASEM.
Rangel, J. V., F. (1983). Comunicación del Sindescord. al Presidente Belisario Betancur Cuartas. Montería, Agosto 5. ASEM.
Rengifo, M. (1992). Carta del Alcalde Local de Terralta a la Junta Directiva del Sindess Córdoba. Tierralta, 10 de Marzo. ASEM.
República de Colombia Secretaría de Salud de Norte de Santander. (2003). Plan de Contingencia de Fiebre Amarilla San José de Cúcuta, Norte de Santander: Grupo Epidemiologia. AIDSNS.
Riascos, R. et al. (1993). Petición de los Habitantes de la Costa Pacífica al Dr. González, E. Secretario General del Ministerio de Salud. Buenaventura, 15 de Junio. ASEM.
Rodríguez, A. (1985). Telegrama del Presidente SINDES Seccional Antioquia a la Jefe División Administrativa SEM Dra. Salas, R. Medellín, 3 de Mayo. ASEM.
Rodríguez Hernández, J. (1979). Antecedentes y situación actual de la fiebre amarilla en jurisdicción de la zona XVI del SEM, Bucaramanga. (pp. 11): Ministerio de Salud República de Colombia SEM, Septiembre. ASEM.
Rose, W (1981) *An evaluation of entomological warfare as a potential danger to the United States and European NATO Nations.* Dugway Utah. US Army Dugway Proving Ground. 10 p. Disponible en: http://www.gwu.edu/~nsarchiv/ The national security archive The George Washington University (Citado de: 28/02/2011)
Rueda, P. (1983). Solicitud del Jefe Zona XIV Honda al Director Nacional del SEM Dr. Cáliz, O. Honda, 5 de Septiembre. ASEM.
Rueda, P. (1985). Comunicación del Jefe Zona XIV Honda al Juez 4 Superior del Socorro Santander. Honda, 5 de Febrero. ASEM.

Secretaría de Desarrollo de la Salud del Magdalena. (2004). Plan de contingencia fiebre amarilla enero a noviembre 2004. Santa Marta. Presentación en Power Point. ASDSM.

Secretaría de Desarrollo de la Salud del Magdalena. Santa Marta. (2004). Plan De Contingencia Fiebre Amarilla Enero a Mayo Santa Marta. Presentación en Power Point. ASDSM.

Secretaría de Salud de Norte de Santander. (2003). Informe acciones desarrolladas plan de contingencia contra fiebre amarilla. Enero 14 al 8 de abril.: Grupo Vigilancia en Salud Pública. AIDSNS.

Secretaria de Salud Municipio de San José de Cúcuta. (2004). Resultados del plan de contingencia de fiebre amarilla en el municipio de San José de Cúcuta. AIDSNS.

Secretario de Salud de Norte de Santander. (2003a). Memorando dirigido a Alcaldes, EPS, ARS, IPS del Sector Público y Privado para Declarar Alerta epidemiológica por posibles casos de fiebre amarilla en el municipio de José María Semprun , Estado de Zulia Venezuela (pp. 2 p). Cúcuta, 15 de enero. AIDSNS.

Secretario de Salud de Norte de Santander. (2003b). Memorando Dirigido a Alcaldes, EPS, ARS, IPS Sector Público y Privado para Intensificar las Actividades de Vigilancia y Control para Fiebre Amarilla y Operativizar el Plan de Contingencia (pp. 3 p). San José de Cúcuta. AIDSNS.

Sepúlveda, L. (1979). *Memorando: Informe para González, Jorge. Jefe Zona XIV-Honda*. Puerto Berrío: Servicio de Erradicación de la Malaria. ASEM.

Servicio de Erradicación de la Malaria. (1975). Campaña Antiaegypti en Colombia 1975. Bogotá, Octubre. ASEM.

Servicio de Erradicación de la Malaria. (1976). *Informe de Vacunación realizada por el SEM. Vacunas contra la Fiebre Amarilla Aplicadas por el SEM en áreas Endémicas 1972 - 1976*. Bogotá: Ministerio de Salud Pública - República de Colombia. ASEM.

Servicio de Erradicación de la Malaria. (1978). Informe de Actividades en el Área Fronteriza. Convenio Fronterizo Colombo Venezolano. XVII Reunión del Grupo Colombo - Venezolano de Malaria y otras Enfermedades Metaxénicas. 25 - 26 de Octubre. (pp. 47 p). San Cristóbal, Táchira, Venezuela: Ministerio de Salud Colombia. ASEM.

Servicio de Erradicación de la Malaria Zona XVII. (1979). *Informe sobre brotes de fiebre amarilla selvática y dengue*. Cúcuta: Servicio de Erradicación de la Malaria. ASEM.

Siciliani, P. J. (1990). Telegrama del Padre Rector y Comunidad Educativa Colegio San José Guapi al Director del SEM Alejandro Rodríguez (pp. 1 p). Guapi, 8 de Noviembre. ASEM.

Sindicato Nacional de Empleados de Salud. (1983). Agenda de Entrevista Ministro de Salud. Bogotá, 15 Septiembre. ASEM.

Sindicato Nacional de Empleados de Salud Sindes. (1992). Exposición de Motivos Proyecto de Ley por el cual se Reorganiza la División de Campañas Directas del Ministerio de Salud, se Determina su Estructura y sus Funciones y se Dictan Disposiciones para su Delegación al Nivel Territorial (pp. 3). ASEM.

Sindicato Trabajadores Departamento del Cesar SINTRODEC. (1981). Telegrama al Director de Campañas Directas Cáliz, O. Valledupar, 16 de Julio. ASEM.

Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública. (1997). *Tres casos probables de fiebre amarilla*: República de Colombia Ministerio de Salud. ASEM.

Sociedad de Biblias y Tratados Torre del Vigía. (1992). Comunicación de la Comunidad de Testigos de Jehová al Dr. Dussan, R. Director División Campañas Directas Ministerio de Salud (pp. 1 p). Bogotá, 22 de Enero. ASEM.

Suárez, H. (2004). Dinámica del desplazamiento forzado en Colombia (pp. 23 p. http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/3822.pdf [Citado de: 3823/3808/2010]): Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento Forzado CODHES.

Supervisores SEM Zona V Montería. (1989). Informe presentado al Médico Jefe Zona V Montería Dr. Ceballos, A. Montería, 3 de Agosto. ASEM.

Supervisores Zona V Montería. (1987). Informe de Actividades Distrito No. 2 Base Caucasia al Jefe de Zona V Montería, Dr. Ceballos, A. Caucasia, 2 de Abril. ASEM.

Tinjacá P; Urrego E. (1983). El grupo de Fiebre Amarilla y su futuro. Bogotá: Instituto Nacional de Salud. ABINS.

Unidad Administrativa Especial de Campañas Directas Bogotá. (1998). Promoción, prevención, vigilancia y control de la fiebre amarilla en Colombia. Documento Técnico Sin Publicar. Ministerio de Salud República de Colombia. ASEM.
Uribe J; Moquillaza J. (1979). Brotes epidémicos de fiebre amarilla selvática registrados en Colombia Mayo - Agosto, 1979. Informe Preliminar. (pp. 29). Bogotá, Septiembre 12. ASEM.
Valencia H; et al. (1985). Comunicado de la Junta Directiva SINDES Seccional Chocó al Director Zona VII SEM, Dr. Castro Oscar. Quibdó, 15 de Julio. ASEM.
Valencia, J.; et al. (1990). Petición del Grupo de Docentes del Corregimiento Noanamito al Ministro de Salud Camilo González Posso (pp. 1). Noanamito, 2 de Noviembre. ASEM.
Vergara, G. et al. (1992). Carta de la Junta Directiva del Sindes Córdoba al Alcalde de Montería (pp. 2 p). Montería, 20 de febrero. ASEM.

D. PUBLICACIONES PERIÓDICAS NACIONALES

El Tiempo, 1974 – 2004
El Espectador, 1974 - 2004
Tribuna Roja, 1993 - 1997
Voz Proletaria, 1981 – 1990
El Mundo, 1987 – 2004
Vanguardia Liberal, 1981 – 2004
El Siglo, 1979 – 1991
El País, 1981 – 2004
El Colombiano, 1979 – 2004
La República, 1979 – 1991
El Heraldo, 1980 – 2004
El Nuevo Siglo, 1990 – 2004
El Pulso, 2004
Diario de la Frontera, 1984
Diario Oficial, 1982 – 1987
Periódico Sindess, 2002 – 2004
Centro de Medios Independientes Indymedia Colombia, 2003 – 2004
La Hoja Noticiosa, 1882

E. ENTREVISTAS Y OTRAS FUENTES ORALES[61]

Trabajador Campañas Directas Secretaría de Salud de Norte de Santander. (2006). Entrevista efectuada por la autora. Cúcuta, 14 de Octubre
Perfil: técnico profesional con formación específica y más de 25 años de experiencia en trabajos de campo y coordinación de acciones contra enfermedades transmitidas por vectores. Nivel operativo laboralmente activo. Sin experiencia sindical.

Trabajador Departamento Administrativo de Salud Distrital de Santa Marta. (2007). Entrevista realizada por la autora. Santa Marta, 25 de Abril.
Perfil: profesional especializado con experiencia en coordinación de acciones contra las ETV de más de 20 años. Experiencia sindical en su región dentro del sector salud, actualmente inactivo. Nivel directivo laboralmente activo.

[61] Aunque todas las personas participantes en las entrevistas y conversaciones citadas otorgaron previamente su consentimiento informado verbal para utilizar sus nombres y filiaciones actuales en las citaciones de este trabajo, en el momento de escribir el informe final la autora tomó la decisión de proteger sus identidades por motivos de seguridad, dada la naturaleza de algunas de las informaciones obtenidas. Se sustituyen las identidades por un breve perfil del informante.

Trabajador de salud de la Secretaría de Salud de Casanare. (1997). Entrevista efectuada por la autora. Yopal, 12 de Noviembre.
Perfil: profesional universitario con experiencia en salud pública y administración de personal sanitario. Nivel directivo en ejercicio. Sin experiencia sindical.

Trabajadora del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander. (2006). Entrevista realizada por la autora. Cúcuta, 18 de Octubre.
Perfil: profesional especializada con amplia experiencia y formación en salud pública y administración de personal sanitario, así como en trabajo de terreno y coordinación de acciones contra las ETV y otras entidades de interés en salud pública. Nivel directivo en ejercicio actual. No se exploró experiencia sindical.

Trabajadores de Departamento Administrativo de Salud Distrital de Santa Marta. (2007). Notas de conversaciones con dos grupos de trabajadores realizadas por la autora. Santa Marta. 26 de Abril.
Perfiles: profesionales universitarios, especializados y técnicos con experiencia directa en el afrontamiento de epidemias contra las ETV en su territorio. Niveles directivo y operativo, en ejercicio actual. Variada experiencia sindical.

Líder Sindical de Anthoc. (2007). Entrevista realizada por la autora. Bogotá, 2 de Abril.
Perfil: técnico profesional con formación específica y más de 20 años de experiencia en trabajos de campo en acciones contra enfermedades transmitidas por vectores. Nivel operativo sin ejercicio actual. Larga experiencia sindical en la que permanece activo hasta la fecha, con importante liderazgo y vocería durante los procesos de reforma de los programas contra ETV en la década de los noventa.

FUENTES SECUNDARIAS

A. LIBROS

Archila, M. (1978). *"Aquí nadie es forastero. Testimonio de la formación de una cultura radical: Barrancabermeja 1920 - 1950"* (Vol. 133 - 134). Bogotá, Colombia: CINEP.

Archila, M. (2003). *Idas y venidas, vueltas y revueltas. Protestas sociales en Colombia 1958 - 1990*. Bogotá: ICANH – CINEP – DIAKONIA Acción Ecuménica Sueca. 500 p.

Archila, M., Delgado, A., García, M., Prada, E., (2002). *25 años de luchas sociales en Colombia 1975 - 2000.* Bogotá: CINEP.

Archila M; Pardo M. (2001). *Movimientos sociales, Estado y democracia en Colombia*. Bogotá: CES/U. Nacional/ICAHN.

Arnabat, R. (1998). Contra - revolución, anti-revolución y movimientos sociales. In J. E. Castillo S y Ortiz (Ed.), *Estado, Protesta y Movimientos Sociales* (pp. 249 - 262). Bilbao: Asociación de Historia Social - Universidad del País Vasco.

Barbosa da Silva F y de Lacerda Abreu, L. (2002). *Saúde: capacidade de luta. A experiência do conselho nacional de saúde*. Brasilia: IPEA.

Caïs, J. (1997). *Metodología del análisis comparativo*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas -CIS-.

Cardoso, C. (2000). *Introducción al trabajo de la investigación histórica. Conocimiento, Método e Historia*. Barcelona: Crítica.

Cardoso, C. (1999). *Los métodos de la historia. Introducción a los problemas y métodos de la historia demográfica, económica y social*. Barcelona: Crítica.

CINEP. (2009). *Informe Especial. La Protesta Social 2002 - 2008: En Cuestión las Políticas Públicas de Uribe Vélez* . CINEP (pp. 20 p).

Comité internacional de la Cruz Roja (1996) *Protocolos adicionales a los convenios de Ginebra*. Ginebra. Editorial GEO. 91 p.

Comité internacional de la Cruz Roja (2006a) *Derecho Internacional Humanitario. Respuesta a sus Preguntas*. CICR. 42 p.

Comité internacional de la Cruz Roja (2006b) *Estatutos del Movimiento Internacional de la Cruz Roja*. CICR. 32 p.

Corporación Nuevo Arcoiris (2010) *Y refundaron la patria… de cómo mafiosos y políticos reconfiguraron el Estado colombiano.* Bogotá, Nomos. 523 p.

Cuervo Márquez, L. (1891). *La Fiebre Amarilla en el Interior de Colombia. Epidemia de Cúcuta. Fiebres del Magdalena*. Curazao.

Estrada, J. (2004). *Construcción Del Modelo Neoliberal En Colombia, 1970 - 2004. Origen E Itinerario. Análisis Desde La Teoría Política. Implementación Jurídica*. Bogotá: Aurora.

Fleury Teixeira, S; et al. (1990). *Relatoría parcial sobre la investigación "Movimientos sociales, construcción de hegemonía y formulación de políticas: un estudio sobre el movimiento médico y los movimientos populares en salud"*. Rio de Janeiro: Núcleo de estudios político - sociales en salud - NUPES -.

Franco, S. (1990). *El paludismo en América Latina*. México: Editorial Universidad de Guadalajara: 260 - 269.

Franco, S. (Ed.). (2002). *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Franco, S; et al. (1991). *Debates en Medicina Social*. Quito: Organización Panamericana de la Salud.

Goldston, J. (2003). Comparative historical analysis and knowledge accumulation in the study of revolutions. . In Mahoney y Rueschemeyer (Eds.) (Ed.), *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences* (pp. 41 - 91). Cambridge: Cambridge University Press.

Hernández Álvarez, M. (2002). *La Salud Fragmentada*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Hernández Álvarez, M. (2004). *La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina. Una comparación socio - política, 1880 - 1950*. Bogotá: Unbiblos. Universidad Nacional de Colombia: 17-75.

Hernández, M; Obregón, D. (2002). *Los Cien Años de la OPS en Colombia*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud.

Jaramillo, I. (1999). *El futuro de la salud en Colombia*. Bogotá: Fescol.

Laraña, E. (1999). *La construcción de los movimientos sociales*. Madrid: Alianza Editorial S.A.

López-Alves, F. (2003). *La formación del Estado y la democracia en América Latina* (Segunda ed.). Bogotá: Norma.

López Maya, M. (2002). *Protesta y cultura en Venezuela: los marcos de acción colectiva en 1999*. Buenos Aires: CLACSO. 171 p.

López Maya, M. (Ed.). (1999). *Lucha popular, democracia y neoliberalismo: protesta popular en América Latina en los años de ajuste*. Caracas: Nueva Sociedad.

Medina, M. (1984). *La protesta urbana en Colombia en el siglo XX*. Bogotá: Aurora.

Mejía Villegas, D. e. a. (2007). La tutela y el derecho a la salud. Período 2003-2005 (pp. 86 p): Defensoría del Pueblo República de Colombia.

Moore, B. (1973). *Social Origins of Dictatorship and Democracy*. *Lord and Peasants in the Making of the Modern Word*. Beacon Press. Boston. 565 p.

Múnera, L. (1998). *Rupturas y continuidades. Poder y movimiento popular en Colombia 1968 - 1988*. Bogotá: IEPRI-Universidad Nacional de Colombia-CEREC.

Palacios, M; Safford, M. (2002) *Colombia. País fragmentado, sociedad dividida*. Norma, Bogotá. 744p.

Quevedo E et al. (2004). *Café, Gusanos, Mosquitos y Petróleo. El tránsito de la higiene hacia la salud pública en Colombia, 1873-1953.* . Bogotá: Universidad Nacional/Instituto de Salud Pública/Centro de Historia de la Medicina.

Ragin, C. (1987). *El método Comparativo. Más allá de las estrategias cualitativas y cuantitativas. . [The Comparative method. Moving beyond qualitative and quantitative strategies]* (Primera impresión en libro de bolsillo, 1989 ed.). Los Ángeles, California: Universidades de California – Berkeley.

Roth, A. (2002) *Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación.* Bogotá. Aurora. 232 p.

Sánchez, R. (2009). *Huelga. Luchas De La Clase Trabajadora En Colombia, 1975 - 1981*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Scott, J. (2002). *Los dominados y el arte de la resistencia*. México: ERA.

Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE. (s.f.). Normas Sobre Ética Médica. Ley 23 De 1981.

Tanaka, M. (1995). Elementos para un análisis de los movimientos sociales. Individualismo metodológico, elección racional y movilización de recursos. *Revista Análisis Político, 25*(Mayo - Agosto), 7 - 23.

Tarrow, S. (1997). *El poder en movimiento. Los movimientos sociales, la acción colectiva y la política*. Madrid: Alianza.

Tilly, C. (1991). *Grandes estructuras, procesos amplios, comparaciones enormes*. Madrid: Alianza.

Tilly, C. (2008). *Contentious performances*. New York: Cambridge Press.
Touraine, A. (1997). *¿Podremos vivir juntos?* México: Fondo de Cultura Económica.
Silva Olarte, R. (1992). *Las epidemias de la viruela de 1782 y 1802 en la Nueva Granada.* Cali, Universidad del Valle. 173 p.
Vicepresidencia República de Colombia - Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH. (2005). Dinámica reciente de la confrontación armada en la Sierra Nevada de Santa Marta (pp. 66p. http://www.derechoshumanos.gov.co/observatorio_de_DDHH/04_publicaciones/sierra_nevada.pdf [Citado de: 23/08/10]): Imprenta Nacional.
Vidal, S. (2007). Introducción a La Bioética Clínica Y Social. Módulo I. Introducción General Y Antecedentes. In *Programa de Educación Permanente en Bioética - Red bioética - UNESCO* (pp. http://www.redbioética-edu.com.ar Citado de: [1/ 06 / 07], 01 – 29.
Watts, S. (1997). *Epidemics and history. Disease, Power and Imperialism*. London: Yale University Press.

B. ARTICULOS DE LIBROS, REVISTAS Y PERIÓDICOS

Betancur, M. (2006). Del Estatuto de Seguridad al estado comunitario: veinticinco años de criminalización de la protesta social en Colombia. *Revista CLACSO*, (19 julio), VI doi:http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal19/andina.pdf [Citado de: 28/10/07].
Borrero, A (2004) *El conflicto armado interno, los cultivos ilícitos y la gobernabilidad local.* Revista Ópera. Universidad Externado de Colombia Vol. 4 (004): 285 – 307.
Colombia Nunca Más. (2001, 16 de Julio). Puerto Berrío. *Equipo Nizkor- Derechos Human Rights*
De Oliveira, R; Valla, V. (2001). Living conditions and life experiences of working - class groups in Rio de Janeiro: rethinking dengue control and popular mobilization. *Cad. saúde pública, 17 (Suplemento)*, 77 - 88.
Domíngues, J M. (2007). Os movimentos sociais latino - americanos: características e potencialidades. *Análise de Cojuntura OPSA* (2, Fevereiro), 20 - 37.
Escorel, S. (1994) Exclusäo social e saúde. *Saúde debate*;(43):38-43, jun.
Garrafa, V. (2005). De Una Bioética De Principios a Una Bioética Interventiva. *Bioética, 13*(1), 125 - 134.
González, R; Peláez, L (2006) *El ayuntamiento de Barcelona y la red de solidaridad internacional.* Equipo de Análisis de Políticas Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Revista Catalunya Global No. 11. En: L´institut Internacional de Governabilitat de Catalunya. Colección de documento. En: http://www.iigc.org/documentos/ (Citado de: 08/02/2006).
González, F; Posada, C (2001) *Criminalidad, violencia, y gasto público en defensa, justicia y seguridad en Colombia*. Rev. econ. inst. vol.3 no.4 Bogotá Jan./June. Pp. 78 – 102.
Grew, R. (1980). The case for comparing histories. *The American Historical review, 85*(4 Oct.), 763 - 778.
Grupo Trascendent. (2006) Trascender los conflictos. La perspectiva de Johan Galtung. *Revista Futuros.* 13 (4). http://www.revistafuturos.info/futuros13/trascender_conflictos.htm [Citado de: 20/08/2009].
Hernández Álvarez, M. (2003). El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Rev. Cubana de salud pública, 29*(3), 228 - 235.
Hernández, F. (1887). Carta al Dr. Nicolás Osorio con informe sobre las inoculaciones preventivas en Cúcuta. *Revista de Higiene, Vol. 1 No. 1:69-72.*
Jiménez-Martín, C. (2006). Momentos, escenarios y sujetos de la producción constituyente. Aproximaciones críticas al proceso constitucional de los noventa. *Análisis Político, 58*, 132 - 156.
Jiménez, M; et al. (2007). Reformas sanitarias e impacto del control de malaria en dos áreas endémicas de Colombia, 1982 - 2004. *Colombia Médica, 38*(002), 113 - 131.
Köhler, G; Alcock, N. (1976). An Empirical Table of Structural Violence. *Journal of Peace Research*, 13(4) pp. 343-356. URL: http://www.jstor.org/stable/422498 [Citado de: 29/09/10].
Linhares Pimienta, A. (1993). Políticas públicas y movimientos sociales: estrategias y formas de lucha. Debate. En: M. Vasconcelos (Ed.), *Salud y revisión constitucional: control social y formas organizativas del SUS* (pp. 9 - 21). Brasil: Organización Panamericana de la Salud.
López Maya, M. (1997). El repertorio de la protesta popular venezolana entre 1989 y 1993. *Cuadernos del CENDES, 14*(36 Sept. - Dic.), 109 - 130.

López Maya, M. (1999). Venezuela: Formas de la protesta popular entre 1989 y 1994. *Rev. Venez. de Economía y Ciencias Sociales, 5*(4 (Oct. - Dic.)), 11 - 41.
Mejía Rodríguez, P. (2004). "De ratones, vacunas y hombres: el programa de fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller en Colombia, 1932 - 1948". *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Ilus., 24*, 119-155.
Mitsch, D. (1992). Women´s movements and state policy reforms aimed at domestic violence against women: a comparison of consequences of Movement Mobilization in the U.S. and India. *Gender and Society, 6*(4), 587 - 608.
Patiño,O (2003) *El fenómeno paramilitar en Colombia*. Bajo el Volcán, Primer Semestre año / Vol.3, No.006. Benemerita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, México. Pp. 71 – 91.
Poveda, G. R., M; (1997). Evidencias de asociación entre brotes epidémicos de malaria en Colombia y el fenómeno del niño – oscilación del sur *Rev. Acad. Colomb.Cienc, XXI* (81), 421 – 429.
Retamozo, M. (2006). Esbozos para una epistemología de los sujetos y los movimientos sociales. *Cinta de Moebio*. 26. pp 16. http://www.moebio.uchile.cl/26/retamozo.htm [Citado de: 27/03/07].
Retamozo, M. (2009). Las demandas sociales y el estudio de los movimientos sociales. *Cinta de Moebio*. 35:110-127 www.moebio.uchile.cl/35/retamozo.html [Citado de: 27/09/10].
Rodríguez, J. (2009). Dinámica Probabilística Temporal de la Epidemia de Malaria en Colombia. *Revista Med 17*(2), 214-221.
Rojas W; Botero S; Garcia H. (2001). An integrated malaria control program with community participation on the Pacific coast of Colombia. *Cad. Saúde Pública 17 (Suplemento)*, 103-113.
Salazar, G (2005) *Mirada crítica al conflicto armado colombiano*. En: ACNUR. Memorias del Seminario-Taller Internacional de contextualización sobre desplazamiento forzado y refugio en zonas de frontera. 22p.
Valero - Bernal, M. (2006). Malaria in Colombia: Retrospective Glance during the Past 40 Years. *Rev. salud pública, 8*(3), 141 – 149.
Velasco Jaramillo, M. (2007). Los efectos de la Constitución de 1991 sobre la protesta social en Colombia: un análisis estadístico. *Revista Colombiana de Sociología, 28*, 73 - 93.
Velásquez, C (2006) *El ámbito político en el conflicto armado con las FARC, 1990 – 2006.* Revista de Relaciones Internacionales, Estrategia y Seguridad, Vol. 1, No. 2 , pags. 157-194.
Wolf, P (2002) *La historia secreta de Colombia.* Memorias Conferencia Universidad de La Sabana. Chía, Colombia. 20 de Marzo. 7 p. http://www.icdc.com/~paulwolf/colombia/unisabana.htm (Citado de: 26/02/2011).
World Health Organization. (2010). Reported Incidence Time Series Yellow Fever. http://www.who.int/immunization_monitoring/data/data_subject/en/index.html [Citado de: 23/08/2010].

C. DISERTACIONES ACADÉMICAS

Báez, L. (2008). *Infracciones a la misión médica y sus efectos en el personal de salud 2002 - 2005.* Tesis para optar al título de Magister en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
Blais, L; et al. (2000). *La psiquiatría comunitaria y los movimientos sociales: choque de dos mundos.* Paper presented at the International Association of Health Policy, La Habana, Cuba.
Escorel, S. (1987). *Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
García, C. M. (2004). *Las fiebres del Magdalena: la construcción de una noción médica colombiana, 1859 - 1886.* Tesis para optar al título de Magister en Historia. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
Gómez Suárez, A. (2001). *Indigenismo y movilización política en América Latina: los Tawahkas.* Tesis para optar al título de Doctora en Ciencias Políticas. Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.
Miranda, P. (1996). *El discurso y la práctica en la historia de una enfermedad: Epidemiología y Políticas de SIDA en Barcelona, Cataluña – España, y Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil.* Tesis para optar al título de Doctor en Ciencias Biomédicas. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Morales Borrero, C. (2009). *Dinámica sociopolítica para la configuración de las políticas de salud sexual y reproductiva de jóvenes en Colombia, 1992-2005.* Tesis para optar al título de Doctora en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Morales, E. (2005). *Sin miedo ni gloria: Ciencia y política en la segadora de vidas de tez amarílica, Valle de Soto 1911 y Bucaramanga 1923.* Tesis de Pregrado para optar al título de Historiador, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga.

Quevedo E et al. (2005). Historia de la Lucha contra la Fiebre Amarilla en Colombia, fase I: La construcción del concepto de fiebre amarilla selvática, 1907 - 1948. Sin publicar. Proyecto de Investigación. Colciencias - Universidad Nacional de Colombia.

Uribe, M. (2009). *La contienda por las reformas del sistema de salud en Colombia, 1990 - 2006.* Tesis para optar al título de Doctora en Ciencias Sociales con Especialidad en Sociología, Colegio de México Centro de Estudios Sociológicos, México D.F.

Viejo Viñas, R. (2001). *La unificación de Alemania: Discursos y acción. Un estudio sobre el nacionalismo alemán actual.* Tesis para optar al título de Doctor en Ciencias Políticas. Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

INDICE GENERAL ALFABÉTICO DE AUTORES Y REFERENCIAS

Acevedo, U. (1983a, 15 de Abril). Acción contra epidemias acuerdan Jefes de Salud en Santa Marta. *El Heraldo,* p. 12A.

Acevedo, U. (1983b, 1 de Diciembre). Paro En Hospital De Santa Marta. *El Heraldo,* p. 9A.

Acevedo, U. (1984a, 16 de Agosto). En la Sierra Nevada aparece la Fiebre Amarilla. *El Heraldo,* p. 3A.

Acevedo, U. (1984b, 12 de Noviembre). Paro en Hospital y en Acueducto de Ciénaga *El Heraldo,* p. 9A.

Acevedo, U. (1986, 7 de Octubre). En Santa Marta: epidemia de dengue por emergencia sanitaria. *El Heraldo,* p. 4B.

Acevedo Ulilo. (1984a, 18 de Octubre). En Santa Marta cerrado el hospital *El Heraldo,* p. 9A.

Acevedo Ulilo. (1984b, 25 de Febrero). Paro Hospitalario en Magdalena. *El Heraldo,* p. 9A.

Aguas Vergara, A. (1987, 17 de Marzo). Acueducto y Hospital: "Solución definitiva o lucha indefinida". *Vanguardia Liberal,* p. 20.

Aguilar Ríos, J. (2003, 23 de Septiembre). Fracasó la ley 100: las promesas incumplidas de la seguridad social. *El Mundo,* p. A5.

Alarcón, J. M., A. (1983a). Comunicación al Director Nacional de Campañas Directas de la Junta Directiva Nacional SINDES. Bogotá, 22 de Septiembre.

Alarcón, J. M., A. (1983b). Oficio No. 186 de la Junta Directiva Nacional del Sindes al Presidente Belisario Betancur, al Ministro de Salud Jaime Arias y al Director General de Campañas Directas Oswaldo Cáliz. Bogotá, 1 de Septiembre.

Aldana, G. (1974, 1 de Mayo). Extensión del paro médico si no hay acuerdo hoy. *El Tiempo,*

Alvarado, M., (1982, 9 de Octubre). Informe del Obispo de Barranca sobre violencia en el Magdalena Medio. *El Espectador,* p. 19 A.

Amnistía Internacional. (1980). *Informe de una misión de Amnistía Internacional a la República de Colombia 15 - 31 de Enero de 1980*. Bogotá: Amnistía Internacional.

Ampudia, S. (1992). Petición de Funcionario del SEM al Presidente Cesar Gaviria Trujillo (pp. 22 de Abril).

Anónimo. (2004). Colombia: Editorial de la Revista Insurrección. Fiebre Amarilla y Paludismo: Instrumentos de la Doctrina Militar Colombiana. Retrieved 14/02/2004]

Antonio, O. (1975, 5 de Agosto). Programa de Salud en el Magdalena Medio. *El Espectador,* p. 10A,

Araujo E, J. (1975, 5 de Enero). Hospitales en Valledupar y Aguachica construirán en 1975. *El Espectador,* p. 9A.

Archila, M. (1978). *"Aquí nadie es forastero. Testimonio de la formación de una cultura radical: Barrancabermeja 1920 - 1950"* (Vol. 133 - 134). Bogotá, Colombia: CINEP.

Archila, M. (2003). *Idas y venidas, vueltas y revueltas. Protestas sociales en Colombia 1958 - 1990*. Bogotá: ICANH - CINEP.

Archila, M.,Delgado, A., García, M., Prada, E, (2002). *25 años de luchas sociales en Colombia 1975 - 2000*. Bogotá: CINEP - ICANH- DIAKONIA Acción Ecuménica Sueca, 173 p.

Archila M; Pardo M. (2001). *Movimientos sociales, Estado y democracia en Colombia*. Bogotá: CES/U. Nacional/ICAHN.
Archila Neira, M. e. a. (2002). *25 años de luchas sociales en Colombia 1975 - 2000*. Bogotá: Cine.
Ardila Cuellar, G. (1982, 9 de Octubre). En Putumayo continúa paro cívico. *El País*, p. 4 C.
Arias Barragán, J. (1983). $ 200.000 millones cuesta plan salud. *El Siglo*, p. 9A.
Arnabat, R. (1998). Contra - revolución, anti-revolución y movimientos sociales. In J. E. Castillo S y Ortiz (Ed.), *Estado, Protesta y Movimientos Sociales* (pp. 249 - 262). Bilbao: Asociación de Historia Social - Universidad del País Vasco.
Arroyave, A. (1999). Recuento histórico de la malaria en Antioquia *Rev. Epidemiol Antioquia 243* 145-155.
Asmedas - Anthoc - Anec. (1983, 4 de Marzo). Asmedas Atlántico, Anthoc Atlántico, Anec Atlántico a la opinión pública. *El Heraldo*, p. 14 A.
Asociación de Juntas Comunales del Catatumbo. (2004). Misión humanitaria "Por la vida en el Catatumbo". Centro de Medios Independientes. Retrieved Agosto 21 de 2008, http://colombia.indymedia.org/
Asociación Médica de Antioquia. (1981, 1 de Marzo). AMDA fija posición. *El Colombiano*, p. 5B.
Asociación Médica Sindical ASMEDAS. (1974, 1 de Mayo). Comunicado Urgente: Asmedas saluda a los compañeros trabajadores del país en el día universal del trabajo. *El Tiempo*.
Asociación Nacional de Empleados del Ministerio de Salud Pública. (1986). Ponencia presentada por los representantes de los trabajadores del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria SEM - ANDEMISAP al Debate del Señor Ministro de Salud César Esmeral Barros ante la Cámara de Representante (pp. 10 p). Bogotá 28 de octubre.
Astudillo, O. (1981). Comunicado del Jefe de Personal Dirección Campañas Directas a los Familiares de Núñez, C. Bogotá, 30 de Junio.
Ayala, C. K., A. (2002). La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. *Cad. Saúde Pública, 18*(6), 1771-1781.
Ayala J; et al. (1992). Petición de la Unión Sindical Obrera USO al Presidente César Gaviria Trujillo. Orito, 30 de Abril.
Ayatollah -seudónimo-. (1987, 22 de Marzo). ¿Paros cívicos o crisis del Estado? *El Tiempo*, p. 5A.
Báez, L. (2008). *Infracciones a la misión médica y sus efectos en el personal de salud 2002 - 2005*. Unpublished Tesis para optar al título de Magister en Salud Pública, Universidad Nacional De Colombia, Bogotá.
Barbosa da Silva F y de Lacerda Abreu, L. (2002). *Saúde: capacidade de luta. A experiência do conselho nacional de saúde*. Brasilia: IPEA.
Barrera, C. (1976, 11 de Junio). Emergencia por Fiebre Amarilla. *El Espectador*, pp. 1A, 8A.
Barrios, M. (2004a, 9 de Febrero). Detectan 6 nuevos casos de paludismo: en el Sur del César. *Revista. El Heraldo.*, pp. http://www.revistas/regional/00-02-09/ [Citado de: 04/04/05].
Barrios, M. (2004b, 24 de Mayo). En Valledupar: Ministro de Protección firmó pacto de salud pública. *El Heraldo*, p. 2D.
Barrios, M. (2004c). Pacientes son atendidos en los pasillos. *El Heraldo*, p. 8C.
Betancur, M. (2006). Del Estatuto de Seguridad al estado comunitario: veinticinco años de criminalización de la protesta social en Colombia. *Journal*, (19 julio), VI doi:http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal19/andina.pdf [Citado de: 28/10/07]
Blais L et al. (2000). *La psiquiatría comunitaria y los movimientos sociales: choque de dos mundos.* Paper presented at the International Association of Health Policy, La Habana, Cuba.
Bolaños, B. e. a. (1992). Petición del Sindicato de Empleados de Salud Pública al Presidente de la República y el Ministerio de Salud (pp. 19 de Mayo).
Borrero, A (2004) *El conflicto armado interno, los cultivos ilícitos y la gobernabilidad local.* Revista Ópera. Universidad Externado de Colombia Vol. 4 (004): 285 – 307.
Boshell, J. (1943). *Diarios 1943 - 1946*.Unpublished manuscript, Bogotá.
Boshell J; et al. (1987). Fiebre Amarilla Selvática en Colombia. Últimos Brotes en Anorí, Antioquia 1985 y Santander 1987. Resúmenes II Congreso Latinoamericano y V Congreso Colombiano de Medicina Tropical. *Biomédica, 7; Mayo* (Sup. 1), 91.
Botero, J. e. a. (1994). Petición dirigida por trabajadores del SEM a Álvarez, G. Director UAECD (pp. 1 p). Bogotá, 18 de Mayo.
Buelvas, H. (1984, 1 de Noviembre). En Córdoba paralizado el sector salud. *El Heraldo*, p. 12A.

Buelvas, H. (1987, 17 de Enero). Atención a las zonas de influencia guerrillera: prioridad del Gobierno anuncia Min salud. *El Heraldo*, p. 13A.
Buelvas, H. (1990, 17 de Mayo). Paro de salud en Córdoba. *El Heraldo*, p. 3C.
Buitrago, A. (1988, 22 de Febrero). Medio millón de casos de malaria en Colombia. *Vanguardia Liberal*, p. 15.
Caballero, J. e. a. (1992). Petición escrita al Presidente Cesar Gaviria Trujillo de habitantes de Cereté (Carta al Presidente Gaviria solicitando continuidad programas Campañas Directas ed.). Cereté.
Cadena, A. (1995 11 de Marzo). Sindess, a la vanguardia en el paro de la salud. *Tribuna Roja, http://www.moir.org.co/index.php?idcategoria=16034&ts=3a5316432ed157f4e202c477f8abd9f2&PHPSESSID=f4ef439fe25ef6aa732650b7e182313c [Citado de: 19/09/07].*.
Caïs, J. (1997). *Metodología del análisis comparativo*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas -CIS-.
Cala Otero, J. (1989, 6 de Mayo). Un enfermo más... a punto de morir. *El Tiempo*, p. 7B.
Calderón, J. (1987, 5 de Junio). Paro en Nororiente: Militarizan Ocaña. *El Tiempo*, p. 8 A.
Cáliz, O. (1979a). Comunicación del Director de Epidemiología del Ministerio de Salud a Budinich, M. Representante OPS / OMS en Colombia. Bogotá, 12 de Agosto.
Cáliz, O. (1979b). Comunicación dirigida por el Director de Epidemiología de Min salud a Budinich, M. Representante de la OMS / OPS en Colombia. Bogotá, 21 de Agosto.
Cáliz, O. (1983). Oficio del Director del SEM al Dr. Francisco Yepes Asesor Principal del Ministerio de Salud. Bogotá, 8 de Septiembre.
Cáliz O; et al. (1983). Acta de Acuerdo. Bogotá, 17 de Agosto.
Calvache, J. (1987, 21 de Febrero). Alerta en el Sur del país por brote de fiebre amarilla. *La República*, p. 3A,
Calvo Nuñes, H. (1987, 28 de marzo). ¿Desaparecerá el Ministerio de Salud? *El Tiempo*, p. 5A,
Calvo Núñez, H. (1975). *Desarrollo del Sistema Nacional de Salud Documento ISNS - 11 Plan Nacional de Salud Primera Fase - Nivel Local Módulo Anual de Cobertura (MAC - 1). Ministerio de Salud Pública República de Colombia*.
Calvo Núñez, H. (1976). *Informe al Honorable Congreso de la República de Colombia. Ministerio de Salud Pública*.
Camacho L; et al. (1992). Petición de Beneficiarios de los Servicios de la Malaria. Buenaventura, 30 de Abril.
Campesinos y Moradores Localidad Buenos Aires. (1992). Petición de los Campesinos y Moradores de Buenos Aires del Suncilla al Presidente César Gaviria Trujillo (pp. 19 de Abril).
Campos G; Vidales H; Rodríguez J; Morales A; Sanín L. (1980). *Fiebre Amarilla en la Sierra Nevada de Santa Marta. Estudio y Control de una Epidemia*. Bogotá: República de Colombia Ministerio de Salud.
Campos Germán; Vidales Hernando; Rodríguez Jorge; Morales Alberto; Sanín Luz. (1980). *Fiebre Amarilla en la Sierra Nevada de Santa Marta. Estudio y Control de una Epidemia*. Bogotá: República de Colombia Ministerio de Salud.
Cantillo C; et al. (1983). Constancia del Inspector de Trabajo y Seguridad Social del Municipio de Turbo Antioquia a Petición de la Parte Interesada. Turbo, 14 de Septiembre.
Capella, C. (2004, 23 de Enero). Fiebre amarilla ya es epidemia: Gobierno confirma muerte por este mal. *El Tiempo*, pp. 1 - 2.
Cardoso, C. (2000). *Introducción al trabajo de la investigación histórica. Conocimiento, Método e Historia*. Barcelona: Crítica.
Cardoso, C., (1999). *Los métodos de la historia. Introducción a los problemas y métodos de la historia demográfica, económica y social*. Barcelona: Crítica.
Carmona-Fonseca, J. U. R. C., A. (2008). Malaria vivas en niños: aspectos clínicos y respuesta a la cloroquina. *Colomb. Med. , 39*(4), 364-377.
Carrascal, N. (1984). *Denuncio formulado por la desaparición de cinco funcionarios de la brigada de vacunación antiamarílica organizada en Saravena*. Saravena (Arauca), Octubre 29: Juzgado Promiscuo Territorial de Saravena.
Carrizosa de Brigard, E. (1974, 8 de Enero). El seguro habla sobre la escases de drogas. *El Tiempo*,
Castellanos, G. (1974, 13 de Enero). Los hospitales están enfermos. *El Tiempo*,
Castiblanco, R. (1974, 26 de Mayo). Después del paro médico. *El tiempo*,

Castillo, F. e. a. (1992). Carta de los Trabajadores de la División Transitoria de Campañas Directas a Santos, E. Director Periódico El Tiempo.
Ceballos A; et al. (1987a). Acta de Visita No. 001. Montería, 13 de Julio.
Ceballos A; et al. (1987b). Acta de Visita No. 002 Montería, 14 de julio.
Celis, F. (1979). Brotes de Fiebre Amarilla Selvática en la Zona XVII del SEM Cúcuta Durante los Últimos 10 años, *Informe presentado por el Ingeniero Jefe de Zona al Jefe de Campaña Antiaegypti para revisión, adaptación y posterior información al Director Nacional del SEM y campañas Directas.* . Cúcuta, Octubre.
Celis, F. (1984a). *Comunicado a la Ciudadanía sobre desaparición de seis funcionarios del SEM*. Bogotá: República de Colombia - Ministerio de Salud - Dirección de Campañas Directas - Servicio de Erradicación de la Malaria - SEM.
Celis, F. (1984b, 4 de Noviembre). Comunicado del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria - SEM - Zona XVII -Cúcuta sobre desaparición de seis funcionarios en el Sarare. *Diario de la Frontera,* p. 2.
Celis, F. (1984c). *Informes originales y croquis sobre la desaparición de seis funcionarios del SEM en Arauca. Destinatario: Gómez León, Rodolfo*. Cúcuta. .
Celis, F. (1984d). *Plan de Vacunación en la región del Sarare, municipio de Saravena, a cargo de personal de la campaña antiaegypti adscrito a la zona XVII Cúcuta, durante el segundo semestre de 1984.* Cúcuta. 10 de Noviembre: Servicio de Erradicación de la Malaria - Dirección de Campañas Directas del Ministerio de Salud.
Celis, F. (1986). Comunicado al Juez 21 de Instrucción Criminal de Saravena Arauca. Cúcuta, 22 de Septiembre.
Centro de Salud de San Calixto. (2003). Plan de Contingencia Contra la Fiebre Amarilla Municipio de San Calixto (pp. 8 p). San Calixto Norte de Santander.
Centro de Salud de Teorama. (2003). Plan De Contingencia Contra La Fiebre Amarilla Municipio De Teorama (pp. 5 p). San Calixto Norte de Santander.
CINEP. (2009). Informe Especial. La Protesta Social 2002 - 2008: En Cuestión las Políticas Públicas de Uribe Vélez (pp. 20 p).
Cisneros, F. (1882). Memorial del Sr. Cisneros. *La Hoja Noticiosa, 156.*
Cohen, S. (1986, 7 de Noviembre). 100 trabajadores de la Malaria inactivos por falta de equipo. *El Heraldo,* p. 11B.
Cohen, S. (1987, 27 de junio). En Sector salud: $45 millones para superar el déficit. *El Heraldo,* p. 7B,
Colombia Nunca Más. (2001, 16 de Julio). Puerto Berrío. *Equipo Nizkor- Derechos Human Rights*
Colprensa. (1987, 25 de Marzo). Paro cívico en El Banco, Magdalena. *El País,* p. 3.
Comité de Vigilancia Epidemiológica Municipio de Tibú. (2003). Informe actividades realizadas plan de contingencia para la prevención y control de la fiebre amarilla enero - abril (pp. 7 p). Tibú Norte de Santander: COVE Municipal.
Comité internacional de la Cruz Roja (1996) *Protocolos adicionales a los convenios de Ginebra*. Ginebra. Editorial GEO. 91 p.
Comité internacional de la Cruz Roja (2006a) *Derecho Internacional Humanitario. Respuesta a sus Preguntas.* CICR. 42 p.
Comité internacional de la Cruz Roja (2006b) *Estatutos del Movimiento Internacional de la Cruz Roja*. CICR. 32 p.
Comité Permanente por la Defensa de los Derechos Humanos. (1980). *Represión y tortura en Colombia. Informes internacionales y Testimonios Nacionales*. Bogotá: Fondo Editorial Suramérica Colección Política
Comunidad Localidad La Solita. (1992). Petición de la Comunidad Localidad La Solita San José del Palmar al Presidente César Gaviria Trujillo.
Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia - Departamento Nacional de Planeación. (2004). Documento Compes Social 77 pp. http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/Subdireccion_Conpes/Social077.pdf [Citado de: 010/011/2009]).
Corporación Nuevo Arcoiris (2010) *Y refundaron la patria… de cómo mafiosos y políticos reconfiguraron el Estado colombiano.* Bogotá, Nomos. 523 p.

Cotes, A. (1991, 10 de Mayo). Denuncian trabajadores: Insalubridad en el hospital samario. *El Heraldo,* p. 5B.
Cuello Díaz, G. (1983, 14 de Diciembre). Paro cívico en Chiriguaná. *El Tiempo,* p. 3A.
Cuervo Márquez, L. (1891). *La Fiebre Amarilla en el Interior de Colombia. Epidemia de Cúcuta. Fiebres del Magdalena*. Curazao.
Child, J. (1985). El Tamaño del Estado. *El Espectador,* pp. 1D - 4D.
De La Espriella, R. (1982, 15 de Octubre). Los paros cívicos. *El Espectador*, p. 2 A.
De la Rosa, M. (1987a, 2 de Marzo). Alerta en Nariño por fiebre amarilla. *El País*, p. 2C.
De la Rosa, M. (1987b, 12 de Marzo). "Fiebre amarilla" en el Putumayo. *El País*, p. 2D.
de Oliveira R y Valla V. (2001). Living conditions and life experiences of working - class groups in Rio de Janeiro: rethinking dengue control and popular mobilization. *Cad. saúde pública, 17 (Suplemento)*, 77 - 88.
Departamento de Norte de Santander. (2003). Cobertura de vacunación antiamarílica. Período enero-diciembre Programa ampliado de inmunizaciones PAI.
Departamento Nacional de Planeación. (1992). Oficio dirigido al Dr. Dussan R Jefe División de Campañas Directas Ministerio de Salud (pp. 2).
Diario de la Frontera. (1984, 7 de Noviembre). Comunicado. *Diario de la Frontera*.
Díaz, C. (1983). Abandono En Salud Pública. *El Espectador,* p. 11A.
Dirección de Epidemiología. (1985). Reunión de Jefes de Programas de Control de Malaria y Otras Enfermedades Transmitidas por Vectores de los Países Miembros del Convenio Hipólito Unanue. Cúcuta, 17 y 18 de Septiembre: República de Colombia - Ministerio de Salud - Dirección de Campañas Directas.
Dirección del SEM Bogotá. (1983a). Aspectos atinentes entre la Dirección de Campañas Directas SEM, la Asociación Nacional de Empleados del Ministerio de Salud ANDEMISAP y el Sindicato Nacional de Empleados de Salud SINDES.
Dirección del SEM Bogotá. (1983b). Personal Fallecido y Desaparecido en Áreas de Orden Público. Bogotá, 13 de Septiembre.
Dirección del SEM Bogotá. (1983c). Situación de Cese de Actividades Zonas SEM. Bogotá, 27 de Septiembre.
Dirección General de Epidemiología Ministerio de Salud Pública. (1975). Editorial. *Boletín Epidemiológico Nacional 1*(4 Diciembre), 21-22.
Domingues, J. M. (2007). Os movimentos sociais latino - americanos: características e potencialidades. *Análise de Cojuntura OPSA* (2, Fevereiro), 20 - 37.
Donado, A. (1983). Comunicación del Médico Jefe Zona II SEM al Director Nacional del SEM Dr., Cáliz, O. Barranquilla, 31 de Agosto.
Duarte, R. (1984, 28 de Noviembre). En Bolívar: 150 millones para pagar a la Malaria. *El Heraldo,* p. 10ª.
Duarte Roberto. (1984, 8 de Junio). En Bolívar: Paralizados los hospitales. *El Heraldo,* p. 12ª.
Duque López, A. (1974, 07 de Abril). Paro médico en el Hospital de Barranquilla. *El Espectador*, pp. 1A, 11ª.
Durán, W., (1984, 19 de Noviembre). En retroceso lucha contra la malaria. *La República,* p. 2ª.
Dussan, R. (1992a). Respuesta del Jefe División Patologías Tropicales a Petición de los Habitantes Vereda Balcones Montañita Caquetá (pp. 26 de Agosto).
Dussan, R. (1992b). Respuesta desde la Jefatura División Campañas Directas a los Habitantes Comunidad Sandoná Nariño. Bogotá, 11 de Junio.
El Colombiano. (1979a, 12 de Julio). ACES protesta por un procedimiento del B - 2. *El Colombiano,* p. 13B,
El Colombiano. (1979b, 6 de Mayo). En Caquetá: Grave situación sanitaria por brotes de epidemias. *El Colombiano,* p. 14B.
El Colombiano. (1979c, 12 de Julio). Médicos residentes prolongarán paro. *El Colombiano,* p. 2ª.
El Colombiano. (1979d, 29 de Julio). Min salud reveló planes prioritarios. *El Colombiano,* p. 8ª.
El Colombiano. (1979e, 11 de Julio). Paran residentes internos del Hospital San Vicente. *El Colombiano,* p. 13A.
El Colombiano. (1979f, 12 de Julio). Rechazan detención de médico. *El Colombiano,* p. 14B.
El Colombiano. (1980a, 24 de Febrero). $330 millones destina el gobierno para la Erradicación de la Malaria. *El Colombiano,* p. 8C.

El Colombiano. (1980b, 2 de Enero). Federación Médica Colombiana respalda el Código de Ética. *El Colombiano,* pp. 1A, 12A.
El Colombiano. (1981, 25 de Abril). AMDA protesta por la detención del médico Vital Balthazar González. *El Colombiano,* p. 13B.
El Colombiano. (1982, 25 de Noviembre). La carta de Bateman al Presidente: "Sólo un cese del fuego logrará la paz". *El Colombiano,* p. 9B.
El Colombiano. (1983a, 14 de Junio). En Urabá: Paro de empleados del servicio de Erradicación de la Malaria. *El Colombiano,* p. 12A.
El Colombiano. (1983b, 28 de Agosto). Paran los del SEM y crece el paludismo. *El Colombiano,* p. 3C.
El Colombiano. (1985a, 28 de Febrero). Con el sacrificio del pueblo. *El Colombiano,* p. 5A.
El Colombiano. (1985b, 3 de Abril). Desmienten epidemia en los Llanos. *El Colombiano,* p. 11A.
El Colombiano. (1987a, 4 de Abril). 500.000 casos al año produce la malaria: INS. *El Colombiano,* p. 3A.
El Colombiano. (1987b, 6 de Diciembre). Denuncia Promeda: El Sistema Nacional es amorfo y disperso. *El Colombiano,* p. 6C.
El Colombiano. (1987c, 16 de febrero). Dice Min salud: "La Guerrilla impide el control del paludismo". *El Colombiano,* p. 7B.
El Colombiano. (1988, 8 de Agosto). Erradicación de la Malaria: Min salud afirma una cosa y el anofeles dice otra. *El Colombiano,* p. 2A.
El Colombiano. (2002, Julio 04 de 2002). Urabá marcha por sus hospitales. *El Colombiano,* p. 11A.
El Colombiano. (2004, 6 de Septiembre). AUC controlan 24 de 48 ARS del país. *El Colombiano,* p. 8A,
El Espectador. (1974a, 14 de Octubre). Cobertura en ICSS: "Sistema Único de Salud". *El Espectador* pp. 1A, 18A.
El Espectador. (1974b, 09 de Julio). Comunicado sobre vacunación en Cundinamarca expide Salud. *El Espectador,* p. 10A.
El Espectador. (1974c, 07 de Julio). Fiebre amarilla en el Valle de Tenza. *El Espectador,* p. 1A.
El Espectador. (1974d, 19 de Agosto). "Radiografía" de los Males del País. *El Espectador,* p. última A.
El Espectador. (1975a, 12 de Noviembre). Colombia y Venezuela ampliarán programas de salud fronterizos. *El Espectador,* p. 10A.
El Espectador. (1975a, 25 Noviembre). 15. 300 millones invertirá Min salud en el país en 1976. *El Espectador,* p. 7A.
El Espectador. (1975b, 5 de marzo). Ministerio desvirtúa informe de muertos por fiebre amarilla. *El Espectador,* p. 11 A.
El Espectador. (1975b, 27 de Enero). El Seguro Social se integra al Min salud. *El Espectador,* p. 9A.
El Espectador. (1975c, 18 de Enero). Establecido Sistema Nacional de Salud. *El Espectador,* pp. 1A, 9A.
El Espectador. (1975d, 19 de Abril). Estudian política oficial para el sector de la salud. *El Espectador,* p. 12 A.
El Espectador. (1975e, 26 de junio). Fracasa campaña de OMS para erradicar Malaria. *El Espectador,* p. 16A,
El Espectador. (1975f, 31 de Enero). US $ 15 millones para programas de salud en el país. *El Espectador,* p. 11A.
El Espectador. (1976, 2 de Junio). Triplicado tren de trabajo en Hospital de Santa Marta *El Espectador,* p. 10 A.
El Espectador. (1976, 29 de junio). 60 mil colombianos trabajan en servicios nacionales de salud. *El Espectador,* p. 14 A.
El Espectador. (1977, 23 de Septiembre). "Marcha Blanca" Harán Internos y Residentes *El Espectador,* pp. 1A, 21A.
El Espectador. (1978a, 28 de Junio). 22 Muertos por Epidemia de Paludismo en San Pablo. *El Espectador,* pp. 1A, 5A.
El Espectador. (1978b, 25 de Octubre). Barranca Otra vez presa del Dengue. *El Espectador,* p. 9A,
El Espectador. (1978c, 6 de Mayo). Epidemia de Malaria Afecta a Barranca. *El Espectador,* p. Pág. 17A,
El Espectador. (1979a, 9 de Mayo). Min salud reconoce gravedad por epidemia en el Caquetá. *El Espectador,* p. 7A.
El Espectador. (1979b, 22 de Agosto). Ocupantes de los templos hacen huelga de hambre en Sucre. *El Espectador,* pp. 1A, 9A.
El Espectador. (1979c, 19 de Abril). Olvido corregible. *El Espectador,* p. 2A,

El Espectador. (1979d, 20 de Noviembre). Paro en Salud del Valle. *El Espectador,* p. 11A,
El Espectador. (1979e, 12 de Julio). Protestarán médicos. *El Espectador,* p. 19A.
El Espectador. (1981, 22 de Febrero). Asociación médica sindical rechaza la ley sobre ética del médico. *El Espectador,* p. 10A.
El Espectador. (1983a, 24 de Abril). Colombia país palúdico. *El Espectador,* p. 17A.
El Espectador. (1983b, 3 de Enero). Entra en vigencia el plan cuatrienal de salud. *El Espectador,* p. 15A,
El Espectador. (1985a, 7 de Abril). Alarmante crecimiento del paludismo en el país. *El Espectador,* p. 9A,
El Espectador. (1985b, 2 de Abril). Sigue vacunación para ir al Llano. *El Espectador,* p. 7.
El Espectador. (1987a, 26 de Mayo). Fuera de control las enfermedades tropicales. *El Espectador,* p. 11A,
El Espectador. (1987b, 8 de septiembre). La deuda externa estrangula al sector social: Min - salud. *El Espectador,* p. 9.
El Espectador. (1987c, 27 de Febrero). Recaída en el conflicto laboral de la salud. *El Espectador,* p. última F,
El Espectador. (1990, 31 de Octubre). Médicos se unen a paro cívico *El Espectador,* p. 9A,
El Espectador. (1991, 7 de Abril). Crisis hospitalaria en la costa. *El Espectador,* p. 6A,
El Espectador. (2001, Febrero 25 de 2001). Embolatados $100.000 millones: Estos recursos iban dirigidos al sector salud, según la Defensoría. *El Espectador* p. 4A
El Espectador. (2004, 8 de Febrero). Gobierno reducirá beneficios en salud: Polémica directriz del ministro de Protección Social, Diego Palacio. *El Espectador,* p. 2ª.
El Espectador. (2010). El dengue sigue picando. *El Espectador,* pp. http://m.elespectador.com/impreso/cuadernilloa/salud/articuloimpreso-el-dengue-sigue-picando [Citado de: 30/06/2010]
El Espectador. (2010). El dengue sigue picando. *El Espectador- http://m.elespectador.com/impreso/cuadernilloa/salud/articuloimpreso-el-dengue-sigue-picando [Citado de: 30/06/2010]*.
El Heraldo. (1982). En estribaciones de la Sierra: 1.000 niños en peligro de muerte. *El Heraldo,* p. 16B.
El Heraldo. (1983, 31 de Octubre). En el Magdalena: 33 muertos por epidemia. *El Heraldo,* pp. 1A, 13A.
El Heraldo. (1984a, 16 de Enero). $1.300 millones para combatir el paludismo. *El Heraldo,* p. 7A.
El Heraldo. (1984b, 15 de Octubre). Cerrados 9 hospitales en el César. *El Heraldo,* p. 11A.
El Heraldo. (1986, 11 de Septiembre). Al agotarse el presupuesto del SEM: la Costa expuesta al paludismo. *El Heraldo,* p. 7A.
El Heraldo. (1987a, 13 de Agosto). Alerta médica por dengue hemorrágico. *El Heraldo,* p. 8A.
El Heraldo. (1987b, 7 de enero). Consolidación del sistema de salud. *El Heraldo,* p. 3A.
El Heraldo. (1987c, 11 de Agosto). Riesgo de dengue por invasión de mosquitos. *El Heraldo,* pp. 1A, 7A.
El Heraldo. (2003, Mayo 04). No cierren el Hospital de los Pobres. *El Heraldo,* p. 7A.
El Heraldo. (2004, 3 de Septiembre). Capturado alcalde de Riohacha. *El Heraldo,* p. 1D.
El Mundo. (1987, 6 de marzo). Subversión, marchas e inseguridad. *El Mundo,* p. 2.
El Mundo. (1987, Octubre 29 de 1987). Malaria: una patología sin control. *El Mundo,* p. 2.
El Mundo. (1989, 18 de Mayo). Suspenden actividades 180 médicos internos: En el San Vicente de Paúl. *El Mundo*.
El Mundo. (1990, 26 de Mayo). La salud no tiene cura: Sin solución pliegos laborales en hospitales oficiales. *El Mundo,* p. 4A.
El Nuevo Siglo. (1996, 26 de Agosto). Una Síntesis rápida del Sistema de Seguridad Social. La Ley 100 en detalle. *El Nuevo Siglo,* p. 10 B.
El Nuevo Siglo. (2004a, 3 de Septiembre). Capturan alcalde de Riohacha por desviar recursos. *El Nuevo Siglo,* p. 5.
El Nuevo Siglo. (2004b, 10 de Febrero). Crece rechazo a posibles recortes en el POS básicos: Ante los anuncios del Ministro de Protección Social, de aumentar la cuota moderadora y eliminar servicios como el de odontología, ayer se abrió la polémica. . *El Nuevo Siglo,* p. 4.
El País. (1981a, 9 de Abril). Fijan metas de salud hasta el año 2000. *El País,* p. p 3.
El País. (1981b, 28 de Marzo). Los médicos dicen que el paro no es antiético. *El País,* p. p 3.
El País. (1983, 7 de Diciembre). Obra Comunitaria. *El País,* p. 1 C.
El País. (1983a, 17 de Agosto). Deplorables condiciones de salud en el campo. *El País,* pp. 12, 13.
El País. (1983b, 7 de Enero). En cinco años erradicarán la fiebre amarilla del país. *El País,* p. 3A.
El País. (1983c, 10 de Marzo). Inician control de las enfermedades tropicales. *El País,* p. 2C.

El País. (1984a, 13 de Junio). Alerta por epidemia de dengue. *El País,* p. 4B.
El País. (1984b, 17 de Enero). Enfermedades tropicales. *El País,* p. 4A.
El País. (1984c, 9 de Septiembre). Foro sobre dengue en Cali. *El País,* p. 6A.
El País. (1984d, 20 de Diciembre). Paralizado control a Malaria en Valle. *El País,* p. 10A.
El País. (1984e, 6 de Junio). Paralizan campaña contra el dengue. *El País,* p. 2B.
El País. (1984f, 10 de Agosto). Por paro médico: emergencia en el Hospital Universitario. *El País,* p. 3B.
El País. (1985a, 2 de Noviembre). Colectas a favor del hospital. *El País,* p. 9A.
El País. (1985b, 3 de Octubre). En el Valle repunta la malaria SEM. *El País,* p. 1B.
El País. (1985c, 26 de Febrero). Paralizada lucha contra el dengue. *El País,* p. 18.
El País. (1987, 2 de marzo). $ 1.500 millones para obras de salud. *El País,* p. 3B.
El País. (2002, 6 de Agosto). Marcha por hospital de Popayán. *El País,* p. C5.
El País. (2004a, 23 de Enero). Si hay epidemia de fiebre amarilla. *El País.,* pp. http://elpais-cali.terra.com.co/ [Citado de: 08/05/06].
El País. (2004b, 19 de Enero). Violentos, ahora "vectores" de la fiebre amarilla: Un campesino de 21 años procedente de la Guajira, murió por la enfermedad. *http://elpais-cali.terra.com.co/ [Citado de: 04/04/04]*.
El País. (2004b, 19 de Enero). Violentos, aliados contra la Fiebre Amarilla. *El País.,* pp. http://elpais-cali.terra.com.co/ [Citado de: 08/05/06].
El País. (2004a, 2 de Febrero). Colombia alista blindaje contra la fiebre amarilla: Vacuna propia. En el país se producirán cuatro millones de dosis en 18 meses. *http://elpais-cali.terra.com.co/ [Citado de: 04/04/04]*.
El Siglo. (1979a, 17 de Enero). El primer día de las investigaciones: La impunidad esencia de los derechos humanos. Un humanitarismo circunstancial. *El Siglo,* p. p 5.
El Siglo. (1979b, 4 de Enero). ¿Es que acaso estamos en Paz? La cobardía de no aceptar una realidad. *El Siglo,* p. p 5.
El Siglo. (1980, 6 de Febrero). En ejecución investigación nacional sobre la salud. *El Siglo,* p. 8A.
El Siglo. (1982, 21 de Julio). El Mensaje de Turbay al Congreso: Difícil situación económica y fiscal. *El Siglo,* pp. 8 - 14.
El Siglo. (1987, 14 de Marzo). Paros cívicos y paros políticos. *El Siglo,* p. 5.
El Siglo. (1987, 31 de julio). $1.000 millones contra enfermedades tropicales. *El Siglo,* p. 14.
El Tiempo. (1974a, 8 de Enero). $39 millones para la Orta. *El Tiempo*.
El Tiempo. (1974b, 8 de Enero). Caminata nacional el 17 de febrero. *El Tiempo*.
El Tiempo. (1974c, 7 de marzo). Cierran hospital de Ciénaga. *El Tiempo*.
El Tiempo. (1974d, 15 de Mayo). Epidemia en el Meta. *El Tiempo*.
El Tiempo. (1974e, 13 de Enero). Interrogantes hechos al ICSS despeja Carrizosa de Brigard. *El Tiempo*.
El Tiempo. (1974f, 13 de Marzo). Marcha de personal de salud. *El Tiempo.*
El Tiempo. (1974g, 15 de Marzo). Solución al problema del San Juan de Dios piden médicos. *El Tiempo*.
El Tiempo. (1979, 28 de Julio). Plan de Gobierno sobre nueva política de salud. *El Tiempo,* p. 15 A.
El Tiempo. (1979a, 19 de Abril). Afirma Min gobierno: Antes hubo medidas más drásticas que el estatuto. *El Tiempo,* p. 6A.
El Tiempo. (1979b, 19 de Septiembre). Análisis a Código Sanitario. *El Tiempo,* p. 1C.
El Tiempo. (1979c, 14 de Julio). Min defensa denuncia transgresión legal en el sector médico. *El Tiempo,* p. 14A.
El Tiempo. (1979d, 22 de Mayo). Paro por detención de médicos. *El Tiempo,* p. A6.
El Tiempo. (1979e, 5 de Mayo). Versiones contradictorias: Insisten en 38 muertos en Caquetá. *El Tiempo,* p. 9B.
El Tiempo. (1980, 22 de Noviembre). 1.053 oficinas para campaña de Teletón. *El Tiempo,* p. 12D.
El Tiempo. (1981, 20 de Febrero). Prohíben paros médicos en nuevo código sobre ética. *El Tiempo,* pp. 1A. 5B.
El Tiempo. (1982, 31 de Marzo). Marcha de la moneda a beneficio del Roosevelt. *El Tiempo,* p. 18C.
El Tiempo. (1983a, 23 de Febrero). El plan de salud busca equidad. *El Tiempo,* p. 2C.
El Tiempo. (1983b, 17 de Marzo). Estricto control sobre enfermedades tropicales. *El Tiempo,* p. 5B.
El Tiempo. (1984a, 28 de Junio). Crisis financiera en el hospital de San Andrés *El Tiempo,* p. 13A.

El Tiempo. (1984b, 7 de Septiembre). En zonas fronterizas: $ 2.600 millones para programas de salud. *El Tiempo,* p. 7B.
El Tiempo. (1984c, 8 de Septiembre). No se ha levantado la huelga en el San Juan de Dios. *El Tiempo,* p. 8B.
El Tiempo. (1985a, 25 de Abril). Marcha del SEM hoy para pedir freno al paludismo. *El Tiempo,* p. 5D.
El Tiempo. (1985b, 31 de Marzo). Ofensiva para controlar brote de fiebre amarilla. *El Tiempo,* p. 6D.
El Tiempo. (1986a, 11 de febrero). 16 millones de vacunas producirá este año el Instituto de Salud. *El Tiempo,* p. último A.
El Tiempo. (1986b, 10 de abril). 216 mil ampollas para atacar mal tropical adquirirá Min salud. *El Tiempo,* p. última A.
El Tiempo. (1986c, 30 de mayo). Laboratorio para las enfermedades tropicales. *El Tiempo,* p. 4B.
El Tiempo. (1987a, 15 de mayo). Afirma Academia de Medicina: La interferencia política está deteriorando Sistema de Salud. *El Tiempo,* p. 8A.
El Tiempo. (1987b, 18 de junio). Grave deterioro en el sector salud denuncian sociedades científicas. *El Tiempo,* p. última B.
El Tiempo. (1987c, 16 de febrero). Guerrillas no permiten las fumigaciones contra paludismo. *El Tiempo,* pp. 1A, última A.
El Tiempo. (1987d, 3 de abril). Irregularidades en INS y parálisis en acueductos rurales. *El Tiempo,* p. última B.
El Tiempo. (1987e, 16 de mayo). Lucha frontal contra enfermedades tropicales. *El Tiempo,* p. última F.
El Tiempo. (1987f, 28 de Agosto). Médicos no ingresan a la CUT. *El Tiempo,* p. 4C.
El Tiempo. (1987g, 5 de marzo). Min salud concreta creación del Fondo Nacional de Medicamentos. *El Tiempo,* p. última C.
El Tiempo. (1987, 27 de Febrero). Las marchas y los paros cívicos. *El Tiempo.*
El Tiempo. (1989a, 24 de Julio). Dos hospitales en estado crítico. En Santander: cuestión administrativa. *El Tiempo,* p. 9B.
El Tiempo. (1989b, 6 de Julio). Insólita protesta de médicos. *El Tiempo,* p. 7B.
El Tiempo. (1989c, 3 de Diciembre). Protesta de médicos internos y residentes de tres hospitales. *El Tiempo,* p. 8A.
El Tiempo. (1989d, 11 de Marzo). Renuncia masiva en el Hospital de El Sarare: por asesinato de enfermera. *El Tiempo,* p. 4B.
El Tiempo. (1991, 8 de septiembre). Mística Contra La Malaria. *El Tiempo,* pp. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-150734 [Citado de: 150704/150711/152008].
El Tiempo. (1991a, 9 de Septiembre). Barranquilla: paran médicos del Hospital. *El Tiempo,* p. 8A.
El Tiempo. (1991b, 24 de Agosto). Déficit presupuestal: Hospitales de Cauca cierran sus puertas. *El Tiempo,* p. 6B.
El Tiempo. (1991c, 2 de Septiembre). Sin solución, paro en Hospital San José de Popayán *El Tiempo,* p. 12D.
El Tiempo. (1992a, 2 de diciembre). Bolívar Paralizada La Salud. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-251709 [Citado de: 04/11/08].*
El Tiempo. (1992b, 14 de mayo). Chocó: Campea El Paludismo... *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-114337 [Citado: 04/11/08].*
El Tiempo. (1992c, 19 de julio). Durmiendo Con El Enemigo. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-160339 [Citado de: 04/11/08],*
El Tiempo. (1992d, 23 de mayo de 1992). Epidemia De Malaria Causo Emergencia En El Pacífico. *El Tiempo, http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-120617 [Citado de: 04/11/08].*
El Tiempo. (1992e, 11 de abril). Falta De Recursos Paraliza Hospital Samario. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-91793 [Citado de: 03/11/08].*
El Tiempo. (1992f, 2 de mayo). Grandes Marchas Obreras En Todo El País *El Tiempo http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-106349 [Citado de: 04/11/08].*
El Tiempo. (1992g, 16 de agosto). Hospitales En Alerta. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-180308 [Citado de: 04/11/08].*
El Tiempo. (1992h, 17 de julio). Ibagué: Epidemia De Dengue Hemorrágico. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-159757 [Citado de: 04/11/08].*
El Tiempo. (1992i, 20 de marzo). ISS: Parcial Privatización. *El Tiempo http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-70300 [Citado de: 03/11/08].*

El Tiempo. (1992j, 7 de noviembre). ISS: Sindicatos Votaron El Paro. *El Tiempo http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-236996 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1992k, 1 de abril). La Salud Vive Su Hora Cero. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-86139 [Citado de: 03/11/08]*.
El Tiempo. (1992, 12 de agosto). Levantan Paro Hospitalario En Risaralda. *El Tiempo http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-177507 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1992m, 8 de noviembre). Min trabajo: Paro En ISS Sería Declarado Ilegal. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-237287 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1992n, 17 de febrero). Paran Reforma Al Sistema De Salud. *El Tiempo http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-37149 [Citado de: 03/11/08]*.
El Tiempo. (1992o, 26 de junio). Se Salvó El Plan Contra La Malaria. *El Tiempo http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-145321 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1992p, 4 de mayo). Sigue El Paro En Nororiente. *El Tiempo http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-107237 [Citado de: 11/11/08]*.
El Tiempo. (1992, 20 de junio). SOS Contra La Malaria. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-141230 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1992, 2 de diciembre). Tocó Fondo La Crisis En La Salud. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-251358 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1992s, 6 de noviembre). Violencia Afecta Al Min salud. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-236071 [Citado de: 04/11/08]*,
El Tiempo. (1993a, 22 de noviembre). Bosa Presenta Su Pliego Al Alcalde Jaime Castro. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-265248 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1993b, 11 de marzo). Conflictos En Los Hospitales De Boyacá. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-70757 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1993c, 13 de abril). Finaliza Paro De Salud En Cauca. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-101523 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1993d, 14 de abril). Paro En Hospital. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-102393 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1993e, 6 de abril). Semana De Pasión Para Salud Del Cauca Por Cese. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-96371 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1993f, 8 de febrero). Sigue Conflicto De Salud De Santander. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-36979 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1994a, 25 de octubre). Alerta Por Fiebre Amarilla En Meta Y El Guaviare. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-246529 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1994b, 7 de marzo). Con Red De Urgencias Superan Paro Médico. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-67056 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1994c, 12 de noviembre). Culpan al ELN de asesinato. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-248661 [Citado de: 20/08/09]*.
El Tiempo. (1994d, 2 de marzo). Declaran Ilegal El Paro De Salud En Magdalena. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-61317 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1994e, 11 de noviembre). Los Médicos No Pueden Parar. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-250065 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1994f, 23 de enero). Malaria: Lucha Semiparalizada. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-21943 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1994g, 22 de septiembre). Paro De 48 Horas En Servicios De Salud De Cundinamarca. *El Tiempo, http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-225878 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1994h, 2 de junio). Paro De La Salud En El Quindío. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-141932 [Citado de: 04/11/08]*, p.
El Tiempo. (1994i, 24 de marzo). Paro En 36 Hospitales En Cundinamarca. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-84733 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1994j, 3 de marzo). Salud A Medias En 3 Capitales. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-62970 [Citado de: 04/11/04]*.
El Tiempo. (1994k, 15 de octubre). Se Agrava Estado De Salud En Los Hospitales Del País. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-233009 [Citado de: 04/11/08]*.

El Tiempo. (1994l, 25 de octubre). Se Triplica El Paludismo En Arauca. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-247210 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1994m, 27 de septiembre). SOS De Barranca Por Falta De Médicos Especialistas. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-227860 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1994n, 23 de marzo). Trabajadores Anuncian Toma De Paz De Río. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-82819 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1995a, 1 de marzo). Acuerdo A Medias En Putumayo: *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-288884 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1995b, 9 de marzo). Director De Hospital, Víctima De Crisis Médica. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-272844 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1995c, 13 de marzo). Dos Días De Infarto Por Paro De Salud. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-273292 [Citado de: 05/11/08]*.
El Tiempo. (1995d, 5 de marzo). Habría Renuncia Médica Masiva. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-287198 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1995e, 7 de marzo). Ningún Médico Ha Renunciado. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-286187 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1995f, 11 de marzo). Nivelación Salarial No Fue El Remedio. *El Tiempo*, *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-273699 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1995g, 14 de marzo). Plan Contra Paro En Salud. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-274423 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1995h, 9 de marzo). Se Agrava Crisis Médica En El País. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-272838 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1996a, 1 de marzo). Emergencia Por Paludismo Cerebral En Sur De Bolívar. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-347996 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1996b). Tres Hospitales Al Borde De La Crisis Por Diferencias Laborales. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-211594 [Citado de: 14/11/08.*
El Tiempo. (1996c, 29 de octubre). Viaje a la Muerte. *El Tiempo*. *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-572738 [Citado de: 15/10/2009]*.
El Tiempo. (1997a, 7 de enero). El Sisbén Está Viciado En El Meta. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-509794 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1997b, 7 de enero). Hermano Del Alcalde Se Benefició Con El Sisbén. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-509790 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1997c, 13 de noviembre). Hoy, Infarto De Doce Horas En Sector Salud. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-695326 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1997d, 27 de noviembre). La Crisis De La Salud Contaminó Al País. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-678071 [Citado de: 04/11/08]*
El Tiempo. (1997e, 7 de octubre). Levantado El Paro De La Salud. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-650076 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1997f). Los recortes duelen, pero toca. *El Tiempo*.
El Tiempo. (1998a, 11 de mayo). Brigada XX responsable de los últimos asesinatos. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-782977 [Citado de: 10/11/08]*.
El Tiempo. (1998b, 10 de junio). Condena a Colombia por represión a sindicatos. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-757069 [Citado de: 10/11/08]*.
El Tiempo. (1998c, 23 de abril). Los eslabones de la cadena de crímenes. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-843968 [Citado de: 10/11/08]*.
El Tiempo. (1998d, 14 de octubre). Sancionan a cinco oficiales. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-794575 [Citado de: 10/11/08]*.
El Tiempo. (1998e, 31 de enero). Sed y epidemias apremian en el eje *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-843401 [Citado de: 03/11/08]*.
El Tiempo. (1998f, 14 de febrero). Siete Muertos En Chocó Por Cólera Y Paludismo. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-836469 [Citado de: 04/11/08]*.
El Tiempo. (1999a, 18 de febrero). Asesinado líder sindical en el sur de Bogotá. *El Tiempo.* *http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-888874 [Citado de: 10/11/08]*.

El Tiempo. (1999b, 7 de abril). Atentado contra directivos denuncian sindicalistas. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-880575 [Citado de: 10/10/08]*.
El Tiempo. (1999c, 5 de julio). Los guerrilleros van a consulta. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-904936 [Citado de: 10/10/08],* p.
El Tiempo. (1999d, 5 de julio). Médicos sin trincheras. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-904936 [Citado de: 10/11/08]*.
El Tiempo. (1999e, 26 de agosto). OIT alista condena moral a Colombia. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-919482 [Citado de: 10/11/08]*.
El Tiempo. (2000a, 22 de septiembre). Hospital de Tibú, en la mira. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1229212 [Citado de: 10/10/08]*.
El Tiempo. (2000b, 3 de octubre). Se Dispara Epidemia De Dengue. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1249178 [Citado de: 04/11/08],*
El Tiempo. (2000c, 21 de enero). Se Toman Sede Del SEM Córdoba. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1281825 [Citado de: 03/11/08],* p.
El Tiempo. (2000d, 9 de agosto). Cierran clínica del ISS por asesinato. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1217740 [Citado de: 10/10/08]*.
El Tiempo. (2001a, 30 de mayo). Directivos de Anthoc salen del país. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-441525 [Citado de: 10/10/08]*.
El Tiempo. (2001b, 10 de marzo). El Paludismo Pica Otra Vez: *El Tiempo,* pp. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-594733 [Citado de: 594734 de Noviembre de 592008].
El Tiempo. (2001a, 29 de Diciembre). Enero. *El Tiempo, http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-721216 [Citado de: 28/07/10]*.
El Tiempo. (2001b, 15 de junio). Fiesta nacional con recursos para la salud: Desviaciones pasan de los 161.000 millones de pesos. *El Tiempo.*, pp. 1 - 20.
El Tiempo. (2002a, 18 de septiembre). Educación y salud, desplazadas. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1344511 [Citado de: 10/10/08],* p.
El Tiempo. (2002b, 4 de noviembre). Miseria en el exilio. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1331704 [Citado de: 10/10/08]*.
El Tiempo. (2002c, 10 de agosto). Misión medica, en riesgo. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1336467 [Citado de: 10/10/08]*.
El Tiempo. (2004a, 20 de Enero). Editorial: La Novena Plaga. *El Tiempo,* pp. 1 - 14.
El Tiempo. (2004b, 7 de Febrero). Se disparan pagos a EPS. *El Tiempo*, pp. 1-2.
El Tiempo. (2004c, 25 de Enero). Una epidemia anunciada. *El Tiempo,* pp. 1-17.
El Tiempo. (2004a, 1 de Marzo). El saqueo a la salud. *El Tiempo,* pp. 1 - 20.
El Tiempo. (2004b, 9 de Enero). Líos con hospitales en todo Colombia: en la Costa la situación es grave *El Tiempo,* pp. 1 - 2.
El Tiempo. (2006, 3 de Agosto). Fracasaron las reformas aplicadas al Seguro en el 2001 y el 2003. *El Tiempo. http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-3060717 [Citado de: 28/07/10]*.
Entrevista con trabajador de salud de la Secretaría de Salud de Casanare. (1997). Yopal, Noviembre 12.
Equipo de redacción de la Sección Nacional. (1988, 8 de junio). Alzas y bajas del PNR. Nororiente: protesta social y guerrilla. *El Espectador,* p. 12 A.
Escorel, S. (1987). *Reviravolta na Saúde: Origem e Articulação do Movimento Sanitário*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
Escorel, S. (1994) Exclusäo social e saúde. *Saúde debate*;(43):38-43, jun.
ESE Emiro Quintero Cañizares. (2003). Plan de contingencia para la presencia de la fiebre amarilla (pp. 7 p). Ocaña Norte de Santander: Hospital Emiro Quintero Cañizares.
Estrada, J. (2004). *Construcción Del Modelo Neoliberal En Colombia, 1970 - 2004. Origen E Itinerario. Análisis Desde La Teoría Política. Implementación Jurídica*. Bogotá: Aurora.
Fleury Teixeira S et al. (1990). *Relatoría parcial sobre la investigación "Movimientos sociales, construcción de hegemonía y formulación de políticas: un estudio sobre el movimiento médico y los movimientos populares en salud"*. Rio de Janeiro: Núcleo de estudios político - sociales en salud - NUPES -.
Forero, L. (1986, 27 de febrero). Presupuesto de salud se ha reducido un 50%. *La República*, pp. 1A, 2A,

Forero Nougués, M. (1984, 7 de Enero). Informe de salud: Las enfermedades se van pero vuelven. *El Espectador*, pp. 1A, 11A.
Franco, S. (1990). *El paludismo en América Latina*. México: Editorial Universidad de Guadalajara: 260 - 269.
Franco, S. (Ed.). (2002). *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
Franco S et al. (1991). *Debates en Medicina Social*. Quito: Organización Panamericana de la Salud.
Fuentes G; et al. (1987). Memorial de los Habitantes de la Región Venezuela e Isla del Ceibal al Dr. Ceballos, A. Jefe de Zona Montería SEM. Tierralta, 4 de Octubre.
Fundación Indígena Dumeina. (s.f.). Qué Ocurre en la Sierra Nevada de Santa Marta: Quién es quién... Formas de la política indígena. Estado Actual del Conflicto Político, Social y Armado (pp. http://www.angelfire.com/folk/dumeina/docs/lasierra.htm [Citado de: Agosto 24 de 2009]).
Gacharná M; Zapata J; Zuleta D. (1980). Tendencia y comportamiento de la fiebre amarilla durante los últimos 45 años 1934 - 1979. *Boletín Epidemiológico Nacional, 6*(1 y 2), 3 - 14.
Gacharná, M. Z., J; Zuleta, D; (1980). Movimiento Geográfico de la Fiebre Amarilla en Cinco Años, 1975 - 1979. *Boletín Epidemiológico Nacional, 5 y 6*(3 - 4 Enero a Diciembre de 1979 y 1 - 2 Enero a Junio de 1980), 9 - 14.
Galeno - seudónimo-. (1987, 12 de marzo). La "erradicación" de la malaria: otro fracaso nacional. *Voz,* p. 8,
Galvis, G. (1988). Informe Focoex Preinstalaciones en el Norte de Santander Servicio de Salud de Norte de Santander, Cúcuta, 8 de Abril.
Gallo Pérez, G. (1984a, 19 de Noviembre). El Instituto de Salud requiere $100 millones. *Vanguardia Liberal,* pp. 1,3.
Gallo Pérez, G. (1984b, 5 de Enero). INAS será Centro científico del Sistema Nacional de Salud. *Vanguardia Liberal,* p. 10.
García, C. M. (2004). *Las fiebres del Magdalena: la construcción de una noción médica colombiana, 1859 - 1886.* Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
García, M. (1992). Informe de Comisión presentado al Jefe Zona V DCD Dr. Madrid, R. Montería, 27 de Abril.
García M; Madrid R. (1992). Comunicación de Coordinador Administrativo y Jefe Zona V DCD para Pagador Zona V, Sr. Rodríguez, A. Montería, 19 de Junio.
Garrafa, V. (2005). De Una Bioética De Principios a Una Bioética Interventiva. *Bioética*, *13*(1), 125 - 134.
Gast-Gálvis, A. (1982). *Historia de la Fiebre Amarilla en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud - Instituto Nacional de Salud.
Gaviria Trujillo, C. (1991). Prólogo a la Revolución Pacífica. In República de Colombia - PS/DNP-Presidencia de la República / Departamento Nacional de Planeación (Ed.), *La Revolución Pacífica. Plan de desarrollo económico y social 1990-1994*. Bogotá: Géminis.
Giraldo, A. (1987a, 9 de enero). $3.600 millones, el presupuesto del INS. *La República,* pp. 1A, 2A,
Giraldo, A. (1987b, 23 de abril). Rehabilitación Nacional: El Ministerio de Salud emprende su propio plan *La República*,
Goldston, J. (2003). Comparative historical analysis and knowledge accumulation in the study of revolutions. . In Mahoney y Rueschemeyer (Eds.) (Ed.), *Comparative Historical Analysis in the Social Sciences* (pp. 41 - 91). Cambridge: Cambridge University Press.
Gómez Gómez, J. (1990, 14 de Agosto). Supernumerarios del hospital entraron a paro. *Vanguardia Liberal,* p. 3A.
Gómez, L. (1987a, 8 de mayo). Después de 20 años: ¡Reapareció el dengue! *El Tiempo,* p. 6D.
Gómez, L. (1987b, 6 de mayo). Ola de violencia frenó el control de la malaria. *El Tiempo,* p. 4B.
Gómez Lucevin. (1986, 22 de Abril). Inminente cierre del Neurológico. *El Tiempo,* pp. 1A, 5B.
Gómez R; Martínez A. (1986). Correspondencia dirigida por Junta Directiva de ANDEMISAP Cali a Sarmiento, G. Jefe Zona III SEM (pp. 1 p). Cali, 3 de Diciembre.
Gómez, S. (1987, 15 de Julio). El Paludismo debe enfrentarse con decisión política. *El Colombiano,* p. 15 A,
Gómez Suárez, A. (2001). *Indigenismo y movilización política en América Latina: los Tawahkas.*, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.
González, J. (1979). Comunicado del Jefe Zona XIV Honda al Director Nacional del SEM Dr. Campos, G. Honda, 20 de Diciembre.

González, J. (1979). Comunicación del Jefe Zona XIV Honda al Director Nacional del SEM Campos, G. Honda, 26 de Diciembre.
González, R; Peláez, L (2006) *El ayuntamiento de Barcelona y la red de solidaridad internacional.* Equipo de Análisis de Políticas Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Revista Catalunya Global No. 11. En: L´institut Internacional de Governabilitat de Catalunya. Colección de documento. En: http://www.iigc.org/documentos/ (Citado de: 08/02/2006).
González, F; Posada, C (2001) *Criminalidad, violencia, y gasto público en defensa, justicia y seguridad en Colombia*. Rev. econ. inst. vol.3 no.4 Bogotá Jan./June. Pp. 78 – 102.
González Posso, C. (1992). Oficio Remisorio del Proyecto de Decreto por el cual se Reestructura el Ministerio de Salud en lo Referente a la División Transitoria de Campañas Directas del Ministro de Salud al Director Departamento Administrativo Servicio Civil (pp. 22 de Abril).
Granados, J. (1983a, 15 de Octubre). Ataque frontal contra el paludismo en La Guajira. *El Heraldo,* p. 12A,
Granados, J. (1983b, 21 de Julio). Paralizadas oficinas de Servicio de Malaria. *El Heraldo,* p. 11A.
Granados, J. (1984a, 13 de Noviembre). En Hospital general: paro médicos internos. *El Heraldo,* pp. 1A. 10
Granados, J. (1984b, 27 de Diciembre). Huelguistas del SEM impiden fumigar el Sur. *El Heraldo,* p. 8A.
Granados, J. (1984c, 18 de Enero). Min salud aprobó $1.072 millones para Atlántico. *El Heraldo,* p. 7A.
Granados, J. (1984d, 13 de Junio). Reducidas las hospitalizaciones en el Francisco de Paula. . *El Heraldo,* p. 1A.
Granados, J. (1985, 2 de Febrero). En Colombia: En el 84 hubo 350 mil casos del paludismo SEM *El Heraldo,* p. 10A.
Granados, J. (1986a, 4 de Junio). Aumentan riesgos de epidemias: Barranquilla invadida por ola de mosquitos. *El Heraldo,* p. 6A.
Granados, J. (1986b, 16 de agosto). Colombia un país palúdico otra vez. *El Heraldo,* p. 7A.
Granados, J. (1986c, 12 de Noviembre). Detectan 12 nuevos casos de paludismo *El Heraldo,* p. 12A.
Granados, J. (1986d, 17 de septiembre). Fuerte epidemia afecta Barranquilla. *El Heraldo,* p. 11A.
Granados, J. (1986e, 3 de Julio). Hospital Infantil al borde del cierre. *El Heraldo,* p. 6A.
Granados, J. (1986f, 24 de abril). A pesar del riesgo se oponen a que sus hijos sean vacunados. *El Heraldo,* p. 14B.
Granados, J. (1986g, 4 de Enero). Por crisis financiera hospital infantil al borde del cierre. *El Heraldo,* p. 7A,
Granados, J. (1986h, 12 de abril). Red de laboratorios clínicos anuncia INS. *El Heraldo,* p. 9A,
Granados, J. (1987a, Diciembre 13 de 1985). Denuncian trabajadores del SEM: En Colombia hay más de 500.000 casos de paludismo. *El Heraldo,* p. 10A.
Granados, J. (1987b, 1 de febrero). En la Costa: Alerta por fiebre amarilla. *El Heraldo,* pp. 1A, 6A,
Granados, J. (1987c, Diciembre 05 de 1987). Epidemia de paludismo *El Heraldo,* p. 7A.
Granados, J. (1987d, 2 de febrero). Fiebre amarilla: hay que trabajar rápido para evitar un desastre. *El Heraldo,* p. 12A.
Granados, J. (1987e, 7 de enero). Promete Min - salud: Atención prioritaria para Costa Atlántica. *El Herald,* p. 11A.
Grew, R. (1980). The case for comparing histories. *The American Historical review, 85*(4 Oct.), 763 - 778.
Grupo Trascendent. (2006) Trascender los conflictos. La perspectiva de Johan Galtung. *Revista Futuros.* 13 (4). http://www.revistafuturos.info/futuros13/trascender_conflictos.htm [Citado de: 20/08/2009]
Guevara M; Díaz D. (1987). Comunicación de la Junta Directiva Sindes Cord. al Médico Jefe Zona V del SEM. Montería, 10 de Julio.
Guevara M; et al. (1987a). Comunicación de la Junta Directiva de Sindescord. al Médico Jefe Zona V Córdoba SEM. Montería, 16 de Julio.
Guevara M; et al. (1987b). Comunicación del Sindes - Cord. al Jefe Zona V del SEM. Montería, 13 de Julio.
Guevara M; et al. (1987c). Petición al Presidente Virgilio Barco Vargas. Montería, 24 de Julio.
Guevara M; Hoyos L. (1987). Comunicación de la Junta Directiva del Sindes-Cord. al Médico Jefe Zona V Montería. Montería, 8 de Julio.
Guzmán, J. (1983). Solicitud del Médico Jefe Zona VI al Inspector Regional de Trabajo de Turbo Medellín, 12 de Septiembre.
Guzmán M; et al. (1978). Brote de Fiebre Amarilla Selvática en la Hoya del Rio Catatumbo. Departamento de Norte de Santander. Colombia - 1978. *Boletín Epidemiológico Nacional, 4*(3 - 4), 24 - 27.
Hamburger, A. (1991, 2 de Noviembre). Amenazan con paro en Salud en Bolívar. *El Heraldo,* p. 6D,

Hernández Álvarez, M. (2002). *La Salud Fragmentada*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
Hernández Álvarez, M. (2003). El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Rev. cubana de salud pública, 29*(3), 228 - 235.
Hernández Álvarez, M. (2004). *La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina. Una comparación socio - política, 1880 - 1950*. Bogotá: Unibiblos. Universidad Nacional de Colombia: 17-75.
Hernández, F. (1887). Carta al Dr. Nicolás Osorio con informe sobre las inoculaciones preventivas en Cúcuta. *Revista de Higiene, Vol. 1 No. 1:69-72.*
Hernández M; Obregón D. (2002). *Los Cien Años de la OPS en Colombia*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud.
Herrera, H. (1986, 11 de julio). La crisis hospitalaria:"El problema es de plata": Min - Salud. *El Espectador,* p. 12A,
Herrera, J. (1980, 23 de Noviembre). El paludismo en Colombia: ¿un problema más de orden público? *El Espectador*, p. 3C.
Hospital Inmaculada Concepción Abrego. (2003). Plan de Contingencia contra Fiebre Amarilla (pp. 8 p). Abrego Norte de Santander: Hospital de Abrego.
Iguarán González, A. (2004, 12 de Enero). Urgen acciones inmediatas: Millonario déficit en Hospital de Ciénaga. *El Heraldo*, p. 7C.
Inspección de Policía de Yondó. (1979). Denuncio. Yondó, 11 de Diciembre.
Jaramillo, I. (1999). *El futuro de la salud en Colombia*. Bogotá: Fescol.
Jaramillo, L. (1974a, 7 de Marzo). El Hospital Infantil en Quiebra. *El Tiempo*.
Jaramillo, L. (1974b, 30 de Marzo). En lucha contra el paludismo países de Panamá y Colombia. *El Tiempo*,
Jaramillo, P. (1983, 19 de Diciembre). Crean Comisión Nacional para la Acción Comunal. *El País*, p. 3 B,
Jefatura Zona Cúcuta SEM. (1984). Informe enviado al Director Nacional del SEM Dr. Gómez, R. Cúcuta, Noviembre 10.
Jefe Zona XIV Honda SEM. (1983). Informe enviado al Director Nacional del SEM Dr. Cáliz, O. Honda, 13 de Junio.
Jiménez-Martín, C. (2006). Momentos, escenarios y sujetos de la producción constituyente. Aproximaciones críticas al proceso constitucional de los noventa. *Análisis Político, 58*, 132 - 156.
Jiménez M; et al. (2007). Reformas sanitarias e impacto del control de malaria en dos áreas endémicas de Colombia, 1982 - 2004. *Colombia Médica, 38*(002), 113 - 131.
Jiménez, M. V. (1983, 4 de Marzo). "El ejército no se va a retirar de los campos": Creada Brigada 14, un batallón para el Magdalena Medio y otro para Antioquia y Córdoba. *El Colombiano,* p. 7 A.
Jiménez Vargas, L. (2003). Plan de Contingencia Contra la Fiebre Amarilla Centro de Salud de Hacarí (pp. 9 p). Hacarí, Norte de Santander.
Junta directiva ASMEDAS Cundinamarca. (1974, 10 de marzo). Comunicado ASMEDAS a la opinión pública. *El Tiempo*.
Köhler, G; Alcock, N. (1976) . An Empirical Table of Structural Violence. *Journal of Peace Research*, 13(4) pp. 343-356. URL: http://www.jstor.org/stable/422498 [Citado de: 29/09/10]
La República. (1979a, 12 de Junio). Definen programas para la erradicación de malaria. *La República,* p. 8A.
La República. (1979b, 30 de Diciembre). Millonarias inversiones para salud. *La República,* p. 6A.
La República. (1979c, 6 de Mayo). Rara epidemia en Caquetá. *La República,* p. 3B.
La República. (1980a, 17 de Octubre). Los paros médicos van contra el pueblo pobre. *La República,* p. 3A.
La República. (1980b, 9 de Marzo). Plan nacional contra la malaria. *La República,* p. 2B.
La República. (1981, 15 de Agosto). la inmunización única arma contra el dengue, paludismo y la fiebre amarilla. *La República,* p. 4B.
La República. (1981, 6 de Agosto). Asmedas demanda por anticonstitucionales artículos de la Ley 23. *La República,* p. 7 A.
La República. (1982a, 18 de Julio). La Reconstrucción del país. *La República,* p. 4 A,
La República. (1982b, 14 de Septiembre). Min gobierno alude a participación de alzados en armas en cumbre partidista de mañana. *La República,* p. 1 A.
La República. (1982, 22 de Noviembre). Otros programas para beneficiarios de la amnistía: Plan de salud por $6.210 millones. *La República,* p. 3A.
La República. (1985, 1 de Abril). $945 millones bajó el presupuesto del Instituto Nacional de Salud. *La República,* p. 6A.

La República. (1987a, 24 de Febrero). En el país: 34 casos de fiebre amarilla. *La República,* p. 3A.
La República. (1987b, 2 de marzo). Hace falta mucho dinero y mayor planificación: Varias enfermedades se están extendiendo por el país. *La República,* pp. 1A, 3A.
La República. (1987c, 12 de mayo). Lucha frontal contra enfermedades endémicas se adelanta en Colombia. *La República,* p. 9A.
La República. (1988, 6 de junio). Las marchas y la autoridad constitucional. *La República,*
La República. (1988, 16 de Julio). Peligro de malaria en el Magdalena. *La República,* p. 6A.
Lagoueyte, H. M. (1990). Petición de la Hermana Enfermera Centro de Salud de Decordó al Ministro de Salud González Posso, C. (pp. 1 p). Decordó, 5 de Noviembre.
Landázuri C; et al. (1992). Petición de los Alumnos Escuela Nueva de Vuelta de Candelilla al Presidente César Gaviria Trujillo. 22 de Abril.
Laraña, E. (1999). *La construcción de los movimientos sociales*. Madrid: Alianza Editorial S.A.
Larrahondo, F. (1991, 1 de Noviembre). "Alerta roja" en red de salud. *El País,* p. 8B.
Leal, S. (1979, 21 de Noviembre). 39 médicos detenidos en un año por estatuto de Seguridad. *El Colombiano,* p. 14B.
León Bedoya, H. (1986, 10 de julio). Llega a Villavicencio marcha campesina. *El Tiempo,* p. 2 A,
León, E. (1987, 13 de Febrero). En el Magdalena Medio: Confirmada la muerte de doce personas por fiebre amarilla. *El Colombiano,* p. 1A.
Leones, H. (1986a, 13 de junio). Denuncian muertes de indígenas por glifosato. *El Heraldo,* p. 13A.
Leones, H. (1986b, 19 de junio). Epidemia de Tifo en la Sierra. *El Heraldo,* p. 11A.
Leones, H. (1986c, 14 de junio). Glifosato en la Sierra: Investigan muertes de indígenas. *El Heraldo,* p. 11A.
Lernoux, P. (1979, 25 de Noviembre). Colombia en la pendiente hacia la dictadura. *El Espectador*.
Levy, A. (1974, 12 de Marzo). ICSS botín codiciado para los sindicatos. *El Tiempo*.
Levy, A. (1974, 1 de Mayo). Los médicos, invitados de piedra. *El Tiempo.*
Líder Sindical de Anthoc. (2007). Entrevista realizada por la autora. Bogotá, 2 de Abril.
Linhares Pimienta, A. (1993). Políticas públicas y movimientos sociales: estrategias y formas de lucha. Debate.
In M. Vasconcelos (Ed.), *Salud y revisión constitucional: control social y formas organizativas del SUS* (pp. 9 - 21). Brasil: Organización Panamericana de la Salud.
Lizarazo, R. (2004, 29 de Julio). El Hospital vive en los santandereanos. *Vanguardia Liberal,* p. 4A.
Lobo, A. (2006). Subgrupo de Control de Vectores 1937-2006 (pp. 1 p.): Gobernación de Norte de Santander, Instituto Departamental de Salud.
López-Alves, F. (2003). *La formación del Estado y la democracia en América Latina* (Segunda ed.). Bogotá: Norma.
López, A. (1987, 28 de Marzo). Char se compromete a llevar agua a Tubará. *El Heraldo,* p. 8B,
López Maya, M. (1997). El repertorio de la protesta popular venezolana entre 1989 y 1993. *Cuadernos del CENDES, 14*(36 Sept. - Dic.), 109 - 130.
López Maya, M. (1999). Venezuela: Formas de la protesta popular entre 1989 y 1994. *Rev. Venez. de Economía y Ciencias Sociales, 5*(4 (Oct. - Dic.)), 11 - 41.
López Maya, M. (2002). *Protesta y cultura en Venezuela: los marcos de acción colectiva en 1999*. Buenos Aires: CLACSO. 171 p.
López Maya, M. (Ed.). (1999). *Lucha popular, democracia y neoliberalismo: protesta popular en América Latina en los años de ajuste*. Caracas: Nueva Sociedad.
Luque Escorcia, L. (1986, 25 de Abril). Crisis en Hospital San Juan de Dios en Magangué. *El Heraldo,* p. 10A.
Madrid, R. (1992a). Comunicado de la Jefatura de la Zona V De la División de Campañas Directas del Ministerio de Salud con Sede en Montería (pp. 2 p). Montería, 2 de Julio.
Madrid, R. (1992b). Solicitud de Autorización Comisión ya Cumplida de Médico Jefe Zona V a Dr. Dussan, R. Director División para Control Enfermedades Tropicales. (pp. 1). Montería, 15 de Julio.
Madrid, R. (1992c). Solicitud de autorización de comisión (pp. 1). Montería, 2 de Julio.
Mariano, J. (1991, 1 de Octubre). Contra mosquitos hay equipos e insecticidas pero no plata. *El Heraldo,* pp. 1A, 10A.
Marín, M. (1987, 18 de agosto). "No debe eliminarse programa de agua potable del INAS": Olarte Peralta. *El Espectador,* p. 8A.

Martínez, D. (1975, 20 de Enero). Fijan plan hospitalario. *El Espectador*, p. 7A.
Martínez, I. (1987). Informe de actividades del Jefe de Distrito I al Jefe de Zona V mes de Abril. Montería, 7 de Mayo.
Martínez, I., (1982, 2 de Octubre). Alarmada Iglesia por ola de violencia en el Magdalena Medio. Piden la intervención del presidente Betancur. *El Colombiano*, pp. 1 A, 2 A.
Martínez L; et al. (1992). Petición de los Habitantes Localidad Curundó al Presidente César Gaviria Trujillo (pp. 22 de Abril).
Martínez, M. (1987). Fiebre Amarilla en el Valle Medio del Rio Magdalena Estudio y Control de la Epidemia. Resúmenes II Congreso Latinoamericano y V Congreso Colombiano de Medicina Tropical. *Biomédica, 7; Mayo* (Sup. 1), 90.
Martínez Polo, W. (1975, 26 de julio). Campaña de fumigación inician en Santa Marta. *El Espectador*, p. 7A.
Martínez W. (1984, 17 de Julio). Extraño mal ataca en Santa Marta. *El Tiempo*, p. 9 D.
Medina, C. (1987, 7 de Julio). No se erradicará la malaria en Colombia. *El Tiempo*, p. 5C.
Medina, J. (1974, 3 de Junio). Fusilamientos en el ELN. *El Tiempo*.
Medina, J. (2003). Comportamiento de las Enfermedades en el año 2003 en el Distrito de Santa Marta (pp. 59): Departamento Administrativo de Salud Distrital Distrital de Santa Marta.
Medina, M. (1984). *La protesta urbana en Colombia en el siglo XX*. Bogotá: Aurora.
Mendoza Vega, J. (1979, 23 de Julio). Columna médica. Dos actitudes. *El Espectador*, pp. 2A, 3A.
Mejía López, J. (1974, 28 de Noviembre). 28 muertos o desaparecidos en las Campañas de Salud. *El Espectador*, p. 17A.
Mejía Rodríguez, P. (2004). "De ratones, vacunas y hombres: el programa de fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller en Colombia, 1932 - 1948". *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Ilus., 24*, 119-155.
Mejía Villegas, D. e. a. (2007). La tutela y el derecho a la salud. Período 2003-2005 (pp. 86 p): Defensoría del Pueblo República de Colombia.
Melo L; Esmeral N. (1980, 15 de Febrero). Denuncia la Asociación Médica Sindical (Asmedas Seccional Atlántico). *El Espectador*.
Mendoza, A. (1978). Anatomía de las regiones (9) La salud en Colombia. *El Espectador*, p. 3A.
Mendoza Acuña, O. (2003). Plan de Contingencia para la Fiebre Amarilla Municipio de El Tarra (pp. 2 p). El Tarra Norte de Santander: Alcaldía - Centro de Salud.
Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (1992). Correspondencia dirigida a Posso C Ministro de Salud (pp. 1).
Ministerio de la Protección Social - Dirección General de Salud Pública - Instituto Nacional de Salud - Subdirección de vigilancia y control en salud pública. (2005). Informe de enfermedades transmitidas por vectores (ETV), 2004 (pp. 33 - 44).
Ministerio de la Protección Social. (2004). Tres millones de dosis de vacuna antiamarílica llegarán al país. Retrieved Enero 19 de 2004, sne/2004/enero/19/
Ministerio de la Protección Social República de Colombia. (2004a, sne/2004/enero/28/). Comunicado 007: Vigilancia y control de la Fiebre Amarilla. 28 de Enero
Retrieved 19-05-2005].
Ministerio de la Protección Social República de Colombia. (2004b). Comunicado No. 002: Vigilancia y control de la fiebre amarilla. Retrieved 19-05-2005]
Ministerio de Protección Social Servicio Seccional de Salud de Norte de Santander. (2003). Resolución 02005 (pp. 2 p).
Ministerio de Salud - Dirección de Campañas Directas - SEM. (1985). XIII Reunión Jefes de Zonas (pp. 10 p). Armenia, 1 de Noviembre.
Ministerio de Salud - República de Colombia. (1991). Memorias III Reunión de Investigadores de Malaria y Otras Enfermedades Tropicales. Rionegro, Antioquia del 21 - 25 de marzo. Bogotá: Ministerio de Salud.
Ministerio de Salud - República de Colombia. (1998). Informe de Actividades 1997-1998 al Honorable Congreso de la República: Imprenta Nacional.
Ministerio de Salud Pública - Campañas Directas - Programa Antiaedes. (1975). *Campaña Antiaegypti de Colombia 1975*. Bogotá: Servicio de Erradicación de la Malaria.

Ministerio de Salud Pública - Campañas Directas - Programa Antiaegypti. (1975). *Campaña Antiaedes Colombia 1975 - Cuadro de Actividades realizadas por Departamento*. Bogotá: Servicio de Erradicación de la Malaria.

Ministerio de Salud Pública - Servicio de Erradicación de la Malaria SEM. (1973). *Formato de Solicitud de Empleo para Personal a Jornal*.

Ministerio de Salud República de Colombia. (1982a). Principales Realizaciones Del Sector Salud 1978 - 1982

Ministerio de Salud República de Colombia. (1982b). *Principales Realizaciones del Sector Salud 1978 - 1982*.

Ministerio de Salud República de Colombia. (1982c). Principales Realizaciones del Sector Salud 1978 - 1982. Bogotá.

Ministerio de Salud República de Colombia. (1985a). Resolución 10101 del 4 de Julio. Bogotá.

Ministerio de Salud República de Colombia. (1985b). Resolución No. 10099 del 4 de Julio. Bogotá.

Ministerio de Salud República de Colombia. (1985c). Resolución No. 10100 del 4 de Julio. Bogotá.

Ministerio de Salud República de Colombia. (1985d). Resolución No. 10102 del 4 de Julio. Bogotá.

Ministerio de Salud República de Colombia. (1985e). Resolución No. 10120. Bogotá,

Ministerio de Trabajo y Salud República de Colombia - Instituto Nacional de Salud - Sistema de Vigilancia en Salud Pública. (2004). Fiebre amarilla en Colombia 2003 - 2004 (Segunda Parte)

Boletín Epidemiológico Semanal SIVIGILA, 3 Enero 18 - 24, http://www.col.ops-oms.org/sivigila/2004/bole2003_2004.htm [Citado de: 2014/2005/2005].

Miranda, P. (1996). *El discurso y la práctica en la historia de una enfermedad: Epidemiología y Políticas de SIDA en Barcelona, Cataluña – España, y Belo Horizonte, Minas Gerais – Brasil*. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Misión Internacional de Verificación sobre la Situación Humanitaria y DDHH de los Pueblos Indígenas de Colombia Comisión de la Sierra Nevada. (2006). Informe de la Misión Internacional de Verificación sobre la Situación Humanitaria y DDHH de los Pueblos Indígenas de Colombia Comisión de la Sierra Nevada 21 - 23 de septiembre (pp. 4 p. http://www.icrainternational.org/img-mail/Sierra-Nevada-SP.pdf).

Mitsch, D. (1992). Women´s movements and state policy reforms aimed at domestic violence against women: a comparison of consequences of Movement Mobilization in the U.S. and India. *Gender and Society, 6*(4), 587 - 608.

Mnuma, Z. (1979, Octubre 15). Exitosa brigada de salud se realizó en El Tarra. *El Espectador*, p. 12A.

Moanack, G. (1986, 23 de febrero). La crisis hospitalaria ya no conmueve a nadie. *El Tiempo*, pp. 1A- 11A.

Molina Miguel Ángel. (1984, 17 de Octubre). En paro tres hospitales de Boyacá. *El Tiempo*, p. 2A.

Moncayo Medina, A. (1975). Situación Epidemiológica de la Fiebre Amarilla 1975. *Boletín Epidemiológico Nacional, 1*(3 Noviembre), 19 - 22.

Monroy, J. (1986, 3 de Agosto). En sólo 30% se cumplió el plan de control de la malaria. *El Colombiano*, p. 3C.

Moore, B. (1973). *Social Origins of Dictatorship and Democracy*. Barcelona: Ediciones 62 s/a.

Morales Borrero, C. (2009). *Dinámica sociopolítica para la configuración de las políticas de salud sexual y reproductiva de jóvenes en Colombia, 1992-2005*. Unpublished Tesis para optar al título de Doctora en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Morales, E. (2005). *Sin miedo ni gloria: Ciencia y política en la segadora de vidas de tez amarílica, Valle de Soto 1911 y Bucaramanga 1923*. Unpublished Pregrado, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga.

Morelli Santaella, J. S. d. S. d. N. d. S. (2003). Informe de acciones desarrolladas ante epidemia de fiebre amarilla en región del Catatumbo. Junio 18 a julio 8 de 2003.: Servicio Seccional de Salud de Norte de Santander. Grupo de Vigilancia en Salud Pública.

Moreno, M. (1987, 22 de agosto). Contra la crisis de la salud: atención básica para todos. *El Tiempo*, p. 5C,

Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social. (2001, 3 - 6 de Octubre). *El Derecho a la Salud, Una Vía hacia la Paz*. Paper presented at the Primer Congreso Nacional por la Salud, Bogotá.

Muentes, E. (1992). Comunicado al Jefe Zona V Dr. Madrid, R. Montería, 13 de Abril.

Múnera, L. (1998). *Rupturas y continuidades. Poder y movimiento popular en Colombia 1968 - 1988*. Bogotá: IEPRI-Universidad Nacional de Colombia-CEREC.

Muñoz E; et al. (1992). Petición Autoridades Indígenas de la Comunidad Huitoto Jirirí al Presidente César Gaviria Trujillo. Juirirí, 13 de Abril.
Muñoz, H. (1974a, 08 de Julio). Intensifican vacunación por Fiebre Amarilla. *El Espectador,* pp. 1A, 8A,
Muñoz, H. (1974b, 06 de Noviembre). La crisis en Salud: "Los Hospitales están Desangrándose". *El Espectador,* p. 11A.
Muñoz, H. (1975, 18 de febrero). Están controlados todos los brotes de fiebre amarilla. *El Espectador,* p. sp.
Murcia, C. (1982, 13 de Septiembre). Expectativa por "cumbre" política. *El Espectador,* pp. 1 A, 5 A.
Naranjo Villegas, A. (1980, 16 de Octubre). Ética médica y lucha sindical. *El Colombiano,* p. 3A.
Navarrete, G. (1974, 13 de Marzo). Sigue drama en La Hortúa y Materno Infantil. *El Tiempo.*
Navia, J. (1986a, 17 de septiembre). El Instituto Nacional de Salud recibirá $17.229.6 millones *La República,* pp. 1A, 7A.
Navia, J. (1986b, 18 de Junio). La salud: Un enfermo agonizante. *La República,* p. 1B.
Organización Internacional del Trabajo. (1987). Quejas contra el gobierno de Colombia presentadas por la Federación Sindical Mundial y la Confederación Sindical de Trabajadores de Colombia. Informe No. 248 Caso (s) Núm. (s) 1343. (pp. Vol. LXX Serie B No. 1).
Organización Panamericana de la Salud. (2000). Informe sobre la situación de los programas de paludismo en las Américas, 1998. *Rev. Panam Salud Publica, 8*(5), 363 - 367.
Organización Panamericana de la Salud. (2001a). Informe de la situación de los programas regionales de malaria en las Américas. 13 p.
Organización Panamericana de la Salud. (2001b). Situación de los Programas de Malaria en las Américas. *Boletín Epidemiológico, 22*(1), http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n21-malaria.htm [Citado de: 29 de agosto de 2010].
Organización Panamericana de la Salud. (2001c). Situación de los Programas de Malaria en las Américas. *Boletín Epidemiológico Nacional, 22*(1), http://www.paho.org/spanish/sha/be_v22n21-malaria.htm [Citado de: 29 de agosto de 2010].
Organización Panamericana de la Salud. (2002). II Reunión conjunta de la Red de Vigilancia para enfermedades emergentes en el Amazonas y la Región del Cono Sur. Atlanta, Georgia, 23 - 24 de Marzo. Retrieved 10 de Octubre de 2004).
Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Situación de Fiebre Amarilla en las Américas*. 12 de Septiembre.
Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Plan estratégico regional contra la malaria 2006 - 2010 (pp. 21 p).
Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. (1996). *Promoción de la Salud: Una Antología. Publicación Científica Nº 557*. Washington, D.C.: OPS/OMS.
Organización Panamericana de la Salud. (2003a). *Colombia: actualización sobre el brote de fiebre amarilla selvática en el departamento de Norte de Santander.* (Informativo). Bogotá.: Instituto Nacional de Salud.
Organización Panamericana de la Salud. (2003b). *Update on Yellow Fever in the Americas* (Informativo). Diciembre 18 Ministerios de Salud de Bolivia, Brasil, Colombia, Perú y Venezuela.
Orobio J; et al. (1992). Petición de Estudiantes de Guapi a la Niña María de la Paz Gaviria. Noanamito, 8 de Marzo.
Ortiz, J. (1979, 13 de Noviembre). Paro en Hospital por muerte de estudiante. *El Espectador* p. 11A,
Ortiz Muñoz, I. (1991, 15 de Enero). Paro en el Hospital González Valencia: por no pago de salarios. *Vanguardia Liberal,* p. 9A.
Osorio, F. (1988, 2 de Enero). SEM: paraliza fumigación aumentan casos de paludismo. *El Heraldo,* p. 8A,
Ossa, P. (2004, Enero). Salud no es prioridad en el presupuesto nacional 2004. *El Pulso,* p. 1.
Ovalle Efraín. (1984, 11 de Mayo). Paro en Salud de la Guajira. *El Tiempo,* p. 9B.
Pabloe - seudónimo-. (1986, 3 de Julio). Salud pública y seguridad social: Problemas sin soluciones *Voz Proletaria,* p. 11.
Padilla, J. A., F. (1985a). Comunicado No. 01 de la Junta Directiva Sindes Bogotá a los Compañeros Ministerio de Salud, Fondo Nacional Hospitalario y Malaria. Bogotá, 15 de Marzo.
Padilla, J. A., F. (1985b). Comunicado No. 02 de la Junta Directiva SINDES Bogotá a sus afiliados. Bogotá, 9 de Abril.
Palacios, M; Safford, M (2002) *Colombia. País fragmentado, sociedad dividida*. Norma, Bogotá. 744p.

Pan American Health Organization. (2004). Yellow Fever: Number of cases and deaths notified to PAHO 1985 - 2003 (pp. 1 p).
Pancho -seudónimo-. (1987, 5 de Marzo). Un anofeles llamado gobierno. *Voz,* p. 9.
Panesso, A. (1974, 16 de Febrero). La Carta del día: Respuesta de "Asmedas". *El Espectador,* pp. 2A, 3A,
Pangloss. (1979, 14 de Julio). Temas de nuestro tiempo. *El Espectador,* p. 2A.
Parra Garzón Edison. (1984, 11 de Febrero). Se cierra el hospital de Pasto. *El Tiempo,* p. 4B,
Parra Martín Alonso. (1984, 20 de Octubre). Suspenderán cirugías en los hospitales de Risaralda por escasez de soda (Sord). *El Tiempo,* p. 7B.
Perdomo, G. (1992). Solicitud al Consejo de Administración de Cootrasem LTDA. Montería, 8 de Septiembre.
Pérez, D. (1992). Carta de Asistente de Operación de Campo al Dr. Dussan, R. Director División de Campañas Directas (pp. 1 p). Montería, 8 de Julio.
Perilla, S. (2004, 20 de Enero). Al Sistema le falta avanzar en vigilancia y control: se crearía delegatura para agilizar el pago a los hospitales. *El Tiempo,* pp. 1 - 6.
Perilla Santa María. (2004, 22 de Enero). Hospitales se declaran en crisis: piden acuerdo para pagos puntuales. *El Tiempo,* pp. 1 - 2.
Piña Salcedo, B. (1983, 10 de Octubre). En Sucre: 300 casos de paludismo durante este año. *El Tiempo,* p. 11D.
Plazas Felio Augusto. (1984, 11 de Febrero). Emergencia hospitalaria en Sevilla. *El Tiempo,* p. 10B,
Poveda, G. R., M; (1997). Evidencias de asociación entre brotes epidémicos de malaria en Colombia y el fenómeno del niño – oscilación del sur *Rev. Acad. Colomb.Cienc, XXI* (81), 421 – 429.
Presidente Sindes Nacional. (1992). Constancia (pp. 1).
Procuraduría General de la Nación. (1985). Oficio No. 1598. Arauca, 17 de Octubre.
Puerta, L. (1984, 9 de Agosto). Pide jefe de la Malaria: Mejor atención del Min salud a la Costa. *El Heraldo,* p. 9A.
Puerta Pardo, M. (1989, 17 de Diciembre). En el Senado: Aprobada reforma al Sistema Nacional de Salud. *El Colombiano,* p. 2A.
Quevedo E et al. (2004). *Café, Gusanos, Mosquitos y Petróleo. El tránsito de la higiene hacia la salud pública en Colombia, 1873-1953.* . Bogotá: Universidad Nacional/Instituto de Salud Pública/Centro de Historia de la Medicina.
Quevedo E et al. (2005). Historia de la Lucha contra la Fiebre Amarilla en Colombia, fase I: La construcción del concepto de fiebre amarilla selvática, 1907 - 1948. Unpublished Proyecto de Investigación. Colciencias - Universidad Nacional de Colombia.
Quiñones C; et al. (1990). Petición de la Junta Directiva ANTHOC Seccional Buenaventura al Presidente Virgilio Barco (pp. 1 p). Buenaventura, 30 de Enero.
Quiñones, C. e. a. (1992). Carta de Junta Directiva de Anthoc Buenaventura al Ministro de Salud Camilo González Posso. Buenaventura, 10 de Junio.
Ragin, C. (1987). *El método Comparativo. Más allá de las estrategias cualitativas y cuantitativas. . [The Comparative method. Moving beyond qualitative and quantitative strategies]* (Primera impresión en libro de bolsillo, 1989 ed.). Los Ángeles, California: Universidades de California - Berkeley
Ramírez, I. e. a. (1992). Petición de los Habitantes de Rio Nuevo Bolívar al Presidente César Gaviria Trujillo (pp. 24 de Abril).
Rangel, J. V., F. (1983). Comunicación del Sindescord. al Presidente Belisario Betancur Cuartas. Montería, Agosto 5.
Redacción Local Santafé de Bogotá. (1995, 13 de Marzo). Trabajadores de la salud ratifican paro. Hospitales públicos sólo atenderán casos de urgencias. "Nada ni nadie reversará la decisión". *El Espectador,*
Rengifo, M. (1992). Carta del Alcalde Local de Terralta a la Junta Directiva del Sindess Córdoba. Tierralta, 10 de Marzo.
República de Colombia - Poder Público - Rama Legislativa Nacional. (1982, 20 de Noviembre). Amnistía para la Paz. *Diario Oficial.*
República de Colombia. (1975). Decreto No. 02492 por el cual se dictan normas sobre régimen disciplinario en empleos de la Rama Ejecutiva del Poder Público. Bogotá, 21 de Noviembre.
República de Colombia. (1976). *Decreto No. 121 de enero 23 por el cual se revisa la Organización Administrativa del Ministerio de Salud Pública*.

República de Colombia. (1991). Constitución Política.
República de Colombia. (1993, jueves 23 de diciembre). Ley 100. Por la cual se crea el sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial Año CXXIX, Nº 41.148*, pp. 1-37,
República de Colombia / Ministerio de Salud. (1994, 11 de noviembre). Decreto 2491. *Diario Oficial No. 41.593.*
República de Colombia Departamento Nacional de Planeación. (1987). Plan de economía social. Planes y programas de desarrollo económico y social, 1987-1990 (pp. 81-88).
República de Colombia Ministerio de Gobierno. (1975a). *Leyes 1975. Acuerdo de Cooperación Sanitaria entre la República de Colombia y la República Federativa del Brasil para la Región Amazónica*.
República de Colombia Ministerio de Gobierno. (1975b). *Leyes 1975. Ley 26 de Septiembre 19 de 1975 por el cual se modifica el artículo 129 del Decreto - Ley No. 2319 de Diciembre 3 de 1971*.
República de Colombia Ministerio de Gobierno. (1978). *Leyes 1976. Ley 26 de Septiembre 15 de 1976 por el cual se aprueba el Convenio Internacional de Trabajo relativo a la Libertad Sindical y a la Protección del Derecho de Sindicación, adoptado por la Trigésima primera Reunión de la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo - Ginebra 1948*.
República de Colombia Ministerio de Hacienda y Crédito Público. (1987). Decreto 77 *Diario Oficial*,
República de Colombia Ministerio de Salud. (1991). *La Revolución de la Salud Memoria 1990 - 1991 Presentada al Congreso de la República*. Bogotá, Diciembre.
República de Colombia Ministerio de Salud (1994). *Decreto No. 1525 del 17 de Julio*.
República de Colombia Ministerio de Salud Pública. (1975). *Decreto No. 692 de 1975 (Abril11) Por el cual se crea una Junta Nacional de Salud*.
República de Colombia Secretaría de Salud de Norte de Santander. (2003). Plan de Contingencia de Fiebre Amarilla San José de Cúcuta, Norte de Santander: Grupo Epidemiologia.
Restrepo, D. (1992). *Descentralización y Neoliberalismo. Balance de un proceso.* Bogotá: CEIR - REALIDAD MUNICIPAL.
Restrepo, B (2004)
Retamozo, M. (2006). Esbozos para una epistemología de los sujetos y los movimientos sociales. *Cinta de Moebio*. 26. pp. 16. http://www.moebio.uchile.cl/26/retamozo.htm [Citado de: 27/03/07]
Retamozo, M. (2009). Las demandas sociales y el estudio de los movimientos sociales. *Cinta de Moebio*. 35:110-127 www.moebio.uchile.cl/35/retamozo.html [Citado de: 27/09/10]
Riascos, R. e. a. (1993). Petición de los Habitantes de la Costa Pacífica al Dr. González, E. Secretario General del Ministerio de Salud. Buenaventura, 15 de Junio.
Rocha, R. (1982, 17 de Mayo). Podría haber fiebre amarilla en Repelón. *El Heraldo*, p. 10A,
Rodríguez, A. (1985). Telegrama del Presidente SINDES Seccional Antioquia a la Jefe División Administrativa SEM Dra. Salas, R. Medellín, 3 de Mayo.
Rodríguez, A. (1974, 3 de Mayo). Paran La Hortúa y San José. *El Tiempo.*
Rodríguez Hernández, J., (1979). Antecedentes y situación actual de la fiebre amarilla en jurisdicción de la zona XVI del SEM, Bucaramanga. (pp. 11 p): Ministerio de Salud República de Colombia SEM, Septiembre.
Rodríguez, J. (2009). Dinámica Probabilística Temporal de la Epidemia de Malaria en Colombia. *Revista Med 17*(2), 214-221.
Rodríguez Villa, F. (1982, 16 de septiembre). La reforma política y la clase obrera (1). *Voz Proletaria*,
Rojas, J. (1983, 13 de Septiembre). Campesinos ocupan catedral de Montería. *El Siglo*, p. 1.
Rojas W; Botero S; García H. (2001). An integrated malaria control program with community participation on the Pacific coast of Colombia. *Cad. Saúde Pública 17 (Suplemento)*, 103-113.
Romero, A. (1974, 14 de Marzo). Ilegal paro en el Valle. *El Tiempo.*
Romero, R. (1984, 13 de Septiembre). Entrevista con Medófilo Medina: rescatando la potencialidad política de la muchedumbre urbana. *Voz Proletaria*, p. 21.
Rose, W (1981) *An evaluation of entomological warfare as a potential danger to the United States and European NATO Nations.* Dugway Utah. US Army Dugway Proving Ground. 10 p. Disponible en: http://www.gwu.edu/~nsarchiv/ The national security archive The George Washington University (Citado de: 28/02/2011).
Roth, A. (2002) *Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación.* Bogotá. Aurora. 232 p.

Rueda, P. (1983). Solicitud del Jefe Zona XIV Honda al Director Nacional del SEM Dr. Cáliz, O. Honda, 5 de Septiembre.
Rueda, P. (1985). Comunicación del Jefe Zona XIV Honda al Juez 4 Superior del Socorro Santander. Honda, 5 de Febrero.
Ruiz Cano, F. (1984, 18 de Noviembre). Curia encabezó marcha de protesta en Quibdó ayer. *El Tiempo*, p. 9 A.
Salazar, G (2005) *Mirada crítica al conflicto armado colombiano*. En: ACNUR. Memorias del Seminario-Taller Internacional de contextualización sobre desplazamiento forzado y refugio en zonas de frontera. 22p.
Sánchez López, A. (1981, 1 de Junio). Pediatras colombianos anuncian vacuna contra paludismo. *El Tiempo*. 1C.
Sánchez, M. (1985, 1 de Junio). Dicen en foro de la salud 18 millones de colombianos en peligro de contraer paludismo. *El Tiempo*, p. 4D.
Sánchez Parra, H. (1986, 18 de julio). "El Presupuesto para la salud de los colombianos, un botín político". *El Siglo*, p. 6.
Sánchez, R. (2009). *Huelga. Luchas De La Clase Trabajadora En Colombia, 1975 - 1981*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
Sánchez, R. (2009). *Huelga. Luchas de la clase trabajadora en Colombia, 1975 - 1981*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
Sánchez, T. (1974, 3 de Marzo). En Planeta Rica anuncian paro cívico. *El Tiempo*.
Sandoval, J. (1975, 24 de Febrero). Vacunación en Caquetá contra fiebre amarilla. *El Espectador*.
Santiago, J. (1987, 6 de febrero). En la Costa: Servisalud descarta fiebre amarilla. *El Heraldo*, p. 10A.
Scott, J. (2002). *Los dominados y el arte de la resistencia*. México: ERA.
Secretaría de Desarrollo de la Salud del Magdalena. (2004). Plan de contingencia fiebre amarilla enero a noviembre 2004. Santa Marta.
Secretaría de Desarrollo de la Salud del Magdalena. Santa Marta. (2004). Plan De Contingencia Fiebre Amarilla Enero a Mayo Santa Marta.
Secretaría de Salud de Norte de Santander. (2003). Informe acciones desarrolladas plan de contingencia contra fiebre amarilla. Enero 14 al 8 de abril.: Grupo Vigilancia en Salud Pública.
Secretaria de Salud Municipio de San José de Cúcuta. (2004). Resultados del plan de contingencia de fiebre amarilla en el municipio de San José de Cúcuta.
Secretario de Salud de Norte de Santander. (2003a). Memorando dirigido a Alcaldes, EPS, ARS, IPS del Sector Público y Privado para Declarar Alerta epidemiológica por posibles casos de fiebre amarilla en el municipio de José María Semprun , Estado de Zulia Venezuela (pp. 2 p). Cúcuta, 15 de enero.
Secretario de Salud de Norte de Santander. (2003b). Memorando Dirigido a Alcaldes, EPS, ARS, IPS Sector Público y Privado para Intensificar las Actividades de Vigilancia y Control para Fiebre Amarilla y Operativizar el Plan de Contingencia (pp. 3 p). San José de Cúcuta.
Sepúlveda, L. (1979). *Memorando: Informe para González, Jorge. Jefe Zona XIV-Honda*. Puerto Berrío: Servicio de Erradicación de la Malaria.
Serrano Gómez, N. (1981, 22 de Mayo). Miseria y derroche. *Vanguardia Liberal*, p. p 4.
Servicio de Erradicación de la Malaria. (1975). Campaña Antiaegypti en Colombia 1975. Bogotá, Octubre.
Servicio de Erradicación de la Malaria. (1976). *Informe de Vacunación realizada por el SEM. Vacunas contra la Fiebre Amarilla Aplicadas por el SEM en áreas Endémicas 1972 - 1976*. Bogotá: Ministerio de Salud Pública - República de Colombia.
Servicio de Erradicación de la Malaria. (1978). Informe de Actividades en el Área Fronteriza. Convenio Fronterizo Colombo Venezolano. XVII Reunión del Grupo Colombo - Venezolano de Malaria y otras Enfermedades Metaxénicas. 25 - 26 de Octubre. (pp. 47 p). San Cristóbal, Táchira, Venezuela: Ministerio de Salud Colombia.
Servicio de Erradicación de la Malaria Zona XVII. (1979). *Informe sobre brotes de fiebre amarilla selvática y dengue*. Cúcuta: Servicio de Erradicación de la Malaria.
Siciliani, P. J. (1990). Telegrama del Padre Rector y Comunidad Educativa Colegio San José Guapi al Director del SEM Alejandro Rodríguez (pp. 1 p). Guapi, 8 de Noviembre.
Silva Olarte, R. (1992). *Las epidemias de la viruela de 1782 y 1802 en la Nueva Granada*. Cali, Universidad del Valle. 173 p.

Sindess (2003). Exitoso Paro. *Journal*, (26 de Abril), http://www.sindess.org/comunidad [Citado de: 29/09/07].
Sindess (2004a). Foro Regional "Por el derecho a la salud y seguridad social". *Journal*, http://www.sindess.org/comunidad/modules.php?name=News&file=article&sid=18 [Citado de: Septiembre 18 de 2007].
Sindess. (2004b, 11 de Octubre). Quiebra de la Salud en Colombia, Responsabilidad del Estado. *Sindess Periódico Sindical*, p. http://www.sindess.org/comunidad/modules.php?name=News&file=article&sid=28 [Citado de: Septiembre 28 de 2007].
Sindicato nacional de Empleados de Salud. (1983). Agenda de Entrevista Ministro de Salud. Bogotá, 15 Septiembre.
Sindicato Nacional de Empleados de Salud Sindes. (1992). Exposición de Motivos Proyecto de Ley por el cual se Reorganiza la División de Campañas Directas del Ministerio de Salud, se Determina su Estructura y sus Funciones y se Dictan Disposiciones para su Delegación al Nivel Territorial (pp. 3).
Sindicato Trabajadores Departamento del Cesar SINTRODEC. (1981). Telegrama al Director de Campañas Directas Cáliz, O. Valledupar, 16 de Julio.
Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública. (1997). *Tres casos probables de fiebre amarilla*: República de Colombia Ministerio de Salud.
Socarrás, J. F. (1980, 30 de Enero). Por la salud mental: Nuestros flagelos tropicales. *El Tiempo*, p. 5A,
Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación SCARE. (s.f.). Normas Sobre Ética Médica. Ley 23 De 1981.
Sociedad de Biblias y Tratados Torre del Vigía. (1992). Comunicación de la Comunidad de Testigos de Jehová al Dr. Dussan, R. Director División Campañas Directas Ministerio de Salud (pp. 1 p). Bogotá, 22 de Enero.
Suárez, H. (2004). Dinámica del desplazamiento forzado en Colombia (pp. 23 p. http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/3822.pdf [Citado de: 3823/3808/2010]): Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento Forzado CODHES.
Supervisores SEM Zona V Montería. (1989). Informe presentado al Médico Jefe Zona V Montería Dr. Ceballos, A. Montería, 3 de Agosto.
Supervisores Zona V Montería. (1987). Informe de Actividades Distrito No. 2 Base Caucasia al Jefe de Zona V Montería, Dr. Ceballos, A. Caucasia, 2 de Abril.
Tanaka, M. (1995). Elementos para un análisis de los movimientos sociales. Individualismo metodológico, elección racional y movilización de recursos. *Revista Análisis Político, 25*(Mayo - Agosto), 7 - 23.
Tarrow, S. (1997). *El poder en movimiento. Los movimientos sociales, la acción colectiva y la política*. Madrid: Alianza.
Tilly, C. (1991). *Grandes estructuras, procesos amplios, comparaciones enormes*. Madrid: Alianza.
Tilly, C. (2008). *Contentious performances*. New York: Cambridge Press.
Tinjaca P; Urrego E. (1983). El grupo de Fiebre Amarilla y su futuro. Bogotá: Instituto Nacional de Salud.
Touraine, A. (1997). *¿Podremos vivir juntos?* México: Fondo de Cultura Económica.
Trabajador Campañas Directas Secretaría de Salud de Norte de Santander. (2006). Entrevista efectuada por la autora. Cúcuta, 14 de octubre.
Trabajador Secretaria de Salud Distrito de Santa Marta. (2007). Entrevista realizada por la autora. Santa Marta, 25 de Abril.
Trabajadora del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander. (2006). Entrevista realizada por la autora. Cúcuta, 18 de Octubre.
Tribuna Roja. (1993 16 de Noviembre). En Telecom exitosa asamblea del Sindicato. *Tribuna Roja, http://www.moir.org.co/index.php?idcategoria=15970&ts=32007173f1af7c7f2cc57a5b5464b1ed&PHPSESSID=f4ef439fe25ef6aa732650b7e182313c [Citado de: 19/09/07]*.
Tribuna Roja. (1995 18 de Mayo). Continúa la resistencia de los trabajadores de la salud. *Tribuna Roja, http://www.moir.org.co/index.php?idcategoria=16061&ts=1a6a624acf05417fd87560e9809059d6&PHPSESSID=f4ef439fe25ef6aa732650b7e182313c [Citado de: 19/09/07]*.
Turriago, O., (1982, 20 de Enero). Deficiencias gubernamentales causaron grave recrudecimiento. *El Siglo*, p. 3.

Unidad Administrativa Especial de Campañas Directas Bogotá. (1998). Promoción, prevención, vigilancia y control de la fiebre amarilla en Colombia. Unpublished Documento Técnico. Ministerio de Salud República de Colombia.
Uribe J; Moquillaza J. (1979). Brotes epidémicos de fiebre amarilla selvática registrados en Colombia Mayo - Agosto, 1979. Informe Preliminar. (pp. 29 p). Bogotá, Septiembre 12.
Uribe, M. (2009). *La contienda por las reformas del sistema de salud en Colombia, 1990 - 2006.* Unpublished Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales con Especialidad en Sociología, Colegio de México Centro de Estudios Sociológicos, México D.F.
Valderrama, G. (1983, 19 de Abril). Inundaciones en Córdoba y Cesar. *El Heraldo,* p. 12 A,
Valencia H; et al. (1985). Comunicado de la Junta Directiva SINDES Seccional Chocó al Director Zona VII SEM, Dr. Castro Oscar. Quibdó, 15 de Julio.
Valencia, J. R., W. (1990). Petición del Grupo de Docentes del Corregimiento Noanamito al Ministro de Salud Camilo González Posso (pp. 1 p). Noanamito, 2 de Noviembre.
Valero - Bernal, M. (2006). Malaria in Colombia: Retrospective Glance during the Past 40 Years. *Rev. salud pública, 8*(3), 141 - 149.
Vanguardia Liberal. (1983, 4 de Septiembre). Por el derecho a la vida hoy marcha obrero popular. *Vanguardia Liberal,* p. 13.
Vanguardia Liberal. (1984a, 14 de Febrero). Para el San Juan de Dios: Urgen dotación de equipos médicos *Vanguardia Liberal,* p. 10.
Vanguardia Liberal. (1984b, 15 de Febrero). San Andrés: Crisis laboral en el Hospital. *Vanguardia Liberal,* p. 12.
Vanguardia Liberal. (1986a, 2 de mayo). En Concepción crean comité cívico pro-agua. *Vanguardia Liberal,* p. 14.
Vanguardia Liberal. (1986b, 6 de Julio). Marcharon por la vida. *Vanguardia Liberal,* p. 9,
Vanguardia Liberal. (1986, 25 de septiembre). Nuevo director del INS: Necesitamos erradicar la pobreza. *Vanguardia Liberal,* p. 9.
Vanguardia Liberal. (1987a, 20 de Enero). Desmonte estatal, descentralización y desempleo. *Vanguardia Liberal,* p. 4.
Vanguardia Liberal. (1987a, 13 de Febrero). En Bucaramanga: Casos de fiebre amarilla han tenido origen selvático. *Vanguardia Liberal,* p. 9.
Vanguardia Liberal. (1987b, 12 de febrero). En Rionegro: Vacunación contra Fiebre Amarilla. *Vanguradia Liberal,* p. 20.
Vanguardia Liberal. (1987c, Enero 31 de 1987). Insuficiente dosis de vacuna contra la fiebre amarilla. *Vanguardia Liberal,* p. 20.
Vanguardia Liberal. (1987d, 16 de Marzo). La crisis hospitalaria: ¿manejo irracional o falta de presupuesto? *Vanguardia Liberal,* p. 3.
Vanguardia Liberal. (1987e, 20 de Febrero). Por fiebre amarilla, gobierno desmiente peligros epidémicos. *Vanguardia Liberal,* p. 13.
Vanguardia Liberal. (1987f, 31 de Mayo). Preocupación por la ola de paros. *Vanguardia Liberal,* p. p 11.
Vanguardia Liberal. (2003, 28 de Abril). Rotundo rechazo al proceso de reestructuración hospitalaria. *Vanguardia Liberal,* p. 4 A.
Vanguardia Liberal. (1988, 25 de Enero). Reapareció la fiebre amarilla. *Vanguardia Liberal,* p. 11.
Vanguardia Liberal. (2003, 25 de Marzo). Comunidad protestó por crisis del Hospital *Vanguardia Liberal,* p. 4C.
Vanguardia Liberal. (2004a, 22 de Noviembre). En el González Valencia la agonía se prolonga. *Vanguardia Liberal,* p. 4A.
Vanguardia Liberal. (2004b, 9 de Agosto). "San Camilo", otra víctima de la crisis del sector salud. *Vanguardia Liberal,* p. 4A.
Vásquez Carrizosa, A. (1979,). Militarización, Año II. *El Espectador*.
Velandia, M. (2003). *Fiebre amarilla selvática, Colombia, 2003.* (Informativo). Bogotá.: Instituto Nacional de Salud.
Velandia, M. (2004). La fiebre amarilla y su control. *Biomédica, 24*(1), 5 - 6.
Velasco Jaramillo, M. (2007). Los efectos de la Constitución de 1991 sobre la protesta social en Colombia: un análisis estadístico. *Revista Colombiana de Sociología, 28*, 73 - 93.

Velásquez, C (2006) *El ámbito político en el conflicto armado con las FARC, 1990 – 2006.* Revista de Relaciones Internacionales, Estrategia y Seguridad, Vol. 1, No. 2 , pags. 157-194.
Vera, M. e. a. (2004). Fiebre Amarilla Selvática en la Región del Catatumbo, Colombia, 2003. *Informe Quincenal Epidemiológico Nacional, 9*(4; 29 de Febrero), 51 - 53.
Vergara, G. e. a. (1992). Carta de la Junta Directiva del Sindes Córdoba al Alcalde de Montería (pp. 2 p). Montería, 20 de febrero.
Vicepresidencia República de Colombia - Observatorio del Programa Presidencial de Derechos Humanos y DIH. (2005). Dinámica reciente de la confrontación armada en la Sierra Nevada de Santa Marta (pp. 66p. http://www.derechoshumanos.gov.co/observatorio_de_DDHH/04_publicaciones/sierra_nevada.pdf [Citado de: 23/08=2010]): Imprenta Nacional.
Vidal, S. (2007). Introducción a La Bioética Clínica Y Social. Módulo I. Introducción General Y Antecedentes. In *Programa de Educación Permanente en Bioética - Red bioética - UNESCO* (pp. http://www.redbioética-edu.com.ar Citado de: [1/ 06 / 07], 01 - 29).
Viejo Viñas, R. (2001). *La unificación de Alemania: Discursos y acción. Un estudio sobre el nacionalismo alemán actual.*, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.
Viera, G. (1988, 9 de Junio). Por un acuerdo patriótico contra la "Guerra Sucia". *Voz,* p. 5.
Villar, L. (2004). Epidemia de Fiebre Amarilla: ¿Trazando las condiciones de la actual Salud Pública Colombiana? *Infectio: Revista de la Asociación Colombiana de Infectología., 8*(1; Marzo), 6 - 7.
Villarraga A; Cañizares W; Ramos M. (2003). Estudio sobre los derechos humanos en la ciudad de San José de Cúcuta, en el contexto de la violencia y el conflicto armado registrado en Norte de Santander (Texto resumen) (pp. 80): Fundación Cultura Democrática - Fundación Progresar.
Viviescas Vargas, J. (1979, 14 de Noviembre). Amenaza de paro médico. *El Espectador* p. 11A.
Voz. (2004, 1 de Diciembre). Por derecho a la salud y la calidad de vida. *Voz,* p. Pág. 12.
Voz Proletaria. (1981, 8 de Enero). Preparan nuevo paro médico nacional. *Voz Proletaria,* p. p 7.
Voz Proletaria. (1982a, 14 de Octubre). Cronología de las Acciones. *Voz Proletaria,* p. 5.
Voz Proletaria. (1982b, 23 de Septiembre). Magdalena Medio: Bárbaros Ataques de Latifundistas. *Voz Proletaria,* p. 10.
Voz Proletaria. (1982c, 7 de octubre). Paros cívicos para exigir soluciones. *Voz Proletaria,* p. 1.
Voz Proletaria. (1982, 14 de Octubre). Oriente Antioqueño, Caldas, Putumayo en pie de lucha tres muertos por la policía en Riosucio. *Voz Proletaria,* p. 1.
Voz Proletaria. (1983, 16 de Junio). Se extiende la crisis hospitalaria. *Voz Proletaria,* p. 5.
Watts, S. (1997). *Epidemics and history. Disease, Power and Imperialism*. London: Yale University Press.
Wolf, P (2002) *La historia secreta de Colombia.* Memorias Conferencia Universidad de La Sabana. Chía, Colombia. 20 de Marzo. 7 p. http://www.icdc.com/~paulwolf/colombia/unisabana.htm (Citado de: 26/02/2011).
World Health Organization. (2000). WHO Report on Global Surveillance of Epidemic-prone Infectious Diseases (pp. www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/en/Yellow_fever.pdf (citado de: 05/05/2004).
World Health Organization. (2010). Reported Incidence Time Series Yellow Fever (pp. http://www.who.int/immunization_monitoring/data/data_subject/en/index.html [Citado de: 23/08/2010).
Yepes Lema, J. (1977, 4 de Septiembre). Asmedas se vincula al Paro Nacional Obrero. *El Espectador,* pp. 1A, 13A.
Yepes Lema, J. (1978, 1 de Agosto). Severas Críticas de Min salud a Trabajadores. *El Espectador,* p. Pág. 10A.
Yepes Léma, J. (1979, 20 Noviembre). Paro médico nacional de Asmedas. *El Espectador,* pp. 1A, 7A.
Zogby, E. (1987, 11 de Abril). Desórdenes y paro en Hospitales de San Andrés. *El Espectador,* p. 11A.

ANEXOS

Índice de Anexos

		Pág.
No. 1	Definición de Categorías Teóricas Principales	429
No. 2	Acervos Consultados	430
No. 3	Campaña Antiae gypti Colombia. Consumo de Insecticidas por Casa tratada Focal y Perifocalmente, 1974	431
No. 4	Profesionales de la Medicina Retenidos entre Enero y Noviembre de 1979 en el marco del Estatuto de Seguridad, Colombia	432
No. 5	Principales Protestas del Sector Salud relacionadas con Crisis Financiera Hospitalaria. Colombia, 1983 – 1988	433
No. 6.	Personal Fallecido / Desaparecido en Zonas de Orden Público. Ministerio de Salud – Campañas Directas – SEM. 13 de Septiembre de 1983	434
No. 7	Zonas con Áreas de Orden Público y Trabajadores Asignados. Ministerio de Salud – Campañas Directas – SEM. 13 de Septiembre de 1983	435
No. 8	Documentos Oficiales emitidos entre Febrero - Octubre de 1985 ante Desapariciones de Funcionarios del Servicio de Erradicación de la Malaria. Colombia	436
No. 9	Relación Zonas del SEM en huelga durante Septiembre de 1983 (a 23 de Septiembre)	437
No. 10	Incidencia anual de Malaria en Colombia, 1970 – 1990	438
No. 11	Casos de Fiebre Amarilla Reportados en Colombia, 1985 – 1988	439
No. 12	Cambios en la Organización Institucional para la Atención de Enfermedades Transmitidas por Vectores en Colombia. 1956 – 1990	440

No. 13	Selección de peticiones enviadas desde diversos actores sociales hacia autoridades nacionales en busca de continuidad para los programas de la División de Campañas Directas del Ministerio de Salud. 1992 – 1994	441
No. 14	Casos de Personas Infectadas por Malaria en Colombia, 1960 – 2006	459
No. 15	Fiebre Amarilla en Colombia: Número de Casos y Muertes Notificadas a la OPS, 1989 – 1997	460
No. 16	Reforma del Sistema de Salud Colombiano. Hitos 1998 – 2004	461
No. 17	Cambios en la organización de los programas de ETV, Colombia, 1998 – 2004	462
No. 18	Casos de Fiebre Amarilla notificados por Colombia a la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud , 1998 – 2004	463
No. 19.	Comportamiento anuel de las luchas sociales relacionadas con ETV, de los trabajadores de la salud en servicios contra las ETV y usuarios, frente a las registradas por cualquier motivo o actor, destacadas para el periodo 1974-2004.	464
No. 20.	Relaciones entre picos ETV (malaria y fiebre amarilla) y ACC con reclamaciones que incluyan ETV	465
No. 21	Relaciones entre picos ETV (malaria y fiebre amarilla) y ACC con reclamaciones que incluyan ETV e hitos de política de seguridad que recrudecieron el CAI o políticas de descentralización 1974-2004	466
No. 22	Enfermedades Transmitidas por vectores en zonas fuertemnte afectadas por el Conflicto armado. Colombia 1991-2004	467
No. 23	Tipos de fuentes utilizadas para reconstruir acciones colectivas contendientes conteniendo reivindicaciones por etv, 1974 – 2004	468

Anexo No. 1 DEFINICIÓN DE CATEGORIAS TEÓRICAS PRINCIPALES	
NOMBRE	**DEFINICIÓN**
Estructura de oportunidad política	Conjunto de dimensiones consistentes del entorno político, que fomentan o desincentivan la acción colectiva, poniendo énfasis en los recursos externos al grupo, sin incluir dinero o poder. Los principales cambios en la estructura de oportunidad política que Tarrow ha identificado como promotores de la movilización social, son: a) las oportunidades variables, tales como apertura de un acceso al poder, cambios en el alineamiento gubernamental, disponibilidad de aliados influyentes, divisiones entre las élites y entre las mismas autoridades; b) oportunidades estables, constituidas por la estructura del Estado.
Estructura de la acción	Conjunto de convenciones utilizadas en una acción colectiva contendiente, construidas históricamente, que forman parte de la cultura pública de una sociedad, y de su memoria colectiva. La acción colectiva puede darse de manera aislada o sostenida, y ocurre básicamente dentro de dos contextos: a) Institucional: cuando se desarrolla por parte de grupos constituidos que actúan en nombre de objetivos aparentemente "neutros"; y b) Contendiente, la cual es utilizada por gente que carece de acceso regular a las instituciones, que actúa en nombre de reivindicaciones nuevas o no aceptadas, y que se conduce de un modo que constituye una amenaza fundamental para otro. También pueden ser clasificados según su carácter violento o no violento, y su condición de formas tradicionales, convencionales o disruptivas de protesta.
Resistencia	James Scott considera que los grupos subalternos, ante las exigencias de cualquier tipo por parte de los dominadores, pueden acceder a una respuesta política subterránea, la única que les es posible ante situaciones con un gran desequilibrio de fuerzas. En tal contexto, acciones como la pasivo – agresividad, la adopción de formas usadas por los dominadores pero con adscripción de significados propios de los subalternos, la ausencia de cooperación, la burla, la murmuración, la destrucción clandestina de logros deseados por los dominadores, etc. adquieren un carácter político, aunque incipiente, sobre cuya base puede comprenderse con posterioridad la emergencia de formas más abiertas de protesta y movilización social
Protesta social	Formas de acción colectiva contendiente donde más de diez personas irrumpen en espacios públicos para expresar intencionadamente demandas o presionar soluciones ante distintos niveles del Estado o entidades privadas. Pueden ser expresiones puntuales de los movimientos sociales, sin requerir permanencia o expresión organizativa formal, e incluso pueden quedar como simples luchas aisladas, sin constituir un movimiento social.
Movimientos Sociales	Acciones colectivas contendientes de tipo permanente, orientadas a enfrentar situaciones de desigualdad, exclusión o injusticia, y que tienden a ser propositivas en contextos espacio–temporales definidos, inscribiéndose en la dinámica de construcción de consensos y no de imposición por la fuerza. Por esa vocación de consenso, tienden a lanzar propuestas para solucionar los conflictos que enfrentan, más allá de una simple actitud reactiva o resistencia pasiva, y trascendiendo las meras respuestas puntuales y proyectándose más allá de la coyuntura.
Ciclos de Protesta	Períodos de ampliación generalizada de las oportunidades políticas, en los cuales se incentiva tanto la emergencia de acciones colectivas contendientes aisladas, como la formación de movimientos sociales, y de alianzas entre éstos y miembros del sistema político; así mismo se facilita el fortalecimiento de oportunidades para las élites y los grupos de oposición.
Políticas públicas	Desde la teoría de las redes se entienden como el resultado de interrelaciones e interdependencias entre varias instituciones, grupos e individuos que conforman un campo de influencia mutua, donde las jerarquías reales no siempre son las que formalmente están establecidas
Situación epidemiológica de las ETV	Resultante de la interacción entre procesos que pueden configurarse como protectores o deteriorantes para la salud de individuos específicos, pertenecientes a grupos sociales particulares, dentro de territorios delimitados, de manera que se proteja o predisponga a la colectividad para presentar un comportamiento epidemiológico dado por epidemias, endemia o silencio. Se clasificará el comportamiento epidemiológico en tres categorías: epidemia, endemia, silencio epidemiológico.
Fuentes: (Scott, 2002; Tarrow, 1997)	

Anexo No. 2
Acervos Consultados

- Biblioteca y base de datos sobre protesta social del CINEP – Bogotá.
- Hemeroteca de la Biblioteca Luis Ángel Arango - Bogotá.
- Hemeroteca de la Fundación Gilberto Alzate Avendaño – Bogotá.
- Biblioteca y Hemeroteca de la Universidad Nacional de Colombia - Bogotá.
- Archivos del Servicio de Erradicación de la Malaria – Ministerio de la Protección Social Colombia – Bogotá.
- Biblioteca del Ministerio de la Protección Social – Bogotá.
- Biblioteca del Instituto Nacional de Salud, Bogotá.
- Biblioteca Nacional, Bogotá.
- Biblioteca de la Universidad del Magdalena – Santa Marta.
- Archivos de la Secretaría de Salud del Distrito de Santa Marta – Santa Marta.
- Archivos de la Secretaría de Salud del Magdalena – Santa Marta.
- Biblioteca de la Universidad Francisco de Paula Santander – Ocaña.
- Archivos de Epidemiología en la Secretaría de Salud de Norte de Santander – Cúcuta.
- Archivos de la División de Campañas Directas, Secretaría de Salud de Norte de Santander – Cúcuta.
- Páginas web Presidencia de la República de Colombia y otras entidades.
- Archivos personales.
- Entrevistas y conversaciones con informantes clave en las secretarías de salud de Norte de Santander y Distrito de Santa Marta.
- Archivos del Sindicato de Trabajadores de Hospitales y Clínicas de Colombia – ANTHOC- Bogotá.
- Entrevistas con informantes clave de los sindicatos de la salud Anthoc y Sindess, en Bogotá y Santa Marta.
- Archivo *on line* del periódico El Tiempo – Colombia.
- Archivo *on line* del periódico Tribuna Roja – Colombia.
- Archivo *on line* del periódico sindical Sindess.
- Biblioteca del Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Rio de Janeiro – Brasil.
- Biblioteca de la Escuela de Salud Pública Sergio Arouca – Rio de Janeiro, Brasil.
- Biblioteca Manghinhos de la Fundación Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
- Archivo del Sindicato de los Médicos de Rio de Janeiro – Brasil.
- Bases de Datos *on line* de Tesis de Maestría y Doctorado en Universidades Brasileras.
- Bases de Datos *on line* de Tesis de Maestría y Doctorado en Universidades Españolas.
- Biblioteca Central de Caracas, Venezuela.
- Biblioteca de La Casa de Estudios de la Historia de Venezuela “Lorenzo Mendoza Quintero”, Caracas, Venezuela.
- Biblioteca del Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Arnoldo Gabaldón”, Maracay, Venezuela.
- Base de Datos Bireme Literatura Científica en Ciencias de la Salud
- Base de Datos Jstore Literatura Científica Multidisciplinaria

Anexo No. 3
Campaña Antiaegypti Colombia
Consumo de Insecticidas por Casa tratada Focal y Perifocalmente
1974

Insecticidas	Consumo Kgs	No casas Tratadas	Gasto por casa grs
Abate	23.793	291.273	82
Fenthion	6.670	291.273	23
Malathion	10.999	291.273	38

Fuente: "Campaña Antiaegypti de Colombia 1975" Bogotá: Servicio de Erradicación de la Malaria 1975.
Archivo del SEM Ministerio de la Protección Social, Bogotá

Anexo No.4 **Profesionales de la Medicina Retenidos entre Enero y Julio de 1979 en el marco del Estatuto de Seguridad, Colombia**						
Fecha	Ciudad	Lugar	No.	Contexto de Retención	Acusaciones	Observaciones
Enero 3	Bogotá	Casa	1 (M)	A	Haber atendido pacientes supuestamente vinculados a grupos subversivos y negarse a proporcionar sus nombres a las autoridades.	Con ella fue retenida e interrogada su hijita de 5 años. Permaneció largamente en prisión.
Enero 5	Bogotá	Casa	1 (M)	A	Prestación de servicios médicos a personas de organizaciones presuntamente de izquierda sin informar a las autoridades.	Permaneció largamente en prisión.
Marzo 5	Manizales	N.E.	1 (M)	N. E.	Organización de una cooperativa farmacéutica en zona de orden público y prestación de servicios médicos a personas sospechosas de pertenecer a organizaciones armadas de izquierda en Neira y Quinchía.	Pronta liberación debido a las presiones de su familia, de ricos terratenientes regionales. Médico en servicio social obligatorio.
Mayo 15	Bogotá	Casa	2 (H; M)	A	Sospecha de atención médica a supuestos guerrilleros	Residentes de la UN en el HSJD
Mayo18	Bogotá	Casa	1 (H)	A	Sospecha de atención médica a supuestos guerrilleros	Había ganado recientemente un premio nacional de medicina por su trabajo sobre enfermedades infecciosas en el trópico. Residente de la UN en el HSJD.
Julio 6	N.E.	Casa	1 (H)	A	Atender pacientes afectados por leishmaniasis, a quienes el ejército creía vinculados con las guerrillas.	Retenido junto con su esposa por las Fuerzas Armadas y Policía. Su auto de detención por rebelión fue dictado 13 días después, y revocado el 13 de Noviembre de 1979, por fuerte presión nacional e internacional ante el Tribunal Militar de Bogotá.
N.E: no especificado en el documento fuente; H: hombre; M: Mujer; A: Allanamiento, generalmente en la madrugada; UN: Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá; HSJD: Hospital San Juan de Dios						
Fuente: Amnistía Internacional. *Informe de una misión de Amnistía Internacional a la República de Colombia 15*						

Anexo No. 5. **Principales Protestas del Sector Salud relacionadas con Crisis Financiera Hospitalaria. Colombia, 1983 – 1988**			
AÑO	LOCALIZACIÓN	ACTORES	REIVINDICACIONES Y REPERTORIOS
1983	Bogotá	Asociación Nacional de Médicos Internos y Residentes – ANIR.	Reconocimiento de derechos como estudiantes-trabajadores para médicos internos y residentes del país
	100 hospitales de todo el país	Trabajadores	Amenaza de paro para conseguir financiamiento que asegurara condiciones de funcionamiento mínimas
1984	Bogotá	Academia Nacional de Medicina	Denuncia pública sobre crisis hospitalaria nacional por falta de financiación suficiente
	Magdalena(Acevedo Ulilo., 1984b),Nariño(Parra Garzón Edison., 1984), Valle(Plazas Felio Augusto., 1984), Santander(Vanguardia Liberal., 1984a), , San Andrés(Vanguardia Liberal., 1984b), y La Guajira(Ovalle Efraín., 1984); San Andrés(El Tiempo., 1984a), Atlántico(Granados, 1984d) y Bolívar(Duarte Roberto., 1984); Valle(El País., 1984f), Bogotá(El Tiempo., 1984c), Santa Marta(Acevedo Ulilo., 1984a), Cesar(El Heraldo., 1984b), Boyacá(Molina Miguel Angel., 1984), y Risaralda(Parra Martín Alonso., 1984).	Trabajadores hospitalarios	Protestas hospitalarias de diversa índole (paros, mítines, etc.) pidiendo financiación para asegurar condiciones mínimas de funcionamiento en los hospitales.
1985	Magdalena	Trabajadores hospitalarios	Declaratoria de emergencia hospitalaria por desfinanciación.
	Agua de Dios - Cundinamarca	Enfermos de Lepra, monjas católicas, trabajadores sanitarios de ANTHOC, asociaciones de comerciantes, juntas comunales.	Bloqueo de Vía. Exigían cumplimiento del gobierno al reajuste en subsidio de manutención para enfermos de lepra, y mejoramiento en condiciones de vida en el leprocomio y la población.
	Nacional	Médicos sindicalizados en ASMEDAS.	Protestas por intento de traslado de responsabilidad a los trabajadores sobre crisis financiera del Instituto de Seguros Sociales.
1986	Bolívar, Tolima, Valle, Antioquia, Córdoba, Barranquilla, Armenia, Santander, Bogotá, Manizales, Chiquinquirá, Santa Marta, Magdalena, Cesar.	ANIR, y trabajadores sindicalizados, y no sindicalizados.	Paros, mítines y marchas de batas blancas, pidiendo financiamiento suficiente para los hospitales y los servicios de salud. Paros coordinados entre todos los hospitales de una región.
1987	Cesar, Medellín, Bolívar, Santander, Risaralda, Bogotá, Barranquilla.	Trabajadores sindicalizados y no sindicalizados.	Paros individuales, y coordinados entre todos los hospitales de una región.
1988	Ocaña, Bolívar.	Trabajadores sanitarios.	Paros, solicitando financiamiento.
Fuente: Base de Datos sobre Protesta Social. CINEP – Bogotá.			

Anexo No. 6
Personal Fallecido / Desaparecido en Zonas de Orden Público
Ministerio de Salud – Campañas Directas – SEM
13 de Septiembre de 1983

Zonas	Fallecidos		Desaparecidos		Total
	No.	Región	No.	Región	
Barranquilla	1	Fundación	-	-	1
Valledupar	2	Valledupar	-	-	2
Montería	5	Tierralta	2	1 Alto San Cipriano 1 Montería	7
Medellín	9	1 Vélez 1 Necoclí 1 Turbo 1 Valdivia 1 Mutatá 3 Urabá 1 Medellín	1	Juradó	10
Pasto	1	Putumayo	-	-	1
Florencia	-	-	1	Montañitas	1
Girardot	2	Rioblanco	-	-	2
Honda	8	2 San Luis 2 Cimitarra 1 Argelia 1 Otanche 1 Honda 1 Lérida	6	1 Monterrey 1 Cascajal 3 Yondó (Ant.) 1 Arenosa	14
Villavicencio	3	1 La Uribe 1 Puerto Guadalupe 1 Vichada	1	Guaviare	4
Bucaramanga	9	1 La Belleza 1 Filo de Oro 1 Playón 2 Berlín 1 San Alberto 1 Curití 2 Aguachica	3	Santo Domingo	12
Cúcuta	1	Cúcuta	1	San Miguel (Saravena)	2
Totales	41		15		56

Fuente: Ministerio de la Protección Social – Archivo del Servicio de Erradicación de la Malaria. Bogotá.

Anexo No. 7
Zonas con Áreas de Orden Público y Trabajadores Asignados. Ministerio de Salud – Campañas Directas – SEM.
13 de Septiembre de 1983

Zonas	Localidades	Intensidad de Trabajo	Funcionarios que laboran	Total Funcionarios
Montería	Bagre Zaragoza	Parcial	1 Inspector; 3 Jefes de Brigada; 3 Visitadores; 10 Rociadores	17
Medellín	San Pedro de Urabá Apartadó; Chigorodó Dabeiba Mutatá Remedios Segovia Turbo Riosucio (Chocó) Currulao (Antioquia) Necoclí	Parcial	4 inspectores 11 Jefes de Brigada 14 visitadores 34 Rociadores	63
Pasto	Argelia (Cauca) Tambo (Cauca) Santa Rosa (Cauca) Puerto Asís (Putumayo) Mocoa (Putumayo) Orito (Putumayo) Villagarzón (Putumayo)	Parcial	1 Inspector 6 Jefes de Brigada 3 Visitadores 18 Rociadores.	28
Florencia	Albania Cartagena Milán Solano Valparaiso Santa Rosa (Cauca) Corr. Santander (Cauca) Pto. Leguízamo(Putumayo) Mocoa (Putumayo)	Parcial	4 Inspectores 10 Jefes de Brigada 4 Visitadores 2 Choferes de Campo 2 Motoristas Campo 21 Rociadores	43
Fuente: Ministerio de la Protección Social – Archivo del Servicio de Erradicación de la Malaria. Bogotá				

Anexo No. 8 **Documentos Oficiales emitidos entre Febrero - Octubre de 1985 ante Desapariciones de Funcionarios del Servicio de Erradicación de la Malaria. Colombia.**			
Fecha y Ciudad	Documento	Funcionario Desaparecido	Circunstancias
5 de Febrero, Honda.	Comunicación del Servicio de Erradicación de la Malaria al Juzgado de El Socorro – Santander.	Dalmiro de Jesús Padilla	Rociador, desapareció en la localidad de Monterrey del municipio de Cimitarra (Santander) en el mes de Noviembre de 1973, luego de tres meses en la institución.
4 de Julio, Bogotá.	Resolución No. 10120 del Ministerio de Salud.	Luis Aquiles Meza	Trabajador del programa de Malaria, desapareció desde el día 19 de Octubre de 1984 en la Localidad Costa Ele, municipio de Tame (Arauca).
4 de Julio, Bogotá.	Resolución No. 10100 del Ministerio de Salud.	Miguel Ángel Mejía Barajas	Desaparecidos desde el 31 de Octubre de 1984 en el municipio de Saravena (Arauca) cuando se encontraban cumpliendo actividades de vacunación contra fiebre amarilla en medio de una epidemia.
4 de Julio, Bogotá.	Resolución 10101 del Ministerio de Salud.	Carlos Julio Mendoza Rojas	
4 de Julio, Bogotá.	Resolución No. 10102 del Ministerio de Salud.	Manuel Fernando Fonseca Alarcón	
4 de Julio, Bogotá.	Resolución No. 10099 del Ministerio de Salud.	Gregorio Ernesto González Gallardo	
17 de Octubre, Arauca.	Oficio No. 1598 Procuraduría General de la Nación.	Grupo de Trabajadores del Programa de Fiebre Amarilla desaparecidos en el Sarare (Saravena) – Arauca.	Se informa que no hay ninguna noticia sobre ellos.
Fuente: Archivos del Servicio de Erradicación de la Malaria – Ministerio de la Protección Social República de Colombia, Bogotá. Colombia.			

Anexo No. 9 **Relación Zonas del SEM en huelga durante Septiembre de 1983** **(a 23 de Septiembre)**		
Zona	Fecha Huelga	Fecha Acta Oficina del Trabajo
II Barranquilla	Septiembre 8 Septiembre 12 – 14	Septiembre 8 Septiembre 12
III Valledupar	Septiembre 12 – 14	Septiembre 12
V Montería	Sin fechas	Septiembre 13
VI Medellín	Inicio 8 de Junio, sin fecha finalización Agosto 1 – a la fecha	Junio 8 Septiembre 14
XII Girardot	5 – 6 de Septiembre 12 de Septiembre	Septiembre 5 12 de Septiembre
Fuente: Ministerio de la Protección Social – Archivo del Servicio de Erradicación de la Malaria. Bogotá		

Anexo No. 10 Incidencia anual de Malaria en Colombia, 1970 – 2010			
Año	Casos	Población Expuesta	IPA x 1.000 Ajustado
1970	31.889	13.022.880	2.449
1980	57.123	16.696.647	3.421
1990	99.489	20.618.935	4.825
2000	– –	– –	– –
2010	– –	– –	– –
Fuente: Carmona-Fonseca, J; et al (2008)(Carmona-Fonseca, 2008)			

Anexo No. 11 Casos de Fiebre Amarilla Reportados en Colombia, 1985 – 1988		
Año	Casos Reportados	Muertes Reportadas
1982	30	0
1983	10	0
1984	10	0
1985	5	5
1986	6	6
1987	17	9
1988	7	7
Fuentes: Pan American Health Organization (2004); Word Health Organization(Word Health Organization, 2000) (2000)(Carmona-Fonseca, 2008; Pan American Health Organization, 2004; Word Health Organization, 2000)		

Anexo No. 12
Cambios en la Organización Institucional para la Atención de Enfermedades Transmitidas por Vectores en Colombia.
1956 – 1990

Año	Nombre Institucional	Norma Organizadora	Observaciones
1956	Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria	Decreto No. 2968 del 5 de Diciembre	Previo convenio firmado por Colombia con la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia para dar continuidad a los programas de investigación y desarrollo de campañas contra el paludismo que venían siendo implementados por la División de Malariología.
1976	Dirección de Campañas Directas	Decreto 121 del 23 de Enero	En el contexto de una revisión de la organización administrativa del Ministerio de Salud, y ampliando su acción a otras ETV endémicas además de malaria.
1978	Oficinas Zonales de la Dirección de Campañas Directas del Ministerio de Salud	Decreto 2290 del 20 de Octubre	Estableciendo su correspondiente estructura orgánica y planta de personal.
1990	División Transitoria de Campañas Directas	Decreto 1471	En el contexto de una reestructuración del Ministerio de Salud, estableciéndose que la división solo funcionaría por dos años más, antes de la descentralización de todas sus funciones en los municipios.

Fuente: Ministerio de Salud República de Colombia, 1991; Sindicato Nacional de Empleados de Salud y Seguridad Social SINDESS, 1992

ANEXO No. 13 **Selección de peticiones enviadas desde diversos actores sociales hacia autoridades nacionales en busca de continuidad** para los **programas de la División de Campañas Directas del Ministerio de Salud. 1992 - 1994**			
Fecha	Peticionarios	Destinatario	Fragmentos de la Petición
16 de Enero 1992	Funcionarios de la División de Campañas Directas (52 firmas)	Diputados de la Asamblea Departamental. Norte de Santander	Exponen el problema de la futura desaparición del SEM y agregan: *"Al acudir a Ud. honorable diputado, lo hacemos buscando no solo un pronunciamiento a nivel personal sino como Asamblea Departamental."*
20 de febrero 1992	Junta Directiva del Sindess Córdoba	Alcalde de Montería. Córdoba	Le hacen preguntas a los alcaldes municipales: *"Señor Alcalde: ¿estaría usted y su municipio en condiciones económicas de aceptar ese reto? ¿Consiente en recibir a los trabajadores de la campaña de Malaria, para que con su presupuesto municipal, se les paguen sueldos y todas las prestaciones sociales como lo ordena la ley?"*
4 de Marzo 1992	Autoridades Municipales de Pizarro – Nariño. Tumaco, Nariño (3 firmas)	Presidente César Gaviria	Dicen que carecen de servicios públicos, que son víctimas de la desnutrición, del flagelo palúdico y demás enfermedades endémicas. *"El único médico rural, que presta sus servicios en el Municipio, (cabecera de Salahonda) no puede desplazarse a las diecisiete veredas municipales, porque no tiene medios de transporte y además no puede abandonar su centro de cabecera, donde trabaja atendiendo a sus ocho mil habitantes y no tiene quien lo reemplace".* Agregan los problemas de educación como la mayor tasa de analfabetismo de la zona.
8 de Marzo 1992	Estudiantes de Guapi, Cauca	Niña María de la Paz Gaviria	*"…que le pidas a tu papá que por favor no nos quite la programación de la malaria porque al hacer esto nos está causando mucho daño. En la zona del Pacífico el paludismo nos está agotando más duro, por eso te pedimos el servicio para que nos sirvas de intermediaria, y por favor hable con tu padre que no nos quiten la programación de la malaria que es interesante para todo el pueblo colombiano."*
8 de Marzo 1992	Niños de Noanamito a la Niña María de la Paz Gaviria (21 firmas)	Presidente César Gaviria	*"nos hace el favor y le informa a su papá lo siguiente: porque nos hemos dado cuenta que nos va a quitar la programación de la malaria. Esto no es conveniente para nosotros, porque por nuestra costa abunda el zancudo azotando mucho el paludismo por eso no queremos que nos quite la programación de malaria."*
10 de marzo	Alcalde Local de Terralta, Córdoba. (1 firma)	Junta Directiva del Sindess Córdoba	Responde a la junta directiva del Sindess córdoba que no está en condiciones de hacerse cargo de los programas de Campañas Directas, a menos que el ministerio sanee todas las deudas con todos sus empleados, incluyendo las prestaciones sociales. En tal momento, podrían asumirlo. *"La presente oferta sería a partir del (1) de Enero de 1993, fecha en la cual de acuerdo con el informe suministrado por el Ministerio de Salud hayan sido presupuestadas las partidas pertinentes para cubrir los gastos de funcionamiento de tal propósito."*
13 de Marzo 1992 (Recibido 6550707)	Empleados Zona IV División de Campañas Directas; Córdoba. (65firmas)	Presidente César Gaviria	Piden un plazo de 5 años para capacitar a las comunidades y que *"sean ellas mismas las que aprecien su problemática y presenten la solución de la misma, así como también se mantenga la autonomía técnico - administrativa de la entidad, llámese como se llame, para llevar a feliz término la descentralización administrativa y técnico - operativa." "Así mismo hacemos énfasis de que en este proyecto no se incluya ningún desmejoramiento de la situación laboral de los funcionarios de la entidad,*

			antes por el contrario, sea tenido en cuenta un mejor estar de los funcionarios"
20 de marzo de 1992	Comité de Participación Comunitaria de Planeta Rica. Córdoba (5 firmas)	Presidente César Gaviria	Menciona paludismo, dengue y fiebre amarilla como enfermedades que se exacerbarían sin los programas del SEM
20 de Marzo 1992	Copacos de Pueblo Nuevo Córdoba (22 firmas)	Presidente César Gaviria	--
20 de Marzo 1992	Habitantes Vereda La Pancha. Sucre	Presidente César Gaviria	--
20 de marzo de 1992 (recibido de presidencia de la república del 8 de mayo de 1992)	Miembros Activos de los COPACOS de Buenavista, Córdoba (6 firmas)	Presidente César Gaviria	Críticas a la descentralización referente la División de Campañas Directas. Piden no acabar con la entidad
22 de Marzo 1992	JAC Vereda Palestina. Tierralta Córdoba	Presidente César Gaviria	Rechazan la terminación de los servicios malaricos.
27 de Marzo 1992	Jefe Zona IV Magangué (firmas)	Presidente del Senado de la República	Dice que la descentralización en salud no se ha podido llevar a cabo por falta en la mayor parte de los municipios de infraestructura, presupuesto y desconocimiento de las comunidades de su problemática en salud y las soluciones viables. Advierte sobre los problemas que se presentarían de llevarse a cabo lo ordenado en el decreto 1417 sin hacer previamente los ajustes necesarios. Por lo cual, termina solicitando un aplazamiento por cinco años para hacer la debida planificación.
4 de abril de 1992 (recibido de presidencia del 28 de abril de 1992 registro 029922 código 2700)	Comunidades Agrarias Localidades El Bodeguero y Boño Domingo, Caquetá (103 firmas)	Presidente César Gaviria	*"Si tenemos escrito que es el único servicio de salud con que contamos por ese motivo rechazamos esta medida tomada por su gobierno y solicitamos continúe la entidad prestando el servicio tal como lo viene haciendo"*
9 de Abril 1992	habitantes de la Vereda Venado Cartagena del Chairá Caquetá (24 firmas)	Presidente César Gaviria	Piden no acabar con el programa.
8 de Abril 1992	Habitantes Vereda Puerto Camelias. Cartagena del Chairá Caquetá (28 firmas)	Presidente César Gaviria	Expresan preocupación por la liquidación y piden continuidad de la entidad.
9 de Abril 1992	Habitantes Vista Hermosa. Caquetá (21 firmas)	Presidente César Gaviria	Agradecen a los señores de la malaria. *"Le pedimos a usted el favor de no acabar con la empresa Malaria SEM pues nosotros acá en el campo iríamos a sufrir mucho más cuando nos dé el paludismo y no estén los trabajadores de la Malaria".*
10 de Abril de 1992 (Recibido de presidencia de la república del 4 de mayo de 1992 registro 030941 código 2700)	Beneficiarios del Servicio (27 firmas)	Presidente César Gaviria	Rechazan liquidación del SEM
10 de abril de 1992 (recibido presidencia del 4 de mayo de 1992 registro 031013 código 2700)	Comunidad de Unión Peneya. Florencia, Caquetá (42 firmas)	Presidente César Gaviria	"*Doctor Gaviria le rogamos reconsidere ésta medida para que nuestras familias no tengan que salir del campo a engrosar los cordones de miseria de las grandes ciudades.* *Conocemos por la experiencia como campesino que el paludismo es una enfermedad que nos enferma frecuentemente e incapacita para trabajar, lo que nos hace gastar dinero de los pocos recursos que nosotros los campesinos podemos tener con nuestros productos agrícolas."*
10 de abril de 1992	Cabildo Comunidad	Presidente César Gaviria	*"...el cabildo de la comunidad del progreso quiere*

	Indígena El Progreso. Caquetá (Gobernador Germán Llacavilla y otras 11 firmas)		*solicitarle la brigada que nos la sigan dando porque a la vereda el progreso acude mucho paludismo, y eso siempre nos ha sostenido la epidemia, ese es el recurso que nosotros siempre nos evita la clase de paludismo, entonces esperamos que no lo levanten el puesto de malaria, porque eso es lo único que nos evita las enfermedades en la región, las clases de enfermedades como el paludismo, vómitos de fiebre, entonces por poco que de la brigada, el poco se va de la comunidad indígena del progreso, porque hasta ahora los señores visitadores de malaria han siempre estado cumpliendo con su función de salud. y nosotros estamos radicados en una parte de tierra retirada del pueblo y trasmanos de los recursos medicinales. la vereda queda a tres horas del pueblo. los únicos que nos visitan son los malarios."*
10 de Abril 1992	Líderes comunitarios de El Dorado. Albania Caquetá (18 firmas)	Presidente César Gaviria	Piden plazo para el desmonte del SEM mientras se capacitan quienes deben asumir las funciones que a la entidad correspondían.
10 de Abril 1992	Líderes Comunitarios Localidad El Dorado Jurisdicción Albania Caquetá (20 firmas)	Presidente César Gaviria	Piden el servicio por mínimo cinco años más.
11 de abril de 1992 (recibido de presidencia de la república 4 de mayo de 1992 registro 030948 código 2700)	Petición de los Habitantes Vereda El Vergel. Cartagena del Chairá Caquetá (47 firmas)	Presidente César Gaviria	Rechazan liquidación del SEM y señalan las consecuencias de ello para la salud de la población.
11 de Abril 1992	Concejales de Remedios Antioquia (14 firmas)	Presidente César Gaviria	*"No es el momento para liquidar...nos vemos obligados a pronunciarnos... solicitando no dejar a nuestras gentes expuestas a contraer una enfermedad tan incapacitante y mortal como la malaria"*
11 de abril de 1992	Comunidad del Campo Agrario Layara. Milán Caquetá	Presidente César Gaviria	--
11 de Abril 1992	Habitantes de Tumaco Nariño (57 firmas)	Presidente César Gaviria	--
11 de Abril 1992	Comunidades Caqueteñas (100 firmas)	Presidente César Gaviria	Esperan… *"ver un mejor futuro manteniendo el servicio de la Malaria hasta tanto no se establezca quien va a seguir trabajando en el control del paludismo con la misma mística"*
11 de Abril 1992	Habitantes de Cimitarra Santander (224 firmas)	Presidente César Gaviria	--
11 de Abril 1992	Habitantes Vereda Flandes Caquetá	Presidente César Gaviria	--
11 de Abril 1992	Comunidad Agraria Los Barrios Caquetá	Presidente César Gaviria	Mencionan el paludismo y preguntan quién atenderá la región cuando se vea azotada por este, en ausencia del SEM.
15 de abril de 1992	Comunidad de Urabara. Novita, Chocó (26 firmas)	Presidente César Gaviria	Piden la no liquidación de la entidad.
15 de abril de 1992	Vecinos de Monte Cristo. Achí, Bolívar (129 firmas)	Presidente César Gaviria	*"Hacemos un llamado a su sabiduría en el manejo de las condiciones que beneficien a todos los habitantes desprotegidos, para que mantenga ésta importante entidad y sus programas, dotándola de todos los recursos necesarios para adelantar sus*

			actividades en bien de la comunidad"
16 de abril de 1992 (recibido de presidencia de la república 4 de mayo de 1992)	Habitantes Veredas del Rio Mandur. Putumayo (60 firmas)	Presidente César Gaviria	Expresan preocupación por la incidencia del paludismo en la zona y piden que no se suspenda el suministro de antiamarilicos.
16 de Abril 1992	Campesinos del Caquetá Municipio de Paujil (79 firmas)	Presidente César Gaviria	Piden no terminar el Servicio y prevén nefastas consecuencias si eso ocurre
17 de abril de 1992	Funcionarios División de Campañas Directas de la Zona V - Montería (79 firmas)	Presidente César Gaviria	Expresan preocupación por el futuro de la institución y la situación de los trabajadores. Esperan un pronunciamiento del presidente *"dando luz verde a la reestructuración de la entidad y garantía de nuestro empleo".*
18 de abril de 1992 (recibido de presidencia 27 de abril de 1992 registro 029694 código 2700)	Comunidades de Cartagena del Chairá. Caquetá (38 firmas)	Presidente César Gaviria	*"Le rogamos señor Presidente tener en cuenta que los servicios de salud que recibe uno por parte del Estado en ésta región son muy pocos por no decir que nada, los únicos que nos visitan son los funcionarios de Malaria con el rociamiento para matar los zancudos y tratamiento de enfermos y vacunaciones en general"*
19 de Abril de 1992	campesinos y moradores de la Localidad Buenos Aires del Suncilla, municipio La Montañita, Caquetá (83 firmas)	Presidente César Gaviria	Se declaran en contra de la terminación en la región de la campaña contra la malaria. Agregan que el Servicio de Erradicación es la única entidad estatal que hace presencia en el lugar.
19 de Abril 1992	Campesinos de la Vereda Bélgica Caquetá (117 firmas)	Presidente César Gaviria	Piden la continuidad del Servicio de Erradicación.
19 de Abril 1992	Petición de los Habitantes Vereda Altos de San Lorenzo. San Vicente de Caguán Caquetá (15 firmas)	Presidente César Gaviria	Expresan preocupación pues *"Profunda preocupación por tal hecho pues uno de los problemas que más afecta a los habitantes de la región es el paludismo"*
19 de Abril 1992	Junta de Acción Comunal Corregimiento de Managrú, Itsmina Chocó (60 firmas)	Presidente César Gaviria	Piden que el SEM no sea eliminado pues de ello depende la salud de la población.
19 de Abril 1992	Habitantes Menchiquejo. El Banco Magdalena	Presidente César Gaviria	--
20 de abril, 1992	Comunidad Localidad La Solita, San José del Palmar, Chocó (22 firmas)	Presidente César Gaviria	*"Se nos hace imposible creer que un gobierno que piensa en el futuro permite la terminación de la única entidad que está presente en los lugares más alejados sin distingos de raza ni políticas sirviendo abnegadamente a todos"*
20 de abril de 1992 (recibido del 11 de mayo de 1992 en presidencia registro 32272 código 2700)	Comunidad Localidad La Solita San José del Palmar. Chocó (22firmas)	Presidente César Gaviria	*"Se nos hace imposible creer que un gobierno que piensa en el futuro permite la terminación de la única entidad que está presente en los lugares más alejados sin distingos de raza ni políticas sirviendo abnegadamente a todos"*
20 de abril de 1992	Vecinos de la Región Sol y Sombra. Achí Bolívar (63 firmas)	Presidente César Gaviria	Piden no liquidar la entidad
20 de abril de 1992	Vecinos Vereda Caño Tomala. Majagual Sucre	Presidente César Gaviria	*"nos dirigimos a su despacho con el fin de plantearle nuestras inquietudes acerca de la penosa situación en que se encuentra el Servicio de Erradicación de la Malaria...institución de salud,*

			por cierto la única que llega directamente a los habitantes de las regiones más apartadas y olvidadas de las regiones nacionales sucreñas.... la eliminación de dichos servicios ...contribuye a desmejorar la salud de la población rural que vivimos en éstas zonas afectadas por el paludismo"
20 de abril de 1992	Autoridades Indígenas de la Comunidad Huitoto Jiriri. Puerto Leguízamo Putumayo (4 firmas)	Presidente César Gaviria	*"Comunidad indígena Huitoto de Jiriri, con 24 familias y 110 habitantes, ubicada en el Departamento del Putumayo, Municipio de Puerto Leguízamo.... donde hemos venido recibiendo continuamente los servicios de Malaria y gracias a ellos como únicos entidad pública que ha llegado a nuestra comunidad hemos controlado el paludismo. Como es posible, señor presidente suspender los trabajos tan significativos de Malaria. Viendo que por esto toda la región es bastante endémica, rogamos a su dignidad se estudie la importancia y continúe laborando la entidad de malaria".*
21 de abril de 1992 (recibido de presidencia de la republica 11 de mayo de 1992 registro 32149 código 2700)	Vecinos Residentes en la vereda Pueblo Nuevo. Majagual Sucre (22 firmas)	Presidente César Gaviria	Preocupación por el cierre del SEM. Exigen no cerrar la entidad
21 de Abril 1992	untas de Acción Comunal de Peña Colorada y Comunidades Vecinas (5 firmas)	Presidente César Gaviria	Piden no acabar con el SEM, únicos empleados de la salud representantes del Estado que los visitan
21 de Abril 1992	Junta de Acción Comunal Vereda Santa Elena Municipio Puerto Rico Caquetá (34 firmas)	Presidente César Gaviria	(Quedaremos) *"…expuestos a enfermarnos y morir de paludismo, hundiéndonos cada día más en la pobreza absoluta, ya que nuestros escasos recursos económicos serán gastados en los tratamientos requeridos. Mostrando de ésta manera que la buena intención en su política con el lema Bienvenidos al futuro no es consecuente con la vida nacional. En consecuencia, solicitamos por el bien de nuestra comunidad en nuestro municipio, departamento y la nación, que la campaña en mención siga prestando estos importantes servicios que nos dan algunos alicientes a nuestra precaria salud."*
21 de abril de 1992 (Recibido de presidencia del 11 de mayo de 1992 registro 32267 código 2799)	Junta de Acción Comunal Hatillo de Loba. Bolívar (4 firmas)	Presidente César Gaviria	*"le agradecemos hacer todo lo humanamente posible porque ésta entidad siga prestando sus servicios a éstas comunidades, y clases bajas que verdaderamente lo necesitan, como bien sabe usted, la salud es la fuente de la vida y estandarte del saber"*
21 de Abril 1992	Vecinos y Residentes en Veredas de Pinillos. Bolívar (141 firmas)	Presidente César Gaviria	*"Hacemos un llamado a su sabiduría en el manejo de las condiciones que benefician a todos los habitantes desprotegidos para que mantenga ésta importante entidad y sus programas, dotándolo de todos los recursos necesarios para adelantar sus actividades en bien de la comunidad".*
21 de Abril 1992	comunidad de La Italia San José del Palmar Chocó (44 firmas)	Presidente César Gaviria	Hacen cuestionamientos: *"si ahora que tenemos la ayuda del servicio de erradicación de la malaria, tenemos tantas dificultades; que será de los nuestros ahora con la liquidación de este importante servicio. Quién trabajará con la dedicación y esmero con que lo hacen las personas que componen este organismo."*
22 de Abril de 1992	Habitantes Localidad Curundó, Municipio de Novita, Chocó (21 firmas)	Presidente César Gaviria	Resaltan la labor de los funcionarios del SEM, únicos representantes del gobierno en la región que se encargan de temas de salud. Piden no liquidar la entidad.
22 de Abril 1992	COPACOS y Acción Comunal El Morro.	Presidente César Gaviria	--

	Tumaco, Nariño		
22 de abril de 1992 (Recibido de presidencia de la república del 29 de Abril de 1992 registro 030340 código 2700)	Petición de Funcionario del SEM en Tumaco, Nariño	Presidente César Gaviria	Plantea estar de acuerdo con la descentralización más no con la liquidación del SEM. Plantea su preocupación por la salud de la comunidad y por la situación de los trabajadores.
22 de Abril de 1992 (recibido de presidencia de la república del 4 de mayo de 1992 registro 030932 código 2700)	Alumnos Escuela Nueva de Vuelta de Candelilla. Tumaco, Nariño (71 firmas)	Presidente César Gaviria	Rechazan el cierre del SEM. Aluden a los derechos del niño y ponen en manos del presidente la responsabilidad de la salud de los habitantes de la zona. Agregan: *"Saludos para Doña Ana Milena y especialmente para Simón y María Paz, que nos alegramos que vivan lejos de la Costa del Pacífico porque aquí nosotros los niños estamos abandonados por nuestros Padres de la Patria"*
22 de abril de 1992 (Petición de los Habitantes Localidad Curundó al Presidente César Gaviria Trujillo)	Habitantes de la Localidad Cunundo Municipio de Novita Chocó (21 firmas)	Presidente César Gaviria	Elogian labor del SEM, únicos empleados de la salud en representación del Estado en esa región. *"Rogamos a usted señor presidente no dejar a nuestra comunidad expuesta a una enfermedad tan incapacitante y mortal como la malaria."*
22 de Abril 1992	Comunidad Vereda Trocha. Doncello, Caquetá (39 firmas)	Presidente César Gaviria	Piden no acabar con el SEM
22 de Abril 1992	Habitantes Vereda Olivo Soledad. Tumaco, Nariño	Presidente César Gaviria	*"Solicitamos que usted piense más con sentido humanitario para tomar esta decisión que por el hecho de dar cumplimiento a normas establecidas, ya que esto traerá consecuencias funestas para todos los que vivimos en la zona rural colombiana. Por esto solicitamos que esta institución continúe su servicio máximo si tenemos en cuenta que los únicos trabajadores de la salud que llegan a la manigua colombiana son los trabajadores del SEM".*
23 de Abril 1992	Vecinos del Barrio Tres Tablas Tumaco. Nariño (firmas)	Presidente César Gaviria	Mencionan la labor del SEM previniendo la malaria entre las comunidades rurales del municipio.
23 de abril de 1992 (recibido de 1 de mayo de 1992 presidencia de la republica registro 32265 código 2700)	Vecinos Corregimiento Gavalda. Sucre (36 firmas)	Presidente César Gaviria	Inquietud por la situación del SEM. Expresan preocupación por posible desmejoramiento de la salud de la población rural. *"No existe una entidad que a partir de la mencionada fecha asuma los programas, bien sea por carecer de la preparación adecuada o por limitaciones técnicas, administrativas y financieras"* .
23 de abril de 1992	Junta de Acción Comuna, Inspector de Policía y Habitantes de Sabana del Firme. Pinillos Bolívar (103 firmas)	Presidente César Gaviria	Piden no liquidar la entidad
23 de abril de 1992(recibido de presidencia del 11 de mayo de 1992 registro 32258 código 2700)	Corregimiento de Buena Vista. Achí Bolívar (40 firmas)	Presidente César Gaviria	*"Terminada ésta campaña los afectados seremos los campesinos, y especialmente los de menor recurso. Ya que en los años que tiene la campaña sus servicios han sido muy valiosos a las comunidades… Por lo antes mencionado solicitamos a Ud. se digne dar solución concreta del problema por lo cual rogamos a Ud. continuación del servicio."*
23 de Abril 1992	Profesores de Tumaco Nariño (127 firmas)	Presidente César Gaviria	Elevan voces de protesta contra la liquidación del SEM y agregan: *"Consideramos que cualquier proceso de descentralización se debe adelantar de una forma gradual y responsable para así garantizar el éxito, y en el caso de la malaria cualquier error en los procedimientos se va a pagar con vidas humanas".*

			"Todo lo anterior nos obliga a exigir a usted señor Presidente se le de CONTINUIDAD A LA ENTIDAD "MALARIA SEM", pues así como reza la Constitución Nacional "EL DERECHO A LA SALUD Y EDUCACIÓN", aunque vivimos en zonas bastante deprimidas, seguimos siendo Colombianos y merecemos respeto".
23 de abril de 1992	Junta de Acción Comuna, Inspector de Policía y Habitantes de Sabana del Firme. Pinillos Bolívar (103 firmas)	Presidente César Gaviria	Piden no liquidar la entidad
23 de Abril 1992	Comunidad de San Pedro de Ingara (23 firmas)	Presidente César Gaviria	Dicen que el SEM es la *"única entidad del gobierno que hace presencia desinteresadamente en éstas regiones apartadas"* en virtud de lo cual piden no acabar con la entidad.
24 de Abril 1992	Junta de Acción Comunal de Los Almendros Cauca	Presidente César Gaviria	*"Nos sorprende ver la triste realidad de que la nueva Constituyente habla de un mejor servicio de salud; y por otra parte se nos niegue ese derecho a quienes han demostrado servir honradamente al gobierno a través del Ministerio de Salud".* Preguntan quien asumirá las consecuencias de la liquidación
25 de abril de 1992	Anthoc - SEM Zona IX (106 firmas)	Presidente César Gaviria	*"Hoy miramos con suma preocupación, no solo el futuro como trabajadores sino también el futuro de las comunidades azotadas por el paludismo, pues más que nadie conocemos las realidades de cada una de las regiones."*
25 de Abril 1992	Habitantes de Puerto Corozo. Bolívar (44 firmas)	Presidente César Gaviria	Declaran que liquidar el SEM *"sin duda contribuye a desmejorar las condiciones de salud de la población rural que residimos en las zonas afectadas por estos flagelos"*
25 de Abril 1992	Habitantes de Algarrobo Bolívar (29 firmas)	Presidente César Gaviria	Hacen cuestionamientos: *"¿Qué será de nosotros cuando se aproxima la ola invernal en la zona? Agregue los brotes de cólera que se han presentado en la zona, ¿podríamos estar tranquilos frente a éstas situaciones? ¿No ha pensado en los perjuicios que ocasionan a la NIÑEZ que también forma parte de Colombia?"*
25 de Abril 1992	Habitantes de El Cedro Cauca (28 firmas)	Presidente César Gaviria	*"Nos parece insólito que el Gobierno tome la determinación de acabar con Malaria, siendo ésta la única institución que con sus funcionarios abnegados llega hasta todas nuestras casas y familias con una voz de aliento y un servicio oportuno para nuestra salud y bienestar". "Solicitamos muy respetuosamente, reconsiderar dicha decisión, y ojalá mejorar y ampliar los servicios que la campaña de Malaria nos presta".*
26 de Abril 1992	Habitantes de Belén de los Andaquíes. Caquetá (171firmas)	Presidente César Gaviria	*"nuestro municipio… no cuenta con el servicio y apoyo del SEM (Campañas Directas) y a la postre sufrimos viendo morir a nuestros semejantes de una manera preocupante…Señor Presidente, sabemos de antemano que tomará cartas en el asunto y propenderá por el establecimiento de este servicio tan valioso, oportuno y necesario para la salud de nuestra comunidad".*
27 de abril de 1992 (recibido en presidencia del 11 de mayo de 1992 registro 32270 código 2700)	Vecinos de la Vereda Barranco. El Banco, Magdalena (8 firmas)	Presidente César Gaviria	--
27 de abril de 1992 (recibido de presidencia del 11 de mayo de 1992	Habitantes de la Vereda Unión Agua Negra. Milán	Presidente César Gaviria	Rechazan la suspensión del SEM. *"en sus manos está la decisión de que la Malaria nos siga prestando los servicios, que en vez de quitarla*

registro 033007 código 2700)	Caquetá (96 firmas)		*reestructúrela para bien de los campesinos"*
27 de abril de 1992	Habitantes Vereda Unión Agua Negra y Circundantes, Municipio Milán Caquetá (96 firmas)	Presidente César Gaviria	Dicen que la suspensión del SEM es un atropello contra la comunidad. *"en sus manos está la decisión de que la Malaria nos siga prestando los servicios, que en vez de quitarla reestructúrela para bien de los campesinos"*
28 de abril de 1992	Habitantes de Puerto Asís, Putumayo. (132 firmas)	Presidente César Gaviria	Expresan preocupación por la liquidación del SEM. También exigen que se mantenga la campaña de Malaria por el bien de las familias
28 de Abril 1992	Vecinos del Corregimiento Tijeras Municipio de Achí. Bolívar (45 firmas)	Presidente César Gaviria	--
28 de abril de 1992	habitantes del Barrio Uribe Uribe de Sincelejo, Sucre (50 firmas)	Presidente César Gaviria	Reclama por todos los programas del SEM, en general, sin mencionar ninguna patología en especial
recibido de presidencia el 28 de Abril de 1992 registro 029910 código 2700	Habitantes de la Vereda Betania Puerto Rico Caquetá (52 firmas)	Presidente César Gaviria	*"Manifestar nuestra inquietud sobre el problema de la salud de nuestras familias, principalmente el paludismo que nos azota con bastante frecuencia. Queremos que los trabajadores de malaria continúen llevando los servicios de salud a nuestra apartada y olvidada región."*
28 de abril de 1992 (recibido de la presidencia de la república del 11 de mayo de 1992 registro 033083 código 2700)	Comunidades de la Inspección Unión Peneya. Caquetá (42 firmas)	Presidente César Gaviria	Rechazan el proceso de privatización que avanza en el país, y piden que este no se extienda al SEM
28 de abril de 1992	Director de Desarrollo Comunitario del Putumayo (1 firma)	Presidente César Gaviria	Expresa preocupación por las consecuencias del cierre del SEM, por lo que pide la continuación de la entidad *"y así evitar ver abocado al Putumayo al flagelo de la emergencia sanitaria."*
28 de Abril 1992	Comunicación del jefe Zona V - Montería División Campañas Directas	Al presidente César Gaviria, al Gobernador de Córdoba Jorge Manzur y a los Alcaldes Electos	Habla sobre las características del paludismo y sobre la historia de los programas para su enfrentamiento en Colombia. Concluye diciendo que las alcaldías no están en capacidad de asumir el reto, el problema de la malaria no es de tipo administrativo, adquirir conciencia de la importancia de la enfermedad llamada paludismo, invita a los alcaldes electos a exponer sus puntos de vista y a pronunciarse ante el gobierno central sobre el asunto.
28 de abril de 1992	Comunidades de la Inspección Unión Peneya, Caquetá (42 firmas)	Presidente César Gaviria	Protestan contra la reciente privatización de los servicios públicos que otrora prestaba el Estado. *"Esto es lo que quiere hacer el Ministro de Salud. Acabar con la Campaña de Malaria. Como si ésta enfermedad mortal ya hubiera desaparecido."* Piden que no se acabe el SEM
28 de Abril 1992	Habitantes Barrio Modelo. Puerto Asís Putumayo	Presidente César Gaviria	*"Consideramos que la determinación del gobierno es violatoria de los derechos que consagra la Constitución Nacional donde se expresa el derecho que tenemos todos los colombianos a la salud; exigimos se le de continuidad a la única entidad que verdaderamente llega a las comunidades más apartadas del país llevando salud".*
29 de Abril 1992	Habitantes de San Miguel y Veredas Contiguas. Orito Putumayo (52 firmas)	Presidente César Gaviria	*"Esperamos que la decisión de acabar malaria no sea definitiva y se nos dé la oportunidad de seguir recibiendo el servicio de malaria SEM para evitar tantos enfermos que habrá con seguridad en el futuro si se nos deja abandonados a la suerte del paludismo. BIENVENIDO EL FUTURO SIN PALUDISMO".*
29 de abril de 1992 (recibido de presidente 7	Inspectora de Policía, Municipio Orito	Presidente César Gaviria	Exige que el SEM siga activo.

de mayo de 1992 registro 031789 código 2700)	Putumayo (1 firma)		
29 de Abril 1992	Habitantes Vereda Santa Ana. Puerto Asís Putumayo (72 firmas)	Presidente César Gaviria	Aluden a la Constitución Nacional y a los derechos en ella estipulados. *"No se puede adelantar la descentralización de manera radical, el método puede ser mediante un proceso que sin duda garantizará éxitos.* *No podemos hablar de futuro cuando se carece de los mínimos servicios básicos y cuando la salud del pueblo colombiano está en peligro.* *Por todo lo anterior, exigimos que la entidad Malaria "SEM" continúe prestando su servicio y sigamos contando con ellos como una alternativa de salud"*
29 de abril de 1992 (recibido de presidencia de la república 7 de mayo de 1992 registro 031787 código 2700)	Promotores de Acción Comunal de Puerto Asís, Putumayo (3 firmas)	Presidente César Gaviria	Piden revocar la medida de la liquidación del SEM, y que la descentralización se haga acompañada de un proceso planificado que incluya planificación.
30 de abril 1992	Vecinos Barrio La Paz Magangué, Bolívar	Presidente César Gaviria	--
30 de Abril 1992	Habitantes de Monte Celio y Plan Bonito. Bolívar (162 firmas)	Presidente César Gaviria	*"Estamos pidiendo muy respetuosamente una solución adecuada para seguirle dando vida a éstas campañas que dentro del sector salud son los únicos programas que llegan verdaderamente a las regiones más apartadas de nuestra geografía. Y sabiendo señor presidente que si suprimen la campaña quedan expuestos a contraer Malaria alrededor de veinte millones de colombianos que vivimos en las zonas endémicas y esto es de su conocimiento y del Ministerio de Salud que anualmente en los boletines se palpa el incremento del paludismo."*
30 de Abril 1992	Unión Sindical Obrera USO. Subdirectiva de Orito	Presidente César Gaviria	*"los socios de la unión sindical obrera "uso", subdirectiva de orito - putumayo y el resto de la comunidad de este municipio, exigimos la derogatoria del decreto 1471 en su artículo 134, donde pretende acabar el servicio de malaria "SEM". dejando expuesta y a la intemperie la población del flagelo de la enfermedad".*
30 de Abril 1992	Habitantes Veredas El Libertador y Normandía (34 firmas)	Presidente César Gaviria	Piden plazo para capacitación antes de desmonte de la entidad.
30 de abril 1992	Junta de Acción Comunal del Barrio La Paz Magangué (16 firmas)	Presidente César Gaviria	--
30 de abril de 1992 (recibido de presidencia del 11 de mayo de 1992 registro 32146 código 2700)	Vecinos Barrio La Paz Magangué. Bolívar	Presidente César Gaviria	--
30 de abril de 1992 (recibido de presidencia del 11 de mayo de 1992 registro 32260 código 2700)	Corregimiento de Puerto Isabel. Achí, Bolívar (25 firmas)	Presidente César Gaviria	Dicen que las epidemias de enfermedades como el paludismo abundan en la zona. Por lo tanto: "*Nuestro llamado es para manifestarle la necesidad que tiene la región que se le siga fumigando con Dicloro Difenil Dicloroetano (DDT) porque se considera que al suspender dicho servicio se le daría campo abierto al agente transmisor de dicha enfermedad, trayendo como consecuencia un gran número de mortalidad"*
30 de Abril 1992	Habitantes Veredas de Montañita Caquetá (155 firmas)	Presidente César Gaviria	Dice que la liquidación del SEM es "*es un gran atentado contra las familias que tenemos que seguir afrontando las epidemias de paludismo, fiebre amarilla, picadura de pitos y otras típicas de las*

			regiones selváticas…muy comedidamente le pedimos que no nos quite los servicios de malaria hasta tanto las comunidades campesinas no estemos capacitadas al igual que los alcaldes de cada municipio".
Abril de 1992	Líderes comunitarios de Valparaíso, Caquetá (88 firmas)	Presidente César Gaviria	Se pronuncian en contra de la liquidación de la Campaña de la Malaria y piden mantener *"el servicio de la malaria hasta tanto no se establezca quien va a seguir trabajando en el control del paludismo con la misma mística y responsabilidad que lo hacen los señores de la Malaria."*
Abril de 1992	Residentes en la Vereda Alto Piñuña. Puerto Asís, Putumayo. (55 firmas)	Presidente César Gaviria	Se pronuncian en contra de la liquidación del Servicio.
Abril de 1992	habitantes de la Vereda Las Palomas, Municipio de Paujil Caquetá (47firmas)	Presidente César Gaviria	Piden no acabar con el SEM. Afirman que los funcionarios de esta entidad son los únicos del gobierno que los visitan.
Abril de 1992 (recibido de presidencia de la república 7 de mayo de 1992 registro 031786 código 2700)	Habitantes del Barrio Allende. Puerto Asís, Putumayo (14 firmas)	Presidente César Gaviria	Exigen no acabar con el SEM
abril de 1992 (recibido de presidencia de la república del 4 de mayo de 1992 registro 031014 código 2700)	Junta de Acción Comunal y Comunidad General de Puerto Boyacá. Putumayo (49 firmas)	Presidente César Gaviria	Preocupación por el cierre de la única entidad que les presta el servicio de salud.
Abril de 1992	habitantes de la Vereda Las Palomas, Municipio de Paujil Caquetá (47firmas)	Presidente César Gaviria	Piden no acabar con el SEM. Afirman que los funcionarios de esta entidad son los únicos del gobierno que los visitan.
Abril de 1992	COPACO de Maguaré, Doncello Caquetá (76 firmas)	Presidente César Gaviria	Piden seguir contando con el servicio de los funcionarios de la malaria
Abril de 1992	Junta Acción Comunal Vereda Las Marimbas, San Vicente de Caguán Caquetá (6 firmas)	Presidente César Gaviria	Resaltan la buena labor de los trabajadores de la malaria y piden que no se acabe con el Servicio.
1 de mayo de 1992	Habitantes Vereda Los Alpinos, Florencia, Caquetá (64 firmas)	Presidente César Gaviria	Manifiestan preocupación por la desaparición de la Campaña y el paso de sus funciones a los municipios que no están en capacidad de prestar estos servicios a las comunidades campesinas.
1 de mayo de 1992 (recibido de presidencia 8 de mayo de 1992 registro 032410 código 2700)	Habitantes Vereda Los Alpinos. Unión Peneya. Florencia, Caquetá (64 firmas)	Presidente César Gaviria	*"Si al campo nos llega un servicio de salud con frecuencia son los de malaria, que tanto bien nos han hecho. Y por tal razón le pedimos el favor que nos siga dejando recibir los beneficios que nos presta ésta campaña."*
2 de mayo de 1992 (Recibido de Presidencia del 14 de Mayo de 1992 registro 033938 código 2700)	habitantes de las riveras del rio Caquetá (13 firmas)	Presidente César Gaviria	*"No dejar acabar con los visitadores de ésta dependencia en las zonas de mayor riesgo con la enfermedad del paludismo* *Debido a que nos encontramos a más de 10 horas en deslizador de las cabezas municipales"*
2 de Mayo 1992	Habitantes Vereda La Argentina (47firmas)	Presidente César Gaviria	Dicen que acabar con el SEM es una medida apresurada. agregan que *"Gracias a los servicios que nos ha prestado el SEM, hemos podido colonizar*

			bastas zonas selváticas del Caquetá que hoy son sectores de producción agrícola cuyos productos llegan hasta el interior del país como el plátano, el arroz, el maíz, y otros productos base de la alimentación del pueblo colombiano…le solicitamos que el desmonte de la campaña de malaria se haga en forma muy gradual, para que los mismos funcionarios que tienen actualmente la campaña, nos capaciten a todas las comunidades y así en adelante poder realizar un efectivo control de la malaria a nivel de comunidades"
recibido de presidencia 13 de mayo de 1992 registro 033326	Residentes de la Vereda San Carlos. Suativez, Putumayo (28 firmas)	Presidente César Gaviria	--
4 de mayo de 1992	Comunidades Veredas Fragua Fortuna, Mogua y Albania, Caquetá. (66 firmas)	Presidente César Gaviria	Expresan preocupación ante la propagación de epidemias. Piden que la descentralización sea gradual y bien planificada, que incluya capacitación a funcionarios estatales y a la comunidad. *"le pedimos que no liquide los servicios de malaria hasta tanto no se haya dado una buena educación sanitaria a las comunidades campesina para entonces si asumir con éxito la responsabilidad del manejo de la promoción, prevención y control de la malaria no solo en el Caquetá sino en todo el país."*
recibido de presidencia de la republica del 4 de mayo de 1992	Habitantes de la Vereda Las Palomas Municipio de Paujil Caquetá (47 firmas)	Presidente César Gaviria	*"Le rogamos por favor de continuar el programa de malaria SEM, ya que nosotros sin estos servicios quedamos a la deriva son quién nos preste una ayuda en lo que concierne a salud. Señor presidente, éstos funcionarios son los únicos de parte del gobierno que nos visitan"*
recibido de presidencia del 4 de mayo de 1992 registro 031128 código 2700	COPACO de Maguaré (76 firmas)	Presidente César Gaviria	*"Entienda que siendo nuestras regiones azotadas por el paludismo, agregado el olvido oficial, podamos seguir contando con el servicio de los funcionarios de malaria y no tener que lamentarnos por consecuencias que tengamos que ser víctimas"*
4 de Mayo 1992	Funcionarios de la Dirección de Campañas Directas (8 firmas)	Presidente César Gaviria	Consecuencias de la descentralización con municipalización para la salud de las comunidades afectadas. Su posición es favorable ante la descentralización, pero dicen que no se está cumpliendo con la entrega gradual establecida. Liquidar de manera tajante está dejando expuesta a la comunidad a la suerte de las enfermedades tropicales y la mortalidad que conllevan. Respaldan los proyectos de reestructuración y reglamentación del Art. 6 134 10-90. Piden un plazo no superior a 5 años para entregar las funciones del servicio a los municipios. Si no se hace así en poco tendrán declarada una emergencia sanitaria, mencionan directamente la malaria.
4 de Mayo 1992	Líderes Comunitarios Vereda Alto Palermo La Chipa. Caquetá (155 firmas)	Presidente César Gaviria	--
4 de Mayo 1992	Líderes Comunitarios Localidad Puerto Betania y Los Lirios. San Vicente de Caguán Caquetá (111 firmas)	Presidente César Gaviria	--
5 de mayo 1992	Directoras de Instituciones Educativas de López	Presidente César Gaviria	*"Como orientadoras de la educación en este municipio, conocedoras del mal que causa la malaria en ésta olvidada tierra del Pacífico y como*

	de Micay Guapi Cauca		*voceras de los niños bajo nuestra responsabilidad en la zona, le informamos que nos conmueve mucho, al igual que los demás habitantes hijos de López de Micay el hecho de que se retire de la zona del pacífico el servicio de malaria".* *"Valga ésta oportunidad para darle a conocer que, al encontrarse con un ser humano enfermo de malaria en López de Micay y no tener ni siquiera la primera dosis de esa droga, en el puesto de salud local; debe salir en un viajo expreso a Buenaventura, cuyo costo es $ 300.000, o más; llegar a Buenaventura y no encontrar este servicio aunque mediocre porque ha sido recortado, es obligarlo a morir en silencio (como es costumbre) porque no tenemos ante quien apelar".* *"En espera de que no se retire el servicio de salud a nivel de malaria de la región del Pacífico, nos suscribimos muy agradecidas"*
5 de mayo de 1992	Funcionarios de la Institución Hospitalaria de López de Micay. Cauca (6 firmas)	Presidente César Gaviria	Critican la futura desaparición de recursos para el SEM. *"pedimos comedidamente reconsiderar ésta decisión y destinar nuevamente recursos para las campañas directas para la salud"*
5 de Mayo 1992	Congregación Pentecostal Unida de Colombia. Puerto Merizalde Buenaventura Valle (10 firmas)	Presidente César Gaviria	Piden que reconsidere la decisión de acabar con el SEM. *"Puesto que la comunidad de la Costa Pacífica, es una de las regiones más afectadas por el paludismo y la malaria. Pues este es el momento en que más necesitamos que se prolongue la campaña, mientras no se tenga una solución favorable. Este es un corregimiento muy pobre que no da parar suplirse por sus propios medios"*
5 de Mayo 1992	Funcionarios Municipales y Habitantes de López de Micay. Cauca (21 firmas)	Presidente César Gaviria	Piden que se escuchen las peticiones del pueblo que *"sería el gran afectado y tenemos todo el derecho a una eficaz Salubridad, pues así quedó plasmado en nuestra actual Constitución"*
5 de Mayo 1992	Profesores y Alumnos del Colegio Pablo VI. López, Cauca. (94 firmas)	Presidente César Gaviria	Denuncian que se han Se han designado promotoras de salud pero sin ningún medicamento ni material para aplicar los primeros auxilios. Y que ante el cierre del Servicio, la situación empeorará.
5 de Mayo 1992	Comunidad Docente de Noanamito Cauca (8 firmas)	Presidente César Gaviria	Piden *"postergar ese Programa, por lo menos (5) años más: teniendo en cuenta que aquello engendra un papel importantísimo, para el bien de los Colombianos en especial para la clase menos favorecida, los cuales habitamos en diversos rincones donde azota fuertemente el paludismo, como sucede ante todo en la Costa Caucana del Pacífico".*
5 de Mayo 1992	Comunidad Educativa del Colegio Vocacional Agrícola Zaragoza. López de Micay, Cauca (30 firmas)	Presidente César Gaviria	*"Como ya es decisión de su gobierno disolver el SEM como institución nacional para luego trasladar su manejo a los municipios, le pedimos solidariamente ampliar el plazo ya que nuestra costa presenta un alto índice de riesgo de Malaria y otras enfermedades que son combatidas por el SEM."*
6 de Mayo 1992	Profesores y Alumnos Colegio Mixto Julio Arboleda. Timbiquí Cauca (35 firmas)	Presidente César Gaviria	Elogian al SEM y agregan que *"quizás son los únicos del campo de salud que tienen representación del gobierno en regiones tan apartadas de nuestro Municipio y quienes se han expuesto ante muchos riesgos para hacer desinteresadamente este servicio a las gentes víctimas del paludismo"*
6 de Mayo 1992	Junta de Acción Comunal de Puerto Merizalde Rio Naya. Buenaventura, Valle	Presidente César Gaviria	"antes de liquidar a Malaria le sugerimos pensar en las consecuencias que puede traer esta determinación"

	(38 firmas)		
recibido del 7 de mayo en presidencia registro 031893 código 2700	Vecinos y Residentes Barrio Kennedy de Puerto Asís. Putumayo (41 firmas)	Presidente César Gaviria	*"Queremos llamar su atención para que de apoyo para que se mantenga esa Entidad y sus programas por ser una Entidad que siempre ha velado por las comunidades menos favorecidas"*
7 de Mayo 1992	Madres Comunitarias de Timbiquí. Cauca (27 firmas)	Presidente César Gaviria	*"evite la suspensión del servicio de Malaria SEM, ya que dicha institución ha sido y sigue siendo de gran interés respecto al control y erradicación de terribles enfermedades las cuales han diezmado gran parte de la población de regiones como la costa del Cauca y otras"*
7 de Mayo 1992	Comunidad Educativa Escuela Urbana Santa Clara de Asís. Timbiquí, Cauca (15 firmas)	Presidente César Gaviria	Critican la cancelación del programa de la Dirección de Campañas Directas. Elogian las labores de los funcionarios del SEM.
7 de mayo 1992	Profesores de la Escuela Urbana Julio Arboleda. Timbiquí Cauca (7 firmas)	Presidente César Gaviria	Piden la no suspensión del SEM en la Costa Pacífica. *"si se trata de cumplir una ley, se busquen los mecanismos que nos favorezcan en este particular, teniendo entendido que toda la zona costera y parte del Interior del país refuta esta determinación que pueden tomar los señores legisladores"*
7 de mayo 1992	Alcaldía de Timbiquí. Cauca	Presidente César Gaviria	Habla de la difícil situación de salud pública de la región por cuenta de el paludismo por lo cual el cierre de la entidad *"va en contra de la clase menos favorecida y en especial a la de la costa caucana del Pacifico"*
7 de Mayo 1992	Habitantes Vereda Guineal y Aledañas. Bajo Baudó, Chocó (18 firmas)	Presidente César Gaviria	*"nuestro clamor es ante todo para saber y recordar, que por acá nos encontramos prácticamente desamparados, no tenemos ningún apoyo gubernamental, tan solo el de la iglesia misionera" "carecemos de servicios públicos como son: agua potable, puesto de salud, planteles educativos adecuados, medios de comunicación y transporte marítimo y terrestre…no queremos que se nos prive del único servicio que recibimos a media como es el del SEM, servicio de erradicación de la malaria, ni tampoco vaya a descentralizarlo a los municipios, pues entraría en caos… al contrario, esperamos su atención y se nos den los derechos que como colombianos nos pertenecen, no hemos recibido prácticamente nada del gobierno pero tampoco esperamos se nos despoje de lo mínimo."*
7 de Mayo 1992	Alcalde Municipal del Bajo Baudó - Pizarro	Presidente César Gaviria	*"queremos sugerirle señor Presidente que se haga primero un estudio serio sobre la real capacidad de nuestro Municipio, para lo cual le brindamos nuestra irrestricta colaboración y luego si, si es factible, se haga lo que se pretenda hacer."*
8 de mayo de 1992	Edwin M.B.; Yaqueline R.O.; Wilmer T.R.; Daysy T.V. Niños y niñas Estudiantes Colegio de Noanamito. Guapi Nariño	Niña María de la Paz Gaviria	*"Querida amiga la saludamos un grupo de estudiantes del colegio de Noanamito deseándole que se encuentre muy bien de salud y luego le diré lo siguiente: Nosotros nos dimos de cuenta de que su padre quiere quitar el programa de malaria y por eso queremos que nos sirva de intermediaria para que no quite la programación porque es muy importante para nosotros y el pueblo colombiano, porque la malaria agota mucho por la costa pacífica. Y que por acá no llega la prensa que pase la noticia de la carta para ver qué objetivo tuvo la carta."*
8 de Mayo 1992	Habitantes de la Comunidad Planeta Rica. Córdoba	Presidente César Gaviria	--
8 de Mayo	Niños de Noanamito	Presidente César Gaviria	*"Estimada niña: ...necesitamos que hable con su*

1992	Cauca López de Micay (4 firmas)		*papá para que no quite la programación de la malaria es muy importante porque combate el paludismo.* *Acá en la costa pacífica hay muchos que sufrimos de paludismo, todavía no nos quite la programación, hable con su papá para que nos den un plazo de 5 a 7 años para quita la malaria porque la necesitamos mucho, nos trae pastas y vienen a fumigar las casas."*
8 de Mayo 1992	Fray Luis Benítez, Rector del Colegio Integrado San José. Guapi Cauca	Presidente César Gaviria	Pide que no se desmonte el SEM en su campañas directas
8 de Mayo 1992	Habitantes de Papayal. Buenaventura (55 firmas)	Presidente César Gaviria	*"nos dirigimos a usted con el fin de solicitar su intervención y dar continuidad (al menos por un tiempo determinado) a una entidad que se ha caracterizado por prestar un excelente servicio a las clases menos favorecidas azotadas por las enfermedades tropicales, caso concreto la malaria"* *"Entendemos que el proceso de descentralización permite que este tipo de servicios los presten los municipios pero estamos completamente seguros que tendrá que transcurrir un tiempo hasta tanto se prepare o capacite las personas encargadas de dirigir este tipo de programas"*
8 de mayo 1992	Habitantes Vereda La Granja. Pueblo Nuevo (10 firmas)	Presidente César Gaviria	Piden no cerrar la entidad y ponen en consideración que *"Resulta irónico que cuando la nueva constitución habla de que la población colombiana va a tener más y mejor atención en salud, por otra parte se nos está negando recibir el servicio de quienes si han demostrado servir y representar honestamente al Gobierno a través del Ministerio de Salud"*
8 de mayo de 1992	Médico Director Hospital San Francisco de Asís. Cauca.	Presidente César Gaviria	En consideración de la liquidación de la entidad, *"me permito comunicarle que en este municipio el paludismo constituye una de las causas de morbi - mortalidad en la población… solicito muy comedidamente se prorrogue el desmonte de éstos programas, hasta cuando exista la suficiente infraestructura en la región para desarrollar los programas mencionados."*
10 de mayo 1992	Médico Director Hospital "San Agustín" Valle	Presidente César Gaviria	*"Como médico y con un año de servicio en la región del Pacífico Colombiano, veo con alarma que el problema sanitario y especialmente la malaria se ha acrecentado a niveles alarmantes y vemos que al contrario de lo que uno espera, el problema en vez de solucionarse tiende hacia el agravamiento".* *"Múltiples son las causas que contribuyen a ésta situación pero vemos que una de las más eficaces armas en la lucha contra el flagelo, por decreto y transformaciones referentes a la descentralización administrativa en salud, tiende a desaparecer, hablo más específicamente del Servicio de Erradicación de la Malaria: SEM."* *"Por lo tanto solicito muy comedidamente se sirvan revisar más exhaustivamente la implementación de la Ley 10 de 1990 y ante todo la forma de salvar un organismo que no podrá ser suplantado por otras entidades en la lucha contra la malaria".*
11 de Mayo 1992	Habitantes del Municipio de López de Micay, Cauca (145 firmas)	Presidente César Gaviria	Resaltan la labor de los funcionarios del Servicio y piden no acabar la entidad
11 de Mayo 1992	Habitantes Vereda Guasimales.	Presidente César Gaviria	--

	Putumayo (23 firmas)		
11 de Mayo 1992	Habitantes del Barrio San Francisco. Puerto Asís Putumayo	Presidente César Gaviria	Solicitan la continuación de los servicios del SEM, pues ellos son afectados por la enfermedad del paludismo.
11 de Mayo 1992	Residentes Vereda Batería Charuyaco (17 firmas)	Presidente César Gaviria	--
12 de Mayo 1992	Habitantes Municipio de Timbiquí. Cauca (92 firmas)	Presidente César Gaviria	Preguntan quien asumirá las responsabilidades en caso de que se presentase una epidemia. Piden no acabar el SEM
13 de Mayo 1992	Ciudadanos Residentes en áreas de influencia de las enfermedades tropicales (firmas)	Presidente César Gaviria, al ministro de salud, al secretario general de minsalud, y al jefe de división de campañas directas.	Solicitan no suspender *"los servicios que la Dirección de Campañas Directas, viene efectuando en esta región del país. Así mismo reconocemos que es la única entidad que llega a prestar atención primaria de la salud en las áreas más desfavorecidas de la geografía nacional, por lo que no compartimos la posibilidad de terminar con ésta entidad."*
14 de Mayo 1992	Habitantes de Bututo Municipio de Mocoa. Putumayo (22 firmas)	Presidente César Gaviria	Valoran la labor del SEM y piden no liquidar la entidad.
14 de Mayo 1992	Asociación de Usuarios Campesinos Mercaderes Cauca (53 firmas)	Presidente César Gaviria	--
19 de Mayo de 1992	Sindicato de Empleados de Salud Pública (384 firmas)	Presidente César Gaviria	Los firmantes solicitan que no se suspendan los servicios que la Dirección de Campañas Directas venia efectuando. Se pide estudiar la situación de las personas que viven en zonas endémicas y el impacto que tendría en cierre de la institución.
27 de Mayo 1992	Concejo Municipal de San José del Guaviare. Guaviare	Presidente César Gaviria	*"a ésta fecha no hay una entidad gubernamental que esté en condiciones de absorber la entidad de malaria, o apersonarse de los trabajos que ésta viene llevando a cabo con resultados bastante positivos con relación a las enfermedades anunciadas".* De persistir la intención de suprimir el SEM, *"los muertos por paludismo, fiebre amarilla y dengue hemorrágico no se harían esperar y el incremento de las enfermedades se incrementarían al 100% como sucedió hace aproximadamente hace 10 años cuando la entidad malaria se retiró de ésta región"* Piden que se refinancie la entidad malaria SEM durante 5 años más mientras se preparan para asumir la descentralización de la salud.
Mayo de 1992	Funcionarios del SEM Zona V Montería Córdoba (96 firmas)	Presidente César Gaviria	Afirman ser los únicos representantes del Estado en algunas zonas de Córdoba y se pronuncian en contra del Decreto 1471 Artículo 134 que plantea acabar con el SEM. Piden que se establezcan plazos graduales para la entrega del Servicio a los municipios, lo que permitirá adelantar una labor de capacitación dejando preparado a quienes asuman el programa.
mayo de 1992	Habitantes Vereda Juntas de Tamana, Novita, Choco (111 firmas)	Presidente César Gaviria	Resaltan la buena labor de de los trabajadores de la malaria, únicos representantes del Ministerio de Salud que visitan la zona constantemente. Se pronuncian en contra del cierre de la oficina de la malaria. Cuestionan al presidente: *"¿a quién vamos a acudir cuando la región sea azotada por el paludismo?"*
Mayo de 1992	Comunidad Pildoro Arriba, Putumayo	Presidente César Gaviria	Cuestionan al gobierno *"¿Quien va a asumir la responsabilidad del control de la malaria?, ¿a quién*

	(187 firmas)		*vamos a acudir en caso de presentarse una epidemia? ¿Quién responderá por las muertes que cause ésta enfermedad?"*. Afirman que los trabajadores de la malaria son los únicos del gobierno que hacen presencia en regiones apartadas del país.
Mayo 1992	Habitantes del Bajo Baudó. Chocó (256 firmas)	Presidente César Gaviria	Resaltan labor del SEM y agregan: *"Basados en los derechos sociales de la población establecidos en la Constitución Política Nacional, esperamos se tomen las medidas correspondientes que garanticen oportuna y eficazmente las acciones de prevención y control de las enfermedades tropicales en beneficio de la salud y la economía de la población colombiana"*
mayo 1992	Asociación Comunal de Juntas de Morelia. Caquetá (73 firmas)	Presidente César Gaviria	Se pronuncian en contra de la descentralización del SEM. *"porque el municipio es uno de los más pobres del departamento y su presupuesto no alcanza para solucionar los problemas de salud que se presentan muy continuamente."*
Mayo 1992	Habitantes de la Localidad Agua Clara. Valle del Guamuez, Putumayo (21 firmas)	Presidente César Gaviria	--
Julio de 1992	6 habitantes de Cereté, Córdoba	Presidente César Gaviria	Solicitan la continuidad de los programas a cargo de la Dirección de Campañas Directas.
11 de Marzo de 1993	Análisis y Propuestas del Decreto 2162 enviado por Trabajadores SEM Zona Firma: Jorge Rafael Quintana, Abogado. Tumaco, Nariño	al Ministro de Salud Londoño de la Cuesta, J.	Piden que se respeten los derechos de los trabajadores del SEM a la hora de la liquidación de la entidad. Se oponen a un despido en masa
19 de Abril de 1993	Presidente de Anthoc Seccional Cúcuta	Ministro de Salud Juan Luis Londoño de la Cuesta	Pide agilizar el desembolso presupuestal del rubro gastos de inversión asignados, ya que las actividades programadas en el área de prevención y control de patologías tropicales, están próximas a paralizarse por falta de recursos económicos. Recuerdan que se está en el momento en una emergencia sanitaria en Cúcuta por dengue hemorrágico, hay alta densidad de Leishmaniasis en los municipios del occidente del departamento y alto índice de malaria en la zona del Catatumbo y el municipio de Saravena.
1 de Mayo de 1993 (recibido de presidencia 11 de mayo de 1992 registro 033162 código 2700)	Comunidades Campesinas del Municipio Solano. Caquetá (90 firmas)	Presidente César Gaviria	*"Nosotros los habitantes del Municipio Solano pensamos que en cuanto a Malaria debe es reestructurarse. O sea nombrarle más personal más presupuesto para que ésta campaña de Malaria cubra más eficazmente todas las áreas de permanente riesgo".* *"Finalmente le pedimos que ésta campaña no la municipalice porque todos los municipios son pobres como el nuestro. Y por lo tanto los alcaldes no podrán cumplir con la prestación de los servicios de Malaria porque no tienen los recursos ni la capacidad técnica ni operativa"*
15 de junio de 1993	Habitantes de la Costa Pacífica. (2.300 firmas de habitantes de todo el litoral pacífico.)	Dr. González, E. Secretario General del Ministerio de Salud	*" solicitamos muy comedidamente a Ud., Doctor González acepte la propuesta que hacen los funcionarios de la malaria ya que la conocemos y nos parece muy aproximada a nuestras necesidades, ya que si el gobierno central nos tuviera en cuenta para opinar en cuanto a éstos temas la propuesta seguramente iría más allá porque solo nosotros que*

			vivimos en éstas regiones sabemos que es padecer de fríos, fiebres y otros síntomas producidos por el paludismo y como decíamos anteriormente, solo nosotros sabemos del buen servicio que brindan los Malarios".
23 de Septiembre de 1993	Petición de la Asociación de Juntas Comunales Casco Urbano Tibú. Norte de Santander	Ministro de Hacienda Rudolf Hommes	Rechazan la descentralización de las campañas de malaria. *"Enterados de la problemática que viven hoy los trabajadores de la malaria en ésta región del Catatumbo y demás regiones del país, al no contar con los recursos suficientes para la atención en salud, en relación con las enfermedades tropicales "Solicitamos… dar una solución al respecto; adicionando partidas suficientes al presupuesto vigente para que se le dé a las comunidades afectadas por el flagelo de tan temibles enfermedades tropicales, la mayor cobertura en este campo".*
1 de febrero de 1994	Junta Directiva Sindess Comité Zona IV. Sincelejo	Ministro de Salud Juan Luis Londoño de la Cuesta	Critican el proceso de descentralización: *"Las series de propuestas o alternativas tanto nacional como seccional apuntan a un objetivo específico: deshacerse de nosotros, sin que medie para nada una salida clara que garantice rumbo definido".* Piden que se estudien alternativas propuestas por los trabajadores.
18 de Mayo de 1994	Siete trabajadores del SEM	Álvarez, G. Director Nacional de Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital. Bogotá	Petición de indemnización, ante el inminente proceso de reestructuración del SEM, con el fin de poderse acoger con esos dineros a los programas de microempresas que están impulsando los distintos programas de gobierno de los candidatos presidenciales del momento, pues piensan montar juntos una microempresa comercializadora de frutas tropicales y legumbres. Todos trabajaban en Actividades de Educación en Salud de la Zona II del SEM
30 de junio de 1994	Petición del Sindess Comité Zonal SEM Zona IV	Álvarez, G. Director de Unidad Administrativa Especial de Catastro Distrital. Sincelejo,	Ante confusiones durante el proceso descentralizador que padecen los trabajadores zona IV, solicitan instruir o enviar un funcionario con capacidad decisoria, con el fin de arreglar legalmente contrato inter - administrativo entre Gobernación de Sucre (Departamento Administrativo de Salud) y el Ministerio de Salud, Dirección de Campañas Directas. Dejan constancia de que consideran precipitada la actitud del director zonal, quien "despachó" a los trabajadores para los entes departamentales sin que allí existiera nada listo para recibirlos.
--	Residentes Barrio El Carmen. Puerto Asís, Putumayo (104 firmas)	Presidente César Gaviria	Piden no liquidar el SEM
--	Comunidad El Lago Mocoa Putumayo (40 firmas)	Presidente César Gaviria	--
--	Junta de Acción Comunal de La Raya. Municipio Achí Bolívar (35 firmas)	Presidente César Gaviria	Hablan del padecimiento de la comunidad por cuenta del paludismo. *"Permita la existencia de ésta importante campaña, suministrándole todos los recursos necesarios."*
--	Comunidad Académica de la Escuela "El Pilar" Zaragoza. López de Micay,	Presidente César Gaviria	*"… en ocasiones que ha faltado el servicio que la Malaria presta, inmediatamente ha llegado la epidemia, ante lo cual, sus moradores nos hemos visto en la obligación de dirigirnos a los jefes de la campaña antimaláricas, para que retornen sus*

	Cauca (49 firmas)		*servicios a éstos lugares".* *"Creemos que lo más conveniente para el país es activar el servicio para ver si en el término de unos 5 años más o menos se ha logrado erradicar el paludismo, tal cual se hizo con el mencionado plan. También se puede hacer un desmonte gradual para ir experimentando efectos".*
--	Comunidades Indígenas del Putumayo	Presidente César Gaviria	--
--	Petición de Funcionarios División de Campañas Directas	Presidente César Gaviria	Piden plazos para un proceso gradual de descentralización que incluya capacitación para quienes asuman el programa.
--	Trabajadores de la División Transitoria de Campañas Directas (52 firmas)	Eduardo Santos Director Periódico El Tiempo	*"Confiamos en que desde ese medio que tiene alcances tan importantes se formule al gobierno la pregunta sobre quien asumirá la responsabilidad del control de la malaria en caso de no ser aprobado el proyecto de reestructuración dándole vida o continuidad a la División de Campañas Directas"*
--	Habitantes Vereda El Águila.	Presidente César Gaviria	--
--	Habitantes de Isla Grande Nariño (52 firmas)	Presidente César Gaviria	Elogian el servicio de campañas directas y piden que no lo acaben
--	Habitantes Vereda Candelo Rio Rosario. Tumaco, Nariño	Presidente César Gaviria	Piden que el SEM siga vivo
--	Habitantes Vereda La Pampa Rio Rosario Tumaco, Nariño	Presidente César Gaviria	Piden mantener el SEM *"De lo contrario, nos vemos abocados a merced del tiempo y la malaria presentándose cada día más y más muertos y el número de enfermos subirá vertiginosamente"*
--	Vecinos de Boca del Carey Tumaco. Nariño	Presidente César Gaviria	Ante la liquidación del SEM, que califican de *"hecho de trascendencia internacional"* solicitan *"hacer que ésta entidad siga laborando p ara bien de todos los habitantes de la zona rural, ya que éstos trabajadores son los únicos que van a los más recónditos lugares del territorio nacional".*
Fuente: Archivos del Servicio de Erradicación de la Malaria – Ministerio de la Protección Social República de Colombia, Bogotá.			

Anexo No. 14

Casos de Personas Infectadas por Malaria en Colombia, 1960 – 2006

Año	No. Infectados	Año	No. Infectados	Año	No. Infectados
1960	9000	1976	40000	1992	184000
1961	17000	1977	64000	1993	129000
1962	17000	1978	53000	1994	127000
1963	18000	1979	62000	1995	187000
1964	15000	1980	57000	1996	134000
1965	18000	1981	62000	1997	181000
1966	22000	1982	79000	1998	189000
1967	26000	1983	106000	1999	168000
1968	27000	1984	55000	2000	108000
1969	38000	1985	56000	2001	177000
1970	33000	1986	89000	2002	150000
1971	22000	1987	90000	2003	125032
1972	31000	1988	102000	2004	126113
1973	56000	1989	102000	2005	111555
1974	23000	1990	101000	2006	92551
1975	33000	1991	184000		

Fuente: Rodríguez, J (2009) Dinámica Probabilística Temporal de la Epidemia de Malaria en Colombia *RevistaMed 17 (2): 214-221*

Anexo No. 15 Fiebre Amarilla en Colombia: Número de Casos y Muertes Notificadas a la OPS, 1989 – 1997		
Año	**Casos**	**Muertes**
1989	1	1
1990	7	7
1991	4	4
1992	2	2
1993	1	1
1994	2	2
1995	3	3
1996	8	4
1997	5	4
1998	1	0
1999	2	2
Total	36	30
Fuente: Pan Américan Health Organization. División of Vaccines and Immunization		

Anexo No. 16 Reforma del Sistema de Salud Colombiano. Hitos 1998 – 2004	
Año	**Hito**
1998	Recrudecimiento de la recesión económica y exacerbación de la crisis hospitalaria, luego del paso del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda, completado en 1997. Sanción de la Supersalud al ISS, impidiendo su afiliación de nuevos usuarios, lo cual fortaleció a las aseguradoras privadas.
1999	Caída de las coberturas de vacunación, que se encontraban a cargo de los entes territoriales, en el contexto de una drástica diminución del presupuesto destinado.
2000	Déficit de 92.400 millones de pesos en el sector salud. Publicación de la Primera Encuesta de Percepción de Calidad en Salud, por la Defensoría del Pueblo, que dejó en evidencia el abandono que pesaba sobre los programas de prevención y promoción, desconocimiento de los contenidos del PAB, e insatisfacción por altos costos de servicios, entre otros.
2001	Reorganización de los aspectos financieros de la reforma planteada por la Ley 100 de 1993, mediante la Ley 715 de 2001; con la cual se quitaban recursos a los municipios mientras se les entregaban mayores responsabilidades ante el sistema, tales como los programas de promoción y prevención que hasta entonces manejaban las ARS, así como la contratación y financiación del régimen subsidiado.
2002	Fusión de los Ministerios de Salud y Trabajo, y planteamiento de la reforma del ISS.
2003	Balances a la Ley 100 luego de los primeros 10 años después de su promulgación. Se oficializó la reestructuración al ISS. Reaparición de enfermedades de interés en salud pública antes controladas: fiebre amarilla, tuberculosis, y sarampión; se evidencia una mayor reducción en las coberturas de vacunación. El Consejo Nacional de Seguridad Social deja de ser rector y pasa a ser asesor, con traslado de las decisiones más importantes del sector salud fueron trasladadas al Ministerio de Hacienda y Planeación Nacional.
2004	Se plantean modificaciones a la reforma, a través de múltiples proyectos presentados desde sectores sociales de todas las tendencias.
Fuente: Uribe, M. "La contienda por las reformas del sistema de salud en Colombia, 1990 - 2006." Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales con Especialidad en Sociología, Colegio de México Centro de Estudios Sociológicos, 2009.	

Anexo No. 17 Cambios en la organización de los programas de ETV, Colombia, 1998 – 2004	
Año	**Hito**
1997	El Programa Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores termina de descentralizarse en los entes territoriales. Las acciones individuales para diagnóstico y tratamiento de las ETV pasan a estar a cargo de las aseguradoras e IPS; las acciones de salud pública relacionadas quedan a cargo del Estado, en cabeza de los municipios y sus contratistas; en el marco de la Resolución Ministerial 4288 de 1996, que define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y dicta otras disposiciones.
2001	Se expide la Ley 715, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.
2004	Se expide la Circular 018, que contenía los lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos de PAB 2004 – 2007 y de los recursos asignados para la salud pública.
Fuente: Jiménez, M; Hinestroza, Y; Gómez, R. "Reformas sanitarias e impacto del control de malaria en dos áreas endémicas de Colombia, 1982 - 2004." *Colombia Médica* 38, no. 002 (2007): 113 - 131.	

Anexo No. 18
Casos de Fiebre Amarilla notificados por Colombia a la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud , 1998 – 2004

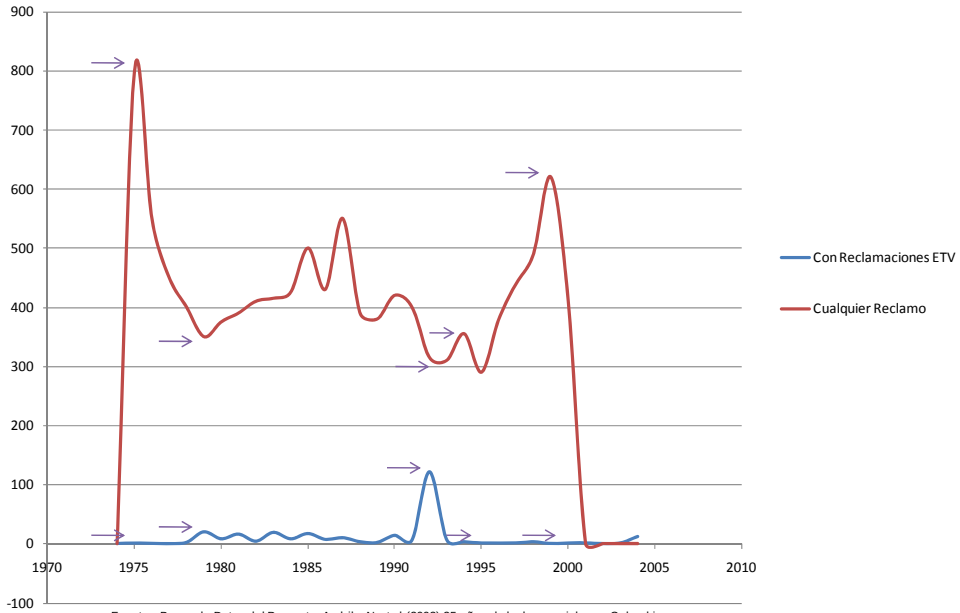
Año	No. de Casos	No. Muertes
1998	1	0
1999	2	2
2000	5	4
2001	9	5
2002	19	9
2003	112(*)	50
2004	32(World Health Organization, 2010)	Sin dato

Fuente: Pan American Health Organization. "Yellow Fever: Number of cases and deaths notified to PAHO 1985 - 2003." 1 p, 2004; World Health Organization. "Reported Incidence Time Series Yellow Fever." http://www.who.int/immunization_monitoring/data/data_subject/en/index.html [Citado de: 23/08/2010], 2010.

(*) Hay divergencia entre fuentes, la más reciente reporta 102 casos, sin indicar muertes. Inconsistencia similar se encuentran para el año 2002 con 20 casos en la segunda fuente.

Anexo No. 19

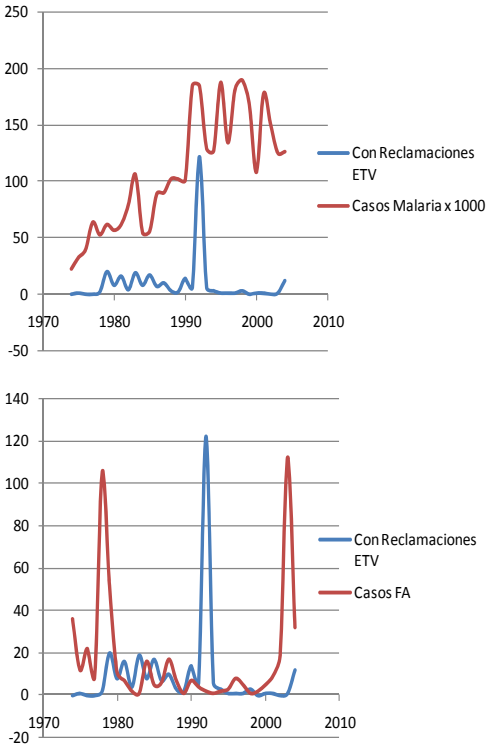
Comportamiento anual de las luchas sociales relacionadas con ETV, de los trabajadores de la salud en servicios contra ETV y usuarios, frente a las registradas por cualquier motivo y actor, detectadas para el período 1974 – 2004



Fuentes: Bases de Datos del Proyecto; Archila, N; et al (2002) 25 años de luchas sociales en Colombia, 1975 - 2000

Anexo No. 20

Relación entre picos ETV (malaria y fiebre amarilla, y ACC con reclamaciones que incluyan ETV

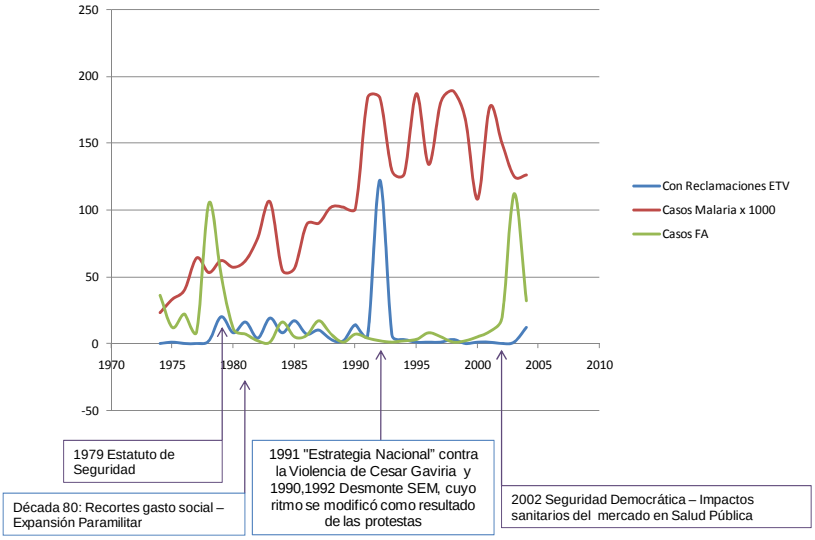


Fuente: Bases de Datos del Proyecto

RESULTA INNEGABLE LA RELACIÓN EXISTENTE ENTRE PICOS DE INCIDENCIA DE ETV YPICOS DE LUCHAS SOCIALES CON REIVINDICACIONES POR ETV…

Anexo No. 21

Relaciones entre picos de ETV (Malaria – Fiebre Amarilla), ACC con reivindicaciones que incluyeron ETV, e Hitos de Políticas de Seguridad que recrudecieron el CAI o Políticas de Descentralización en Salud Pública, 1974 - 2004



1979 Estatuto de Seguridad

Década 80: Recortes gasto social – Expansión Paramilitar

1991 "Estrategia Nacional" contra la Violencia de Cesar Gaviria y 1990,1992 Desmonte SEM, cuyo ritmo se modificó como resultado de las protestas

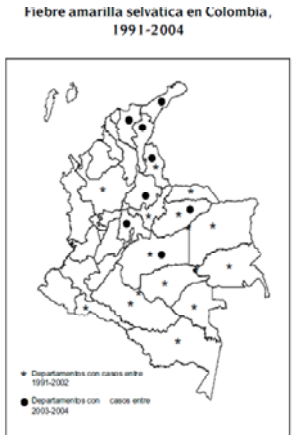
2002 Seguridad Democrática – Impactos sanitarios del mercado en Salud Pública

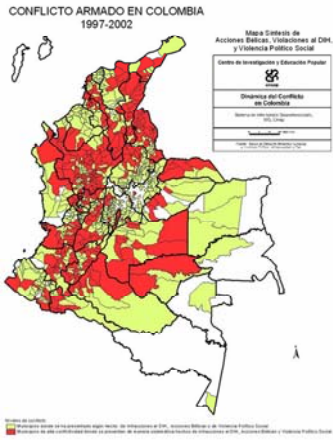
Llama la atención: la coincidencia de picos de ETV con políticas y otras dinámicas de la confrontación que recrudecieron el CAI, la existencia de picos de luchas sociales ETV en momentos de alta represión; y con momentos de implementación de reformas descentralizadoras y apertura al mercado del sector salud.

Anexo No. 22

Enfermedades Transmitidas por Vectores en Zonas Fuertemente Afectadas por Conflicto Armado, Colombia 1991 - 2004

COINCIDENCIA ZONAS DE ALTA INCIDENCIA PARA ETV CON ZONAS ESTRATEGICAS PARA EL CONFLICTO ARMADO INTERNO





Fuente: Restrepo, B (2004)

Anexo No. 23

TIPOS DE FUENTES UTILIZADAS PARA RECONSTRUIR ACCIONES COLECTIVAS CONTENDIENTES CONTENIENDO REIVINDICACIONES POR ETV, 1974 – 2004

SUB - PERIODO	TIPO DE FUENTE PREDOMINANTE	BASE DE DATOS DE REFERENCIA
Los tropeles de la vacuna, 1974 – 1978.	Fuentes Orales	Archivos del Proyecto
Enfermedades transmitidas por vectores y protestas médicas ante el Estatuto de Seguridad, 1979 – 1982.	Notas de Prensa Informes de Derechos Humanos	Archivos del CINEP
Marchas, huelgas y otras protestas del servicio de erradicación de la malaria, 1983 – 1988.	Correspondencia sindical Correspondencia institucional	Archivos del Servicio de Erradicación de la Malaria - MPS
El derecho a la salud entra en la agenda de los peticionarios rurales, 1989 – 1997.	Correspondencia institucional	Archivos del Servicio de Erradicación de la Malaria - MPS
Ausencia de ETV en tutelas y paros, presencia de epidemias y conflicto armado, 1998 – 2001.	Documentos institucionales	Archivos sanitarios en dependencias regionales.
Entre el asalto y el comunicado: una nueva protesta por vacunas, 2002 – 2004	Notas de prensa Fuentes Orales	Archivos electrónicos “El Tiempo.com” Archivos del Proyecto
Fuente: Base de Datos del Proyecto		