UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA

Saberes y prácticas de exguerrilleros con responsabilidades en salud dentro de las FARC-EP en el manejo de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV): Leishmaniasis y Malaria

Yazmin Yurley Velásquez Ardila

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública
Bogotá D.C., Colombia
2025

Saberes y prácticas de exguerrilleros con responsabilidades en salud dentro de las FARC-EP en el manejo de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV): Leishmaniasis y Malaria

Yazmin Yurley Velásquez Ardila

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

Magister en Salud Pública

Director:

MD, Ph.D. Mario Esteban Hernández Álvarez

Línea de Investigación:

Salud, territorio y paz

Grupo de Investigación:

Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública

Bogotá D.C., Colombia

2025

A mí.

Porque, después de tantos intentos, de tantos comienzos que parecían no tener final, elegí seguir.

A esa versión mía que se sintió perdida, que pensó que no lo lograría, y que aun así se levantó una y otra vez.

Este trabajo es testimonio de mi resistencia, de mi perseverancia y de mi fe.

Hoy me abrazo, orgullosa, porque este largo camino ha sido mío.

A mi madre Rosita y a mi esposo Carlos.

Agradecimientos

A mi familia, y en especial a mi madre, Rosa Elvira Ardila, por su apoyo incondicional en cada uno de mis proyectos y decisiones, acompañándome siempre con amor, cuidado y fortaleza. A Carlos Diaz, mi esposo, por su amor, paciencia y constante apoyo; y a mis perros, Coffee y Fiona, por su compañía en las largas noches y madrugadas de trabajo.

A los militantes de las FARC-EP, por su incansable voluntad de paz. A *Mauricio Jaramillo, Laura Villa, Carolina García, Henry, Jagler, Jorge Narváez, Betsy Ruiz y Lucy*, sin quienes esta historia no habría sido posible. Gracias por brindarme la oportunidad de plasmar en este documento parte de sus historias de vida, así como los saberes y prácticas colectivas desarrolladas en materia de salud como respuesta a un conflicto armado que se extendió por más de 52 años. Espero que estas experiencias no se queden solo en estas páginas, sino que trasciendan y logren incidir como un aporte significativo a la salud en la ruralidad.

Al Dr. Mario Hernández, director del proyecto, por no perder la fe ni la paciencia. A pesar del tiempo y las dificultades que se presentaron, siempre pude contar con su apoyo y con una sonrisa que terminaba con un: «*¡se puede, Yaz! Estas a una vuelta de tuerca».*

Al grupo de investigación «Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social», a sus coordinadores, y a mis compañeras y compañeros, quienes me ayudaron a encaminar este proyecto. Gracias por escuchar atentamente cada versión y darme opiniones respetuosas y enriquecedoras, que me permitieron culminar este proceso.

Al programa de Maestría en Salud Pública del Departamento de Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, a su actual coordinador Mauricio Torres, a su excoordinador Juan Carlos Eslava, y a la profesional de apoyo Alexandra Ortiz, por su orientación y acompañamiento en este proceso.

A mis amigas Martha Palma, María Alejandra Rojas y Lizeth Vergara, por brindarme su apoyo, por motivarme cuando la meta parecía muy lejana y por creer que podía lograrlo, incluso cuando ni yo misma lo creía.

Finalmente, a todas aquellas personas que se han cruzado en este camino, que se han sentido cautivadas por esta historia. A quienes, de manera directa o indirecta, aportaron con su tiempo y apoyo para que este trabajo fuera posible.

Resumen

Saberes y prácticas de exguerrilleros con responsabilidades en salud dentro de las FARC-EP en el manejo de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV): Leishmaniasis y Malaria

La presente investigación analiza los saberes y prácticas en el manejo de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), específicamente leishmaniasis y malaria, desarrollados por exguerrilleros de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia – Ejército del Pueblo (FARC-EP) que asumieron responsabilidades en salud en el marco de una política sanitaria insurgente. Esta política surgió como una respuesta colectiva a más de 52 años de conflicto armado en Colombia, ante la ausencia estructural del Estado en amplias zonas rurales. El estudio se aborda desde un enfoque histórico-territorial que se desarrolla a partir de la historia de vida, para reconstruir las trayectorias de los exguerrilleros y su relación con otros actores en torno a un problema compartido: la salud en medio de la guerra y las ETV, con el objetivo de identificar las potencialidades de estos saberes y prácticas como un aporte a la salud rural, especialmente en contextos históricamente excluidos. Los hallazgos de la investigación destacan tres aspectos centrales: i) existe una relación directa entre la dinámica del conflicto armado y la configuración de la política sanitaria de las FARC-EP; ii) las ETV tuvieron un papel relevante dentro del conflicto, al impactar directamente la salud y la operación de los frentes guerrilleros y de las fuerzas militares; y iii) existen múltiples formas de hacer salud desde los actores sociales, lo que implica reconocer los saberes construidos colectivamente en el territorio como formas válidas de conocimiento, desarrolladas a partir de la experiencia, la necesidad y la sistematicidad en la práctica que pueden aportar a la salud en la ruralidad de Colombia.

Palabras clave: Saberes, prácticas, exguerrilleros, FARC-EP, leishmaniasis, malaria, salud rural.

Abstract

Knowledge and practices of former guerrillas with health responsibilities within the FARC-EP in the management of vector-borne diseases (VBD): Leishmaniasis and Malaria

This research analyzes the knowledge and practices in the management of Vector-Borne Diseases (VBDs), specifically leishmaniasis and malaria, developed by former members of the Revolutionary Armed Forces of Colombia – People's Army (FARC-EP) who assumed health-related responsibilities within the framework of an insurgent health policy. This policy emerged as a collective response to more than 52 years of armed conflict in Colombia, in the face of the structural absence of the State in vast rural areas. The study is approached from a historical-territorial perspective, developed through life histories, in order to reconstruct the trajectories of the former guerrilla fighters and their relationship with other actors around a shared problem: health in the midst of war and VBDs, with the aim of identifying the potential of this knowledge and these practices as contributions to rural health, especially in historically excluded contexts. The findings of the research highlight three central aspects: (i) there is a direct relationship between the dynamics of the armed conflict and the configuration of the FARC-EP's health policy; (ii) VBDs played a relevant role within the conflict by directly impacting the health and operations of guerrilla fronts and military forces; and (iii) there are multiple ways for social actors to promote health, which implies recognizing the collectively constructed knowledge in the territory as valid forms of knowledge, developed from experience, need, and systematic practice that can contribute to health in rural Colombia.

Keywords: Knowledge, practices, ex-combatants, FARC-EP, Leishmaniasis, Malaria, rural health.

Contenido

Pág.

Resumen ..... **IX**

Lista de figuras ..... **XII**

Lista de tablas ..... **XIII**

Lista de abreviaturas ..... **XIV**

Introducción **1**

1. Problema, enfoque y método **3**
1.1 Problema de investigación 3
1.2 Enfoque de estudio 12
1.3 Método 20

2. Historias de vida y saberes y prácticas **27**
2.1 Resistencia y cuidados comunitarios 1964 - 1982 30
2.2 Organización y estructura sanitaria 1982 - 2002 45
2.3 Repliegue sanitario en escenarios de alta confrontación 2002 – 2012 70
2.4 Transición de la respuesta sanitaria a una apuesta por la paz 2012 – 2016 91

3. Aportes a la Salud Rural **97**

4. Conclusiones y recomendaciones **103**
4.1 Conclusiones 103
4.2 Recomendaciones 104

Bibliografía **105**

Lista de figuras

Pág.

Figura 1-1: Categorías empleadas para el análisis de la información. 23
Figura 2-1: Línea de tiempo de los cuatro periodos (1964 - 2016). 29
Figura 2-2: Indicaciones tratamiento para Leishmaniasis. 39
Figura 2-3: Listado de medicamentos y su uso. 40
Figura 2-5: Distribución de bloques de frentes FARC-EP 53
Figura 2-6: Guerrilleras con responsabilidades en salud. 61
Figura 2-7: Guerrillera haciendo uso de un microscopio. 62
Figura 2-8: Enfermera empírica carga su botiquín en el morral. 66
Figura 2-9: Clase de español en la selva 79
Figura 3-1: Puesto de salud FARC. 102

Lista de tablas

Pág.

Tabla 1-2: Entrevistas realizadas como parte de la investigación..... 25
Tabla 2-4: Constitución de siete bloques de frentes..... 52
Tabla 2-10: Organización sanitaria de las FARC..... 89

Lista de abreviaturas

Abreviaturas

Abreviatura	Término
AF	Acuerdo Final
ANAPO	Alianza Nacional Popular
AUC	Autodefensas Unidas de Colombia
CAI	Conflicto Armado Interno
CEV	Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No Repetición
CNMH	Centro Nacional de Memoria Histórica
CNR	Consejo Nacional de Reincorporación
ELN	Ejército de Liberación Nacional
EMBO	Estado Mayor del Bloque Oriental
EPL	Ejército Popular de Liberación
ETV	Enfermedades Transmitidas por Vectores
FARC-EP	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia – Ejército del Pueblo
FFMM	Fuerzas Militares
JUCO	Juventud Comunista
M-19	Movimiento 19 de abril
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PCC	Partido Comunista Colombiano
PDET	Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial
PNSR	Plan Nacional de Salud Rural
PNRRI	Planes Nacionales para la Reforma Rural Integral
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud

Introducción

El *Acuerdo Final para la Terminación del Conflicto y la Construcción de una Paz Estable y Duradera*, firmado el 24 de noviembre de 2016 entre el Gobierno de Colombia y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia – Ejército del Pueblo (FARC-EP), representó una decisión mutua para poner fin a más de 52 años de conflicto armado. Este acuerdo reconoce la paz como un derecho humano superior y como condición fundamental para el ejercicio pleno de los demás derechos y deberes de las personas.

En el contexto del conflicto armado interno (CAI) en Colombia, la salud se constituyó en un frente estratégico de resistencia para actores armados como las FARC-EP. La ausencia del Estado en vastas zonas rurales, las condiciones de supervivencia y las dinámicas propias de la guerra llevaron a esta organización a desarrollar una política sanitaria insurgente orientada a garantizar la vida de sus integrantes. Analizar estos saberes y prácticas resulta clave para comprender no solo las estrategias de sostenimiento de la guerrilla más prolongada de América Latina, sino también las implicaciones del conflicto en la salud pública del país.

El conflicto armado, caracterizado por su complejidad y multicausalidad, ha involucrado una amplia red de actores armados y no armados, dejando más de 262.000 víctimas fatales entre 1958 y 2018, en su mayoría civiles. Las condiciones de guerra afectaron directamente el acceso a la salud y favorecieron la propagación de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), como la leishmaniasis y la malaria, que impactaron tanto a la población civil como a los combatientes de las FARC-EP y de las Fuerzas Militares. Mientras estas últimas contaban con respaldo institucional, la guerrilla respondió a las ETV mediante prácticas empíricas y conocimientos adaptados al entorno selvático.

A pesar de su relevancia, la investigación académica sobre esta respuesta sanitaria ha sido escasa. Diferentes estudios han documentado parcialmente estas experiencias, pero persiste un vacío en torno al manejo específico de las ETV. Esta investigación busca aportar a la construcción de memoria histórica y al fortalecimiento de la salud rural, en el marco del Plan Nacional de Salud Rural y el Acuerdo Final de Paz.

Lo anterior se desarrolla en cuatro capítulos. En el primero, se expone el enfoque histórico-territorial adoptado por el estudio, que permite comprender los saberes y prácticas en salud de exguerrilleros de las FARC-EP frente a las ETV, situándolos en contextos sociales, políticos y geográficos específicos del conflicto armado colombiano. El abordaje metodológico es cualitativo, basado en historias de vida temáticas y editadas. Esta estrategia permitió reconstruir las trayectorias de ocho exguerrilleros con responsabilidades sanitarias, interpretando sus testimonios como formas colectivas de cuidado y resistencia en territorios históricamente excluidos por el Estado.

El segundo capítulo presenta los hallazgos de la investigación, tejiendo un análisis entre la dinámica del conflicto armado, la política sanitaria de las FARC-EP y los saberes y prácticas frente a las ETV es especial leishmaniasis y malaria, abordados en cuatro periodos: *Resistencia y cuidados comunitarios* (1964–1982), *Organización y estructura sanitaria* (1982–2002), *Repliegue sanitario en escenarios de alta confrontación* (2002–2012), y *Transición de la respuesta sanitaria a una apuesta por la paz* (2012–2016).

El tercer capítulo se abordan los aportes a la Salud Rural, identificando las potencialidades derivadas de los saberes y prácticas de ETV: leishmaniasis y malaria.

Finalmente, el cuarto capítulo presenta las conclusiones y recomendaciones reúnen los hallazgos más relevantes a la luz de los tres objetivos específicos, en respuesta a la pregunta de investigación que orienta este trabajo.

1. Problema, enfoque y método

1.1 Problema de investigación

En los contextos de conflicto armado, la salud se convierte en un frente estratégico de resistencia y sostenimiento para los actores armados. La ausencia del Estado, las condiciones de supervivencia y las dinámicas propias del conflicto obligan a las organizaciones insurgentes a desarrollar respuestas en salud para garantizar la vida de sus integrantes. En este escenario, resulta relevante indagar por las acciones sanitarias impulsadas por una de las guerrillas más estables del largo conflicto armado que ha vivido Colombia: las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia – Ejército del Pueblo (en adelante FARC-EP).

Comprender esta respuesta sanitaria implica situarla en un marco más amplio que es conflicto armado interno (en adelante CAI) en Colombia, cuyo origen es objeto de diversas interpretaciones entre investigadores y actores políticos. Algunos lo sitúan en la Guerra de los Mil Días (1899–1902), otros lo relacionan con las luchas agrarias de la década de 1930, o con el levantamiento popular tras el asesinato de Jorge Narváez Eliécer Gaitán el 9 de abril de 1948. También se señala como punto crítico el cierre de la participación política y social impuesto por el Frente Nacional (1958–1974), que intentó contener la crisis sociopolítica derivada del periodo conocido como «La Violencia». Independientemente de la fecha que se tome como referencia, lo cierto es que el conflicto colombiano se ha consolidado como el más prolongado de América Latina y uno de los más extensos del mundo (Sánchez Gómez, 2021, p. 17).

El CAI que ha vivido Colombia ha sido un fenómeno prolongado, complejo y multicausal que se ha desarrollado durante varias décadas. Según la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición (2022) (en adelante, CEV), el conflicto

armado colombiano no puede entenderse únicamente como una confrontación entre grupos armados ni como una guerra motivada exclusivamente por razones ideológicas. Concebirlo como una red compleja de actores, alianzas e intereses permite reconocer que la responsabilidad por sus consecuencias no recae únicamente en quienes participaron directamente en la lucha armada, sino que involucra también compromisos éticos, políticos y, en algunos casos, responsabilidades directas de sectores políticos, económicos, criminales, sociales y culturales, independientemente de su ideología.

El Centro Nacional de Memoria Histórica (2013) (en adelante, CNMH) señala que el CAI ha involucrado a una diversidad de actores armados y no armados que, a lo largo del tiempo, han configurado un escenario de violencia prolongada y compleja. Entre los principales actores armados se encuentran las guerrillas insurgentes, como las FARC-EP, el ELN (Ejército de Liberación Nacional) y el EPL (Ejército Popular de Liberación), surgidas entre los años sesenta y setenta, en el marco de luchas agrarias y demandas de transformación social. A partir de los años ochenta, emergieron también los grupos paramilitares, organizados inicialmente con respaldo de sectores económicos y políticos para combatir a las guerrillas, y que más tarde consolidaron estructuras armadas ilegales altamente violentas, como las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC). Por su parte, las Fuerzas Militares del Estado colombiano (en adelante FFMM) han sido un actor central, tanto en operaciones contrainsurgentes como en situaciones de violación de derechos humanos. A estos se suman actores indirectos como sectores empresariales, narcotraficantes y políticos regionales y nacionales, cuyas acciones han influido en la configuración y sostenimiento del conflicto.

Según datos del Observatorio de Memoria y Conflicto del CNMH, entre 1958 y julio de 2018, el conflicto armado colombiano dejó un total de 262.197 personas muertas. De estas víctimas, 215.005 eran civiles y 46.813 combatientes, lo que evidencia el impacto desproporcionado sobre la población no armada. En cuanto a la responsabilidad por las muertes, 94.754 fueron atribuidas a grupos paramilitares, 35.683 a la guerrilla y 9.804 a agentes del Estado. El Observatorio registró un total de 353.531 hechos violentos, agrupados en diez modalidades principales, entre ellas: desaparición forzada, secuestro, violencia sexual, masacres, atentados terroristas, reclutamiento de menores y uso de minas antipersonal. Se documentaron, por ejemplo, 80.514 personas desaparecidas, de

las cuales más de 70.000 continúan desaparecidas; 37.094 víctimas de secuestro; 15.687 víctimas de violencia sexual y 17.804 menores reclutados (Romero, 2018).

Si bien el CAI en Colombia ha involucrado una pluralidad de actores, con responsabilidades diferenciadas en la reproducción de la violencia, esta investigación se centrará en las FARC-EP, como uno de los principales actores insurgentes del país y el que firmó el acuerdo de paz en 2016.

Las FARC-EP surgieron en 1964 como una organización insurgente de inspiración marxista-leninista, articulada inicialmente en torno a demandas agrarias y a la defensa de las comunidades campesinas frente a la represión estatal. Durante más de cinco décadas, se consolidaron como uno de los principales actores armados del país, hasta la firma del Acuerdo Final de Paz en 2016, que puso fin a su confrontación con el Estado colombiano (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013).

La presencia prolongada de esta organización en diferentes territorios, su estructura político-militar y su participación en prácticas de control social y territorial, hacen de las FARC-EP un caso clave para comprender no solo las dinámicas del conflicto armado, sino también las formas de ejercicio del poder en contextos atravesados por múltiples expresiones de violencia.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en su informe *Violencia y salud* (2002), la violencia fue reconocida como un problema prioritario en el ámbito global durante la 49ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en 1996. En dicha ocasión se aprobó la resolución WHA49.25, titulada *Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública*, en la cual se insta a los Estados miembros, incluido Colombia, a evaluar el impacto de la violencia en sus territorios y a desarrollar estrategias para mitigar sus efectos. El informe enfatiza que «allí donde la violencia persiste, la salud corre un grave peligro», resaltando la necesidad de abordar este fenómeno no solo como un asunto de seguridad, sino también como una amenaza directa a la salud individual y colectiva.

Según Franco (1997) la violencia es una epidemia, que constituye el principal problema de salud pública del país. Su impacto se manifiesta no solo en los altísimos índices de homicidios, sino también en las consecuencias físicas, psicológicas, sociales y económicas que genera en la población y en el sistema de salud. La violencia como mecanismo para

resolver conflictos ha permeado profundamente en los diversos sectores, escenarios y relaciones de la sociedad colombiana, generando costos significativos desde múltiples dimensiones.

Además, en el contexto del CAI y la salud, las infracciones contra la Misión Médica han afectado gravemente tanto al personal sanitario como a la población civil. Estos ataques, que incluyen desde agresiones directas hasta presiones sutiles y amenazas, han puesto en riesgo la vida de los profesionales de salud y obstaculizado el acceso a servicios esenciales como programas de vacunación y control de vectores en zonas endémicas. A pesar de la gravedad y frecuencia de estos hechos, existe un alto subregistro y escasa investigación, lo que ha contribuido a la falsa percepción de que el sector salud ha sido respetado durante el conflicto. Por el contrario, estas agresiones han sido reiteradas y sistemáticas, vulnerando el derecho a la salud en múltiples regiones del país (Currea-Lugo, 2019).

Entre 1997 y 2007 se concentraron los niveles más altos de violaciones a los Derechos Humanos del personal de salud y de infracciones contra la misión médica. De los casos registrados en ese periodo, se atribuye el 33 % a acciones de grupos guerrilleros, el 19 % a estructuras paramilitares y el 3 % a integrantes de la Fuerza Pública. Estas agresiones se presentaron principalmente en departamentos como Antioquia, Nariño, Caquetá, Arauca, Norte de Santander y Cauca, y en municipios como Saravena, Tame, Tumaco, Valledupar, Tibú, Puerto Asís, Florencia y San José del Guaviare (Franco, 2025, p. 13).

Según el informe técnico *Consecuencias del Conflicto Armado en la Salud en Colombia*, publicado por el Observatorio Nacional de Salud del Instituto Nacional de Salud (2017), son diversos los efectos de las guerras en la salud pública. En términos generales, el informe plantea una serie de efectos asociados con la mortalidad directa e indirecta, las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la salud mental, la discapacidad, la salud reproductiva y las afectaciones sobre el estado nutricional. Además, se mencionan los daños a la infraestructura en salud, el equipamiento, los suministros y las intimidaciones al recurso humano.

En relación con las enfermedades transmisibles, se ha documentado la incidencia, en contextos de conflicto armado, de Enfermedades Transmitidas por Vectores (en adelante,

ETV), como dengue, fiebre amarilla, chagas, leishmaniasis y malaria o paludismo. Factores como la destrucción de infraestructura sanitaria, la escasez de personal médico, las fallas en la cadena de frío para vacunas y las dificultades de acceso a los servicios de salud, sumado a las condiciones ambientales propicias para el vector, contribuyen al aumento de la incidencia de las ETV. Además, condiciones derivadas del conflicto como los desplazamientos masivos, el hacinamiento, la pobreza, el deterioro ambiental y la falta de saneamiento agravan la propagación de estas enfermedades entre las poblaciones más vulnerables (Observatorio Nacional de Salud, 2017).

En consecuencia, las ETV se convirtieron en amenazas permanentes para las poblaciones que habitaban o transitaban por zonas de confrontación. En ese mismo sentido, tuvieron un papel relevante al impactar directamente la salud y la operación de las FARC-EP y de las FFMM. Por lo tanto, en esta investigación se analizarán en profundidad las ETV leishmaniasis y malaria en el contexto del conflicto armado en Colombia.

La leishmaniasis es una enfermedad causada por un protozoo del género *Leishmania.* La transmisión es vectorial, por la picadura de un insecto flebotomíneo hembra, que pertenece al género *Lutzomyia.* La infección en el hombre se puede dar a partir de parásitos provenientes de un reservorio animal (zoonosis) o de parásitos que el vector ha tomado de otro hospedero humano (antroponosis). Clínicamente, la enfermedad puede manifestarse en tres formas principales: cutánea, mucosa o visceral (Instituto Nacional de Salud, 2024a)

Entre 1990 y 2016 se notificaron un total de 249.745 casos de leishmaniasis en las zonas endémicas de Colombia. Durante la década de 1990 se registraron 58.895 casos (23,6 %), mientras que entre 2000 y 2009 se reportaron 116.291 casos (64,7 %), y entre 2010 y 2016 se confirmaron 107.349 casos (43 %), con una mediana de incidencia de 81 casos nuevos por cada 100.000 habitantes. En términos generales, la tendencia de esta enfermedad mostró un incremento hasta mediados de la década del 2000, seguido por una fase de transmisión endémica con niveles relativamente estables (Padilla et al., 2017).

Diversos estudios han documentado la relación entre brotes de leishmaniasis y contextos de conflicto armado en países como Afganistán, Colombia, Siria, Sudán, Irak y Etiopía, afectando a civiles, desplazados, refugiados y personal militar. En Colombia, durante el conflicto, se registraron casos frecuentes de leishmaniasis entre personas secuestradas o recluidas por grupos armados, quienes generalmente recibían tratamientos no

convencionales. La distribución de medicamentos estaba centralizada por el Ministerio de Salud, y en contextos de alta demanda, las reservas fueron insuficientes e incluso objeto de apropiación por parte de grupos guerrilleros. En el departamento de Antioquia, se observó un aumento de casos vinculado al desplazamiento forzado, el avance de actores armados y la expansión minera en zonas endémicas. Estas dinámicas territoriales evidencian cómo el conflicto armado impactó la propagación y el manejo de la enfermedad en varias regiones del país (Observatorio Nacional de Salud, 2017, p. 117)

Como lo señala (Ahumada, 2016) en el capítulo *Leishmaniasis, una enfermedad de guerras y conflictos*, para el año 2005 la infección por leishmaniasis dejó fuera de combate a 10.500 uniformados del Ejército Nacional. Además, se presume —aunque no existan registros oficiales— que la leishmaniasis también afectó a los guerrilleros de las FARC-EP, debido a la incautación de medicamentos en campamentos y a la identificación de lesiones compatibles con la enfermedad en los cuerpos recuperados tras los combates.

Con relación a la malaria, se hace preciso mencionar que es una enfermedad causada por parásitos del género *Plasmodium spp.,* principalmente las especies *P. falciparum, P. vivax y P. ovale*. La transmisión se da por la picadura de mosquitos hembra infectados del género *Anopheles spp*. Otras formas de transmisión son por transfusión de sangre infectada, uso compartido de agujas y transmisión congénita durante el embarazo. La presentación clínica es malaria no complicada y complicada (Instituto Nacional de Salud, 2024b)

Entre 1990 y 2016, la malaria en Colombia presentó una tendencia general a la disminución en los casos, aunque con brotes epidémicos irregulares e intensos durante años específicos como 1991–1992, 1995, 1998, 2007, 2010 y entre 2015 y 2016. En total, se notificaron 3.079.472 casos durante ese periodo, con un promedio anual de 114.036 casos y una mediana de incidencia de 1.371 casos nuevos por cada 100.000 habitantes. La mayor carga de casos se registró en la década de 1990, con un 48 % del total (1.478.847 casos), seguida del periodo 2000–2009, que concentró el 36,6 % (1.127.080 casos). Además, el 80 % de la transmisión persistente de malaria se localizó en 59 municipios con endemicidad activa. En ese mismo periodo se reportaron 1.891 muertes por esta enfermedad (Padilla et al., 2017).

En Colombia, los estudios sobre la relación entre conflicto armado y la malaria son limitados, algunos análisis recientes han buscado examinar la tendencia de la mortalidad

por esta enfermedad considerando la intensidad del conflicto en los municipios afectados entre 1998 y 2015. Durante los conflictos armados, los programas de control de enfermedades transmitidas por vectores, como la malaria, suelen debilitarse, lo que puede dar lugar a epidemias, como ocurrió en Etiopía, Mozambique, Afganistán y Myanmar. En Afganistán, por ejemplo, la guerra soviética provocó el colapso de un programa que casi había erradicado la malaria (Observatorio Nacional de Salud, 2017, p. 101).

Luego de este contexto, se evidencia que las ETV afectaron tanto a las comunidades civiles como a los uniformados de las FFMM y a los guerrilleros de las FARC-EP en el marco del conflicto armado. Las Fuerzas Militares, al estar cobijadas por un régimen especial dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), contaban con redes institucionales, personal médico y logística que les permitían enfrentar los brotes de enfermedades como la malaria y la leishmaniasis. Sin embargo, la situación era muy distinta para las FARC-EP, que operaban en condiciones de clandestinidad, movilidad constante y ausencia de presencia estatal.

Según investigaciones recientes —desarrolladas tras la firma del Acuerdo Final de Paz en 2016— se visibiliza que las FARC-EP contaban con una respuesta en salud dentro sus filas. La tesis de maestría en Salud Pública de Julián Orjuela, denominada: *La salud pública en el tránsito de la guerra a la construcción de la paz en el municipio de La Macarena (2017)*, presenta lo que él denominó un «Modelo de salud de las FARC-EP» que se caracterizó por una racionalidad integral basada en cuatro componentes: un enfoque preventivo y de promoción de la salud; el desarrollo de actividades clínicas y quirúrgicas en sus hospitales; la valorización de saberes tradicionales como la medicina botánica y campesina; y la atención integral a prisioneros de guerra bajo su custodia.

La tesis de maestría en Estudios Culturales de Juliana Robles, denominada *Sostener y cuidar en las prácticas médicas de las Farc* (2018), da cuenta de una serie de prácticas médicas destinadas a sostener y mantener la vida en el contexto del conflicto armado colombiano desde el Bloque Oriental de las FARC-EP.

En el marco de los trabajos de investigación existentes, así como en las entrevistas publicadas en medios de comunicación, revisión de fuentes secundarias y de literatura gris, se ha confirmado que las FARC-EP contaban con una respuesta a las necesidades en salud de sus tropas. Este «sistema» estaba conformado por guerrilleros con formación

empírica que asumían responsabilidades sanitarias en el contexto del conflicto armado interno. En este rastreo se destacan dos figuras principales: Laura Villa y Mauricio Jaramillo, conocido como «El médico» en las filas guerrilleras. Se evidencia que no existen registros de la colaboración directa de Mauricio Jaramillo en investigaciones académicas de esta índole. Este vacío resalta la necesidad de profundizar en el estudio de las prácticas sanitarias desarrolladas por las FARC-EP y en la importancia de contar con testimonios directos de actores clave para enriquecer la comprensión de estas experiencias.

Adicionalmente, existe un vacío significativo en el conocimiento sobre el manejo de las ETV (leishmaniasis y malaria) en las FARC-EP, a diferencia de la amplia información disponible sobre protocolos, guías y recomendaciones que tienen las FFMM y que ha publicado el Ministerio de Salud y Protección Social, al respecto. Esta ausencia revela la necesidad de documentar y comprender los saberes y prácticas en salud desarrollados por los exguerrilleros, los cuales aún no han sido reconocidos ni valorados desde la investigación académica.

Dada la coyuntura nacional en el año 2018 —cuando se planteó este proyecto de investigación—, tras la firma del Acuerdo Final de Paz, la dejación de armas por parte de la guerrilla más grande y antigua del continente, y el proceso de reincorporación de los guerrilleros a la vida civil, se identificó la necesidad de aportar desde la academia a la construcción de memoria histórica y al cumplimiento del punto 1 del AF, denominado: *Hacia un nuevo campo colombiano: Reforma Rural Integral*. Específicamente, este proyecto pretende contribuir al punto 1.3 sobre los Planes Nacionales para la Reforma Rural Integral (PNRRI), en su componente 1.3.2 sobre desarrollo social, que incluye salud, educación, vivienda y erradicación de la pobreza. En el apartado 1.3.2.1, referido a salud, que establece como objetivo acercar los servicios de salud a las comunidades en situación de vulnerabilidad, especialmente en zonas rurales, y se propone la creación e implementación del Plan Nacional de Salud Rural (PNSR). Este plan busca fortalecer la infraestructura de la red pública, mejorar la calidad y pertinencia de la atención, y establecer un modelo especial de salud pública con énfasis en la prevención, que permita brindar atención directa en los hogares o lugares de trabajo.(Gobierno Nacional; Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo, 2016).

Es importante mencionar que, como investigadora titular de este proyecto, entre 2017 y 2020 hice parte de la «Red de Universidades y Organizaciones Sociales en Salud para la Paz – “Red SaludPaz”», y me desempeñé como estudiante auxiliar de posgrado del proyecto «Escuela Permanente de Pensamiento Universitario (EPUU) “Red SaludPaz UNal”» de la Universidad Nacional de Colombia, en el marco de la convocatoria nacional por el sesquicentenario. Estos espacios fueron fundamentales para la concertación y formulación de la presente propuesta de investigación.

Teniendo en cuenta este contexto, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cómo los saberes y prácticas desarrollados por exguerrilleros de las FARC-EP con responsabilidades en salud en el manejo de Enfermedades Transmitidas por Vectores (leishmaniasis y malaria) pueden aportar a la construcción de la salud rural en Colombia?

Esta pregunta de investigación se aborda a partir de un objetivo general: comprender los saberes y prácticas de exguerrilleros con responsabilidades en salud dentro de las FARC-EP en el manejo de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), específicamente leishmaniasis y malaria, con el fin de identificar potencialidades de aporte a la salud rural. Para su desarrollo, se plantean tres objetivos específicos:

1. Reconstruir las trayectorias de vida de exguerrilleros que asumieron responsabilidades en salud dentro de las FARC-EP, especialmente en el manejo de ETV como leishmaniasis y malaria.
2. Identificar los saberes y prácticas derivados de la experiencia en salud de exguerrilleros que asumieron responsabilidades en salud en las FARC-EP en relación con el manejo de ETV: leishmaniasis y malaria.
3. Identificar potencialidades derivadas de estos saberes y prácticas como aportes a la salud rural en Colombia.

Con base en esta pregunta y objetivos, la investigación busca aportar al reconocimiento de saberes y prácticas construidos en contextos no convencionales, rescatando experiencias que, aunque surgieron en medio del conflicto, pueden ofrecer elementos valiosos para fortalecer la salud rural en escenarios de posacuerdo.

1.2 Enfoque de estudio

La construcción de este proyecto de investigación ha sido el resultado de un proceso progresivo, nutrido por diversas experiencias académicas, institucionales y personales que se han entrelazado desde el año 2018. La participación en el grupo de investigación «Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social», en la «Red de Universidades y Organizaciones en Salud para la Paz – "Red SaludPaz"», y en la «Escuela Permanente de Pensamiento Universitario (EPUU) – "Red SaludPaz UNal"» de la Universidad Nacional de Colombia, así como el diálogo con exguerrilleros de las FARC-EP en el marco del proyecto «Fortaleciendo Comunidades para la Paz», de la Cruz Roja Colombiana en asociación con la Cruz Roja Noruega y el apoyo de la Embajada de Noruega, han permitido delimitar el objeto de estudio, afinar el enfoque y el método, y reconocer un vacío importante en la literatura académica sobre las prácticas sanitarias insurgentes relacionadas con las ETV.

A continuación, se presenta en primera persona y de manera situada la forma como se han articulado diferentes insumos en la construcción del enfoque heurístico desde el cual se abordó este estudio.

El 3 de agosto de 2016 asistí por primera vez al seminario «Salud, medicina y capitalismo», del grupo de investigación «Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social» del Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia, coordinado por los profesores Mario Hernández Álvarez y Juan Carlos Eslava-Castañeda. Recuerdo que fue mi compañera de la Maestría en Salud Pública, Martha Palma, quien me invitó a participar. Asistí a la primera sesión del semestre, el proceso me cautivó, y desde entonces decidí quedarme.

El 12 de septiembre de 2016 recibí, por parte del grupo de investigación, el primer correo electrónico relacionado con el Acuerdo de Paz. El asunto era: *Cartilla de dudas y claridades sobre el Acuerdo de Paz de La Habana ¡Bien explicadito!* El país vivía un momento histórico: el 2 de octubre de 2016 los colombianos fuimos convocados a votar en un plebiscito que definiría la aprobación del Acuerdo Final de Paz, firmado el 26 de septiembre entre el Gobierno Nacional y las FARC-EP en Cartagena de Indias. Cumpliendo con mi

deber ciudadano y con la plena convicción de que la paz era el camino, voté por el «Sí», al igual que los 6.377.482 colombianos que representaron el 49,78 % del resultado final. Desafortunadamente, ganó el «No» con el 50,21 %, equivalente a 6.431.376 votos. Este resultado nos desconcertó y dio paso a la renegociación de un nuevo acuerdo, que fue firmado el 24 de noviembre de 2016 en el Teatro Colón de Bogotá entre el gobierno nacional y las Fuerzas Armadas Revolucionaras de Colombia – Ejército del Pueblo (FARC -EP), poniendo fin a más de 52 años de conflicto armado con esta organización insurgente.

En abril de 2017, se formalizó la «Red de Universidades y Organizaciones Sociales en Salud para la Paz – Red SaludPaz» como una instancia de participación, reflexión, análisis y acción para la incidencia en la implementación del Acuerdo Final de Paz. El 25 de abril de 2018 me vincule al proceso.

En el marco de las actividades y proyectos articulados por la Red SaludPaz, participé activamente en dos iniciativas. La primera, desde el 17 de mayo de 2018, fue liderada por el Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia y llevó por nombre «Escuela Permanente de Pensamiento Universitario (EPUU) – Red SaludPaz UNal». Este proyecto hizo parte de la convocatoria nacional de la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad Nacional con motivo del sesquicentenario. Su objetivo general fue construir propuestas de política pública orientadas al cumplimiento de los compromisos del punto 1.3 del Acuerdo Final —relacionado con los Planes Nacionales para la Reforma Rural Integral (PNRRI)—, a partir de las experiencias de la Red SaludPaz y de actores sociales e institucionales en los 170 municipios priorizados y las 16 zonas con Programas de Desarrollo con Enfoque Territorial (PDET), mediante un enfoque colectivo y participativo (Doctorado Interfacultades en Salud Pública, 2018).

El segundo proceso se inició el 7 de junio de 2018, liderado por el Observatorio de Paz y Conflicto de la Facultad de Ciencias Humanas y el Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional. El proyecto se denominó *Sistematización de la homologación de saberes en salud y aporte a la formulación de política pública de salud rural*, primer componente del proyecto «Fortaleciendo Comunidades para la Paz», desarrollado por la Cruz Roja Colombiana en asociación con la Cruz Roja Noruega y con el apoyo de la Embajada de Noruega. Este proyecto tuvo como propósito fortalecer las capacidades comunitarias para apoyar los procesos de reincorporación y reconciliación en comunidades priorizadas en el marco del Acuerdo Final de Paz. Sus tres componentes son

la homologación de saberes en salud de personas en proceso de reincorporación y comunidades receptoras; la disminución de barreras de acceso a la salud mediante la reactivación de centros comunitarios de atención; y el fortalecimiento de la integración entre excombatientes y comunidades aledañas equipado con materiales e insumos básicos para la realización de exámenes de laboratorio, preparación de medicamentos y procesamiento de muestras, lo que representó un avance significativo frente a etapas anteriores marcadas por la precariedad. El laboratorio no solo prestaba servicios a combatientes heridos o enfermos, sino que también atendía a miembros de la comunidad civil, convirtiéndose en un punto clave para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades. Su existencia evidencia el nivel de organización alcanzado por la sanidad insurgente durante este periodo, así como la intención de consolidar un modelo de atención más integral y tecnificado en medio del conflicto (Observatorio de Paz y Conflicto, 2018)

Con base en el proceso recorrido, el 15 de junio de 2018 presenté al comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, la primera propuesta de tesis de maestría en Salud Pública titulada*: Sistematización de experiencias de excombatientes de las FARC-EP para la homologación de saberes sobre prácticas de laboratorio clínico en Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV): Leishmania y Malaria*. El 3 de octubre de 2018 socialice la propuesta al grupo de investigación «Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social»; en este ejercicio se sugirió replantear el enfoque de sistematización de experiencias, la homologación de saberes y analizar la experiencias de manera más amplia, es decir, no solo las prácticas de laboratorio clínico.

El 4 de diciembre de 2018 presenté la propuesta de investigación en el 14° (décimo cuarto) Coloquio de Investigación en Salud Pública «De la Salud Pública y el Buen Vivir»[1]. En este evento se presentan y discuten avances en investigación dentro del campo de la salud pública por parte de estudiantes de diferentes universidades. Como resultado del ejercicio recibí aportes frente a la pertinencia de la sistematización como forma de investigación, la necesidad de algunos investigadores de contar con una medida cuantitativa, por ejemplo,

[1] El evento fue organizado por la Universidad Surcolombiana de Neiva, la Universidad de los Llanos, la Facultad de Salud Pública y la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, el Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana sede Bogotá, la Universidad de los Andes, la Facultad de Salud de la Universidad Industrial de Santander, la Universidad Santo Tomás, la Universidad del Valle y la Universidad Nacional de Colombia.

la comparación entre el uso del «Glucantime» Vs las plantas medicinales, la denominación de las prácticas y saberes como un «sistema de salud» y la sugerencia de abordar algunas regiones de Colombia.

Teniendo en cuenta estos aportes y luego de varias reuniones con el director del proyecto, se decidió mantener el tema de investigación, pero abordarlo desde un enfoque «histórico-territorial» y por el método de historias de vida. Se acordó no incluir el componente de homologación, dado que este tema ya se estaba desarrollando en el proyecto de la Cruz Roja, y rastrear los saberes y prácticas en salud, sin limitarlo exclusivamente al laboratorio clínico. Esta propuesta fue presentada el 28 de enero de 2019 a Laura Villa, exguerrillera referente en salud de las FARC-EP y delegada al Consejo Nacional de Reincorporación (CNR), quien recibió de manera positiva la propuesta y se comprometió a facilitar el contacto con exguerrilleros que tuvieron responsabilidades en salud, así como a compartir algunas fuentes de información sobre el manejo de las ETV por parte de las FARC-EP.

Como parte de los primeros diálogos con Laura Villa, se estableció que, en la presente investigación, no se utilizara la denominación «excombatientes» sino «exguerrilleros». Por lo tanto, se adopta este término para referirse a los hombres y mujeres que integraron la estructura insurgente de las FARC-EP y que, tras la firma del Acuerdo Final de Paz en 2016, transitaron hacia la vida civil. Esta denominación representa la forma legítima en que estas personas eligen nombrarse y reconocerse, en contraposición a otras expresiones como excombatientes, desmovilizados, reinsertados o beneficiarios del proceso de paz, las cuales consideran ajenas a su identidad política, histórica y colectiva. Dichos términos son percibidos como formas de reducir su experiencia a categorías estatales o tecnocráticas.

El 2 de octubre de 2019 se presenta la segunda propuesta de proyecto al grupo de investigación «Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social», titulada *Saberes y prácticas de exguerrilleros con responsabilidades en salud dentro de las FARC-EP en el manejo de Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV): Leishmaniasis y Malaria*. En esta ocasión se recibieron sugerencias como no incluir el diálogo intercultural como objetivo específico, aclarar en las entrevistas cómo se reconoce internamente la respuesta en salud —si se concibe como un sistema o es una percepción externa—, y precisar qué se entiende por saberes y prácticas.

En la presente investigación, se entiende por «saberes» la organización de conocimientos específicos que poseen las personas, los cuales se ubican dentro de un sistema de conocimiento o marco cultural. Estos saberes emergen de la transmisión oral entre generaciones o colectivos sociales, la observación directa y la experiencia práctica. En contextos de guerra, como el vivido por las FARC-EP, dichos saberes se construyen y adaptan en función de las necesidades del entorno.

Las «prácticas» se entienden como acciones individuales o colectivas orientadas a resolver problemas cotidianos en salud. Estas prácticas están asociadas a formas de representación de la realidad, del problema y de sus causas. A través de las prácticas, las personas dan respuestas concretas a situaciones específicas. Por ello, los saberes y las prácticas no deben entenderse por separado; por el contrario, las prácticas constituyen una puerta de entrada para comprender los saberes que las sustentan.

El 21 de noviembre de 2019, se presentó la nueva propuesta del proyecto de tesis ante el Comité de Ética de la Facultad de Medicina.

Para el 29 de enero de 2020 ya había realizado siete entrevistas, incluida la de Laura Villa. En todas ellas surgía de manera recurrente el nombre de Mauricio Jaramillo como referente en temas de salud dentro de las FARC-EP. Había intentado en varias ocasiones concretar una entrevista con él, a través de distintas personas, pero sin éxito. Decidí entonces seguirlo en Twitter —actualmente X—. El domingo 16 de febrero de 2020 observé que publicó un trino y, de inmediato, le respondí manifestando mi interés en entrevistarlo. Minutos después, para mi sorpresa, recibí un mensaje directo con un simple 'hola'. Me presenté y le expliqué brevemente en qué consistía mi trabajo hasta ese momento y mi interés en entrevistarlo, pero no obtuve respuesta. El 18 de febrero me contactó su jefe de prensa y, a partir de entonces, iniciamos el proceso para coordinar la entrevista.

Acordamos dos fechas para la entrevista, pero ambas fueron canceladas debido a conflictos con otras actividades o por motivos de salud de Mauricio Jaramillo. El tercer intento se programó para el 17 de marzo de 2020, en la sede del partido Comunes —partido político legal surgido tras la firma del Acuerdo Final de Paz—. El 6 de marzo de 2020 se reportó el primer caso de COVID-19 en Colombia. Ante la incertidumbre del momento, pensé que la entrevista sería cancelada. Sin embargo, no fue así: el martes 17 de marzo, a las 10:00 a. m., tuve la oportunidad de conversar con Mauricio Jaramillo

durante tres horas. Fue una entrevista muy valiosa. Tan solo dos días después, el 19 de marzo, se dio inicio al simulacro vital en Bogotá, y el 25 de marzo comenzó la cuarentena nacional por COVID-19, que se extendió hasta el 31 de agosto de 2020.

Al salir de la entrevista, tuve la certeza de que contaba con el testimonio del principal protagonista de esta historia. Había alcanzado lo que algunos investigadores denominan «saturación teórica». Contaba ya con ocho relatos sustantivos, y el siguiente paso era organizar la información y redactar el documento de tesis. El 15 de abril presenté el trabajo por tercera vez ante el grupo de investigación. Ya no se trataba de una propuesta, sino de un proyecto consolidado. Las recomendaciones recibidas se centraron en la forma de presentación de los hallazgos, en la necesidad de resaltar algunos temas clave y en organizar la narrativa en el marco de un contexto de conflicto armado y no en periodos presidenciales.

Cuando inició la pandemia, me encontraba trabajando en el principal laboratorio clínico de Colsubsidio, en Bogotá. A medida que avanzaba la pandemia y se incrementaban los contagios por COVID-19 entre el personal de salud, también aumentaron los turnos de trabajo, las horas extras, los aislamientos preventivos de 14 días y, en paralelo, el riesgo constante de contagio, el agotamiento emocional y, finalmente, el impacto en mi salud mental. Durante ese periodo, el tiempo transcurrió sin avances significativos en la escritura de la tesis.

Dos años después, el 26 de enero de 2022, me reuní nuevamente con el director del proyecto y le manifesté mi decisión de no continuar. Luego de ese diálogo, decidí retomar el trabajo previamente realizado y presenté el proyecto por cuarta vez ante el grupo de investigación, el 2 de febrero de 2022. En esa oportunidad, recibí retroalimentación sobre la metodología y recomendaciones para transformar la presentación oral en un documento escrito claro y coherente. Lo más importante de esa sesión fue el respaldo del grupo.

Por diferentes razones, terminaron transcurriendo otros dos años y, el 22 de noviembre de 2023, solicité al Consejo Superior Universitario de la Universidad Nacional de Colombia el reingreso al programa curricular de la Maestría en Salud Pública, con el propósito de culminar el proyecto y graduarme.

Esta trayectoria investigativa ha estado marcada por un compromiso con los testimonios, la memoria histórica, la salud rural y el apoyo al proceso de paz. Aunque el recorrido no

ha sido fácil —atravesado por obstáculos personales, contextuales y metodológicos—, estos elementos han dado forma a una propuesta que busca documentar y comprender los saberes y prácticas de los exguerrilleros de las FARC-EP en el manejo de enfermedades transmitidas por vectores, como parte del legado territorial del conflicto armado en Colombia.

El enfoque de estudio de la presente investigación es «histórico-territorial», el cual se enmarca en una perspectiva crítico histórico-territorial, que se ha venido construyendo y posicionando desde el grupo de investigación «Estudios sociohistóricos de la salud y la protección social» de la Universidad Nacional de Colombia.

Esta perspectiva permite comprender el proceso salud-enfermedad como una construcción social situada en el tiempo y el espacio, lejos de entender la salud desde una lógica individualista o biomédica. Esta perspectiva propone analizar cómo los saberes y prácticas sanitarias emergen de las condiciones históricas y territoriales de los sujetos, en este caso, exguerrilleros de las FARC-EP con responsabilidades en salud en zonas rurales donde se desarrolló el conflicto armado colombiano (Henao-Kaffure et al., 2025)

Como afirman Henao-Kaffure et al. (2025) la perspectiva histórico-territorial permite comprender el proceso salud-enfermedad-cuidado-muerte (en adelante salud-enfermedad) como una construcción situada, donde se expresan relaciones de poder, desigualdades estructurales y modos de vida específicos. En la presente investigación, el territorio no se concibe como un simple escenario geográfico, sino como una construcción histórica y política que condiciona las posibilidades de vida y cuidado, articulando la salud con los conflictos sociales entre territorialidades, las resistencias y las formas de subsistencia desarrolladas en contextos de guerra y exclusión estatal. Esta mirada resulta fundamental para comprender las prácticas sanitarias insurgentes como parte de un proceso colectivo de producción de vida, agencia y cuidado, más allá de la institucionalidad médica convencional.

El *territorio* como categoría fundamental para el campo de la salud pública, según (Borde & Torres-Tovar, 2017), va más allá de su dimensión geográfica y natural; es un espacio construido socialmente, donde convergen procesos históricos, culturales, económicos, políticos y ambientales. En él se desarrollan procesos vitales como la salud y la

enfermedad, y se evidencian tensiones y conflictos derivados de la lucha entre poderes dominantes y resistencias sociales por el control del territorio.

Según Porto-Gonçalves (2009) el *territorio*, es un producto social y productor de sociedad; las *territorialidades*, son formas de apropiación, uso e identificación de y en el territorio, de diferentes grupos, siempre en conflicto entre ellas; y la *territorialización*, es el proceso de formación histórica del territorio a partir de los conflictos entre territorialidades.

La categoría territorio permite analizar cómo los saberes y prácticas de exguerrilleros de las FARC-EP se configuraron en contextos geográficos específicos —zonas rurales, selváticas y periféricas—, donde las condiciones ambientales, las dinámicas comunitarias y las territorialidades en disputa entre diferentes actores influyeron directamente en la manera de entender, prevenir y tratar la enfermedad.

La comprensión del proceso salud-enfermedad se realiza a través de la determinación social de la salud como una herramienta analítica fundamental, al considerar que la salud y la enfermedad no son fenómenos aislados ni solo biológicos; por el contrario, constituyen procesos sociales determinados histórica y territorialmente, en los que inciden de manera decisiva las condiciones de vida, las relaciones de poder y las estructuras socioeconómicas (Breilh, 2023). En territorios afectados por el conflicto armado, la violencia prolongada ha configurado escenarios de vulnerabilidad para la población que allí habita.

Para los propósitos de esta tesis, el conflicto armado interno, también denominado conflicto armado no internacional, se refiere a los enfrentamientos armados prolongados que ocurren dentro del territorio de un Estado entre sus fuerzas armadas y uno o varios grupos armados organizados, o entre dichos grupos. A diferencia de disturbios o tensiones internas, este tipo de conflicto se caracteriza por un nivel elevado de intensidad de la violencia y por la organización estructurada de las partes involucradas, lo cual permite distinguirlo jurídicamente. Según el Derecho Internacional Humanitario, la existencia de un conflicto armado interno no depende de un reconocimiento formal por parte del Estado, sino de la concurrencia de estas condiciones objetivas. Esta categoría activa la aplicación del Artículo 3 común a los Cuatro Convenios de Ginebra de 1949, así como del Protocolo II adicional de 1977, cuando se cumplen requisitos adicionales como el control territorial y la conducción de operaciones militares sostenidas bajo un mando responsable (Comité Internacional de la Cruz Roja, 2008)

Siguiendo el enfoque de Johan Galtung (1969), la violencia no debe entenderse únicamente como confrontación armada (violencia directa), sino también como el resultado de estructuras sociales que reproducen desigualdad, exclusión y abandono estatal (violencia estructural), y de narrativas culturales que naturalizan o legitiman dichas condiciones (violencia cultural). Desde esta perspectiva, el conflicto armado colombiano no puede reducirse a un enfrentamiento militar entre partes, sino que debe interpretarse de manera situada, como un entramado más profundo de violencias que han configurado histórica y territorialmente la vida de las comunidades rurales.

Teniendo en cuenta este marco, el enfoque «histórico-territorial» permite articular la salud con la historia y el territorio, evidenciando cómo se gestaron formas de cuidado no institucionalizadas, ancladas en las experiencias de conflicto, resistencia y vida colectiva. Este enfoque posibilita rastrear la evolución de dichos saberes y prácticas a lo largo de distintas etapas del conflicto armado colombiano (1964–2016), reconociendo las transformaciones en las estrategias de atención en salud y su relación con las enfermedades transmitidas por vectores, en el contexto de un conflicto armado interno.

1.3 Método

Como se señaló anteriormente existe una relación entre el conflicto armado interno, la salud y las enfermedades transmitidas por vectores (ETV), la cual ha sido estudiada desde la epidemiología tradicional, centrada en el análisis de factores de riesgo. No obstante, el interés de esta investigación es reconocer las respuestas en salud de quienes construyen el territorio social, a partir de comprender la manera como esos saberes y prácticas emergen, bien sea del intercambio de la experiencia directa, de la necesidad o de la resolución cotidiana y sistemática de problemas de salud en medio del conflicto armado.

La presente investigación se aborda desde un método cualitativo, desarrollado metodológicamente a partir de las historias de vida, que permite reconocer la trayectoria de las personas y su relación con otros en torno a un problema común: la salud en el conflicto armado y las ETV. El énfasis se centra en los «saberes», entendidos como los conocimientos específicos que poseen los exguerrilleros sobre ETV, y en las «prácticas», concebidas como las acciones que realizaron en relación con el manejo de estas

enfermedades, en particular la leishmaniasis y la malaria, aunque es claro que saberes y prácticas nunca están tan separados.

La historia de vida según Córdova, citado por Vidanovic y Osorio (2018), se define como:

> [u]na metodología que no se apoya en procedimientos de carácter estadístico, de carácter muestral, sino que, por el contrario, reivindica un aspecto importante del conocimiento social que es la propia experiencia humana, la propia subjetividad como fuente de conocimiento y de relato de los distintos autores, ya sea de procesos sociales, de elementos puntuales o fenómenos sociales que sirven de correlato para construir el conocimiento de lo social.

De esta manera, las historias de vida constituyen un enfoque interpretativo que permite comprender el significado de la experiencia humana a partir de narraciones personales, dando protagonismo a las explicaciones construidas por los propios individuos (Cordero, 2012).

Según McKernan (2001), existen tres tipos de historias de vida: completas, temáticas y editadas. Las historias de vida completas abarcan toda la trayectoria vital o profesional de una persona. Las temáticas, aunque comparten características con las anteriores, se centran en un tema o periodo específico, permitiendo una exploración más profunda. Por su parte, las historias de vida editadas pueden ser completas o temáticas, pero se distinguen por incluir intervenciones o comentarios de un tercero distinto al sujeto entrevistado.

En la historia de vida confluyen tiempos y espacios distintos: el tiempo del entrevistado, quien reconstruye su experiencia pasada desde la perspectiva del presente, y el tiempo del investigador, quien organiza y sistematiza la información con base en su comprensión del proceso, en el que inevitablemente también se inscribe su propia historia (Puyana & Barreto, 1994).

El paradigma de las historias de vida sostiene que la realidad es construida socialmente mediante definiciones individuales o colectivas de una determinada situación; esto permite conocer cómo los individuos crean y reflejan el mundo social que los rodea (Cordero, 2012). A través de las historias de vida es posible identificar tipologías de personas que asumieron responsabilidades en salud dentro de las FARC-EP y que, al analizar sus

trayectorias en conjunto, permiten comprender el entramado social de un momento histórico determinado, como lo fue el conflicto armado interno.

En conclusión, en este estudio el abordaje de las historias de vida será temático y editado. Se considera temático porque la investigación se centra en un eje específico —la salud en el conflicto armado y las ETV—, lo que permite una exploración profunda y focalizada. El carácter editado se manifiesta en la articulación de diversas trayectorias de vida, entendidas no como relatos individuales aislados, sino como una construcción colectiva que incorpora también el proceso analítico de la investigadora.

La información en este proceso investigativo se recolectó en cuatro momentos. El primero consistió en la revisión de fuentes secundarias sobre el conflicto armado y su dinámica, en el período comprendido entre el surgimiento de las FARC en 1964 y la firma del Acuerdo de Paz en 2016. El segundo momento implicó la búsqueda y análisis de publicaciones propias de la comunidad fariana, literatura gris, tesis, libros y artículos relacionados con la respuesta en salud de las FARC-EP y el manejo de ETV, en particular la leishmaniasis y la malaria. El tercer momento correspondió a ocho historias de vida temáticas y editadas, construidas a partir de entrevistas en profundidad a exguerrilleros que desempeñaron responsabilidades en salud dentro de las FARC-EP. Finalmente, el cuarto momento corresponde a la revisión de los documentos entregados por los propios entrevistados, con el propósito de complementar y enriquecer la información de la investigación.

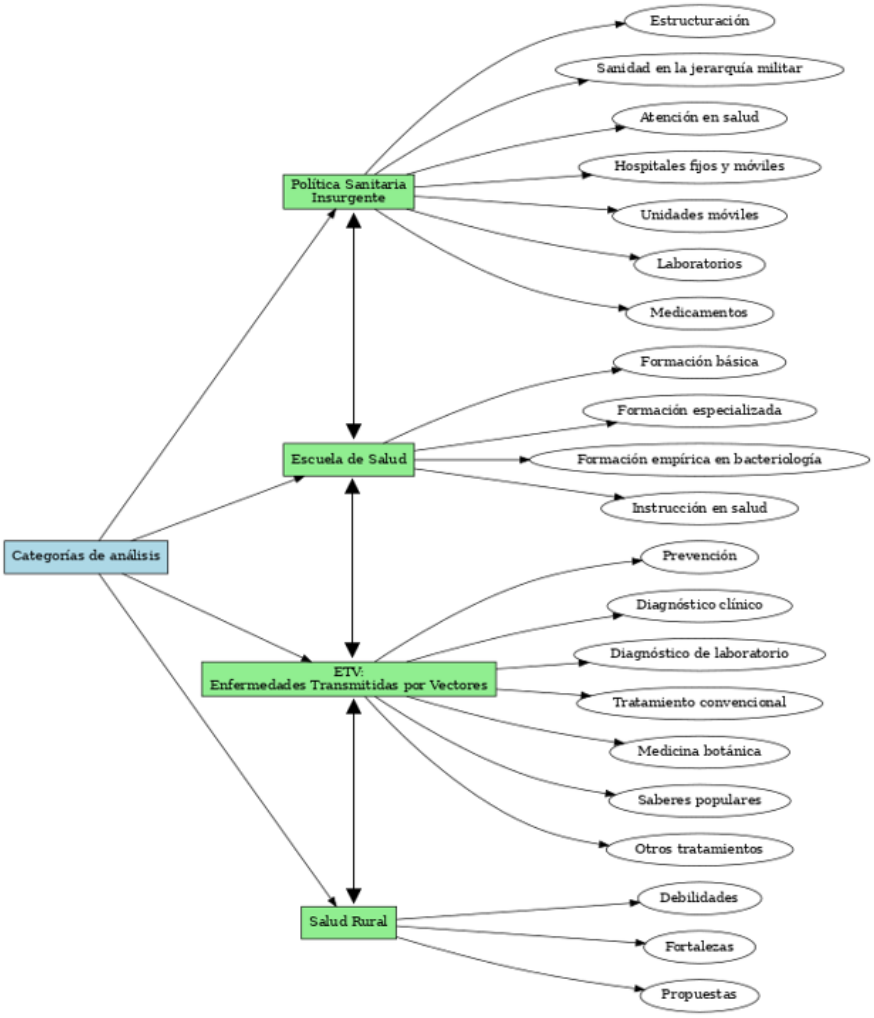
Estas entrevistas permitieron reconstruir sus trayectorias de vida, contextualizar el desarrollo del conflicto armado en Colombia, identificar los lineamientos en salud definidos por internamente por las FARC-EP y conocer los saberes y prácticas aplicadas en el manejo de ETV, especialmente leishmaniasis y malaria, con el objetivo de reconocer sus posibles aportes a la salud rural.

Cada testimonio fue interpretado desde la intersección entre vivencias personales y dinámicas colectivas, con el objetivo de identificar los saberes en salud y las prácticas sanitarias desarrolladas por estos actores en distintos momentos del conflicto.

El análisis de las historias de vida, en coherencia con el enfoque cualitativo de la investigación, se llevó a cabo a partir de categorías tanto deductivas como emergentes, las cuales permitieron organizar e interpretar los saberes y prácticas en salud de los

exguerrilleros entrevistados. Las categorías deductivas surgieron del análisis previo de los objetivos del estudio y de la literatura revisada, mientras que las categorías emergentes fueron construyéndose progresivamente a partir del diálogo entre los testimonios, el contexto histórico-territorial y las dinámicas propias del trabajo de campo. La construcción de estas categorías respondió a la necesidad de sistematizar dimensiones clave del fenómeno investigado, facilitando una lectura comprensiva de las experiencias, tensiones y transformaciones vividas en torno al cuidado de la salud y al manejo de enfermedades transmitidas por vectores —Leishmaniasis y Malaria— en el marco del conflicto armado colombiano. A continuación, en la Figura 1-1 se presentan las principales categorías y subcategorías empleadas en el análisis.

Figura 1-1: Categorías empleadas para el análisis de la información.



Fuente: elaboración propia.

En esta investigación se han utilizado los nombres de guerra o alias con los que los exguerrilleros de las FARC-EP se identificaban durante su permanencia en la organización. Esta decisión fue tomada de manera conjunta con los participantes y quedó explícitamente autorizada en el consentimiento informado, en el que se acordó no emplear sus nombres de pila, sino los nombres por los cuales eran conocidos dentro de la estructura insurgente.

Esta elección responde tanto a razones de confidencialidad como a una forma de afirmación identitaria, ya que los nombres utilizados por los exguerrilleros conservan un valor simbólico y político particular. Durante el conflicto armado, adoptar un seudónimo tuvo diversos sentidos: resguardar la identidad personal, evitar posibles implicaciones legales y proteger a los familiares de represalias. Estos nombres solían elegirse al ingresar a la organización, inspirados en vivencias personales, referentes admirados o asignados por otros integrantes en función de características destacadas.

En consecuencia, las citas atribuidas a las entrevistas realizadas —por ejemplo, (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020)— hacen referencia a los alias históricos autorizados por los participantes para efectos de esta tesis.

La historia de vida de Mauricio Jaramillo adquiere un papel central en este análisis, dado su rol como principal referente en salud dentro de las FARC-EP, reconocimiento que se evidencia tanto en las entrevistas realizadas como en las fuentes consultadas. La historia de vida de Laura Villa también cobra especial relevancia como referente en salud. Papeles que serán desarrollados en detalle en el capítulo 2. Las trayectorias de ambos permiten articular la evolución de la respuesta en salud de las FARC-EP con los distintos momentos históricos del conflicto armado colombiano.

Las seis (6) historias restantes: Carolina García, Henry, Jagler, Jorge Narváez, Betsy Ruiz y Lucy, se integran al análisis como relatos complementarios, que aportan distintas perspectivas desde su experiencia e historia de vida, además de sus saberes y prácticas en distintas regiones de Colombia donde se encontraban distribuidos los frentes guerrilleros. Esto permitió contrastar y ampliar los significados construidos a lo largo del testimonio principal y secundario para realizar una interpretación colectiva del fenómeno estudiado, que son las ETV. En la Tabla 1-2 se detallan las entrevistas realizadas.

Tabla 1-2: Entrevistas realizadas como parte de la investigación.

Código	Seudónimo autorizado para la investigación	Año de ingreso a las FARC-EP	Rol en salud en las FARC-EP	Fecha de entrevista
E01	Laura Villa	2003	Contaba con formación en medicina (pregrado) / Referente en salud / Instructora	15 de mayo de 2019
E02	Carolina García	2001	Enfermera y bacterióloga empírica / Instructora	21 de mayo de 2019
E03	Henry	1999	Enfermero empírico	17 de septiembre de 2019
E04	Jagler	1985	Enfermero y médico empírico / Instructor	21 de septiembre de 2019
E05	Jorge Narváez	2000	Enfermero empírico	15 de noviembre de 2019
E06	Betsy Ruiz	1994	Enfermera, fisioterapeuta y bacterióloga empírica / Instructora	21 de noviembre de 2019
E07	Lucy	1994	Enfermera, bacterióloga y técnica de rayos X empírica / Instructora	29 de enero de 2020
E08	Mauricio Jaramillo	1978	Contaba con formación en medicina (pregrado) / Referente en salud / Instructor	17 de marzo de 2020

Fuente: elaboración propia.

En el relato también se integran apartados de la historia de vida de Jacobo Arenas y Manuel Marulanda, figuras fundacionales de las FARC-EP que aportaron de manera significativa al desarrollo político, organizativo y estratégico de la organización.

En el marco de esta investigación, se entiende por médico, enfermero, odontólogo o bacteriólogo «empírico» al exguerrillero que recibió formación en la Escuela de Salud de las FARC-EP —concepto que se desarrollará con mayor detalle en el capítulo 2— y que asumió responsabilidades dentro de la estructura guerrillera, desarrollando conocimientos prácticos y saberes técnicos en salud.

También es importante señalar que esta investigación cuestiona lo planteado por diversos autores en tesis académicas como Orjuela (2017), Estrada (2018), Robles (2018) y en reportajes periodísticos publicados en *El Espectador*, *El Tiempo* y *Pacifista*, quienes denominan la respuesta en salud de las FARC-EP como un «sistema de salud». Como parte de los hallazgos de esta investigación, se establece que dicha respuesta se enmarca en lo que aquí se denomina como una «política sanitaria insurgente». Esta configuración será desarrollada en detalle en el capítulo 2, pero se introduce desde este momento dado que orienta la estructura metodológica de la investigación.

En el siguiente capítulo se presentan los resultados de la investigación, desarrollados a partir de las historias de vida temáticas y editadas, y el análisis contextual en el marco del conflicto armado interno.

2. Historias de vida y saberes y prácticas

Para responder a la pregunta de investigación, se establece una línea de tiempo que inicia en 1964 con el surgimiento de las FARC en Marquetalia y se extiende hasta el año 2016, con la firma del Acuerdo Final de Paz. Dos ejes articuladores guían el hilo conductor de esta reconstrucción: el primero es la configuración de la política sanitaria insurgente de las FARC-EP, que estructura la narrativa al permitir rastrear los saberes y prácticas en el manejo de enfermedades transmitidas por vectores, en particular la leishmaniasis y la malaria. El segundo eje corresponde a la dinámica del conflicto armado interno, estrechamente relacionada con la evolución de dicha política sanitaria.

Si bien los estudios sobre el conflicto armado suelen organizar los hechos a partir de escaladas de violencia o hitos político-militares, este trabajo adopta una perspectiva alternativa, que privilegia los momentos clave que impactaron en el desarrollo, transformación y consolidación de la política sanitaria de las FARC-EP. Esta periodización responde a la necesidad de visibilizar cómo la organización insurgente creó y sostuvo una política sanitaria en medio del conflicto.

Así, los cuatro periodos que se presentarán a continuación permiten analizar la política sanitaria de las FARC-EP y el manejo de las ETV como un proceso histórico-territorial coherente, con implicaciones relevantes para la salud rural y comunitaria en el contexto del posacuerdo.

1. **Resistencia y cuidados comunitarios *(18 de mayo de 1964 – 3 de mayo de 1982)*:** corresponde a la etapa de surgimiento de las FARC y de resistencia inicial de la insurgencia, marcada por la formación política y la construcción de estrategias de sobrevivencia en contextos rurales. En este periodo comienzan a configurarse los primeros saberes empíricos en salud y prácticas de cuidado comunitario dentro

de las FARC-EP, en respuesta a las condiciones de exclusión y precariedad sanitaria en los territorios donde operaban.

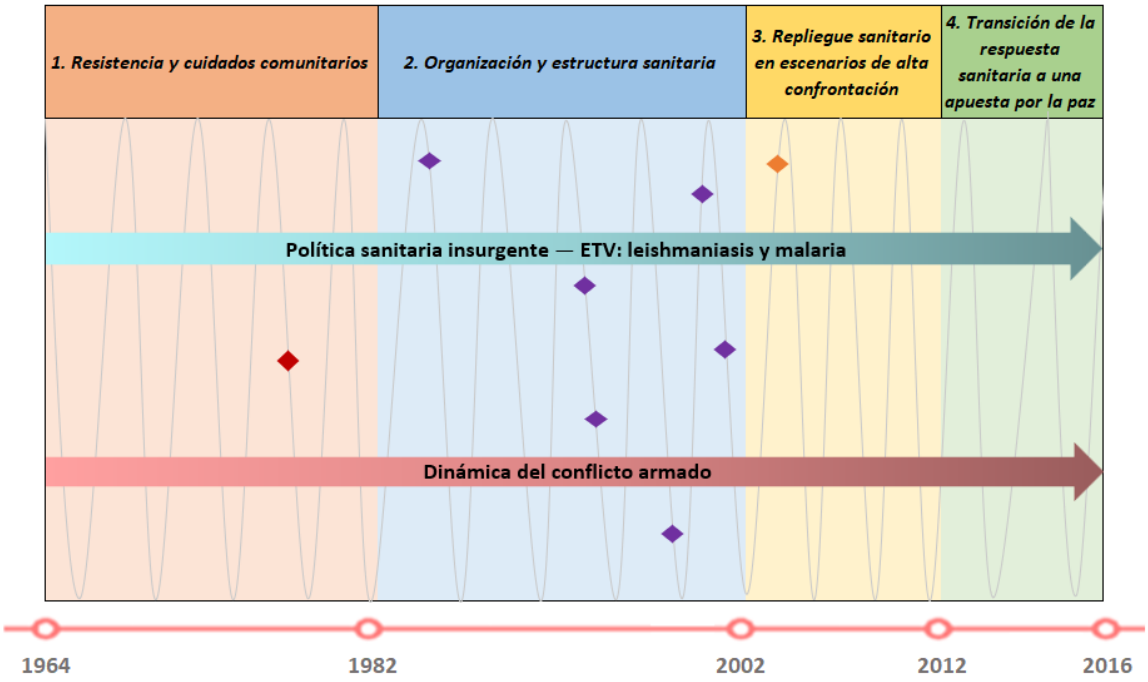
2. **Organización y estructura sanitaria *(4 de mayo de 1982 – 19 de febrero 2002):*** este periodo se caracteriza por la consolidación organizativa de las FARC como Ejército del Pueblo (FARC-EP) y la estructuración interna de su política sanitaria. A partir de la Séptima Conferencia Guerrillera, la salud adquiere un rol estratégico, expresada en procesos formativos en salud e infraestructura física. La atención en salud deja de ser improvisada y comienza a institucionalizarse dentro de la lógica insurgente. Esta etapa marca el tránsito hacia una política más organizada, funcional y territorializada de atención.

3. **Repliegue sanitario en escenarios de alta confrontación *(20 de febrero de 2002 – 22 febrero 2012):*** este periodo se caracterizó por el recrudecimiento del conflicto armado tras la ruptura del proceso de paz en El Caguán y el lanzamiento de la Política de Seguridad Democrática. Las FARC-EP enfrentaron un cerco militar sin precedentes, lo que obligó a adaptar sus estructuras operativas, incluida su política sanitaria. La atención en salud se replegó hacia modelos móviles, centrados en la atención y supervivencia de los frentes, marcando una etapa de resistencia sanitaria en condiciones de alta presión militar y movilidad forzada.

4. **Transición de la respuesta sanitaria a una apuesta por la paz *(23 de febrero de 2012 – 24 de noviembre de 2016):*** este periodo representa el cierre del ciclo armado de las FARC-EP y la transformación progresiva de su política sanitaria insurgente en el contexto de los diálogos de paz. Entre el inicio del encuentro exploratorio en 2012 y la firma del Acuerdo Final en 2016, la respuesta en salud continuó cumpliendo un rol estratégico dentro de la estructura guerrillera, aunque fue adaptándose gradualmente a un escenario de menor confrontación, relacionado con la disminución de las hostilidades, los ceses al fuego bilateral y un entorno político en transición.

En la Figura 2-1 se presenta la periodización histórica propuesta en esta investigación, estructurada en cuatro momentos que articulan la evolución de la política sanitaria insurgente de las FARC-EP, haciendo énfasis en el manejo de las ETV, leishmaniasis y malaria, con la dinámica del conflicto armado colombiano (1964–2016).

Figura 2-1: Línea de tiempo de los cuatro periodos (1964 - 2016).



Fuente: elaboración propia.

Como ya se mencionó en el capítulo anterior, la historia de vida protagonista será la de Mauricio Jaramillo (rombo rojo), por su papel central como referente en salud dentro de las FARC-EP. La historia de vida de Laura Villa (rombo naranja) también adquiere especial relevancia, dado su rol destacado en los últimos años de la confrontación y durante la transición hacia la vida civil. Las otras seis historias de vida: Carolina García, Henry, Jagler, Jorge Narváez, Betsy Ruiz y Lucy (rombos morados) corresponden a exguerrilleros que ingresaron a las FARC-EP entre 1985 y el 2000; estas se interrelacionan con las anteriores y enriquecen el análisis al aportar diversas trayectorias, territorios y experiencias en salud en distintos momentos del conflicto armado. Los actores se ubican en la línea de tiempo según su año de ingreso a la organización, siendo en este relato Mauricio Jaramillo el primero y Laura la última.

El primer eje (flecha azul) indica la continuidad y adaptación de la política sanitaria insurgente a lo largo de los cuatro periodos analizados. El segundo eje (flecha roja) representa la dinámica del conflicto armado, actuando como un contexto transversal que influye en cada etapa. La línea gris, con sus ascensos y descensos, simboliza la relación fluctuante entre el conflicto y la política sanitaria insurgente. En la parte inferior, la línea de

tiempo marca los hitos clave que permiten delimitar los cuatro periodos históricos. En conjunto, este esquema sintetiza la propuesta analítica central del estudio: comprender la salud como un proceso histórico-territorial, estrechamente ligado a las transformaciones del conflicto armado.

A continuación, se presentan los cuatro periodos definidos para el análisis, los cuales articulan los relatos reconstruidos a partir de las historias de vida temáticas y editadas de los ocho entrevistados. Estos relatos se integran con las conferencias guerrilleras, los principales hitos del conflicto armado, los procesos de paz, entre otros elementos contextuales. Cada periodo permite comprender la evolución de los saberes y prácticas en salud, particularmente en el manejo de las ETV leishmaniasis y malaria, en el marco de la política sanitaria insurgente de las FARC-EP.

2.1 Resistencia y cuidados comunitarios 1964 - 1982

Para mí tengo que la violencia nunca estalló, así como estalla un taco de dinamita en un barranco. La violencia fue cayendo despacito, fue haciendo nudos, fue amarrando a la gente sin que se diera cuenta. Comenzó a caer por la noche y cuando despertamos estaba metida en medio de nosotros, manejando las cuerdas (Molano, 2021b, p. 60).

El primer periodo inicia el 18 de mayo de 1964 con el lanzamiento de la Operación Soberanía —también conocida como Operación Marquetalia—, durante el gobierno de Guillermo León Valencia (1962-1966), cuyo objetivo era retomar el control estatal sobre las llamadas «repúblicas independientes». Este periodo finaliza el 3 de mayo de 1982, un día antes del inicio de la Séptima Conferencia Guerrillera.

La Operación Soberanía comenzó a configurarse desde el 25 de octubre de 1961, en el marco de la campaña de denuncias liderada por el entonces senador Álvaro Gómez Hurtado, quien alertó sobre la existencia de «repúblicas independientes»: zonas del país donde la soberanía nacional se encontraba seriamente comprometida. Regiones como Sumapaz, Planadas, Riochiquito y Vichada fueron identificadas como territorios donde el

Estado no podía ejercer autoridad y el ingreso del Ejército era rechazado por la población (Villamizar, 2019, p. 261).

Los ataques contra Marquetalia, El Pato y Riochiquito fueron anticipados ampliamente. A pesar de algunos esfuerzos por evitar una confrontación directa, el Estado ya tenía en marcha una estrategia integral para desarticular los asentamientos guerrilleros en estas zonas. Se trataba del denominado «Plan Lazo», una ofensiva contrainsurgente diseñada por el general Alberto Ruiz Novoa que combinaba acciones militares con operaciones cívico-militares. Inspirado en doctrinas estadounidenses de guerra irregular y en la experiencia de oficiales colombianos entrenados en Corea, este plan buscaba eliminar la insurgencia rural mediante la ofensiva armada y, al mismo tiempo, aislarla de sus bases sociales campesinas (Comisión para el esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición, 2022, p. 102).

El Plan Lazo, cuya autoría es discutida entre influencias estadounidenses (Plan Laso por Latin América Security Operation, en inglés), y el diseño interno del general Ruiz Novoa, buscaba aislar a la guerrilla de su base campesina bajo la lógica de «quitarle el agua al pez». Aunque introdujo tácticas militares, su eje principal fue la acción cívico-militar, considerada más eficaz que el combate directo. Aprobado por el presidente Valencia, su implementación redujo la influencia de políticos locales frente a la presencia militar en las regiones (Marín-García & Figueroa-Pedreros, 2024).

A comienzos de 1964 se intensificó la presión militar sobre varias zonas campesinas en el sur del Tolima y en los departamentos de Caldas, Huila y la intendencia del Caquetá, especialmente en las regiones de Marquetalia, Riochiquito, El Pato, Guayabero, y en el Sumapaz. Esta ofensiva se materializó con el inicio del ataque a Marquetalia en mayo de ese mismo año, liderado por la Sexta Brigada del Ejército bajo el mando del coronel Hernando Currea Cubides. Esta acción marcó un punto de inflexión en la estrategia contrainsurgente del Estado colombiano.

Como lo dice *Jaime Guaraca*, en su libro *Así nacieron las FARC. Memorias de un comandante marquetaliano* (2015):

> La operación de cerco y exterminio comenzó el 18 de mayo de 1964 contra Marquetalia. Este día fue declarada la guerra al pueblo colombiano por el señor presidente Guillermo León Valencia, pero los combates comenzaron el 27 de mayo de 1964. Los departamentos

> más afectados fueron Tolima, Huila y Cauca, ocupados por 16 mil hombres del ejército contra solo 52 varones y 3 mujeres, todos campesinos, que integraban el grupo de la resistencia (Guaraca, 2015, p. 8).

Frente al ataque, el Secretariado de la Resistencia, estaba compuesto por Manuel Marulanda Vélez, Isauro Yosa, Isaías Pardo, Jacobo Arenas y Hernando González.

Manuel Marulanda Vélez, cuyo nombre de nacimiento fue Pedro Antonio Marín, provenía de una familia campesina liberal asentada en la región de Gaitana, Tolima. Su trayectoria se forjó en el marco de la violencia bipartidista de mediados del siglo XX, cuando se unió a los grupos de autodefensa campesina perseguidos por el Estado y los conservadores. Su liderazgo emergió desde la experiencia directa en la resistencia rural armada. En contraste, Jacobo Arenas, de nombre Luis Alberto Morantes, tenía un origen urbano y militante: provenía del movimiento comunista y fue un dirigente político con formación ideológica sólida. Había trabajado en el Partido Comunista Colombiano y poseía una visión estratégica de la revolución. El encuentro entre ambos consolidó la fusión entre la lucha armada campesina y el proyecto político comunista, lo que daría forma a las FARC como organización insurgente.

La noche del 27 de mayo de 1964, según recuerda el propio Jaime Guacara en el libro *A lomo de mula. Viajes al corazón de las Farc* (Molano, 2016, p. 70) Manuel Marulanda les dijo: «A dormir, porque es la última noche que vamos a dormir en casas». Y así fue. Al día siguiente continuaron los ataques: el grupo de la resistencia lanzó una bomba de gran poder que llamaron «Anastasia», mientras que el ejército los bombardeó desde un avión T-33 con una sustancia que causaba ampollas que se reventaban y dejaban llagas. Los guerrilleros lo llamaron «espuela de gallo» y lo identificaron como la viruela negra. Esto conllevó que el Secretariado tomará la decisión de desplazar a toda la guerrilla y a la población civil de esta zona.

Según lo relatado por Jacobo Arenas en su libro *Diario de la resistencia de Marquetalia (Arenas, 1966, p. 31),* la infección que afectó a varios guerrilleros fue bautizada como «espuela de gallo» por las dolorosas lesiones en los talones que dificultaban caminar. Ante la gravedad de la situación, se redactó una carta abierta dirigida a la Cruz Roja Internacional y a la Cruz Roja Nacional solicitando apoyo médico y denunciado lo sucedido. Aunque se reconocía que la asistencia real vendría del movimiento revolucionario en las

ciudades. Las vacunas llegaron oportunamente, permitiendo controlar esa afectación. Posteriormente, se puso en marcha una «campaña de inmunización» mediante la aplicación de vacunas, con el objetivo de prevenir otras enfermedades entre los combatientes.

La naturaleza de los efectos descritos y la gravedad de la denuncia elevan la sospecha de que se trató del uso deliberado de una sustancia con potencial lesivo más allá de lo convencional, lo que permite establecer un vínculo con prácticas asociadas al uso de armas químicas o biológicas tipificadas como crimen de guerra según el derecho internacional humanitario. Las Fuerzas militares lo negaron.

Este episodio constituye la primera referencia documentada sobre una acción organizada en salud dentro de las FARC-EP. Surge como respuesta directa a los efectos de una sustancia empleada durante los bombardeos, percibida por los combatientes como un crimen de guerra, que fue capaz de provocar lesiones cutáneas graves e incapacitantes. En este contexto, la organización no solo desarrolló una estrategia sanitaria emergente ante el ataque recibido, sino que también articuló una forma de gestión autónoma del cuidado, basada en la solidaridad y apoyo de estructuras urbanas del Partido Comunista Colombiano (PCC). La denominada «campaña de inmunización» marca así los primeros pasos de una respuesta sanitaria, nacida en condiciones rurales, y concebida como una herramienta de resistencia y supervivencia frente a las formas de violencia empleadas en el teatro de operaciones militares.

Para el 20 de julio de 1964 el grupo de la resistencia proclamó desde Marquetalia el *Programa Agrario de los Guerrilleros*, constituyendo la primera plataforma política formal del movimiento revolucionario campesino que daría origen a las FARC. En él se denunciaba la represión sistemática contra los campesinos del sur del Tolima, Huila, Cauca y Valle, víctimas de múltiples ofensivas militares desde 1948, y se afirmaba la decisión de continuar la lucha armada tras el cierre violento de las vías democráticas. El programa planteaba una Reforma Agraria Revolucionaria, orientada a eliminar el latifundismo y entregar tierras, herramientas, semillas y animales de trabajo a los campesinos, con la meta de transformar estructuralmente el campo colombiano (Centro de Documentación de los Movimientos Armados, 1964).

Uno de los ejes destacados del programa fue el llamado a implementar servicios de salud pública rural suficientes, lo cual revela una temprana conciencia sobre las condiciones de precariedad sanitaria en el campo. Se proponía establecer una red de sanidad rural como parte de un plan integral que también incluía educación, vivienda, crédito agrícola y vías de comunicación. Este componente de salud —aunque formulado de forma general— representa el antecedente más temprano de Salud Rural, en tanto articula la lucha por el territorio con la reivindicación del derecho a la atención médica y la dignidad campesina.

Esta propuesta de programa fue firmada por Manuel Marulanda Vélez, Isauro Yosa, Darío Lozano, Isaías Pardo, Tarsicio Guaraca, Parménides Cuenca, Roberto López, Jesús Medina, Luis Pardo, Rigoberto Lozano, Miryam Narváez, Judith Grisales, Jesús Ortiz, Rogelio Díaz, Miguel Aldana, junto a más de mil campesinos, y se convirtió en una hoja de ruta política para la consolidación del Bloque Sur y la posterior creación de las FARC en 1966 centro(Centro de Documentación de los Movimientos Armados, 1964).

La Primera Conferencia Guerrillera tuvo lugar el 26 de septiembre de 1965, fue convocada por el Secretariado de la Resistencia con el propósito de analizar las ofensivas militares desarrolladas en Marquetalia y Riochiquito, así como las previstas en las zonas del Guayabero y el Pato. La reunión se llevó a cabo en un punto estratégico del departamento del Cauca y contó con la participación de los principales comandos insurgentes. En total, cerca de 100 combatientes se congregaron para definir una estrategia común que consolidó la creación del «Bloque Sur», denominación dada por la ubicación geográfica de estas estructuras guerrilleras. Además, en este espacio se adoptó el Programa Agrario de los Guerrilleros como bandera política y reivindicación central de su lucha (Molano, 2016, p. 63).

Entre el 25 de abril y el 5 mayo de 1966 se llevó a cabo la Segunda Conferencia Guerrillera del Bloque Sur en la región del Guayabero. Este evento representó un punto de inflexión estratégico en la historia de la insurgencia armada en Colombia. En este encuentro, las distintas agrupaciones guerrilleras del sur del país unificaron sus estructuras bajo el nombre de Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC), estableciendo por primera vez una organización de tipo militar con reglamentos internos, jerarquías, códigos disciplinarios y un programa político. La conferencia permitió hacer un balance de la situación de los frentes y formular un plan común frente a la ofensiva estatal, reconociendo

la necesidad de adoptar un proyecto revolucionario articulado. A partir de entonces, las FARC iniciaron una nueva etapa como guerrilla móvil con objetivos definidos de poder, orientados a la insurrección popular y a la toma del poder por parte de las masas trabajadoras (Medina Gallego, 2008, p. 68).

En relación con el tema de salud, resulta ilustrativo el testimonio de uno de los asistentes a la conferencia:

> Cuando Manuel nos vio llegar a salvo, nos felicitó; creía que habíamos naufragado [...] Me abrazo con un solo brazo porque el otro lo tenía vendado y en cabestrillo; lo habían herido de un tiro, el único que le dieron en toda su vida. Tenía el brazo medio perdido, pero se aguantó la conferencia. Cuando termino, recibí la orden de Don Juan de llevarlo hasta Pasca para que allí pudieran atenderlo los médicos de Bogotá. Yo con esa responsabilidad tan enorme. Lo atravesé por el páramo por Tripa de yeguas y lo fui cruzando, cruzando, hasta que lo entregué sanito y coleando en Pasca. A los veinte días volví por él; el hombre estaba echando baile (Molano, 2021a, p. 53).

Este episodio evidencia que, durante los primeros años de la organización, los cuidados básicos dentro de los campamentos resultaban insuficientes ante heridas de alta complejidad, lo que obligaba a organizar evacuaciones hacia zonas externas donde se pudiera acceder a atención médica profesional. En contraste, la atención cotidiana al interior de la guerrilla se basaba en procedimientos básicos para contener daños inmediatos, mientras que los casos críticos requerían articulaciones logísticas con redes externas o el traslado clandestino hacia centros urbanos. Esta dinámica refleja los límites de la sanidad insurgente en su etapa inicial y la importancia que adquirieron ciertos vínculos con actores civiles para garantizar la supervivencia de sus combatientes.

El 7 de agosto de 1966 inició el gobierno de Carlos Lleras Restrepo, representante del Partido Liberal y tercer presidente del Frente Nacional. Su mandato (1966–1970) se dio en un contexto de fuerte polarización política y creciente presión social, marcado por la continuidad del acuerdo bipartidista que excluía otras fuerzas políticas. Durante este periodo, el Estado colombiano intensificó sus estrategias de control territorial y represión a los movimientos insurgentes, mientras intentaba impulsar reformas económicas y sociales en un escenario de creciente conflictividad rural.

El periodo entre 1966 y 1968 fue especialmente crítico para las FARC-EP, marcando una etapa de transición hacia la guerra de guerrillas en medio de múltiples dificultades logísticas, políticas y militares. Según Marulanda, las causas principales de este retroceso fueron la incapacidad del mando para aplicar correctamente los lineamientos de la Segunda Conferencia, el fracaso en construir una economía de guerra sólida y la falta de una política financiera clara. Durante este tiempo, el movimiento sufrió duros golpes, como la pérdida de armamento, la muerte y captura de combatientes, especialmente en Quindío, la Cordillera Central y el norte del Tolima. Lo que conllevo a reorganizar la estrategia insurgente (Medina Gallego, 2008, pp. 86–87).

Entre el 14 y 22 de abril de 1969 se realiza la Tercera Conferencia Guerrillera en la región del Guayabero, la cual representó un momento de refundación para las FARC, al establecer nuevos lineamientos más operativos y dinámicos. En ella se evaluó la situación organizativa tras el golpe de Caldas, se definió una estrategia de reconstrucción interna, y se trazó un plan de trabajo que incluyó la reorganización territorial y política del movimiento. Esta conferencia marcó la transición del modelo de destacamentos a la creación de frentes guerrilleros, permitiendo una expansión efectiva hacia regiones como Tolima, Huila, Cauca y Magdalena Medio, e inaugurando una etapa de crecimiento planificado y consolidación del proyecto insurgente (Medina Gallego, 2010, p. 242).

El cuarto y último gobierno del Frente Nacional comenzó el 7 de agosto de 1970 con la presidencia de Misael Pastrana Borrero, representante del Partido Conservador. Su elección estuvo marcada por fuertes tensiones políticas debido a las denuncias de fraude por parte dl movimiento de Alianza Nacional Popular (ANAPO), liderada por Gustavo Rojas Pinilla. Este periodo puso fin al pacto de alternancia bipartidista establecido en 1957 entre liberales y conservadores, el cual había sido diseñado para superar la violencia partidista de mediados del siglo XX y garantizar la estabilidad política del país.

La Cuarta Conferencia Guerrillera se llevó a cabo entre el 20 y el 29 de abril de 1971, a orillas del río Coreguaje, en la región de El Pato, departamento del Caquetá. En esta ocasión, se planteó la necesidad de un reajuste en la composición del Estado Mayor y de toda la estructura de mando, así como la promoción de nuevos cuadros y la redistribución estratégica de las fuerzas guerrilleras, con el fin de responder a las exigencias operativas y organizativas del momento (Villamizar, 2019, p. 292).

Frente a la respuesta sanitaria durante el periodo comprendido entre 1966 y 1971 no se encontraron registros específicos. No obstante, el libro *Resistencia de un pueblo en armas. Un aparte de los diarios y la correspondencia de Manuel Marulanda (Comisión de Historia FARC-EP, 2015)*, en su Tomo I, ofrece información relevante para el periodo comprendido entre 1971 y 1978. Esta obra recopila fragmentos del diario personal de Manuel Marulanda y correspondencia interna de las FARC-EP, la cual era movilizada por mensajeros «los propios» ante la necesidad de comunicar de forma oportuna y veraz las tareas asignadas, los movimientos a ejecutar y el avance de las acciones en los distintos niveles de la organización.

El primer registro relacionado con la respuesta en salud y la atención de las Enfermedades Transmitidas por Vectores, específicamente de la leishmaniasis, se encuentra en una carta enviada por Agustín Moreno el 24 de julio de 1971:

> Camaradas: Reciban un cálido, fraternal y revolucionario saludo, deseándoles que todo este marchando bien para beneficio de nuestra revolución. Les comunico lo siguiente: 1. Hay que comunicar a Jacobo que el hijo de Don Juan va para examen médico y va a cargo de Arsenio. [...] 3. El tratamiento de Glucantime para El Llanero no llegó. Envíelo rápidamente para que este compañero pueda movilizarse a su destino. [...] Sin otro particular, y en espera de pronta comunicación, nos despedimos con cálido abrazo. Fraternamente, Agustín Moreno.

Este mensaje evidencia, por un lado, el reconocimiento temprano de la leishmaniasis como una afección que requería un tratamiento específico con Glucantime, y por otro, la existencia de redes logísticas organizadas para la atención médica de los integrantes, incluso en condiciones de movilidad y clandestinidad. La solicitud revela también que la capacidad de respuesta sanitaria dependía de la disponibilidad del medicamento y de su distribución efectiva, aspectos fundamentales para garantizar la recuperación y continuidad en las tareas asignadas a cada combatiente. Además, este no es un hecho aislado: son varias las cartas que hacen referencia a visitas al médico, solicitud de medicamento y seguimiento a enfermos, lo cual permite identificar una estructura funcional de atención en salud dentro de las FARC-EP desde los primeros años de su consolidación.

El tratamiento de la leishmaniasis empezó a transformarse desde 1912 con la introducción de los derivados de antimonio trivalente, en particular el "tártaro emético". A comienzos de la década de 1930, se comenzaron a utilizar otros antimoniales como el "Estibel", el

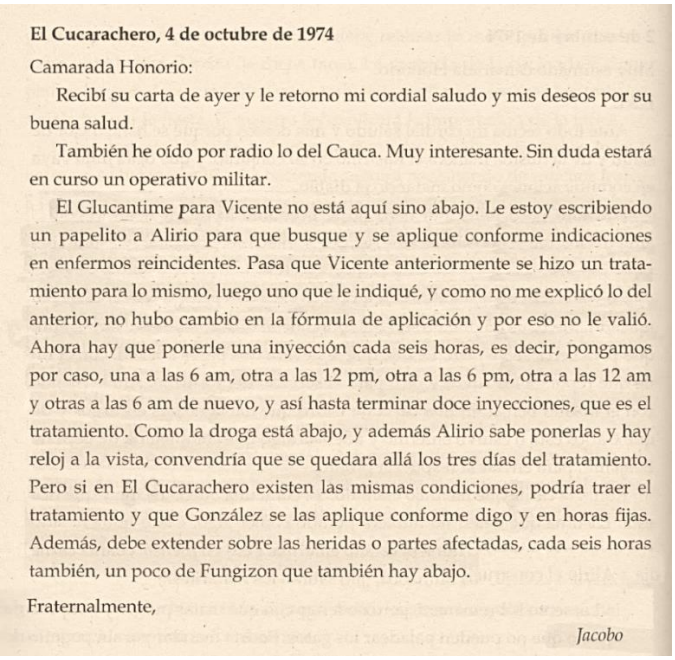
"Estibosán" y el "Neoestibosán", este último clasificado como un antimonial pentavalente. En la actualidad, el tratamiento de la leishmaniasis se basa principalmente en el derivado de antimonio pentavalente "antimoniato de N-metil-glucamina" o "meglubima", una sal orgánica de antimonio conocida comercialmente como "Glucantime", administrada principalmente por vía intramuscular o intravenosa. También se emplean otras drogas como la "Anfotericina B", el "estibogluconato de Sodio (Pentostam)", el "Isotionato de pentamidina (Pentacarinat)" y la "miltefosina" (Sotomayor, 2019, p. 271)

El 7 de agosto de 1974 asumió la presidencia Alfonso López Michelsen (1974-1978), representante del Partido Liberal y primer mandatario elegido tras la finalización formal del Frente Nacional. Aunque este pacto bipartidista concluyó oficialmente, su lógica de exclusión política se mantuvo vigente en la práctica, cerrando aún más las posibilidades de participación para sectores de oposición como los movimientos insurgentes.

Cerca de este inicio de gobierno, se realiza la Quinta Conferencia Guerrillera, celebrada en el departamento del Meta entre el 4 y 10 de septiembre de 1974, la cual marcó un punto de inflexión en el proceso de recuperación organizativa de las FARC-EP. En ella se reconoció la superación de la crisis interna vivida en años anteriores y se plantearon nuevas directrices para la expansión y consolidación del movimiento. Según el balance de Jacobo Arenas y Marulanda Vélez, la organización se encontraba en condiciones de avanzar hacia una etapa más ofensiva. Entre las decisiones más relevantes se propuso la transformación de la guerrilla en un ejército revolucionario, así como la creación del Quinto Frente en Antioquia y el Sexto Frente en el Valle del Cauca y Cauca. Esta conferencia inauguró un ciclo de fortalecimiento estructural y militar que sería profundizado en las conferencias posteriores mediante planes de desarrollo evaluados de forma continua por la comandancia (Medina Gallego, 2010, pp. 378–379).

Para el año 1974, se destaca en la correspondencia una carta enviada por Jacobo Arenas a Honorario, en la cual se refiere a una «reincidencia» de leishmaniasis y ofrece indicaciones precisas sobre el tratamiento. En el documento, menciona el uso de dos medicamentos: Glucantime y Fungizon —este último corresponde a anfotericina B—, indicando que debe ser aplicado directamente en la lesión, lo que refleja un conocimiento empírico sobre el manejo de esta enfermedad y una preocupación continua por garantizar la recuperación efectiva de los combatientes afectados. Como se detalla en la Figura 2-2:

Figura 2-2: Indicaciones tratamiento para Leishmaniasis.



El Cucarachero, 4 de octubre de 1974

Camarada Honorio:

Recibí su carta de ayer y le retorno mi cordial saludo y mis deseos por su buena salud.

También he oído por radio lo del Cauca. Muy interesante. Sin duda estará en curso un operativo militar.

El Glucantime para Vicente no está aquí sino abajo. Le estoy escribiendo un papelito a Alirio para que busque y se aplique conforme indicaciones en enfermos reincidentes. Pasa que Vicente anteriormente se hizo un tratamiento para lo mismo, luego uno que le indiqué, y como no me explicó lo del anterior, no hubo cambio en la fórmula de aplicación y por eso no le valió. Ahora hay que ponerle una inyección cada seis horas, es decir, pongamos por caso, una a las 6 am, otra a las 12 pm, otra a las 6 pm, otra a las 12 am y otras a las 6 am de nuevo, y así hasta terminar doce inyecciones, que es el tratamiento. Como la droga está abajo, y además Alirio sabe ponerlas y hay reloj a la vista, convendría que se quedara allá los tres días del tratamiento. Pero si en El Cucarachero existen las mismas condiciones, podría traer el tratamiento y que González se las aplique conforme digo y en horas fijas. Además, debe extender sobre las heridas o partes afectadas, cada seis horas también, un poco de Fungizon que también hay abajo.

Fraternalmente,

Jacobo

Nota. Correspondencia de Jacobo Arenas a Honorario del 4 de octubre de 1974.
Fuente: (Comisión de Historia FARC-EP, 2015, p. 220).

En relación con la malaria o paludismo, el tratamiento de elección para la infección por P. vivax es la cloroquina, dirigida a los parásitos asexuados de la sangre y la primaquina para los hipnozoítos en el hígado. Responsables de las recaídas. Para al el tratamiento de P. falciparum en pacientes ambulatorios con parasitemia menos de 50.000 formas asexuadas y sin complicaciones, se debe suministrar de preferencia la combinación de arteméter y lumefantrine (Botero & Restrepo, 2017, p. 896).

El primer registro documentado sobre su tratamiento de malaria en las FARC-EP se encuentra en una correspondencia enviada por Jacobo Arenas el 13 de diciembre de 1977 a Honorario. En ella se incluye un listado de medicamentos junto con sus respectivas indicaciones terapéuticas, entre los cuales se destaca el «Nivaquine», nombre comercial de la cloroquina, ampliamente utilizada en ese momento para el tratamiento del paludismo. Adicionalmente, en la correspondencia se incluye la indicación de Sulfato Ferroso y multivitamínicos como parte del tratamiento complementario posterior a la administración de Nivaquine. El valor total de los insumos descritos ascendía a $35.172 de la época, como se detalla a continuación:

Figura 2-3: Listado de medicamentos y su uso.

13 de diciembre de 1977

Estimado camarada Honorio:

Le escribo estas letras para saludarlo y desearle buena salud y también para contarle algo y ante todo para enviarle la lista de la droga y especialmente para explicarle qué uso tiene cada remedio.

Van:

2 carretes de esparadrapo a 70 pesos …… 280 pesos

5 frascos con 500 pastas de Kantrex, que es un antibiótico de amplio espectro pero sirve para toda clase de infecciones, porque es de amplio espectro …… 2 450 pesos

70 inyecciones de Botroclot que se aplica en mordedura de culebra …… 392 pesos

3 cajas de Asawin para el reumatismo 6 pastas diarias por 5 días …… 114 pesos

70 frascos de Nivaquine de a frasco para paludismo …… 728 pesos

300 tabletas de Pantomicina, que es un antibiótico muy caro pero sumamente eficaz para el tratamiento de la bronquitis y toda afección de las vías respiratorias, incluidos fuertes resfriados. A 8,10 cada cáp. …… 2 430 pesos

40 frascos de Bisolvon ampicilina para gripes fuertes a 69 c/u …… 2 760 pesos

70 inyecciones de Coagulenoa 9,70 …… 679 pesos

4 paquetes de gasa nieve …… 40 pesos

8 tubos de Redoxón, que es vitamina C, a 19,40 …… 152,20

4 frascos de Atelor que es para hongos 30,80 …… 123,20

Una caja de multivitaminas para luego de la Nivaquine 20 pastas persona a …… 95 pesos

150 sobres de Cibalgina para todo dolor …… 90,50

100 tratamientos de Pantelmine para todo tipo de parásitos 6 pastas por persona en tres días, dos cada día una por la mañana otra por la tarde …… 7 500 pesos

95 tratamientos de Fasygin 8 tabletas por persona, para amebas, es muy cara esta droga pero sumamente eficaz, vale c/u 170 pesos …… 16,150 pesos

10 frascos de Elestolpara calambres y reumatismo …… 336 pesos

250 cápsulas de Tetraciclina un antibiótico de amplio espectro especialmente para garganta, oídos y en general infecciones de la garganta para arriba …… 315 pesos

2 frascos de Trivisol que son vitaminas …… 35,60

1 000 de Sulfato Ferroso, para luego de los tratamientos del paludismo …… 210 pesos

250 pastas de Dipirona para el reumatismo 6 diarias por persona en 6 días …… 162 pesos

Total: 35,172,50

7 frascos de Ferrun vitaminizado para luego de los tratamientos. No valen.

2 frascos de Trivisol vitaminas para luego de los tratamientos. No valen.

3 frascos de Nervi-serrum vitaminas muy buenas y no valen.

Un frasco de Revortil, vitaminas y no valen.

Una ampolla de Adekon vitaminas bebibles y no valen.

Un frasco de Ital B1-12-15 vitaminas varias y no valen.

Una ampolla de Ferrum que es vitamínico y no vale.

2 frascos de Atoxinarol, vitaminas muy buenas y no valen.

Un frasco de Calcio Vital, son vitaminas muy buenas y no valen.

6 ampollas de Konakion, vitaminas muy buenas y no valen.

Un frasco de Tiamodoce que son vitaminas muy buenas y no valen.

Vinieron Carlos y Benjamín y me trajeron la cosa. Correcto. Benjamín va a asistir a un curso junto con un grupo de Alí y luego sale con este, que es quien sabe los contactos donde Benjamín va a trabajar. Carlos fue al médico y a hacerse un tratamiento con la esposa, ¿qué tal?

Voy a ver qué hay de la gente que llegó y si viene nuevo correo le agrego algo.

Atentamente,

Jacobo

Nota. Correspondencia de Jacobo Arenas a Honorario del 13 de diciembre de 1977. Fuente: (Comisión de Historia FARC-EP, 2015, pp. 500–502).

Esta información evidencia que, desde el primer periodo, la organización insurgente ofrecía una respuesta concreta frente a las afectaciones en salud de sus combatientes. El registro no solo refleja la preocupación por atender enfermedades endémicas propias del entorno selvático, como la malaria y la leishmaniasis, sino también por garantizar el acceso a analgésicos, antipiréticos, antibióticos, desparasitantes y suplementos vitamínicos. Se trata de una respuesta sanitaria basada en los recursos disponibles y en una gestión autónoma, orientada a preservar la supervivencia y el bienestar básico de las tropas en condiciones de clandestinidad y confrontación armada.

En 1978 del 18 al 26 de enero se realiza la Sexta Conferencia Guerrillera de las FARC, que representó un hito en la transformación estratégica de las FARC. Durante esta conferencia, considerada por Jacobo Arenas como la más rica y decisiva en la historia de la organización, se oficializaron tres documentos normativos fundamentales: el Estatuto de

las FARC, el Reglamento de Régimen Disciplinario y las Normas Internas de Comando. Estos textos definieron la estructura, principios ideológicos, derechos y deberes de los combatientes, así como las reglas de conducta y el funcionamiento cotidiano de las unidades. A nivel militar, se reorganizó el Estado Mayor Central, se fundó el Secretariado y se formularon las bases del Plan Nacional Militar, que guiaría la acción insurgente en las décadas siguientes. Con esta conferencia, las FARC cerraron su etapa de reconstitución organizativa y dieron paso a un nuevo periodo de expansión política y operativa en el país (Medina Gallego, 2008, pp. 97–98).

Ese mismo año ingresaría a las filas de las FARC alias Mauricio Jaramillo, conocido posteriormente por su profesión como «El Médico», quien nació y cursó sus primeros años de estudio en el municipio del Líbano, Tolima. Luego, se trasladó a Manizales para adelantar la carrera de Medicina en la Universidad de Caldas, donde completó ocho semestres aproximadamente.

> Yo, de todas maneras, no terminé toda la carrera. Me esforcé por avanzar lo más posible en cirugía, hasta que no pude continuar, porque realmente no pude más; no me dieron otra opción. Me hacían visitas en la casa, me buscaban, me hicieron un allanamiento… hasta dos [...] Me ofrecieron la posibilidad de irme para España, pero yo dije: no quiero irme para España, el problema mío está aquí, el problema del país está aquí, y yo creo que debemos dedicarle todas las energías posibles a Colombia. Así que yo me quedo (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Desde joven participó en la Juventud Comunista (JUCO) y, más adelante, en el PCC. Para 1978, mientras tomaba fuerza la candidatura de Julio César Turbay Ayala del partido Liberal, se rumoraba que el Ministerio de Defensa quedaría en manos de Luis Carlos Camacho Leyva, lo que auguraba un endurecimiento de las políticas de seguridad y represión en el país. Así lo advertía un artículo del periódico *Voz Proletaria*, según recuerda Mauricio Jaramillo. Este escenario motivó su decisión de ingresar a la guerrilla, en un contexto de afinidad ideológica y de profunda empatía con los combatientes campesinos. Ese mismo año ingresó formalmente al Noveno Frente de las FARC y adoptó el nombre de Mauricio Jaramillo.

> Yo ingresé por La Dorada, Caldas. Me acuerdo de que era un 20 de julio y estaba solo en la carrilera. Ahí al ratico fueron y me recogieron y entré a una parte que se llamaba Norcasia, una vereda de ese pueblo. [...] Los muchachos eran muy amables, afables, cariñosos. Se

> desbordó lo que son los principios: solidaridad, fraternidad, compañerismo. Entonces, en medio de todo eso, yo sentí mucho calor humano. Eso fue fundamental (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Para el 13 de septiembre de 1978, un mes después de haberse posesionado, el presidente Julio César Turbay Ayala (1978-1982) se expidió el Decreto 1923 de 1978, en el marco del estado de sitio, estableció el Estatuto de Seguridad para reforzar la seguridad del Estado frente a amenazas insurgentes. Compuesto por 16 artículos, esta normativa otorgó a las Fuerzas Militares y la Policía facultades de policía judicial, habilitó allanamientos y detenciones sin orden previa, y permitió juzgar civiles por tribunales militares mediante consejos de guerra verbales. Además, amplió las conductas tipificadas como delitos contra la seguridad, incluyendo manifestaciones públicas, apología del delito o asociación ilícita, con penas significativamente más severas. El decreto fue declarado exequible por la Corte Suprema, aunque su aplicación dio lugar a múltiples denuncias por violaciones de derechos humanos, como detenciones arbitrarias, torturas y desapariciones forzadas. Fue derogado en junio de 1982 (Comisión para el esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición, 2022; Presidente de la República de Colombia, 1978).

Frente a las actividades realizadas por Mauricio en la primera etapa, su labor consistía en vincularse y trabajar con las comunidades de la región: «—El niño está enfermo—, venga, hagámosle tal cosa» (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Se buscaba dar respuesta a las necesidades más urgentes de la población, mientras se cultivaba la tierra, se promovía el cuidado de las zonas de páramo y se ofrecían charlas orientadas a fortalecer la organización política a través de las Juntas de Acción Comunal. De esta manera, poco a poco se consolidaban los lazos de confianza con las comunidades.

En esta etapa vivió el tránsito de una guerrilla en expansión a un contexto progresivamente más violento. La presencia de grupos paramilitares en la región comenzó a marcar drásticamente la dinámica territorial y social:

> Fue pasar de una etapa a otra. Empezaron a llegar los paramilitares, comenzaron las matanzas. Como en 1980 se empezó a sentir la llegada de gente extraña. [...] Empezaron a matar, a matar. Se tomaron a los profesores, a los tenderos, a los transportadores. Todo eso lo controlaban ellos. Nos tocó desplazarnos un poquito más hacia la selva. Había un caserío que se llamaba El Prodigio, alejado de lo que se conocía como La Autopista, una carretera normal por donde iban a construir la autopista Medellín–Bogotá. Esa era nuestra

> área de operaciones, donde también estaba Pablo Escobar (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

El surgimiento del paramilitarismo en Colombia se remonta a mediados del siglo XX, cuando el Estado promulgó el Decreto 3398 de 1965 y la Ley 48 de 1968, que legalizaron la participación de civiles armados en apoyo a las Fuerzas Militares en el marco del conflicto interno. Estas disposiciones, influenciadas por la Doctrina de Seguridad Nacional, permitieron la formación de grupos de autodefensa en zonas rurales, que luego se articularon con redes de narcotráfico, empresarios y sectores del Ejército para combatir a las guerrillas (Comisión para el esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición, 2022).

Con relación a las ETV, Mauricio recuerda que su primera experiencia atendiendo casos en zonas selváticas donde estas afecciones eran frecuentes entre los combatientes.

> Esas eran unas de las principales enfermedades que tuvimos en algunas zonas, en áreas tropicales. A mí me tocó inicialmente en el Magdalena Medio. Recuerdo que me dijeron: —Mauricio, hay un muchacho que amaneció enfermo— Entonces fuimos a mirarlo, a ver qué tenía. —No, que tiene mucha fiebre, que tiene escalofríos—. Y uno dice: no juepucha, ¿qué será eso, mano? [...] Más adelante uno decía, eso es paludismo a ojo cerrado (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

La respuesta frente a las ETV, como se ha evidenciado en este capítulo, se articulaba a partir de la aplicación de los tratamientos que podía adquirir la guerrilla, como el «Glucantime» en los casos de leishmaniasis o la «Nivaquine» para la malaria. Esta atención formaba parte de una estrategia sanitaria más amplia, orientada a preservar, en lo posible, la salud de las tropas en condiciones adversas. Como recuerda Mauricio, la organización contaba con personal empírico que cumplía funciones de enfermería, al punto que, en tono coloquial, Jacobo solía decir: «Es que nosotros teníamos enfermeras; a una le decíamos ‘Pambiotina’ y a la otra le decíamos ‘Penicilina’».

Mauricio Jaramillo recuerda que, en una conversación con Jacobo Arenas, este le preguntó cómo veía las cosas y le comentó que siempre se había considerado fundamental desarrollar el *tema médico* dentro de la organización. Le habló de un médico llamado «Eugenio», egresado de la Universidad Nacional de Colombia, con quien Mauricio Jaramillo compartió cerca de dos años. Hacia el año 1982 aproximadamente, ingresó

«Lucas», otro médico que no alcanzó a finalizar la carrera de medicina en la Universidad Metropolitana de Barranquilla antes de vincularse a la guerrilla (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020). Frente a esta conversación, Mauricio Jaramillo expresó:

> Lo primero que le propuse al camarada fue comenzar a formar gente; le dije que no había otra forma. Se debía empezar contando un poco la historia de las FARC, hablando de nuestra ideología, de lo que somos como políticos y de cómo estábamos empujando todo este proceso hacia adelante. Me dijo que le gustaba que tuviera clara la película [risas]. Entonces le pregunté cuándo podíamos comenzar, y me respondió que de inmediato. [...] Eso fue por ahí en el año 1980 o 1982, cuando nos instalamos en el Dudabá, cerca de Casa Verde. Poco a poco, todo el mundo se fue ubicando en esa área y empezaron a llegar compañías de los diferentes frentes a participar en los cursos (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Los primeros indicios de lo que más adelante se consolidaría como la Escuela de Salud de las FARC-EP pueden rastrearse hacia los años 1980–1982, cuando surgieron las primeras iniciativas de formación organizada.

> Eran cursitos de diez a doce días, porque la gente no estaba acostumbrada a eso. Los hacíamos donde estaba ubicado el Secretariado, y entonces ellos atendían los casos que se presentaban por ahí cerca, porque había varias compañías alrededor. Uno comenzaba a ver los perfiles de los muchachos: algunos eran muy organizados para atender a los enfermos; otros no traían mucha información, eran más desordenados; y había quienes eran muy buenos para recoger información o aplicar los tratamientos. Entonces, uno rápidamente veía cómo se desarrollaba la actividad allá mismo, en la práctica. [...] En uno de esos cursos descubrimos a «Lucas» que era el médico (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

En este periodo se evidencia que la evolución de la atención en salud dentro de las FARC-EP fue un proceso paralelo al desarrollo del conflicto armado, presente desde los primeros años de la organización. Contrario a lo que afirman algunos autores, no fue a partir de la Octava Conferencia, sino que existen registros previos que demuestran una preocupación constante por garantizar, en medio de la guerra, el cuidado de los combatientes.

> Hay que entender una cosa: desde que nacieron las FARC, Jacobo y Manuel ya tenían una idea que fueron madurando con el tiempo. Esa idea fue evolucionando tanto en sus cabezas

> como en la de la organización, a través de las discusiones que se daban en las conferencias [...] En la sexta [1978] se dio un salto cualitativo importante: se formuló el Plan Estratégico. Luego, en la séptima [1982], ese plan se plasmó en documentos y se definió claramente cómo era la vaina. Cuando se estaba hablando de eso, se estaba hablando a la par de enfermería, de todo. [...] En todo eso se pensaba, y se iba hablando de corredores estratégicos y tal; y todo eso era la base para el desarrollo de una política. (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Este periodo corresponde al surgimiento de las FARC como expresión armada de movimientos campesinos. Durante esta etapa, marcada por la supervivencia en condiciones de aislamiento rural, la organización inició el proceso de construcción de la política sanitaria insurgente basado en primeros auxilios y formas solidarias de cuidado comunitario. La salud, entendida como un acto de resistencia, se organizó desde la autogestión y la necesidad de garantizar la vida en medio de la confrontación armada. En este contexto, el ingreso de los primeros médicos a la organización representó un punto de inflexión: permitió no solo mejorar las capacidades de respuesta, sino también comenzar a proyectar una política sanitaria más estructurada, que incluía una «Escuela de Salud» que conjugará conocimiento empírico y formación técnica con una lógica insurgente de cuidado colectivo.

2.2 Organización y estructura sanitaria 1982 - 2002

> El carácter invasivo de la violencia y su larga duración han actuado paradójicamente en detrimento del reconocimiento de las particularidades de sus actores y sus lógicas específicas, así como de sus víctimas. Su apremiante presencia ha llevado incluso a subestimar los problemas políticos y sociales que subyacen a su origen. Por eso a menudo la solución se piensa en términos simplistas del todo o nada, que se traducen o bien en la pretensión totalitaria de exterminar al adversario, o bien en la ilusión de acabar con la violencia sin cambiar nada en la sociedad (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013, p. 13).

El segundo periodo inicia el 4 de mayo de 1982 con el inicio de la Séptima Conferencia Guerrillera, en la que se aprueba el primer Plan Militar orientado a la toma del poder y se adopta el nombre de Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia - Ejército del Pueblo

(FARC-EP). Este periodo finaliza el 19 de febrero de 2002, un día antes del ruptura del proceso de paz en El Caguán.

Un hito clave en la transformación organizativa de las FARC fue la VII Conferencia Guerrillera, celebrada en 1982, donde la insurgencia adoptó oficialmente el nombre de Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia – Ejército del Pueblo (FARC-EP). Este cambio no solo marcó un giro en su identidad política, sino que respondió a una estrategia de expansión militar y territorial, que buscaba consolidar su legitimidad como fuerza beligerante frente al Estado.

En esta conferencia se fortaleció la estructura del Secretariado y se definió un plan estratégico de expansión a seis años (1982-1988), orientado a consolidar el control territorial en las zonas rurales, incrementar la capacidad operativa y articular de forma más coordinada los frentes, columnas y bloques. Como parte de esta estrategia, se aprobó la creación de 48 nuevos frentes guerrilleros. La primera fase ofensiva contemplaba la movilización de 2.800 combatientes, mientras que el segundo plan militar, con miras a la toma del poder, proyectaba una fuerza de 75.000 hombres, incluyendo unidades operativas y móviles (Comisión Historia FARC-EP, 2017, p. 26).

La salud, en ese contexto, comenzó a adquirir un carácter funcional dentro de la estructura insurgente, sentando las bases para la creación de siete escuelas, dos escuelas relacionadas con la respuesta sanitaria:

> *Escuela de primeros auxilios:* esta escuela no puede faltar para la formación de 576 unidades, con un promedio de 140 al año. Estos deben hacer lo mismo con vistas a incorporar uno en cada guerrilla, así que el número es mayor de los que deben hacer curso. Pero esta otra parte la hacen por frentes. *Escuela profesionales del movimiento:* para el primer plan, necesitamos veinticuatro médicos; de esta manera, cada uno atiende a dos frentes. (Comisión Historia FARC-EP, 2017, p. 37).

Este fragmento evidencia cómo en la Séptima Conferencia Guerrillera, se inicia el proceso de fortalecimiento organizativo en salud de las FARC-EP, ya que comenzó a adquirir un carácter estratégico y funcional dentro de la estructura insurgente. Más allá de una respuesta espontánea o reactiva frente a las enfermedades o heridas en combate, se observa una planificación sistemática orientada a garantizar atención sanitaria permanente

en los frentes de guerra. La creación de escuelas específicas —como la de primeros auxilios y la de formación de profesionales del movimiento— refleja la institucionalización de la sanidad insurgente como un componente clave del aparato político-militar.

Para el periodo de (1982–1986), el presidente Belisario Betancur fue el primero en proponer una vía de reincorporación política para los actores armados al margen de la democracia. Influido por el legado del Frente Nacional y el contexto latinoamericano, impulsó una estrategia de paz basada en tres ejes: la apertura democrática mediante la creación de espacios legales para la participación insurgente y la elección popular de autoridades locales; el fortalecimiento del Estado desde lo territorial a través del Plan Nacional de Rehabilitación; y una política integral contra las drogas enfocada en erradicar cultivos ilícitos, desmantelar las rutas y laboratorios del narcotráfico, y romper los vínculos entre narcotraficantes y sectores de la fuerza pública (Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición, 2022, p. 96).

Es importante destacar que, durante el gobierno de Belisario Betancur, el 30 de enero de 1983, la cúpula guerrillera respondió memorando para adelantar conversaciones con el Gobierno y luego, firmaron un acuerdo de tregua e iniciaron un proceso de negociaciones de paz. Paralelamente, impulsaron la creación de un movimiento político legal, la Unión Patriótica (UP), cuyo principal referente y candidato era Jacobo Arenas. Al mismo tiempo, la organización avanzaba en un proceso de expansión mediante el desdoblamiento de sus frentes guerrilleros, con el objetivo de ampliar su presencia y control en el territorio nacional (Pizarro, 2017).

El exterminio sistemático de miembros de la Unión Patriótica, incluyendo líderes, militantes y simpatizantes, desencadenó una ola de violencia que fue interpretada por las FARC-EP como una traición al espíritu del proceso. Además, sectores militares y políticos opuestos a las negociaciones presionaron para retomar la vía militar. Ante este escenario, las FARC-EP rompieron el cese al fuego y los diálogos de paz se suspendieron definitivamente.

Con relación a la evolución de la política sanitaria insurgente, se encuentra este relato:

> Cuando las conversaciones de Manuel con Belisario, ya era otra vida, ya habíamos salido del atasco. Las FARC eran un ejército en toda la ley. Eran una organización de masas [...] Fue cuando Jacobo quiso construir el mejor hospital militar del país y Marulanda le puso luz eléctrica a Casa Verde. Cada cual en lo suyo. Un médico uniformado trajo los mejores

> especialistas de Cuba y de la Unión Soviética para atender no sólo a los guerrilleros, sino a la población civil. El hospital costó ochocientos millones de pesos. Jacobo quería un lujo de hospital y le dijo al médico: «¿Le doy dos pesos más y me completa la obra?» El otro le dijo: «Sí, claro, camarada». Yo lo saqué con esos dos pesitos de más en mula. Se fue y nunca volvió. Eso fue lo que mató de infarto al viejo (Molano, 2021a, p. 59).

Este fragmento evidencia cómo, en el marco de la consolidación política y militar de las FARC-EP durante los años ochenta, surgieron ambiciones institucionales que iban más allá del ámbito estrictamente militar. El intento de construir un hospital de alto nivel técnico y simbólico refleja no solo una apuesta por fortalecer la sanidad insurgente, sino también un gesto de legitimación ante las comunidades y el propio movimiento.

Para este momento de la historia, en el año 1985 ingresa Jagler a las FARC-EP (segunda historia de vida), cuando tenía 16 años y ya había cursado la primaria y el bachillerato. Su trayectoria dentro de la organización lo llevó a pasar por varias estructuras pertenecientes al Bloque Oriental: comenzó en el Frente 10, estuvo luego en el 45, más tarde en el 28, y regresó nuevamente al Frente 10 en 1991. Fue parte del proceso de conformación del Frente 56, que operaría en el departamento de Casanare, luego de participar en la fundación de la columna Urías Cuéllar, de la cual se derivó esta nueva estructura. Se movía por los departamentos de Casanare, Boyacá, Arauca, Santander, Norte de Santander, Boyacá, Caquetá, Guaviare, Vichada, Huila y Cauca. Su acercamiento a la salud se dio un año después de su ingreso, en marzo de 1986, inició un curso básico de primeros auxilios, centrado en conocimientos prácticos de enfermería y manejo de medicamentos, para 1990 ya era enfermero jefe empírico.

> El 12 de marzo de 1986, a los 5 meses de ingresar, hice una capacitación de primeros auxilios. Hice lo básico, lo que enseñaban al comienzo: primeros auxilios, conocimientos de enfermería y sobre medicamentos. Era una formación más práctica que teórica (Jagler, comunicación personal, 21 de septiembre de 2019).

Para esta época, en la zona de operaciones donde se encontraba, el diagnóstico de la leishmaniasis se realizaba exclusivamente de manera clínica, a partir de la observación de lesiones. El tratamiento se abordaba mediante el uso de medicina botánica, basada en conocimientos tradicionales, o, con medicamentos convencionales disponibles:

> Uno comienza a diferenciar, a conocer qué es una leishmaniasis, y se manejaba una vaina que eran las curaciones, el desbridaje, y se hacían infiltraciones con ampolla de «Glucantime». Ya para ese entonces existía el «Glucantime» y se usaba eso; en ese tiempo no era difícil conseguirlo [...] Yo utilizaba una vaina que se llama chimó, es un extracto, un compuesto de chimó que es muy común en los Llanos Orientales, en la cultura llanera y también en la cultura venezolana. Lo ponía en plasma ahí, es como una cremita, entonces se lo colocaba y claro, eso arde, pero también curaba (Jagler, comunicación personal, 21 de septiembre de 2019).

Frente a la malaria, el diagnóstico se basaba principalmente en la observación de la periodicidad de las fiebres y otros signos clínicos característicos. El tratamiento se abordaba tanto desde la medicina botánica, recurriendo a plantas tradicionales con propiedades antiparasitarias, como mediante el uso de medicamentos convencionales:

> Para el tratamiento de Malaria se usaban tres cosas: el «Falcidar», el «Neo-Quipenyl» y el «Aralen», con un tratamiento de 14 días. Hidratación también con suero, porque a esos pacientes a veces les daba fiebre muy alta Con un bejuco que se llama el «guaco», muy común entre los indígenas. Se preparaba en infusión: se cocinaba un litro de agua con tres pedazos, bien lavaditos, se ponía a hervir y se dejaba bien amargo, y se les daba [...] También con una planta que se llama la «contragavilana» (Jagler, comunicación personal, 21 de septiembre de 2019).

Este testimonio revela cómo, a mediados de los años ochenta, existía una respuesta sanitaria insurgente que lograba articular conocimientos biomédicos básicos por medio de la Escuela de salud y prácticas tradicionales, permitiendo una atención primaria efectiva en la ruralidad.

Durante el gobierno de Virgilio Barco Vargas (1986–1990), el Estado colombiano adoptó una política de seguridad más ofensiva frente a los grupos insurgentes, en medio de un contexto de creciente violencia y expansión territorial de las guerrillas. Aunque se mantuvo una retórica de apertura al diálogo, la estrategia dominante fue la del fortalecimiento militar y la implementación de planes integrales de desarrollo en regiones afectadas por el conflicto.

Uno de los programas más representativos fue el Plan Nacional de Rehabilitación (PNR), que buscaba llevar inversión social, infraestructura y servicios básicos a zonas históricamente marginadas. Sin embargo, la limitada cobertura y ejecución efectiva de

estas iniciativas en muchos territorios permitió que las estructuras insurgentes continuaran ejerciendo funciones de autoridad local, especialmente en áreas rurales. En paralelo, se avanzó en reformas institucionales orientadas a la descentralización y al fortalecimiento del poder local, sentando las bases para transformaciones posteriores en la organización del Estado (Departamento Nacional de Planeación, 1989).

Con el inicio del gobierno de César Gaviria Trujillo (1990–1994), se dio continuidad a los intentos de negociación con las insurgencias, en un contexto marcado por la desmovilización del Movimiento 19 de abril (M-19) y otros grupos armados. Gaviria impulsó una ambiciosa agenda de modernización del Estado, que incluyó la convocatoria a la Asamblea Nacional Constituyente y la promulgación de la Constitución de 1991, con la cual se fortalecieron los derechos fundamentales, la descentralización y la participación ciudadana. No obstante, mientras se ampliaban las garantías formales, en muchas regiones persistía la exclusión social y la confrontación armada.

En este periodo de tiempo, el 10 de agosto de 1990 muere Jacobo Arenas, uno de los principales ideólogos y cofundadores de las FARC-EP. Su fallecimiento representó un momento crucial para la organización, ya que significó la pérdida de una figura central en la formulación política y estratégica del movimiento insurgente.

> Jacobo estuvo hasta 1990, y, de todas maneras, hasta el día en que murió, fue muy activo. Él murió y se le apagó el mecho, pero nosotros seguimos adelante. La muerte de él fue así: estaban en reunión del Secretariado, y de un momento a otro dijo: —Uy, me dio como un dolor aquí— [se toca el lado izquierdo del pecho], y se levantó y ¡pum!, se desplomó. Estaban todos reunidos ahí. Yo estaba a cinco minutos cuando me llamaron: “Véngase urgente, que Jacobo está mal”. Yo salí de una. Siempre mantenía una bolsita lista, y fui, cogí lidocaína cardíaca, pero ya estaba haciendo rigor mortis (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Aunque la muerte de Jacobo Arenas en 1990 representó un golpe para la organización, su legado político y estratégico ya había sido transmitido a nuevos liderazgos, entre ellos alias «Mono Jojoy», quien había sido reclutado por Jacobo y Manuel Marulanda en el páramo de Sumapaz, cerca de Icononzo, en el límite entre Tolima y Cundinamarca. Este relevo generacional permitió que la visión de formación y disciplina impulsada por Jacobo continuara materializándose en la estructura insurgente, consolidando al Mono Jojoy como

uno de los motores de la organización en los años siguientes, capaz de sostener la política educativa y la preparación operativa de las FARC-EP, como lo evidencia este relato:

> Quién exactamente era como Jacobo, era el Mono. El Mono era otro motor, tenía la cualidad de que decía: *«La educación hay que hacerla y hay que hacerla con premura»*. Entonces, iba a comenzar un curso y empezaba siete cursos simultáneos de diferentes cosas. Él mismo se conseguía los profesores y preguntaba: *«¿Este con cuántos? ¿Y este con cuántos?»*; casi que metía a toda la gente, pero eran cursos distintos y casi que los iniciaba al mismo tiempo. Además, conseguía la financiación, y organizaba la comida. Mantenía todo eso coordinado *«¿Cuántos días son?* Entonces se hacía un cronograma: primer día, segundo día… y así. Sabíamos exactamente qué se iba a hacer, y él, con cada grupo, tenía claro cuánto se iba a demorar y por qué. Siempre decía: *«No me los tenga ningún día más, ni un día menos»* (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

El gobierno de César Gaviria consideraba que las FARC-EP no demostraban una voluntad real de paz y estaban utilizando el proceso de diálogo para fortalecerse militarmente, por lo tanto, se decidió dar por terminado el intento de negociación iniciado en la década anterior. En este contexto, se llevó a cabo el bombardeo a Casa Verde, sede principal del mando central de la guerrilla en La Uribe, Meta. Esta operación, además de tener un carácter estratégico, representó un golpe simbólico a la estructura insurgente y marcó el cierre definitivo de la vía negociada, dando paso a una nueva fase de intensificación del conflicto armado.

El 9 de diciembre de 1990, a las 8:05 a.m., el gobierno colombiano ejecutó una ofensiva militar de gran escala contra el principal centro de mando de las FARC-EP en La Uribe, Meta. En el marco de la denominada Operación Colombia, la Fuerza Aérea lanzó bombas de 250 libras sobre varios campamentos insurgentes, entre ellos Casa Verde, la Escuela Nacional de Cuadros Hernando González Acosta, la Caucha y otras posiciones cercanas. Para la operación se desplegaron dos aviones K-fir, nueve AT-37 y dos AC-47, todos cargados con bombas, además de siete helicópteros artillados UH-60, cinco UH-1H, dos Bell 212, cuatro Hughes, y un helicóptero Hughes adicional destinado a funciones de comando y enlace. En tierra, participaron 33 oficiales, 98 suboficiales y más de 600 soldados, reflejando el carácter masivo y estratégico del operativo (Comisión Historia FARC-EP, 2017, p. 100).

Entre el 28 de abril y el 4 de mayo de 1993 en La Uribe, Meta, se llevó a cabo la Octava Conferencia Guerrillera de las FARC-EP, bajo el lema «¡Comandante Jacobo Arenas, estamos cumpliendo!». Esta conferencia se realizó luego de una respuesta directa a la *Operación Colombia* y al bombardeo de Casa Verde, reafirmando la decisión de fortalecer la lucha armada. En este contexto, la guerrilla desplegó múltiples acciones ofensivas contra la fuerza pública, bloqueos de carreteras nacionales y sabotajes a la infraestructura, como parte de una estrategia de presión y demostración de capacidad operativa frente al Estado.

La Octava Conferencia Nacional Guerrillera marcó un momento clave en la evolución política y militar de las FARC-EP. En ella, la organización reafirmó su convencimiento de la necesidad de una solución política al conflicto armado y presentó la *Plataforma para un Gobierno de Reconstrucción y Reconciliación Nacional*, con el objetivo de promover un gobierno pluralista, patriótico y democrático. Se evaluó la situación nacional, se ajustó el Plan Estratégico, se modificó el régimen interno y el estatuto de los guerrilleros, y se reorganizaron los Estados Mayores, ampliando a siete el número de miembros del Secretariado (Medina Gallego, 2010, p. 591). Se constituyen los siete bloques de frente, como se evidencia en la Tabla 2-4 y Figura 2-5:

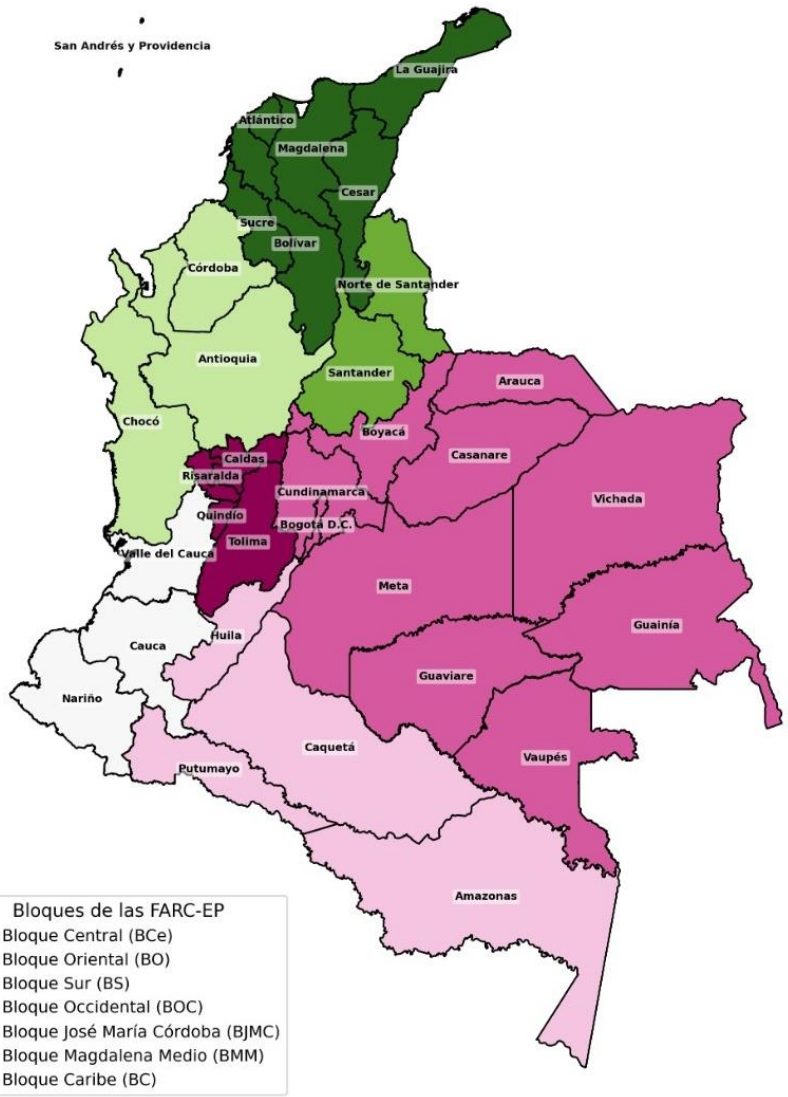
Tabla 2-4: Constitución de siete bloques de frentes

Bloque	Objetivo	Frentes
Bloque Oriental (BO)	Crear las condiciones político-militares para cercar, bloquear y ejercer el dominio sobre Bogotá.	1, 7 10, 16, 22, 26, 27, 28, 31, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 51, 52, 53, 54, 55, 56 y urbanos del área.
Bloque Sur (BS)	Crear las condiciones político-militares para ejercer el dominio total sobre los departamentos del Putumayo y Caquetá, dejándolos aislados del resto del país.	2, 3, 13, 14, 15, 32, 48 y 49.
Bloque Magdalena Medio (BMM)	Crear las condiciones político-militares para ejercer el dominio y el control sobre Bucaramanga, Barranca y Cúcuta.	4, 11, 12, 20, 23, 24, 33, 46 y urbanos de área.
Bloque José María Córdoba (BJMC)	Crear las condiciones político-militares para ejercer el dominio y el control sobre la zona Metropolitana de Medellín. Y de manera secundaria sobre la zona de Urabá.	5, 9, 18, 34, 36, 47, 57, 58 y urbanos del área.
Bloque Occidental (BOC)	Crear las condiciones político-militares para ejercer el dominio sobre Cali.	6, 8, 29, 30 y urbanos del área.
Bloque Caribe (BC)	Crear las condiciones político-militares para ejercer el dominio sobre Santa Marta, Cartagena, Barranquilla y Valledupar.	19, 35, 37, 41, 59 y urbanos del área.

Bloque Central (BCe)	Crear las condiciones político-militares para ejercer el dominio sobre Ibagué, Armenia y Neiva.	17, 21, 25 y 50

Fuente: elaboración propia a partir del libro (Comisión Historia FARC-EP, 2017, pp. 108–114)

Figura 2-5: Distribución de bloques de frentes FARC-EP



Fuente: elaboración propia.

Con relación al tema de salud en la VIII Conferencia Nacional Guerrillera de las FARC-EP, realizada en 1993, se evidenció un esfuerzo por fortalecer y sistematizar la estructura sanitaria insurgente, según lo cuentan las historias de vida:

> Después del bombardeo de Casa Verde [1990] y, posteriormente, de la Octava Conferencia [1993], comenzó a consolidarse en las FARC una política de salud y la necesidad de organizar lo que podría entenderse —aunque no necesariamente como un sistema formal— como una responsabilidad de salud. Esta se enmarcaba dentro de las principales responsabilidades de la organización, al mismo nivel que las de finanzas, armamento o personal. La salud se entendía como un asunto clave, que debía ser atendido y responder a una política nacional, en coherencia con la presencia y el alcance territorial de las FARC en todo el país (Laura Villa, comunicación personal, 15 de mayo de 2019).

Durante el gobierno de Ernesto Samper Pizano (1994–1998), Colombia enfrentó una profunda crisis de legitimidad institucional derivada del escándalo del ingreso de dineros del narcotráfico a su campaña presidencial, conocido como el Proceso 8.000. Esta situación debilitó políticamente al Ejecutivo y afectó la capacidad del Estado para avanzar en una agenda sólida de negociación con los grupos insurgentes. A pesar de los esfuerzos iniciales por reabrir canales de diálogo con las FARC-EP, como la firma del Acuerdo de Cravo Norte en 1994 y la creación de una comisión de acercamiento, el proceso se estancó rápidamente ante la falta de confianza mutua y la intensificación de las acciones armadas.

Para esta época, la escuela de salud mencionada por Mauricio y reafirmada en la VII Conferencia Guerrillera comenzó a tomar fuerza, consolidándose como un espacio clave para la formación empírica en atención sanitaria. Esta iniciativa permitió sistematizar conocimientos, estandarizar prácticas básicas de enfermería y preparar a nuevos responsables de salud que pudieran responder a las necesidades crecientes en los distintos frentes.

> Se logró que muchos frentes de todo el país recibieran formación en el Oriental. Eso fue posible porque el Oriental nos daba muchas facilidades: había mucha selva y en cualquier parte montábamos una vaina. Había retaguardia, así que hacíamos los cursos ahí y después se volvían para sus frentes, para distintas regiones del país (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Para este momento de la narrativa se incorporan dos nuevas historias de vida al relato: Betsy Ruiz y Lucy quienes ingresan al Bloque Oriental. Ambas adquieren una importancia particular debido al valioso aporte que realizaron en la organización y puesta en funcionamiento del laboratorio clínico, consolidando una respuesta sanitaria más estructurada y especializada dentro del frente al que pertenecían.

Betsy Ruiz nació en Neiva (Huila), pero fue criada en la zona limítrofe entre Huila y Caquetá, en un entorno campesino. Ingresó a las FARC en 1994, cuando tenía 13 años y cursaba octavo de bachillerato. Su decisión estuvo marcada por la desaparición de su padre, hecho que generó el abandonó de su madre y la dejó en una situación de vulnerabilidad familiar. Desde temprana edad tuvo contacto con miembros de las FARC, lo que le permitió conocer de cerca el movimiento e identificarse con su causa. La presencia constante de guerrilleros en el territorio, muchos de ellos provenientes de familias campesinas como la suya, le permitió naturalizar su rol dentro del conflicto y motivó su vinculación a la organización.

En el área de salud, comenzó trabajando como enfermera empírica durante aproximadamente siete años. Luego se desempeñó como fisioterapeuta empírica, enfocándose en la reanimación de pacientes en postoperatorios y con traumas. Más adelante, ante la alta demanda, se vinculó al trabajo en laboratorio clínico, adquiriendo experiencia como bacterióloga empírica. Estuvo en el Bloque Oriental en medio del departamento de Caquetá y Meta, y en el Bloque Sur en Putumayo, Caquetá, Huila.

> La principal escuela de formación en salud se encontraba en el Bloque Oriental. Desde allí se hacía la distribución hacia los demás bloques. En ese espacio nos formaban médicos que venían de diferentes países. De Bogotá fue la doctora que nos formó a nosotros en laboratorio. Luego ella visitaba cada bloque para ver cómo estábamos trabajando (Betsy Ruiz, comunicación personal, 21 de noviembre de 2019).

Lucy ingresó al Frente 40 de las FARC-EP en el año 1994, cuando tenía 13 años y cursaba cuarto de primaria. El frente operaba en el área de Mesetas, Meta, una de las zonas de fuerte presencia insurgente en ese periodo. Durante los primeros dos años no asumió responsabilidades formales en la organización, en parte por disposición estatutaria, pero también por el proceso de adaptación y formación que implicaba su ingreso. Dos años después, y luego de ese periodo inicial, recibió su primer curso básico en primeros auxilios, una formación elemental que marcó el comienzo de su trayectoria en el área de salud dentro de la estructura guerrillera. Más adelante recibió formación en enfermería, bacteriología y manejo de equipos de Rayos X y pasó de estudiante a instructora, formando a otros guerrilleros.

> En 1996 participé en un curso de enfermería con un médico, bueno, era un muchacho que estaba terminando su carrera de medicina, pero que iba a los campamentos a capacitarnos.

> Fue como de un mes, pero allá planificaban de una manera que fueran tiempos cortos, pero a la vez prudentes para el tema de las prácticas. Siempre se repasaba el tema de los primeros auxilios, anatomía, algunos procedimientos sencillos como suturar, y luego alguna parte de tratamientos para enfermedades tropicales, como por ejemplo la malaria o la leishmaniasis. Pero también nos enseñaban cómo tratar una diarrea, una deshidratación o una insolación. A veces eran cosas así que eran tan necesarias conocerlas, porque nuestra propia vida, lo ameritaba (Lucy, comunicación personal, 29 de enero de 2020).

En 1995 se realizó el balance del Plan Estratégico aprobado en la Séptima Conferencia Guerrillera. Con relación a las escuela de médicos y clínicas.

> No contamos con cuarenta y ocho médicos a disposición del Estado Mayor. Esto no ha funcionado y tenemos que contentarnos con amigos y simpatizantes de los frentes; claro, son bastantes y en gran medida solucionar el problema, pero con los riesgos y consecuencias que implica trasladar a los enfermos para someterlos a tratamientos. Por ello, la Octava Conferencia mandó crear los mecanismos por bloques, descentralizar Bogotá de esta actividad y montar las clínicas, etcétera (Comisión Historia FARC-EP, 2017, p. 166) .

Para esta época inician las tomas guerrilleras más fuertes. La percepción que tuvieron las FARC-EP sobre la crisis de gobernabilidad durante el gobierno de Ernesto Samper (1994–1998) fue interpretada como una oportunidad estratégica para avanzar en sus objetivos políticos. En ese contexto, decidieron fortalecer su capacidad de desestabilización mediante el aumento del impacto de sus acciones armadas, ampliando el perfil de las personas secuestradas y recurriendo a la toma de rehenes en operaciones de gran escala. Este enfoque se evidenció en hechos como la retención de militares durante las tomas a las bases de Las Delicias (Putumayo, 30 de agosto de 1996), Patascoy (Nariño, 21 de diciembre de 1997) y Mitú (Vaupés, 4 de noviembre de 1998) (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013, p. 67).

> En la toma de La Uribe [1998] tuvimos cien heridos, y nosotros ya habíamos preparado un hospital con capacidad para atenderlos: cien camas listas, con sábanas y todo dispuesto. Cuando comenzaron a llegar los heridos, ya los estábamos esperando. Me tocó trabajar esa emergencia con un equipo de 18 enfermeros, de los cuales 15 eran mujeres, todas muchachas jóvenes pero muy buenas, eficientes. El lugar no era tan lejos del combate, pero tampoco tan cerca; sin embargo, el miedo se sentía encima, la gente trabajaba intranquila. Independientemente de lo que estuviera pasando, teníamos que atender a los que llegaban,

> así los chulos estuvieran a 10 kilómetros, a 5 o incluso a 1 kilometro. Íbamos sacando a los compañeros heridos conforme los íbamos estabilizando, descongestionando el lugar y se les enviaba un grupo de muchachos que se encargaran de los aseos normales. A los que tenían triage normal los evacuábamos también, y los atendíamos con más calma más adelante (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Este testimonio revela el nivel de preparación logística y sanitaria que las FARC-EP habían alcanzado para enfrentar emergencias de gran escala, como la toma a la base militar de La Uribe el 4 de agosto de 1998. Más allá de la confrontación armada, se evidencia una estructura de salud organizada, capaz de anticiparse a un número alto de heridos y de responder de manera inmediata y coordinada.

Un año antes ingresa Carolina García quien nació en el municipio de Lejanías, en el departamento del Meta, y pasó su infancia entre los municipios de Vistahermosa y La Uribe. Sin embargo, a los trece años dejó el país junto a sus padres y se trasladó a Bruselas, Bélgica, donde completó sus estudios secundarios. Fue allí, lejos de Colombia, donde inició su acercamiento político a las FARC-EP, al integrarse desde los quince años en 1997 a la Comisión Internacional del movimiento.

A los diecinueve años, tras culminar la secundaria, tomó la decisión de regresar a Colombia e incorporarse a la vida guerrillera en el Catatumbo con el Bloque Magdalena Medio. Allí comenzó con tareas regulares como combatiente, que incluían formación básica militar y política. Fue en ese contexto —y casi de manera accidental— que inició su camino en el campo de la salud, al ser designada desde el frente 33 a participar en un curso de enfermería básica, especializada y luego un curso de bacteriología.

En el marco del fortalecimiento de la estructura sanitaria insurgente, especialmente a partir de los años noventa, comenzó a sistematizarse el proceso de valoración integral de los nuevos integrantes que llegaban a los frentes.

> A los muchachos que ingresaban les hacíamos primero el triage político: si servía o no servía. Después pasaban al triage médico, para identificar qué problemas tenían. Algunos, por ejemplo, costaban hasta 60 millones de pesos en tratamientos: odontología, cirugías por hernias, cosas así […] Era para repartir según el nivel de urgencia: los que tienen un problema grave y hay que atenderlos ya, de los que no son tan complicados, pero necesitan tratamiento (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Como parte del proceso de incorporación a las filas insurgentes, las FARC-EP establecieron una ruta formativa estructurada que iniciaba con un curso político básico, considerado fundamental para garantizar la cohesión ideológica y la disciplina organizativa. Esta etapa no solo introducía a los nuevos integrantes en la lógica de la vida guerrillera, sino que articulaba componentes políticos y militares de manera progresiva

> Uno iniciaba con el curso básico, que tenía que ver con la actividad guerrillera. Comenzaba con el orden cerrado, que era para aprender a obedecer órdenes, con el objetivo de disciplinar a los combatientes: la parada militar, el patio, la formación. Luego venía el orden abierto, que tenía que ver con la confrontación: la emboscada, la contraemboscada, el juego y movimiento, y otras actividades de tipo militar. Después seguía la parte ideológica, donde se estudiaban los reglamentos y los fundamentos que nos guiaban, y que seguimos manteniendo ahora como partido. Todo ese proceso podía durar entre seis meses y un año (Carolina García, comunicación personal, 21 de mayo de 2019).

Para 1998, según se relata en el libro en *Cambiar el futuro. Historia de los procesos de paz en Colombia 1894–2016* (Pizarro, 2017, pp. 273–274), se considera que las FARC-EP influyeron en los resultados electorales a favor de Andrés Pastrana frente a Horacio Serpa. En una entrevista, Manuel Marulanda afirmó que Serpa era un candidato débil que no ofrecía garantías para un acuerdo, mientras que Pastrana representaba mayores garantías para el sistema y para los Estados Unidos. En la segunda vuelta, Pastrana obtuvo 6.114.752 votos, superando ampliamente a Serpa. Sin embargo, ofertas de último momento por parte de la campaña pastranista, como la propuesta de desmilitarizar cinco municipios del Meta —La Uribe, Mesetas, La Macarena, Vista Hermosa y Puerto Rico— y uno del Caquetá —San Vicente del Caguán—, anunciadas apenas cuatro días antes de la segunda vuelta electoral, marcaron el inicio de errores en la política de paz que más adelante conducirían a su fracaso.

En el ámbito internacional, Andrés Pastrana centró sus esfuerzos en restablecer relaciones con Estados Unidos, buscando posicionarlo como un aliado estratégico en la recuperación del orden público interno. Esta nueva orientación se materializó en el diseño e implementación del *Plan Colombia*, cuyo primer paso fue la firma, el 28 de octubre de 1998, de la *Declaración de Alianza contra las Drogas Ilícitas* entre ambos países. Posteriormente, el 13 de junio de 2000, se suscribió el acuerdo bilateral conocido como *Plan Colombia* (o *Plan para la Paz y el Fortalecimiento del Estado*), a través del cual Colombia se convirtió

en uno de los principales receptores de ayuda militar estadounidense en el mundo, solo superado por Israel y Egipto (Pizarro, 2017).

La creación de la zona de despeje, también conocida como Zona de Distensión, se fundamentó legalmente en la Ley 418 de 1997, que otorgaba al presidente de la República la facultad de adelantar negociaciones con grupos armados ilegales. Con base en esta norma, el gobierno de Andrés Pastrana expidió la Resolución Presidencial No. 85 del 14 de octubre de 1998, mediante la cual se ordenó el retiro de la Fuerza Pública de cinco municipios: San Vicente del Caguán (Caquetá) y La Uribe, Mesetas, La Macarena y Vista Hermosa (Meta). La zona entró en vigor(Ariza, 2014) el 7 de noviembre de 1998 y se prolongó oficialmente hasta el 7 de febrero de 1999, aunque fue prorrogada en varias ocasiones mediante nuevas resoluciones, hasta su cierre definitivo el 20 de febrero de 2002. Esta medida, concebida como un gesto de confianza para facilitar los diálogos de paz con las FARC-EP, generó fuertes controversias por el uso que la guerrilla hizo del territorio sin presencia estatal directa (Ariza, 2014).

En este periodo también ingresan las historias de vida de Henry (1999) y Jagler (2000).

Henry se vinculó al Frente 19 de las FARC-EP el 2 de noviembre de 1999, cuando tenía 16 años y cursaba sexto de bachillerato. Su ingreso estuvo marcado por el desarraigo: su familia fue desplazada de la zona bananera del Magdalena por que su padre era sindicalista, lo que truncó su educación y sus proyectos de vida. Aunque había demostrado un fuerte interés por el estudio —incluso obtuvo una media beca en sistemas gracias a su buen desempeño escolar—, la guerra le impuso otro rumbo. Desde el año 2000 asumió funciones como enfermero, su interés nació en el campamento donde, observando a una enfermera cercana a su comunidad de origen, empezó a interesarse por las prácticas de cuidado.

Jorge Narváez ingresó a las FARC-EP motivado por las profundas desigualdades sociales que observaba tanto en los territorios rurales como en las ciudades. Desde su perspectiva, la insurgencia representaba una respuesta ante las múltiples deficiencias que enfrentaban las comunidades. Su entrada al campo de la salud no fue una decisión personal, sino una responsabilidad asignada por la organización: enviado a un curso de enfermería por orden directa de su comandante, Jorge Narváez comenzó un proceso de formación que, aunque inicialmente rechazado, terminó despertando en él un compromiso genuino con el cuidado

de la vida. A partir de esa experiencia, su labor sanitaria se convirtió en un eje central de su trayectoria en la insurgencia.

El periodo comprendido entre el 7 de noviembre de 1998 y el 20 de febrero de 2002, correspondiente a la existencia de la zona de despeje, fue decisivo para el fortalecimiento de la política sanitaria insurgente. La ausencia de presencia estatal en los cinco municipios permitió a las FARC-EP consolidar estructuras propias de atención en salud, ampliar la formación empírica de responsables sanitarios y sistematizar prácticas que hasta entonces se habían desarrollado de manera más dispersa. En este contexto, la sanidad insurgente no solo ganó en organización y cobertura, sino que también se proyectó como parte integral del ejercicio de control territorial y del vínculo con las comunidades rurales bajo su influencia.

> En el Caguán montamos una estructura para operar personas. Se llevaron especialistas para aprender más, porque nosotros necesitábamos mucha técnica operatoria. [...] Comenzamos por hacer los pisos con una madera muy pesada, unos tablones de tres metros de largo y siete centímetros de grosor. Esa madera se llama lagunero, y es una tabla pesadísima, pero no se pudre por nada; puede durar hasta 30 años. Hicimos el diseño: «esto va a ser el alojamiento de los enfermeros, esto otro para los heridos, vamos a hacer cada camarote de tanto tamaño y el corredor debe quedar de tanto». La altura, decidimos, debía ser de dos pisos: en el piso de abajo los recién operados, y arriba los que ya estaban en recuperación. La salida iba, por un lado. Todo eso lo planeamos y nos fue bien. También se asignaron camarotes para los enfermeros y otros para la guardia. Hicimos una casa para los medicamentos, con anaqueles. Todo eso tenía que estar sellado y solo podía entrar la persona encargada de entregar los medicamentos. No podía faltar nada: ni jeringas, ni hilos, y debíamos tener a alguien pendiente de todo eso [...] se tenía un laboratorio (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Este testimonio revela un alto nivel de planificación, organización y especialización en el desarrollo de la infraestructura sanitaria insurgente durante el periodo de la zona de despeje. Más allá de una respuesta improvisada o de subsistencia.

> Cuando comenzó la zona de despeje, a nosotros nos regalaron muchas cosas. Por ejemplo, había equipos que no sabíamos manejar, como el artroscopio o el endoscopio. Eso lo fuimos aprendiendo en el camino, con la ayuda de amigos que sabían de esos temas: les preguntábamos, los llamábamos o los traíamos para que nos enseñaran. […]

> Obligatoriamente se necesitaba alguien que supiera manejarlos, porque eran aparatos muy delicados (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Durante el periodo de la zona de despeje, las FARC-EP también se impulsaron jornadas de salud en el Caguán, dirigidas tanto a los guerrilleros como a la población civil de los municipios bajo su influencia. Estas actividades incluyeron consultas médicas, entrega de medicamentos, y cirugías, y fueron realizadas en coordinación con responsables empíricos de salud y con apoyo de profesionales que simpatizaban con el proceso. Las jornadas buscaban no solo atender necesidades básicas en contextos de ausencia estatal, sino también fortalecer el vínculo con las comunidades y proyectar una imagen de legitimidad y compromiso con el bienestar colectivo. Se presenta imagen de referencia, Figura 2-6:

Figura 2-6: Guerrilleras con responsabilidades en salud.

Fuente: (Viva & Gonzalo, 2014, p. 64)

La incorporación de especialistas y el montaje de un laboratorio indican un esfuerzo deliberado por cualificar la atención médica y por ampliar la capacidad técnica del personal de sanidad.

> Iniciamos en el Bloque Oriental, donde se construyó el primer hospital. Tenía un equipo amplio y contaba con instalaciones acordes a lo que exige la salud o la medicina [...] Para 1998 en el Bloque Oriental contábamos con el primer laboratorio clínico completamente equipado, donde era posible realizar todo tipo de exámenes: desde química sanguínea

> líquida y seca, hematología, uroanálisis y serologías, hasta pruebas específicas para enfermedades propias de zonas tropicales, como el paludismo y la leishmaniasis (Betsy Ruiz, comunicación personal, 21 de noviembre de 2019).
>
> A nosotros nos regalaron un equipo de laboratorio RA-50, que hacía muchas pruebas, pero no sabíamos manejarlo. Entonces tocó conseguir a alguien que supiera usarlo y que nos enseñara, que nos diera un curso de laboratorio. Y así fue: nos dieron varios cursos. Al principio tuvimos un RA-50 bien sofisticado. Con ese iniciamos a hacer exámenes de laboratorio simultáneos. Ganamos en calidad. Luego tuvimos un RA-1000 […]. Eso fue para el Caguán, cuando nosotros teníamos la posibilidad de ingresar cosas, como un año antes más o menos (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Este espacio fue equipado con materiales e insumos básicos para la toma de exámenes de laboratorio, y procesamiento de muestras, lo que representó un avance significativo frente a etapas anteriores. El laboratorio no solo prestaba servicios a combatientes heridos o enfermos, sino que también atendía a miembros de la comunidad civil, convirtiéndose en un punto clave para el diagnóstico y seguimiento de enfermedades. Se presenta imagen de referencia del uso del microscopio, como se ve en la figura 2.7.

Figura 2-7: Guerrillera haciendo uso de un microscopio.

Fuente: (Viva & Gonzalo, 2014, pp. 64–65)

Frente al manejo de las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV), particularmente la leishmaniasis y la malaria, en el Bloque Oriental de las FARC-EP, se pueden señalar

varios elementos clave. Este bloque, que abarcaba una amplia zona selvática y de alta endemia, desarrolló estrategias empíricas y organizativas para enfrentar estas enfermedades, dada la ausencia de atención estatal. La medida principal de prevención era el uso obligatorio del toldillo.

> Cuando yo llegaba a un área tropical, lo primero que hacía era ir directo a una palma, levantarle la cáscara, y si ahí estaba el «Pito», el insecto que transmite el Chagas era señal de que había de todo. Donde había una palma, estaba también el zancudo que transmite la malaria, y el zancudo *Lutzomyia*, que es específico de la leishmaniasis y que también llamábamos «manta blanca» porque tenía dos colorcitos, como pintadita. Había uno al que le decíamos "agujeto", ese sí era efectivo para el paludismo cerebral. Incluso, la forma en que se paraban decía mucho: si el zancudo se paraba medio de lado, era paludismo normal; pero si lo hacía derechito, con el cuerpo alineado con el aguijón, ese era el del paludismo cerebral [realiza la explicación con los dedos de la mano] (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

En algunas regiones de Colombia, la leishmaniasis es conocida con diversos nombres populares, que reflejan la diversidad cultural y lingüística del país. Entre las denominaciones más comunes se encuentran: «pito», «marranas», «puercas», «úlcera de Pamplonita», «úlcera del oriente», «bubón de Vélez», «úlcera brava», «espundia», «bejuco» o «yatebí». De igual forma, el mosquito vector recibe diferentes nombres según la zona geográfica, como «alas peludas», «palomilla», «marranas», «pringador», «aludo», «capotillo», «jején», «yatebí», «mosquito de arenas» o «aliblanco». Estas denominaciones locales evidencian el conocimiento empírico que las comunidades han desarrollado frente a esta enfermedad y su transmisor (Sotomayor, 2019).

En cuanto al diagnóstico y tratamiento de la leishmaniasis en el Bloque Oriental de las FARC-EP se convirtieron en aspectos centrales de la respuesta sanitaria insurgente, debido a la alta prevalencia de esta enfermedad en las zonas selváticas donde operaban.

> La otra era la leishmaniasis, que esa sí era al ojo; la identificábamos visualmente, lo que nosotros llamábamos una leishmaniasis plana. Se formaban unos granitos, unos gránulos ahí, y la piel comenzaba a denudarse, a abrirse, y eso empezaba a regarse, a ampliarse y a profundizarse un poco. Eran leishmaniasis duras. Pero, por ejemplo, nosotros aprendimos a reconocerlas: unas tenían bordes bien definidos y comenzaban a profundizarse. Entonces las tratábamos con un centímetro cúbico de «Glucantime», que se podía aplicar por vía

> subcutánea o intradérmica. […] Con algunas lesiones, primero se realizaba la debridación para limpiar el tejido afectado, y luego se aplicaba la inyección con el medicamento (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

El manejo de la malaria en el Bloque Oriental representó uno de los mayores desafíos para la sanidad insurgente, dada la alta endemicidad en las zonas de selva húmeda donde operaban los frentes.

> El tratamiento de la malaria era fundamentalmente con «Aralen» y «Neo-Quipenyl», según el tipo de malaria que se presentará. Aquí teníamos diferentes tipos, dependiendo del caso y de la zona viniera el paciente. Se diagnosticaba clínicamente, aunque si teníamos laboratorios, para sacar la muestra. […] Pero para nosotros ya era como una vaina tan repetida, que uno se acostumbraba a que todo tenía que ser rápido (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

El «Aralen» corresponde a la cloroquina, un antipalúdico ampliamente utilizado para el manejo de los episodios agudos de malaria por *Plasmodium vivax* y *Plasmodium falciparum* sensible. Por su parte, el «Neo-Quipenyl» contiene primaquina, un fármaco utilizado para eliminar las formas hepáticas latentes del *Plasmodium vivax* y prevenir recaídas. Este es el tratamiento estándar para el tratamiento de malaria en las FARC-EP.

El fin de la zona de despeje se dio el 20 de febrero de 2002, cuando el presidente Andrés Pastrana ordenó su levantamiento definitivo tras el secuestro del senador Jorge Eduardo Gechem y una cadena de incumplimientos que deterioraron la confianza en el proceso de paz. Durante los más de tres años que duró la zona de distensión, las FARC-EP no solo fortalecieron su estructura política y militar, sino que aprovecharon la ausencia de la Fuerza Pública para realizar un intenso reaprovisionamiento logístico y de armamento, expandir su capacidad operativa y consolidar corredores estratégicos en varias regiones del país.

Como dijo un alto oficial, según Eduardo Pizarro (2017, p. 291) «las FARC-EP entraron al Caguán como guerrilla y salieron como ejército».

En este mismo periodo de tiempo, es preciso mencionar el desarrollo de la respuesta sanitaria en el Bloque Caribe, con la historia de vida de Henry.

> En el año 2000 salió una promoción de enfermeros. La promoción consistía en que se seleccionaba un grupo de personas y se conseguía el personal médico que pudiera venir a dar la instrucción. En ese entonces recogieron a 45 personas, todos guerrilleros. Los comandantes socializaban la información: "Próximamente se va a realizar un curso de salud, ¿quién está interesado?" —"¡Yo, yo!"— y así nos inscribimos 45, entre hombres y mujeres. Vinieron un bacteriólogo, un traumatólogo y un ortopedista —esos tres me acuerdo bien—, y nos dictaron el primer curso de enfermería, el básico. Obviamente, estaba enfocado a lo que era nuestro ejercicio dentro de la guerrilla (Henry, comunicación personal, 17 de septiembre de 2019).

Dentro de la estructura organizativa de las FARC-EP, la labor del personal de salud adquiría un rol estratégico, especialmente en contextos de movilidad y confrontación armada.

> Al terminar el curso básico de enfermería nos dotaron de medicina, porque a cada combatiente le entregaban un botiquín con insumos básicos para poder desempeñar la función. Había diferentes estructuras: compañías, guerrillas, escuadras, comandos… y con cada una de esas unidades, cuando salían a realizar sus actividades, debía ir un personal de salud acompañándolos [...] Pero ya en comisión, el botiquín iba en el morral. Todo iba en el morral, con la disposición combativa de salir en cualquier momento. Era una responsabilidad que tenía un valor agregado: como enfermero, no te dejaban ir en la vanguardia de la marcha, ni ser el primero en entrar en combate. Sí combatías, pero tu puesto era más reservado. Aunque claro, había situaciones espontáneas donde te tocaba responder, porque también estabas expuesto y tu vida corría el mismo riesgo (Henry, comunicación personal, 17 de septiembre de 2019).

Con relación a esta tema, es importante resaltar dos cosas, la primera el uso del botiquín como un símbolo de la responsabilidad asumida, ya que de su contenido y correcto uso dependía la vida de los compañeros en situaciones críticas.

Cada guerrillero debía llevar en su morral no solo sus pertenencias personales, sino también una parte de la comida que compartían colectivamente, lo que se conocía como «remolque». Este podía incluir arroz, aceite, panela o incluso la estufa de campaña. El peso estándar del morral era de treinta kilos, a los que se sumaban el fusil, las municiones y el chaleco, alcanzando un total aproximado de cincuenta kilos (Ríos, 2021). Se presenta imagen de referencia en la Figura 2-8.

Figura 2-8: Enfermera empírica carga su botiquín en el morral.

Nota: La Ceiba, los guerrilleros y el contenido de sus morrales. Frente 57, río Pogue, Chocó. Foto tomada el 4 de noviembre de 2015. Fuente: (Ríos, 2021, p. 25).

La segunda corresponde a la distribución del personal con responsabilidades en salud en las distintas unidades de la organización, según lo establecido en la Séptima Conferencia Guerrillera: escuadras, guerrillas, compañías y frentes, con el fin de asegurar atención médica básica durante las operaciones y en los territorios bajo influencia.

> Una escuadra se componía de 12 hombres y debía tener mínimo 2 personas de salud. Una guerrilla que tenía 26 hombres debía tener 1 enfermero y 4 auxiliares. Y una compañía, que eran 56 hombres, ya debía tener un enfermero capacitado o un paramédico, y debía haber 8 auxiliares, pero auxiliares buenos. La columna, que eran 96 hombres —algunas llegaban a tener 120—, debía tener un médico o 2 paramédicos, aunque a veces solo un paramédico o un enfermero capacitado cubría eso. El frente estaba conformado por 110 en adelante; algunos llegaron a tener 200 o 300. En salud, mínimo debía haber de 20 a 25 unidades. Eso dependía del jefe, si le ponía ánimo a eso, y pues mantenían a la gente en capacitación (Jagler, comunicación personal, 21 de septiembre de 2019).

Esto es importante, ya que, para Mauricio Jaramillo, esa organización del personal de salud distribuido en cada unidad —desde la escuadra hasta el frente— representaba lo que él mismo definía como un hospital móvil. En este periodo y para algunas bloques no se

trataba de una infraestructura fija, sino de una lógica operativa en la que cada responsable sanitario, con su botiquín y formación, podía prestar atención inmediata en cualquier lugar, garantizando una cobertura médica continua en medio del desplazamiento y la confrontación.

> Un hospital móvil era la persona. Por ejemplo, si usted era una muy buena enfermera, usted misma se convertía en un hospital móvil: cargaba todo lo necesario —medicamentos, instrumental, hilos, lo que fuera— y estaba lista para atender en cualquier parte (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Siguiendo con el relato del desarrollo de la respuesta sanitaria en el Bloque Caribe, es importante destacar los saberes y prácticas frente a las ETV, en especial la leishmaniasis y la malaria, ya que las condiciones territoriales de esta región favorecieron la presencia constante de estas enfermedades. En este contexto, la experiencia adquirida por los responsables de salud se vio profundamente influenciada por los saberes populares y el uso de la medicina botánica, los cuales se consolidaron como herramientas fundamentales para el diagnóstico empírico y el tratamiento alternativo en ausencia de recursos convencionales.

> La acción más inmediata era usar los toldillos, que además eran una norma interna, aunque a muchos no nos gustaba. Pero cuando te levantabas para hacer la guardia, era inevitable, porque eran dos horas ahí expuesto. Había gente que se aplicaba repelente o tomaba complejo B. Nosotros suministrábamos mucho el complejo B. Ese es un repelente natural: uno expira ese olor. Incluso el Ejército también lo usa así; dentro del paquete de comida que llevan, viene la pastilla (Henry, comunicación personal, 17 de septiembre de 2019).

Frente a la leishmaniasis, el diagnóstico se realizaba de manera clínica, a partir de la observación de signos y síntomas característicos, ya que en el Bloque Caribe no se cuenta con referencias de laboratorios instalados que permitieran confirmar los casos por medios técnicos. Esta limitación reforzó la importancia del conocimiento empírico y la experiencia acumulada por los responsables de salud en el reconocimiento de la enfermedad en terreno.

> Para la Leishmania, el diagnóstico se hacía principalmente con base en la parte clínica, porque ahí no teníamos medios para hacerte un laboratorio y confirmar si efectivamente era eso. Pero ya con la experiencia, uno iba aprendiendo a detectarla clínicamente. Primero, dependía de la fase en que se presentara. Si era en la fase inicial, cuando estaba la pápula

> sin haberse reventado aún, sin tener la forma avolcanada ni los bordes levantados, uno observaba bien esa pápula. Era indolora, producía mucho prurito, y más que todo, por eso la identificábamos. Además, casi siempre la antecedían muchos casos en la zona. Cuando aparecía uno, era porque ya había varios, entonces uno se alertaba. La que más nos afectó fue la que nosotros llamábamos “grulla”, “patas blancas” o “palomilla”. Esa fue la que más nos dio en la zona donde estábamos, porque era en presencia de ese animalito que se presentaban más casos (Henry, comunicación personal, 17 de septiembre de 2019).

En cuanto al tratamiento de la leishmaniasis, en el Bloque Caribe se utilizaba con frecuencia «Glucantime» de procedencia ecuatoriana. En contraste, en el Bloque Oriental se empleaba mayoritariamente «Glucantime» brasileño, lo que evidencia la diversidad de fuentes de abastecimiento según la ubicación geográfica y las redes de apoyo disponibles. Esta variabilidad en el origen del medicamento refleja no solo las condiciones de acceso diferenciado, sino también la capacidad de adaptación de la sanidad insurgente frente a las limitaciones logísticas y territoriales.

> Yo utilicé la «Glucantime» de forma intralesional, porque detecté la leishmaniasis de manera precoz y supe que era eso. Me apliqué tres dosis y con eso fue suficiente. Cuando teníamos claro que la pápula era leishmaniasis, y contábamos con el medicamento, lo aplicábamos de forma intralesional. Usábamos el producto ecuatoriano, que venía específicamente indicado para ese tipo de aplicación, y lo colocábamos directamente en la lesión (Henry, comunicación personal, 17 de septiembre de 2019).

El manejo de la leishmaniasis cutánea incorporó el uso intralesional de Glucantime, aplicado directamente sobre las lesiones de los combatientes afectados. Esta práctica fue apropiada por los responsables de salud en los campamentos. Su uso respondía a la necesidad de reducir los efectos sistémicos del medicamento y lograr una recuperación más rápida, permitiendo que los combatientes volvieran a sus actividades. Estas intervenciones reflejan cómo los saberes insurgentes en salud combinaron elementos de la medicina con estrategias adaptadas a la vida en la selva, fortaleciendo la autonomía sanitaria en medio del conflicto.

Con relación a la medicina botánica utilizada para el tratamiento de la leishmaniasis, en varios frentes del Bloque Caribe se recurrió al uso de plantas con propiedades cicatrizantes, antiinflamatorias y antiparasitarias, transmitidas a través del conocimiento popular y la experiencia en el territorio.

> Cuando no teníamos la posibilidad de conseguir el «Glucantime», ya fuera porque los operativos nos obstruían el paso o por cualquier situación adversa, recurríamos a medios naturales que se preparaban en el mismo campamento. En mi caso, utilizaba un compuesto hecho con la aleta del «Coroncoro» —no sé si lo conoces—, que es un pez de río, dicen que afrodisiaco, que se adhiere a las piedras. Le sacábamos las aletas y las mezclábamos con una planta que le decimos «cola de alacrán», una que tiene la hoja parecida al orégano y una florecita blanca, curvada, con bolitas pequeñas: ese es el rabo de alacrán. A esa mezcla le agregábamos «Furacin». Todo eso se trituraba hasta hacer una pasta que luego se aplicaba directamente en la herida, y se cubría. Con eso —según contaban los muchachos, porque yo nunca lo usé— sentías un dolor impresionante. Decían que te iba penetrando la herida, que era tan fuerte que sentías como si te bajara por el hueso. Era como el efecto secundario de un medicamento fuerte: ardor con escozor. Eso se dejaba actuar y retiraba entre cinco y quince días, dependiendo del paciente y del tamaño de la herida (Henry, comunicación personal, 17 de septiembre de 2019).

La medicina botánica no solo complementaba los tratamientos, sino que también representaba una forma de resistencia y autonomía sanitaria frente a la precariedad y el abandono estatal.

> Usábamos también la sábila cuando las lesiones estaban muy extendidas. La preparábamos asada, es decir, se ponía a medio asar, a precalentar, y luego se aplicaba directamente sobre la herida. Ayudaba a cicatrizar, a refrescar, y recogía un color verdoso; tú la ponías transparente y se retiraba como verdosa. También usábamos limón asado con sal, literalmente: limón asado con sal. [...] El tratamiento variaba según el área. También usábamos la «zarzamora» —no sé cuál sea su nombre científico—, una mata que da una pepa parecida al ají «diablito», que es picante, pero redonda, circular. Esa pepa se machacaba con bicarbonato de sodio, como si uno estuviera triturando ajo, y empezaba a soltar una enzima verde. Literalmente se volvía agua, y con ese extracto verde se lo aplicábamos a la lesión. Era efectivo (Henry, comunicación personal, 17 de septiembre de 2019).

Con relación al manejo de la malaria en el Bloque Oriental, esta enfermedad representaba uno de los principales desafíos sanitarios debido a las condiciones selváticas, húmedas y de alta endemia que caracterizan la región.

> La malaria la detectábamos también por la zona, porque eran zonas endémicas y uno ya sabía que era eso, además del cuadro clínico. Como te digo, a veces teníamos la oportunidad de acceder a una de esas pruebas rápidas, pero yo nunca la usé. A mí me

> gustaba más el diagnóstico por clínica: por la sudoración, los escalofríos, la fiebre, el inicio... yo le indagaba todo eso al paciente. Eso sí lo tenía muy presente de las instrucciones que recibí: «usted tiene que preguntar de todo» [risas], uno parecía periodista en ese momento (Henry, comunicación personal, 17 de septiembre de 2019).

Frente al tratamiento, se utilizaba el mismo esquema de manejo aplicado en el Bloque Oriental: se realizaba una impresión diagnóstica basada en los síntomas clínicos, y a partir de esta se administraban los medicamentos disponibles, principalmente la «primaquina» y la «cloroquina», como base del tratamiento antipalúdico en el territorio.

> Aparte del tratamiento, los bañábamos con «sauco», «matarratón», «yarumo» o con un baño de multiplantas. Recogíamos varias que les decimos «indio viejo», «lunaria», «flor de María» … cogíamos todas esas plantas, las hervíamos y además les dábamos a tomar «cogollo de guayaba», «cogollo de mango» o «agua de llantén». La hidratación, que tú sabes, es fundamental. La hidratación lo es todo (Henry, comunicación personal, 17 de septiembre de 2019).

Este testimonio refleja cómo, en el contexto insurgente, el tratamiento de las enfermedades no solo tenía un propósito terapéutico, sino también una función estratégica: recuperar al combatiente lo más pronto posible para mantener su disponibilidad operativa.

Este segundo periodo representa la consolidación de una política sanitaria insurgente con estructura, roles y principios definidos. La expansión territorial de las FARC-EP, junto con el acumulado organizativo interno, permitió avanzar en la formación de personal empírico, la distribución de responsabilidades sanitarias por bloques y frentes, y la estandarización de tratamientos para enfermedades prevalentes como la leishmaniasis o la malaria. La salud dejó de ser un acto espontáneo de cuidado para convertirse en una función estratégica al servicio de la resistencia armada, con instructores, manuales, laboratorios de campaña y una apuesta formativa sostenida. En este contexto, los saberes en salud adquirieron una dimensión política: eran expresión de autonomía, de adaptación territorial y de construcción alternativa frente a la exclusión histórica del Estado en los territorios rurales.

2.3 Repliegue sanitario en escenarios de alta confrontación 2002 – 2012

> Además de las posiciones de poder político y económico, también se aprovechan del rechazo creciente de la opinión contra las guerrillas. La retórica de Álvaro Uribe y la influencia de los medios no son los únicos factores. Aunque los paramilitares y sus aliados están mucho más implicados en los crímenes de guerra, el cansancio de la población con respecto al conflicto armado se ha expresado sobre todo en denuncias contra las acciones de las FARC y del ELN (Comisión Histórica del Conflicto y sus Víctimas, 2015, p. 649).

El tercer periodo inicia el 20 de febrero de 2002 tras la ruptura del proceso de paz en El Caguán y el lanzamiento de la Política de Seguridad Democrática. Este periodo finaliza el 22 de febrero de 2012, un día antes del inicio de los diálogos exploratorios de paz.

El primer periodo del gobierno de Álvaro Uribe Vélez (2002–2006) estuvo marcado por un giro contundente en la política de seguridad del Estado colombiano. Tras el fracaso del proceso de paz con las FARC-EP y el cierre de la zona de despeje, Uribe impulsó la política de Seguridad Democrática, centrada en el fortalecimiento de la Fuerza Pública, el aumento del pie de fuerza y la recuperación del control territorial en zonas históricamente dominadas por actores armados ilegales.

Esta estrategia contó con un fuerte respaldo de Estados Unidos, especialmente a través del *Plan Colombia*, que en esta etapa pasó de enfocarse en la lucha contra el narcotráfico a priorizar la lucha contrainsurgente. En este contexto, se intensificaron las operaciones militares, se restringieron las condiciones para cualquier intento de diálogo con las guerrillas y se implementaron medidas como la red de informantes y los soldados campesinos. El primer mandato de Uribe representó así una ruptura con los intentos anteriores de negociación y marcó el inicio de una ofensiva sostenida contra las FARC-EP en distintos frentes del país.

En este periodo ingresa la última historia de vida de este relato. En 2003, luego de terminar la carrera de medicina en la Universidad Nacional, Laura Villa ingresó a las FARC-EP, en un contexto marcado por el intento de construcción de paz en San Vicente del Caguán, durante el gobierno de Andrés Pastrana.

Su ingreso se dio en medio de una oleada de estudiantes y profesionales universitarios que decidieron vincularse a la organización, motivados por el compromiso político y el momento histórico que se vivía. Al integrarse, llevó consigo elementos básicos de su formación médica: un vademécum, un tensiómetro y un fonendoscopio. El proceso de adaptación incluyó cursos básicos sobre la política e ideología de las FARC, así como entrenamientos prácticos para aprender a sobrevivir, construir su propio refugio, manejar herramientas de trabajo y desenvolverse en las difíciles condiciones del terreno selvático, como aprender a caminar en el barro. Todo esto hizo parte de una etapa inicial de aprendizaje, disciplina y ajuste al entorno insurgente.

> Después de un periodo de adaptación, fui enviada a un curso básico en el EMBO, que es el Estado Mayor del Bloque Oriental. Allá conocí a Jorge Narváez Briceño, el «Mono Jojoy». Hicimos el curso básico y a mí me asignaron un curso de enfermería, porque yo no había dicho que era médica. Más adelante, al indagar un poco más sobre mí, se dieron cuenta de que había estudiado medicina, y la atención del Mono se centró en mí. Justo en ese momento coincidía con un curso avanzado para formar personal en salud, que iba a ser dictado por un médico externo que vendría como apoyo. Como el médico no llegaba y seguían esperándolo, él me dijo: «Pues si usted es médica, dicte el curso». Y así fue como empecé, y ahí continué. Empecé dictando cursos; no puedo decir que fueran exactamente de medicina o de enfermería, sino más bien una introducción al conocimiento en salud, con algunos conceptos básicos de biología, anatomía… y así, poco a poco, la gente fue avanzando en su aprendizaje (Laura Villa, comunicación personal, 15 de mayo de 2019).

La nombraron responsable de salud, jefa del área y también instructora de cursos, no solo en temas de salud, sino también en formación política. Para Laura, médica de formación, uno de los aspectos que más relevantes al ingresar a las FARC-EP fue encontrarse con personas empíricamente formadas en salud, con amplios conocimientos prácticos en atención primaria, manejo de enfermedades endémicas y procedimientos de urgencia.

> Cuando vienen los diálogos del Caguán [1999-2002], surge una oportunidad: llegan muchos médicos de afuera, se arma un hospital, se hacen brigadas de salud en paralelo. Entonces muchos guerrilleros pudieron aprender algunas técnicas. Cuando yo llegué, ya había gente que había participado en cirugías de pterigión, que sabía tomar radiografías, que había asistido a cirugías de ortopedia y a procedimientos quirúrgicos como los de hernias. Eso generó una experiencia importante. También se habían desarrollado temas en bacteriología y se habían montado laboratorios. Entonces, uno veía que, a pesar de estar en la selva y

> en condiciones muy precarias, se logró avanzar. No era un Accutrend pequeñito, eso era todo un montaje, con aparatos que no se podían mover. Ya no me acuerdo el nombre [risas], pero sí, a pesar de toda la precariedad de la selva, se pudo, de alguna manera, desarrollar y utilizar algún tipo de tecnología (Laura Villa, comunicación personal, 15 de mayo de 2019).

El Plan Patriota, implementado entre 2003 y 2006 durante el gobierno de Álvaro Uribe Vélez, representó una de las mayores ofensivas militares del Estado contra las FARC-EP. Según el informe: *Militares y Guerrillas: La memoria histórica del conflicto armado en Colombia desde los archivos militares, 1958 – 2016 (2017, pp. 360–361)*. El Plan Patriota identificó tres zonas clave para debilitar a las FARC-EP: la primera, en Cundinamarca, sur de Boyacá, Meta y Casanare, desde donde se planeaba una ofensiva guerrillera hacia Bogotá; la segunda, en el suroriente del país (Meta y Caquetá), donde se ubicaba el secretariado y la retaguardia insurgente; y la tercera, en la región de Urabá, con fuerte presencia guerrillera. Su primer paso fue la Operación Libertad I, dirigida a romper el cerco sobre la capital, aplicando una nueva estrategia militar basada en unidades pequeñas, logística sostenida, aislamiento de la guerrilla de la población, corte de suministros, incentivos por desmovilización y uso de información de excombatientes. Un componente clave fue el uso de soldados campesinos, quienes actuaban como informantes y obstaculizaban el abastecimiento y movilidad de las FARC, especialmente en zonas rurales bajo presión militar.

> Se vivía un momento crítico del conflicto armado con la implementación del Plan Patriota [2003–2006]. Las fuerzas militares empezaron a penetrar zonas de la selva del Yarí donde nunca antes habían entrado. Yo era recién graduada, sin mayor experiencia clínica o quirúrgica, así que me tocó volver a los libros, revisar casos y empezar, de alguna forma, a liderar la atención en salud y de urgencias, en medio del conflicto y con todas las limitaciones que eso implicaba. En ese contexto, se construían hospitales, sitios de recuperación y estructuras móviles, porque luego del Plan Patriota vino el Plan Espada de Honor [2012], los dos gobiernos de Uribe [2002-2010] y el primero de Santos [2010-2014]. Fue un periodo de apoyo constante a hospitales, de formación de personal, de atención de la cotidianidad, porque la selva y las condiciones climáticas también generaban cierto tipo de enfermedades (Laura Villa, comunicación personal, 15 de mayo de 2019).

En este periodo, el concepto de «hospital móvil» en el Bloque Oriental experimentó una transformación significativa. Dejó de referirse únicamente a la presencia de una persona con conocimientos empíricos en salud —como ocurría en el segundo periodo— para

convertirse en un despliegue de estructuras sanitarias adaptadas al contexto de guerra, capaces de responder a los combates, atender heridos y cubrir las necesidades inmediatas del momento. La participación de Laura fue clave en el diseño y fortalecimiento de estos espacios, al integrar criterios clínicos y logísticos que optimizaron la atención en condiciones de movilidad y clandestinidad, consolidando así la capacidad de respuesta sanitaria en medio de la confrontación armada.

> Todo eso fue evolucionando y creando una conciencia. Ya llegó un momento en que nosotros, los que iniciamos todo esto, empezamos a desaparecer, y entonces comenzó una nueva etapa con la entrada de Laura [2003]. También empezó a ingresar otro tipo de gente, más formadita. Recuerdo un curso que se llamó «Bachilleres», que Laura cogió y estructuró […] Nosotros estuvimos hasta que terminó el gobierno de Uribe (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

Entre 2004 y 2008, las FARC-EP enfrentaron una serie de golpes militares y políticos que debilitaron significativamente su estructura. En 2004, se lanzó la Operación JM (Jojoy-Murillo), una ofensiva de gran escala en las selvas del sur del país que cercó al Bloque Oriental e intensificó la presión militar sobre la guerrilla. Esta ofensiva abrió el camino para acciones posteriores de alto impacto.

El respaldo ciudadano a su política de Seguridad Democrática impulsó la reelección de Álvaro Uribe Vélez en 2006. Su enfoque consistió en una ofensiva militar sostenida contra las guerrillas, a las que se les negó cualquier legitimidad política o ideológica. Al rechazar la existencia de un conflicto interno, se cerró toda posibilidad de entablar nuevos diálogos con la insurgencia, la cual fue reducida discursivamente a una amenaza narcoterrorista contra un Estado considerado plenamente legítimo (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013, p. 178).

Durante este periodo de Gobierno, se profundizó la estrategia de Seguridad Democrática, centrada en la ofensiva militar sostenida contra las FARC-EP. Este periodo estuvo marcado por una intensificación de las operaciones conjuntas de las Fuerzas Armadas, con el respaldo logístico y financiero de Estados Unidos en el marco del Plan Colombia. Se consolidaron acciones de fortalecimiento de las redes de inteligencia y los incentivos a la desmovilización individual, generando un impacto significativo en la estructura y moral de la insurgencia. A pesar de los cuestionamientos nacionales e internacionales sobre

violaciones a los derechos humanos y escándalos como los falsos positivos, el gobierno sostuvo un discurso de victoria cercana sobre las guerrillas.

La incidencia y prevalencia de la leishmaniasis en Colombia ha estado estrechamente vinculada al desarrollo del conflicto armado interno, particularmente en su modalidad de guerra de guerrillas desde la década de 1960, y posteriormente, a finales de los años noventa, durante la guerra de movimientos y los procesos de colonización de territorios selváticos aptos para el cultivo de coca. Desde los años sesenta, la enfermedad afectó progresivamente tanto a soldados como a la población civil residente en zonas rurales y selváticas del Chocó, Urabá antioqueño, Guaviare y Caquetá. Tras el rompimiento de los diálogos del Caguán y el ingreso masivo de la Fuerza Pública a las selvas de Meta, Caquetá, Vaupés y Guaviare, la leishmaniasis se presentó de forma epidémica entre los militares (Sotomayor, 2019, p. 269).

Las cifras evidencian un incremento sostenido: en el año 2000 se registraron 738 casos en las Fuerzas Armadas; en 2001, 1.919 casos; en 2002, 1.378 casos; en 2003, 808 casos; y en 2004, 3.163 casos, lo que representó un aumento del 391% respecto al año anterior. El comportamiento epidémico continuó en 2005, cuando se reportaron 10.269 casos, cifra cuatro veces mayor que la registrada en 2001. Posteriormente, se documentaron 9.599 casos en 2006 y 7.405 casos en 2007, además de la aparición de nuevos focos de transmisión en regiones que históricamente no habían reportado casos, lo que evidenció la estrecha relación entre la dinámica del conflicto armado y la expansión territorial de la leishmaniasis en Colombia (Sotomayor, 2019, p. 269).

Según la investigación de Silvana Ahumada, presentada en el capítulo *«Leishmaniasis, una enfermedad de guerra y conflictos»* del libro *Saberes y prácticas: miradas diversas en torno a procesos de salud y enfermedad* (2016, pp. 232–239), la leishmaniasis cutánea se ha configurado como un nuevo actor del conflicto armado colombiano. De acuerdo con los testimonios del personal del Ejército, los soldados en combate no solo se enfrentan a grupos guerrilleros y paramilitares, sino también a esta enfermedad, considerada el «tercer enemigo de la selva colombiana». Su impacto ha sido tal que ha provocado una reducción significativa en el número de efectivos disponibles para combate: solo en 2005, la leishmaniasis dejó fuera de combate a 10.500 hombres, entre ellos 10.186 miembros del Ejército, 270 de la Armada y 44 de la Policía Nacional, causando también desmoralización en las tropas.

> Las fuerzas militares empezaron a penetrar zonas de selva donde jamás habían entrado, y allá la leishmaniasis les dio muy duro. A pesar de contar con todo un sistema de salud y con la institucionalidad, hubo casos documentados de deformidades que se presentaron entre los integrantes de las Fuerzas Militares, lo cual generó bajas tremendas. Esa fue una de las razones por las que se empezaron a implementar los bombardeos: porque la estrategia de las Fuerzas Militares en la selva no les estaba funcionando, estaba generando más bajas, desmoralización, entre muchas otras cosas. Eso marcó el inicio de otra etapa, la época de los bombardeos, que cambió por completo la dinámica (Laura Villa, comunicación personal, 15 de mayo de 2019).

El cruce entre la evidencia documentada por Ahumada (2016) y el testimonio de Laura Villa permite comprender la leishmaniasis como un factor estratégico en el conflicto armado colombiano, capaz de incidir en la transformación de la dinámica militar.

La Novena Conferencia Nacional Guerrillera de las FARC-EP se llevó a cabo el 9 de abril de 2007, en un contexto marcado por el recrudecimiento del conflicto armado y el fortalecimiento de la ofensiva estatal. Debido a las difíciles condiciones de seguridad, esta conferencia se desarrolló de manera descentralizada, a través de reuniones virtuales entre bloques y frentes. El objetivo principal fue consolidar el llamado «Plan Renacer en masa», una estrategia orientada a reorganizar las estructuras insurgentes, fortalecer la resistencia territorial y reafirmar la vigencia de la lucha armada ante el cerco militar impuesto por la política de Seguridad Democrática del gobierno de Álvaro Uribe (Villamizar, 2019, p. 292).

En este contexto, las FARC-EP comenzaron un proceso de repliegue táctico y adaptación, reorganizando sus estructuras y replanteando sus estrategias ante la presión militar.

El 1.º de marzo de 2008, durante la Operación Fénix, fue abatido Raúl Reyes, miembro del Secretariado, en un campamento ubicado en territorio ecuatoriano. Apenas días después, el 7 de marzo, Iván Ríos fue asesinado por su propio jefe de seguridad. A finales de ese mismo mes, falleció por causas naturales el máximo líder y fundador del grupo, Manuel Marulanda Vélez (Tirofijo). Finalmente, el 2 de julio de 2008, se ejecutó la Operación Jaque, una exitosa maniobra de inteligencia militar que permitió la liberación de 15 secuestrados, entre ellos Íngrid Betancourt y tres contratistas estadounidenses. Estos hechos marcaron el inicio de un periodo de debilitamiento sostenido de las FARC-EP (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013).

En este apartado de la historia se hace necesario desarrollar tres momentos clave. El primero corresponde al fortalecimiento de la Escuela de Salud de las FARC-EP, liderado por Laura Villa, quien contribuyó a estructurar procesos de formación más estructurados, especialmente en escenarios de combate. El segundo momento se sitúa en el Bloque Magdalena Medio, donde se consolidaron formas organizadas de atención en salud. Finalmente, el tercer momento se ubica en el Bloque Sur, donde la política sanitaria insurgente se adaptó a las condiciones geográficas de la selva amazónica.

Dado que el conflicto armado tuvo dinámicas territoriales de cada región del país, y considerando además las variaciones, geográficas, ambientales, sociales y económicas, es posible afirmar que las escuelas de formación en salud adoptaron características específicas en cada territorio, en correspondencia con la división estructural de las FARC-EP por bloques. La principal Escuela de Salud se desarrolló en el Bloque Oriental, seguida del Bloque Magdalena Medio. también se contó con una Escuela de odontología, la cual no se desarrolla en este documento, ya que hace parte de los objetivos planteados.

La Escuela de Salud de las FARC-EP estaba estructurada en tres niveles de formación: un nivel básico, orientado a capacitar enfermeros con conocimientos esenciales en primeros auxilios y atención primaria; un nivel especializado, con una formación teórico-práctica intensiva de aproximadamente 18 meses, que se profundizaba en un área específica; y finalmente, un nivel de instructor o responsable de salud, reservado para aquellos combatientes que, por su formación política y habilidades sanitarias, eran designados como líderes del área de salud y encargados de replicar el conocimiento en otros frentes, fortaleciendo así la capacidad de respuesta sanitaria en territorios (Fuertes, 2022).

El nivel básico de formación en salud impartido por las FARC-EP tenía una duración aproximada de 15 días, con jornadas de seis horas diarias enfocadas en primeros auxilios. Los participantes adquirían competencias esenciales como el manejo de un listado básico de medicamentos, toma de signos vitales, canalización, colocación de sondas, tratamiento de heridas, técnica de sutura, fundamentos de historia clínica e inmovilizaciones. La metodología combinaba lectura grupal, exposiciones, videos pedagógicos (Corporis, Universidad Nacional) y talleres prácticos con materiales como jelcos, venoclisis, suturas vencidas y colchonetas. Quienes completaban este proceso quedaban habilitados para

desempeñarse como enfermeros básicos en los campamentos, resolviendo casos sencillos y brindando atención primaria inmediata (Fuertes, 2022).

El nivel especializado o avanzado de formación en salud consistía en un programa teórico-práctico de al menos 18 meses, con jornadas de 8 horas diarias, dirigido a preparar personal con competencias amplias en atención médica. Incluía módulos estructurados en anatomía, fisiología, farmacología, semiología, medicina interna y trauma y cirugía. La metodología combinaba exposiciones, videos educativos, cartillas, prácticas en campañas militares y desplazamientos a frentes para atención directa. Los estudiantes aprendían desde la lectura crítica hasta técnicas quirúrgicas complejas, logrando realizar procedimientos como amputaciones, colocación de tubos de tórax, colostomías o inmovilizaciones, y formulaban tratamientos en campo. Se apoyaban en bibliografía especializada y contaban con un variado equipo biomédico y quirúrgico. Este nivel los facultaba para asumir roles de liderazgo en salud, ejecutar cirugías electivas y liderar acciones de prevención en condiciones de guerra (Fuertes, 2022).

Este nivel también podía incluir prácticas en lugares previamente seleccionados de acuerdo con las necesidades sanitarias identificadas en los distintos frentes. Estas actividades permitían aplicar los conocimientos adquiridos en contextos reales y responder a problemáticas concretas del personal en combate. La ejecución de dichas prácticas, así como la construcción de infraestructuras sanitarias, se desarrollará con mayor detalle en el siguiente momento.

El nivel de Instructores estaba conformado por guerrilleros que, debido a su formación política y habilidades en el campo de la salud, eran designados por la dirección para asumir funciones de liderazgo sanitario y encargarse de la formación de nuevos integrantes en zonas de difícil acceso (Fuertes, 2022).

Con relación a la formación empírica en laboratorio clínico, la cual estaba a cargo de profesionales en bacteriología externas a la organización, es preciso señalar que al interior de las FARC-EP se elaboraban cartillas de apoyo que circulaban entre el personal de salud. Estas cartillas permitían estandarizar conocimientos y facilitar la rotación y formación continua en prácticas de laboratorio, incluso en contextos de alta movilidad o clandestinidad.

Además, en relación con las ETV, se contaba con una cartilla específica sobre malaria y leishmaniasis que incluía información detallada sobre el ciclo de vida del parásito, los signos y síntomas, el diagnóstico, el tratamiento y las vías de administración de los medicamentos. Esta cartilla constituía una herramienta clave para la formación del personal de salud y la atención en los distintos frentes y sirvió como insumo para este proceso.

Adicional a la Escuela de Salud, las FARC-EP contaban con la Escuela Política como un componente central en la formación de sus integrantes, concebida como un proceso de adoctrinamiento ideológico y construcción de conciencia revolucionaria. Asimismo, se desarrollaban otras escuelas específicas según las necesidades del momento, como la escuela de artillería, de transmisiones, de logística o de explosivos, con el fin de fortalecer las capacidades operativas y técnicas de sus frentes en diferentes áreas.

> En las capitales tienen el concepto de que los guerrilleros eran brutos, que no sabían nada […] Pero nosotros estudiábamos, conocíamos de todo. A nosotros no nos pueden enredar, porque nos manteníamos estudiando. Si llegaba una persona que no sabía ni la a, e, i, o, u, se le enseñaba (Jorge Narváez, comunicación personal, 15 de noviembre de 2019).

Con relación a esta formación, se presenta imagen de referencia en la Figura 2-9.

Figura 2-9: Clase de español en la selva

Nota: Campamento del Bloque Sur, cerca de Puerto Asis.

Fuente: (@MujerFariana, 2003).

Frente al segundo momento, la Escuela de Salud del Bloque Magdalena Medio, conocida por sus integrantes como «La Montaña», se desarrolló en una zona apartada y de difícil acceso del Catatumbo, en el departamento de Norte de Santander. Este espacio funcionaba como un lugar estratégico para la formación sanitaria, aprovechando las condiciones de aislamiento geográfico para garantizar la seguridad en medio del conflicto.

> En el año 2002 inicié en el tema de la enfermería de manera accidental; ni siquiera me había propuesto en la vida ser enfermera. En ese momento, al menos en el Magdalena Medio, cada seis meses o un año se seleccionaba personal para realizar cursos de enfermería. Todas las unidades —compañías y columnas— que hacían parte del frente 33 debían designar delegados para participar en esos cursos, como una cuota por unidad. Normalmente se reunían entre 25 y 30 estudiantes. Yo, en ese momento, estaba en la unidad de "Timo" y él me llamó y me dijo: «Hay un curso de enfermería, ¿le interesa?». Yo respondí: «Pues no sé, ni siquiera lo he pensado, pero si ustedes creen que lo puedo hacer, lo hago». Entonces me dijo: «Pues no se diga más, y se va». A partir de ese momento entré en ese mundo de la enfermería (Carolina García, comunicación personal, 21 de mayo de 2019).

La formación en el nivel especializado también se llevaba a cabo en esta escuela, donde, además de los contenidos teóricos, se realizaban prácticas con animales como parte del entrenamiento quirúrgico y clínico. Estas actividades permitían afianzar habilidades técnicas en condiciones controladas antes de atender a los combatientes heridos en contextos reales.

> En el curso más avanzado hicimos prácticas con animalitos, que luego se convertían en nuestros pacientes. Había que estar pendientes de los medicamentos, de los horarios, y de aplicar correctamente la regla de los cinco correctos, aunque el paciente fuera una gallina, un cerdito, cualquier animalito. Uno incluso les tomaba cariño. Fue una experiencia bien chévere (Carolina García, comunicación personal, 21 de mayo de 2019).

Con relación a la formación empírica en bacteriología, se destacan dos experiencias significativas: la de Carolina y la de Lucy. Ambas desarrollaron sus conocimientos a partir de la práctica directa en laboratorio clínico.

> Estuve en un curso con una bacterióloga, fuimos seleccionadas cuatro personas para participar y allí aprendimos un poco de todo. Vimos temas de hematología, pero de forma

> manual, algo de química —había un aparato con el que hacíamos química sanguínea—, y también el manejo del microscopio, que era lo más fundamental, tanto para la hematología como para los frotis. Hacíamos frotis vaginales, uretrales y también de exudados de algunas heridas (Lucy, comunicación personal, 29 de enero de 2020).

> En 2008 me ofrecieron la posibilidad de hacer un curso de laboratorio. Me sorprendió, porque no me lo esperaba [...] Yo realmente quería seguir en lo que estaba haciendo, porque me gustaba estar con la gente y sentir que lo que uno hacía podía salvar una vida. Pensar en el laboratorio significaba estar en un lugar más estable, porque los equipos no se podían mover fácilmente de un lado a otro […] Al final le dije «Bueno, si usted cree que lo puedo hacer, pues yo voy» Me dijo que me alistara porque en media hora me iba (Carolina García, comunicación personal, 21 de mayo de 2019).

Particularmente, estas dos historias continuaron en un proceso de formación práctica en Venezuela, atendiendo a las necesidades del momento. Lucy profundizó en el manejo de equipos de rayos X.

> En medio de todo, me tocó una vez salir, eso era según la necesidad. No era tanto como que “yo quiero salir”, sino que me dijeron: “vaya y haga un curso de rayos X y el manejo del equipo, para que usted llegue aquí con ese equipo”. Me mandaron para Venezuela por cinco meses [...] Todo el tiempo estuve así, como en cubierta, le dije que estaba estudiando. Yo llegué allá sin saber absolutamente nada, pero aprendí bastante porque me ponía a hacer muchas prácticas. Inicialmente, entré a trabajar en el cuarto oscuro, revelando radiografías. Después, me enseñaron las posiciones para tomar los rayos X [...] Ya después fue cuando compraron el equipo para traerlo, y tuve que aprender a manejarlo (Lucy, comunicación personal, 29 de enero de 2020).

Mientras que Carolina fortaleció sus conocimientos en laboratorio clínico, ampliando así sus competencias empíricas en áreas clave para la atención en salud dentro del campamento.

> El curso de laboratorio duró como dos años y medio. A mí me mandaron a aprender a manejar unos aparatos, y estuve trabajando en un ambulatorio en Maracaibo, Venezuela, durante unos cuatro meses. Un ambulatorio es como un puesto de salud en un barrio, que llamaban CDI [Centro Diagnóstico Integral], donde había atención de todo y también laboratorio. Allí, una señora que nos ayudaba a conseguir materiales me buscó un cupo. Dijo que yo había estudiado con ella en la facultad y que iba a ayudarle, y ahí me metió. La conclusión es que aprendí a manejar los aparatos que necesitábamos comprar, porque si

> los adquiríamos sin saber usarlos, igual se iban a quedar guardados allá en La Montaña (Carolina García, comunicación personal, 21 de mayo de 2019).

Tras su proceso formativo en Venezuela, que ocurrió en tiempos distintos, Lucy y Carolina regresaron al Bloque Magdalena Medio. Ambas experiencias reforzaron la capacidad instalada del bloque en materia de atención diagnóstica, consolidando un política sanitaria adaptada a las exigencias del conflicto armado en esa región.

> En el Catatumbo teníamos un sitio que le llamábamos el hospital, donde teníamos prácticamente de todo. Todo estaba muy escondido, todo el mundo entraba de noche, no podía entrar nadie de día. Para entrar alimento y todo, era, mejor dicho, con una disciplina muy estricta. Y allí, bueno, realmente nosotros empezamos nuestro proyecto de laboratorio en un campamento; luego nos movimos a otro sitio donde ya hicimos mejor las instalaciones. Donde empezamos, las paredes eran de madera; ya cuando nos pasamos dijimos: vamos a tratar de hacer nuestras instalaciones mejores. Y fuimos allí con láminas de polietileno, esas láminas… yo no sé si usted ha visto como los tanques plásticos, es como de ese material, unas láminas así gruesas, e hicimos las paredes con eso. Conseguimos la pintura epóxica, que es la que utilizan para el tema de quirófanos incluso, con eso pintamos por dentro todo, e hicimos un laboratorio muy bonito [...] Nosotros empezamos con el proyecto del laboratorio como en el 2003, bueno, en realidad desde el 2002 (Lucy, comunicación personal, 29 de enero de 2020).

El hospital estaba compuesto por varias áreas interconectadas y funcionalmente organizadas. En una esquina del espacio se encontraba el quirófano, equipado con una lámpara cialítica y, en su momento, una máquina de anestesia. Junto al quirófano estaba el cuarto de farmacia, meticulosamente organizado por secciones —antibióticos, analgésicos, insumos para cirugía— y dotado con una amplia variedad de medicamentos, suturas (incluso en alambre) y equipos quirúrgicos. Para su correcto uso, el personal debía investigar en manuales médicos el nombre y función de cada instrumento, a fin de preparar adecuadamente las cirugías. Finalmente, había un cuarto de esterilización donde se desinfectaban sábanas, ropa quirúrgica e instrumentos, utilizando autoclaves, hornos y líquidos especiales.

En el laboratorio se realizaban exámenes clínicos básicos y especializados. En el área de química sanguínea, se hacían pruebas de glucosa, colesterol, triglicéridos, transaminasas (perfil hepático), creatinina, BUN, ácido úrico (perfil renal), y pruebas rápidas para VIH,

sífilis, hepatitis y PSA (funcionamiento prostático). También eran frecuentes los cuadros hemáticos y exámenes de orina, así como frotis vaginales o uretrales para el control de enfermedades de transmisión sexual. Uno de los procedimientos obligatorios en cada unidad era la tipificación sanguínea, información que también debía llevarse marcada en la ropa de cada persona, lo que facilitaba las transfusiones en casos de emergencia.

Además del laboratorio fijo, desarrollaron un sistema de laboratorio móvil rudimentario, con centrífuga, microscopio y otros insumos básicos, lo que les permitía mantener el control diagnóstico en zonas alejadas. También se avanzó en la implementación empírica de técnicas de bacteriología, logrando aislar bacterias y realizar antibiogramas con discos preparados artesanalmente. Sin embargo, la conservación de los medios de cultivo representaba una dificultad constante debido a las condiciones climáticas.

En el Bloque Magdalena Medio (BMM), todos los combatientes recibían formación básica en primeros auxilios, que incluía el manejo de analgésicos, antibióticos básicos, control de hemorragias, aplicación de inyecciones, canalización e inmovilización. Lucy destaca que casi el 100 % de las unidades fueron capacitadas gracias al trabajo del equipo de salud. Carolina, por su parte, señala que desde 2008 los cursos se volvieron más completos, incorporando recursos como videos, imágenes clínicas y computadores. Además, se incluyeron contenidos sobre pruebas rápidas (VIH, hepatitis B), análisis de orina con tirillas y toma de RH, que los combatientes debían portar en el uniforme. Los cursos se ofrecían a grupos de 20 a 25 personas provenientes de diferentes unidades.

Frente al suministro de medicamentos, las FARC-EP desarrollaron estrategias logísticas adaptadas a la clandestinidad y las condiciones de guerra.

> Esa farmacia era muy grande, porque desde ahí se distribuían medicamentos para prácticamente todo el bloque. Entonces llegaba muchísima medicina, hablándolo en bestias cargadas, o sea mulas con dos bultos por cada lado. Llegaban hasta 25 o 30 mulas cargadas de medicina. Yo tenía que recibir, contabilizar y distribuir todo eso por unidades era muchísimo trabajo […] Se despachaban cantidades de medicamentos para un lado, para el otro, y al mismo tiempo debía llevar el control de lo que se entregaba para saber qué faltaba y poder solicitar los nuevos listados (Carolina García, comunicación personal, 21 de mayo de 2019).

Con relación al manejo de la leishmaniasis y la malaria en el Catatumbo, la respuesta sanitaria insurgente en el Bloque Magdalena Medio desarrolló estrategias adaptadas a las condiciones del territorio.

> Nosotros no tuvimos problema, ni para encargar los medicamentos. Por ejemplo, en el caso del «Glucantime» encargábamos 2000 o 3000 ampollas y llegaban, y de ahí se distribuían a las unidades de acuerdo con las necesidades. Por ejemplo, si decían que tenían cinco casos de leishmaniasis, se mandaban tomar las muestras y se enviaba el tratamiento, tantas ampollas aparte y la explicación de cómo aplicarlas a los auxiliares (Carolina García, comunicación personal, 21 de mayo de 2019).

> Para la leishmaniasis se tomaba muestra directamente de la lesión, procurando que no saliera con sangre, porque los glóbulos rojos impedían ver bien el parásito. [...] La leishmaniasis la llegamos a tratar nosotros con «Glucantime», más o menos a razón de 20 miligramos por kilogramo de peso. La ampolla siempre trae como mil quinientos, entonces lo que hacíamos era que, cuando no se podía pesar a la persona, por lo general uno preguntaba: “bueno, ¿cuánto pesaba la última vez que se pesó?”, y de ahí sacábamos el cálculo para dar el tratamiento, para dar una dosis justa (Lucy, comunicación personal, 29 de enero de 2020).

Con relación a otros tratamientos de manejo empírico dentro de su respuesta sanitaria frente a la leishmaniasis y la malaria en el Catatumbo, se utiliza limpieza con azul, que también era común en el Bloque Caribe.

> También hacíamos otro procedimiento: por lo menos dos veces al día hervíamos agua y les lavábamos las llaguitas con jabón azul. A nosotros nos habían enseñado que una curación con Isodine y no sé qué, pero empezamos a darnos cuenta de que funcionaba mejor lavar bien la llaga, bien lavada, y ojalá que saliera sangre. Eso sí nos funcionó mucho. A veces, hasta con una gasita o algo, impregnábamos también el «Glucantime», lo untábamos directamente en la llaga, y eso nos funcionó muchísimo. O sea, la parte de la limpieza iba a la par con el tratamiento, y era fundamental (Lucy, comunicación personal, 29 de enero de 2020).

Siendo el Catatumbo una región con alta presencia de malaria, su diagnóstico y tratamiento constituían una prioridad dentro de la respuesta sanitaria.

> El Catatumbo por lo general es una zona donde se presentan muchos casos de malaria […] Casi todos los enfermeros de las unidades trabajaban siempre el tema de los síntomas, y siempre fueron raritos, raritos los casos que conocimos de P. falciparum, fueron muy escasos. El P. vivax era el más corriente de ahí. [...] Por lo general, con el P. falciparum la fiebre es como cada 24 horas, y con el P. vivax es como cada tres días, más o menos a las 36 horas. Por ejemplo, a uno le daba fiebre hoy, al otro día no tenía nada, pero al siguiente sí, como con un día intermedio. Mientras que el P. falciparum era todos los días, y además venía con unos dolores de cabeza muy intensos. A diferencia del otro, pues sí se sentían los malestares, pero no eran tan fuertes como con el P. falciparum, que se complicaba con muchas cosas. La persona, además del dolor de cabeza, podía llegar a alucinar del mismo dolor, con una fiebre muy alta (Lucy, comunicación personal, 29 de enero de 2020).

A diferencia de otras zonas, en este bloque se contaba con un laboratorio que permitía realizar diagnóstico parasitológico a través de pruebas como la gota gruesa, lo cual facilitaba la confirmación de casos.

> Para la malaria se hacía el extendido sanguíneo. Lo que tratábamos era que, si el paciente no tenía fiebre, entonces colocábamos, por ejemplo, algo de hielo en la parte del hígado por un rato, para poder tomar la muestra. Si estaba con fiebre, pues para nosotros era incluso mejor. El hielo era para enfriar mucho el hígado, y también decían que el parásito se movía, que disque se salía del hígado. Pues funcionaba. Hacíamos la gota gruesa y la veíamos al microscopio luego de la coloración. No recuerdo cuál era la coloración exactamente, pero tenía azul de metileno (Lucy, comunicación personal, 29 de enero de 2020).

El tratamiento de la malaria en el Catatumbo se realizaba inicialmente con medicamentos como «Aralen» (cloroquina) y «Neo-Quipenyl» (primaquina). Posteriormente, se introdujo el uso de «Falcidar» para tratar específicamente el *Plasmodium falciparum*, diferenciándolo de otras especies. Debido a la toxicidad de los antipalúdicos y sus efectos adversos, el tratamiento se acompañaba con multivitamínicos y tiamina para reducir el impacto en los pacientes. Además, se incluía vitamina B12 y otros suplementos para contrarrestar cuadros de anemia frecuentes, y se reforzaba la importancia de un diagnóstico adecuado, evitando tratar como malaria cualquier síntoma inespecífico.

El trabajo en salud de las FARC-EP en el Catatumbo incluyó una activa participación con la población civil, especialmente en zonas rurales donde la institucionalidad era escasa o

inexistente. Se llevaron a cabo jornadas de capacitación para mujeres de veredas y caseríos, con el fin de apoyar la creación de farmacias comunitarias y fortalecer el manejo básico de primeros auxilios y medicamentos. También se atendían urgencias comunes, como fracturas, mordeduras de serpiente o heridas por accidentes, y se realizaban visitas domiciliarias a personas en estado grave, garantizando su alimentación, suministro de medicamentos y seguimiento por parte de enfermeros. En respuesta a la alta carga de enfermedades parasitarias, se organizó una jornada masiva de desparasitación dirigida tanto a niños como adultos, tras detectar casos alarmantes, como el de menores que fallecieron por obstrucciones causadas por parásitos que salían por la nariz. Estas acciones evidencian el carácter colectivo, preventivo y resolutivo de su respuesta sanitaria en el territorio.

Respecto al tercer momento, la experiencia desarrollada en el Bloque Sur se caracterizó por el fortalecimiento de una estructura sanitaria sólida, especialmente en contextos de alta confrontación y difícil acceso.

> En el 2002, en el Bloque Sur, lo tuvimos todo en el laboratorio. Teníamos la sección de química sanguínea, donde trabajábamos con el Reflotron Plus y el Advia 50. Con química líquida hacíamos glicemia, colesterol, triglicéridos, ácido úrico, creatinina y BUN. También teníamos el área de hematología, la realizábamos de forma manual, con todo el equipo y los microscopios; hacíamos la velocidad de sedimentación globular, como se hace manualmente, analizando bien las tablas, teníamos el equipo para hacer hemoglobina y recuento plaquetario. El recuento de glóbulos blancos y rojos lo hacíamos de forma ocular con los microscopios. En el área de uroanálisis teníamos tiras para leer el pH y las láminas para montar la muestra y verla al microscopio, y también contábamos con el área de coproanálisis, donde estudiábamos las heces para detectar parásitos, usando Lugol y todo eso (Betsy Ruiz, comunicación personal, 21 de noviembre de 2019).

En el Bloque Sur, la estructura sanitaria alcanzó un alto nivel de rigurosidad técnica, destacándose por contar con un laboratorio fijo completamente estéril, enchapado, con condiciones higiénicas adecuadas y personal que utilizaba todos los elementos de protección requeridos. La atención en salud seguía una línea estándar establecida desde el Bloque Oriental, que incluía un kit de equipos diferenciados para uso en terreno y para hospitales. Se realizaban transfusiones de sangre de manera frecuente gracias al conocimiento adquirido en entrenamientos básicos, el uso de pruebas cruzadas y la

organización previa de los grupos sanguíneos y factores RH del personal. Se disponía de un pequeño banco de sangre con unidades de donadores universales para emergencias. Además del laboratorio fijo, existían laboratorios móviles equipados con lo esencial —microscopio, tiras reactivas, glucómetro— que permitían hacer estudios rápidos en el terreno sin comprometer su funcionamiento. Esta combinación de infraestructura fija y móvil garantizaba una atención oportuna y adaptada a las condiciones del conflicto.

Durante el segundo mandato de Álvaro Uribe Vélez (2006–2010), el recrudecimiento de la ofensiva militar bajo la política de Seguridad Democrática impactó de manera directa las estructuras sanitarias insurgentes. En particular, el Bloque Sur fue objeto de una presión constante que obligó al personal de salud a replegarse y movilizar sus equipos hacia zonas con presencia civil. A pesar de los esfuerzos por proteger el instrumental médico, los bombardeos terminaron por destruir por completo instalaciones estratégicas como el laboratorio del sur, afectando gravemente la capacidad de atención en salud en el territorio.

En el Bloque Sur, el tratamiento de enfermedades como la malaria y la leishmaniasis respondió a una necesidad urgente derivada de las condiciones endémicas de la región y la exposición constante de la tropa en zonas selváticas.

> En la leishmaniasis siempre revisábamos la lesión y luego tomábamos la muestra, evitando que sangrara, porque el sangrado hacía que los hematíes ocultaran un poco el parásito. Entonces tratábamos de limpiar y lograr que saliera como esa agüita, y de ahí sacábamos la muestra para hacer un extendido. Cuando había posibilidad, se estudiaba en el laboratorio, y otras veces se aplicaba cito fijador y se enviaba a un laboratorio externo (Betsy Ruiz, comunicación personal, 21 de noviembre de 2019).

El tratamiento de la leishmaniasis en el Bloque Sur se basó inicialmente en el uso de Glucantime, aplicado cada 12 horas, lo que generó efectos adversos y baja efectividad. Con el tiempo, se aprendió a calcular la dosis según el peso corporal y a administrarlo diluido en suero, lo que mejoró notablemente los resultados. Sin embargo, el acceso a este medicamento era limitado por su control estatal, lo que obligaba a almacenarlo en grandes cantidades, muchas veces hasta su vencimiento. También se implementaron técnicas de infiltración directa en la lesión para casos complicados, incluyendo formas cutáneas y mucocutáneas. También se presentaron casos de leishmaniasis visceral, que era tratada con «Pentostam». Paralelamente, se recurrió al uso de medicina botánica, empleando

hierbas con propiedades antimicrobianas recomendadas por sabedores locales, integrando así saberes ancestrales a la estrategia terapéutica.

Frente a la malaria, el diagnóstico se realizaba en el laboratorio mediante la técnica de gota gruesa, procedimiento establecido que permitía, a través de la observación microscópica, identificar las formas parasitarias de *Plasmodium vivax* y *Plasmodium falciparum*. El tratamiento continuaba con los mismos medicamentos empleados en los Bloques Oriental y Magdalena Medio, siguiendo los protocolos internos que la organización había establecido para el manejo de la enfermedad.

> Siempre seguíamos los fundamentos para tratar la malaria. Para el *Plasmodium vivax* utilizábamos «Aralen» y «Neo-Quipenyl» durante catorce días. Eran tres o dos pasticas, no recuerdo bien, pero sí era con Aralen y se terminaba con Neo-Quipenyl [...] Para el *Plasmodium falciparum*, que es un parásito más fuerte y que tiende a afectar el cerebro, añadíamos «Falcidar» (Betsy Ruiz, comunicación personal, 21 de noviembre de 2019).

También se recurrió a la medicina botánica como complemento en el manejo de la malaria. Estas prácticas, transmitidas desde los saberes locales, se convirtieron en una alternativa indispensable durante los periodos de aislamiento o cuando el suministro de fármacos se interrumpía.

> Cuando no teníamos el medicamento, nosotros naturalmente utilizábamos la «quina» que era una matica que vive en el monte, que de ahí esta saca la base cloroquina que se consigue más, hacía la parte del Brasil, entonces de ahí sacábamos la corteza, la cloroquina, se echaba, en lo que le diera a uno la puñadita así, esa corteza la raspaban y luego la metíamos en una bolsita de tela, le echábamos agua hirviendo y lo que saliera ya lo dábamos a tomar, si lo tomabas, eso sabe a lo mismo que sabe la pasta de «Aralen» (Betsy Ruiz, comunicación personal, 21 de noviembre de 2019).

En este punto, la organización sanitaria de las FARC-EP se integraba de manera funcional a la estructura jerárquica de la guerrilla, reflejando su división político-militar en bloques, frentes, columnas, compañías y escuadras. Esta red escalonada y articulada permitía que la política sanitaria insurgente funcionara incluso en condiciones de clandestinidad, movilidad constante y presión militar, consolidando un modelo de atención autónomo y adaptado al territorio, como se detalla en la Tabla 2-10.

Tabla 2-10: Organización sanitaria de las FARC

Nivel de la organización	Composición estimada	Personal de salud asignado	Funciones sanitarias principales
Escuadra (unidad básica)	Es la unidad básica y consta de 12 personas, incluidos sus mandos.	1-2 personas de salud	Primeros auxilios, apoyo básico
Guerrilla	Consta de 2 escuadras, más sus 2 mandos. Total: 26 personas.	1 enfermera + 2 a 4 auxiliares	Atención básica, estabilización inicial
Compañía (elemento base): orden público y combate.	Son de orden público y de combate. Consta de 2 guerrillas, más sus 2 mandos: 54 personas.	1 médico o enfermero muy capacitado + 8 a 10 entre enfermeros y auxiliares	Atención en combate, diagnóstico preliminar
Columna	Consta de 2 compañías, más sus 2 mandos. Total: 110 hombres.	Se duplica el equipo de salud de la compañía	Capacidad ampliada para atención continua
Frente	Consta de más de una columna.	Depende del número de columnas que lo componga	Coordinación operativa sanitaria
Bloques de Frente	Consta de 5 o más frentes.	Se sumaba el personal.	

Fuente: elaboración propia a partir de las historias de vida.

Frente al panorama nacional, con una carta fechada el 12 de julio de 2010, Henry Acosta, facilitador e intermediario entre el gobierno de Álvaro Uribe Vélez y las FARC-EP, presentó a Juan Manuel Santos, antes de su posesión presidencial, un balance de la labor adelantada durante los dos periodos presidenciales anteriores, resaltando la voluntad política de las FARC-EP para buscar una negociación política del conflicto armado. En dicha carta, Acosta proponía un encuentro secreto en el exterior con el fin de definir la hoja de ruta para un eventual proceso de paz. Esta comunicación, según lo relata Santos en su libro *La batalla por la paz* (2019, pp. 242–243), cayó en terreno fértil.

Con el inicio del gobierno de Juan Manuel Santos el 7 de agosto de 2010, se mantuvo la ofensiva militar contra las FARC-EP, heredada de la política de Seguridad Democrática, aunque con un enfoque más estratégico y menos confrontacional en el discurso.

El 6 de septiembre de 2010, Juan Manuel Santos se reunió con Henry Acosta y, a través de él, envió un mensaje verbal a las FARC-EP manifestando su intención de iniciar un proceso de paz. Propuso realizar un encuentro secreto —que podría llevarse a cabo en

Brasil o Suecia— entre dos delegados de alto nivel de la guerrilla y dos representantes del gobierno, con el objetivo de definir el camino hacia una solución negociada del conflicto armado. A partir de ese momento, como señaló el propio Santos, “el balón quedó en la cancha de la guerrilla”, mientras el conflicto continuaba su curso (Santos, 2019, p. 247).

Ese mismo año, el 23 de septiembre, se llevó a cabo la Operación Sodoma, un bombardeo de gran precisión en la región del Meta que resultó en la muerte de alias el Mono Jojoy, uno de los principales comandantes militares de la guerrilla y símbolo de su poder operativo. Esta acción representó un duro golpe a la estructura armada de las FARC-EP y reafirmó la capacidad del Estado para alcanzar a sus máximos jefes, incluso en zonas históricamente controladas por la insurgencia.

Pese a esta operación, el 15 de octubre de 2010, Pablo Catatumbo, quien integraba el Secretariado de las FARC-EP desde el fallecimiento de Manuel Marulanda, respondió a la propuesta de Juan Manuel Santos manifestando que la dirigencia insurgente veía con buenos ojos la realización de un primer encuentro secreto fuera del país. Las FARC-EP sugirieron que este se llevara a cabo en Venezuela o Cuba, naciones que ofrecían mayor confianza y garantías de seguridad. El objetivo de este llamado «encuentro exploratorio», entre delegados plenipotenciarios, era discutir la agenda preliminar y sentar las bases para la puesta en marcha de un eventual proceso de paz (Santos, 2019, pp. 281–287).

Entre el 2 y 3 de marzo de 2011 se llevó a cabo la primera reunión preparatoria en un campamento de las FARC-EP ubicado en la zona fronteriza entre Colombia y Venezuela. Por parte del gobierno asistieron Alejandro Éder y Jaime Avendaño, mientras que por la guerrilla participaron Andrés París y Rodrigo Granda. En este encuentro se determinó que Cuba sería el país sede del encuentro exploratorio. Posteriormente, en julio de 2011, se realizó la segunda reunión preparatoria, con la participación de representantes de los gobiernos garantes de Cuba, Venezuela y Noruega (Santos, 2019, pp. 281–287).

En ese contexto, el 4 de noviembre de 2011, se produjo un nuevo golpe a la cúpula insurgente con la muerte de Alfonso Cano, máximo comandante de la organización, durante una operación militar en el departamento del Cauca. A pesar de esta pérdida, las FARC no se replegaron del escenario político, y avanzaron en las conversaciones preparatorias formales, con reuniones en Noruega y Venezuela, donde se sentaron las

bases para la apertura de un proceso de paz oficial, marcando un giro en la relación entre el Estado y la insurgencia.

Entre el 22 y 23 de enero de 2012 se llevó a cabo la última reunión preparatoria para el denominado «encuentro exploratorio». En esta reunión se acordó que dicho encuentro se realizaría el 23 de febrero de 2012 en La Habana, Cuba. Por parte de las FARC-EP asistirían Mauricio Jaramillo, Rodrigo Granda y Andrés París, acompañados por Marcos Calarcá y Sandra Ramírez. En representación del Gobierno colombiano participarían Sergio Jaramillo, Frank Pearl y Enrique Santos, hermano del presidente, marcando así el cierre de la fase preparatoria y la apertura de un nuevo escenario de diálogo.

El tercer periodo, comprendido entre 2002 y 2012, representó la etapa de mayor repliegue sanitario y adaptación de la política sanitaria insurgente frente a la ofensiva militar más intensa del conflicto armado colombiano. La implementación de la Seguridad Democrática, el Plan Patriota y las operaciones conjuntas de gran escala obligaron a las FARC-EP a desplazar y fragmentar sus estructuras sanitarias, transformando los hospitales fijos en hospitales móviles y estructuras itinerantes capaces de sostener la vida en condiciones extremas de clandestinidad. La formación empírica en la Escuela de Salud y la integración de conocimientos locales y botánicos se consolidaron como estrategias de supervivencia ante la escasez de insumos y la alta incidencia de enfermedades endémicas como la malaria y la leishmaniasis, que afectaban tanto a la tropa insurgente como a las Fuerzas Militares, incidiendo incluso en la dinámica estratégica del conflicto. Este periodo evidencia la resiliencia y capacidad adaptativa de la política sanitaria de las FARC-EP, que logró sostener la vida en medio del aislamiento y la persecución militar, y sentó las bases para el tránsito hacia la reorientación sanitaria y la apertura a la paz que caracterizaría el siguiente periodo.

2.4 Transición de la respuesta sanitaria a una apuesta por la paz 2012 – 2016

> La historia no es algo que ya pasó y, sobre todo, que ya les pasó a hombres notables y célebres. Es mucho más. Es lo que le sucede al pueblo común y corriente todos los días, desde que se levanta lleno de ilusiones hasta que cae rendido en la noche sin esperanzas. No se necesitan documentos acartonados y descoloridos por el tiempo para convertir un hecho en histórico; la

> historia no se refugia en las notarías ni en los juzgados, ni siquiera en los periódicos. La historia es una voz llena de timbres y de acentos de gente anónima (Molano, 1995, p. 46).

El tercer periodo inicia el 23 de febrero de 2012 tras el inicio del encuentro exploratorio del proceso de paz en La Habana. Este periodo finaliza el 24 de noviembre de 2016, con la firma del Acuerdo Final de paz entre el Gobierno Nacional y las Fuerzas Armadas Revolucionarias – Ejército del Pueblo (FARC-EP).

> La misión que yo recibí fue en 2012. Yo salí en febrero de ese año, y la misión que me dieron fue la siguiente: usted va a estar al frente de un equipo en el que están Marco Calarcá, Ricardo Téllez, Sandra Ramírez y Andrés París. Ustedes van a construir la agenda, y esa agenda la tienen que elaborar con el Gobierno. ¿Qué más me dijeron? Que todo eso debía basarse en nuestros documentos: estatutos, reglamentos, normas internas de comando, todo. La misión era generar la posibilidad de crear un mecanismo para discutir lo que es central en Colombia y en el movimiento guerrillero (Mauricio Jaramillo, comunicación personal, 17 de marzo de 2020).

En febrero del año 2012, se dio inicio formal a los diálogos de paz entre el gobierno de Juan Manuel Santos y las FARC-EP en La Habana, Cuba, con el acompañamiento de Noruega y Venezuela como países garantes. Este proceso representó un giro histórico en la relación entre el Estado y la insurgencia, al establecer una agenda de negociación clara y estructurada en torno a seis puntos fundamentales. A lo largo de los siguientes años, las conversaciones avanzaron en medio de tensiones, cese al fuego parciales y gestos de confianza mutua.

Para Eduardo Pizarro (2017) Uno de los factores clave para el éxito en la reapertura de las conversaciones de paz fue la renovación en la dirigencia de las FARC-EP. De los siete miembros del Secretariado del Estado Mayor designados en la Octava Conferencia Guerrillera de 1993 —Manuel Marulanda Vélez, Raúl Reyes, Alfonso Cano, Mono Jojoy, Efraín Guzmán, Timochenko e Iván Márquez—, al inicio de los acercamientos solo sobrevivían los dos últimos. Este relevo generacional se articuló en torno a antiguos miembros de la Juventud Comunista (JUCO), lo que implicó un cambio estratégico: se pasó de una visión centrada en la “guerra popular prolongada” hacia una apuesta orientada al tiempo de la acción política, que facilitaría la apertura del proceso de paz.

El Acuerdo del Encuentro Exploratorio de 2012 recoge los resultados de las reuniones realizadas en La Habana, Cuba, entre el 23 de febrero y el 26 de agosto de 2012, con Cuba y Noruega como países garantes y Venezuela como facilitador logístico. El acuerdo se fundamentó en la voluntad mutua de poner fin al conflicto armado como condición para alcanzar una paz estable y duradera, reconociendo la importancia de los derechos humanos, la equidad social, el desarrollo económico sostenible y la ampliación de la democracia. Asimismo, se estableció que la Mesa de Conversaciones se instalaría públicamente en Oslo, Noruega, en los primeros quince días de octubre de 2012, teniendo como sede principal La Habana, bajo el principio rector de que “nada está acordado hasta que todo esté acordado”.

En el Acuerdo General para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera se establecen seis puntos centrales de la agenda de negociación (Villamizar, 2019), que se presentan a continuación:

1. Política de desarrollo agrario integral (acceso y uso de la tierra, desarrollo social y económico con enfoque territorial, seguridad alimentaria).
2. Participación política (garantías para nuevos movimientos, acceso a medios, participación ciudadana).
3. Fin del conflicto (cese al fuego bilateral, dejación de armas, reincorporación, garantías de seguridad y lucha contra estructuras criminales).
4. Solución al problema de las drogas ilícitas (sustitución de cultivos, desarrollo alternativo, prevención y salud pública).
5. Víctimas (derechos, verdad, reparación y garantías de no repetición).
6. Implementación, verificación y refrendación (mecanismos conjuntos, cronograma, participación social y acompañamiento internacional).

El 18 de octubre de 2012 se llevó a cabo la instalación de la Mesa de Conversaciones, con lo cual comenzó la fase pública del proceso de paz en La Habana, Cuba, orientada a alcanzar consensos sobre los seis puntos de la agenda previamente acordada.

En abril de 2013, Laura Villa fue incorporada formalmente a la delegación de paz de las FARC-EP en La Habana. Esta incorporación ocurrió en un contexto en el cual el gobierno

colombiano suspendió temporalmente sus operaciones militares en la zona del Meta para permitir su traslado seguro desde un área controlada por el Bloque Oriental.

En 2014, con el inicio del segundo mandato de Santos, se consolidó el compromiso del gobierno con la salida política al conflicto, a pesar de las presiones internas y los cuestionamientos de sectores opuestos a la negociación. El proceso de La Habana se convirtió así en el eje central del segundo periodo presidencial, marcando una nueva etapa en la historia del país.

En mayo de 2015, durante un bombardeo en Guapi (Cauca), murieron entre 26 y 29 combatientes de las FARC, entre ellos dos figuras centrales: *Jairo Martínez*, integrante de la delegación de paz en La Habana, y *Román Ruiz*, jefe del Frente 18 y miembro del Estado Mayor Central. Este ataque desarticuló significativamente la dirección del Bloque Occidental de las FARC y dejó un vacío de liderazgo en las zonas del Pacífico colombiano.

En 2015, las FARC-EP declararon un cese al fuego unilateral, como muestra de voluntad frente al proceso de paz en curso. Este gesto fue correspondido en 2016 con un cese bilateral al fuego entre la insurgencia y el Estado, lo que generó un ambiente propicio para la firma del acuerdo.

Tras casi cuatro años de diálogos, el 24 de agosto de 2016 se alcanzó un primer Acuerdo Final, que sería suscrito en Cartagena, constituyéndose en un momento clave para la construcción de la paz en Colombia.

Entre el 17 y el 23 de septiembre, en los Llanos del Yarí, municipio de San Vicente del Caguán, y en el marco de los diálogos con el Gobierno Nacional, las FARC-EP realizaron la Décima Conferencia Nacional Guerrillera. Este encuentro histórico tuvo como objetivo central discutir y aprobar de manera colectiva el Acuerdo Final de Paz negociado en La Habana. Fue un evento abierto a delegados de todos los frentes, que concluyó con el voto colectivo al «Sí» por los acuerdos firmados en La Habana, la decisión formal de dejar las armas y la transformarse en un movimiento político legal (Villamizar, 2019). La Décima Conferencia representó el cierre definitivo de la trayectoria armada de las FARC-EP y el inicio de su tránsito hacia la vida civil en el marco de la implementación del Acuerdo.

Para ese momento, todos los entrevistados de este estudio se encontraban activos en el proceso de transición, participando en espacios de reincorporación, formación y trabajo comunitario.

El plebiscito del 2 de octubre de 2016, convocado para refrendar el Acuerdo Final de Paz firmado inicialmente en Cartagena el 26 de septiembre de 2016, representó un momento decisivo en la historia reciente de Colombia. Contra todos los pronósticos, la opción del «No» obtuvo una ligera mayoría (50,2 %), lo que obligó al Gobierno y a las FARC-EP a reanudar las conversaciones para incorporar ajustes que respondieran a las preocupaciones de los sectores opositores.

Tras este proceso de modificación, el 24 de noviembre de 2016 se firmó el Acuerdo Final en el Teatro Colón de Bogotá, marcando el cierre formal de más de cinco décadas de conflicto armado, dando inicio a la fase de implementación y reincorporación de la insurgencia a la vida civil.

La salud ocupó un lugar relevante en el Acuerdo Final de Paz (Gobierno Nacional; Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo, 2016), principalmente dentro del Punto 1: Reforma Rural Integral, que contempla el mejoramiento del acceso a servicios de salud en las zonas rurales como parte de las transformaciones necesarias para cerrar las brechas históricas entre el campo y la ciudad, por medio de un Plan Nacional de Salud Rural, descrito en el punto 1.3.2.1. Salud: El Acuerdo plantea el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria rural mediante diagnósticos participativos que permitan ampliar la cobertura, mejorar la dotación tecnológica —incluida la telemedicina— y garantizar la presencia permanente de personal calificado. Se promueve un enfoque diferencial y de género, que atienda las necesidades específicas de las mujeres a lo largo de su ciclo vital, incluyendo salud sexual y reproductiva, atención psicosocial y medidas especiales para gestantes, niños y niñas. Asimismo, se propone la creación de un modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas, con énfasis en prevención y atención domiciliaria o en los lugares de trabajo, complementado por un sistema de seguimiento y evaluación permanente para asegurar la calidad y oportunidad de la atención.

Además, la reincorporación de excombatientes incluyó el acceso a atención médica, apoyo psicosocial y procesos de rehabilitación integral, reconociendo las afectaciones físicas y emocionales derivadas del conflicto. De esta forma, la salud fue concebida como un pilar

para la construcción de paz, al vincular la reparación individual y colectiva con la equidad territorial y el bienestar comunitario. No se evidencia una mención directa de las ETV en el Acuerdo Final de Paz.

Entre 2012 y 2016, la política sanitaria insurgente de las FARC-EP se encontraba plenamente consolidada, producto de más de cinco décadas de construcción empírica y estructuración interna. En este último periodo, marcado por el inicio de los diálogos de paz y la reducción progresiva de la confrontación militar, las estructuras de salud de la organización operaban con mayor estabilidad y capacidad técnica, sosteniendo tanto la atención primaria de los combatientes como el apoyo sanitario a comunidades rurales históricamente desatendidas. La existencia de hospitales móviles, laboratorios y personal empírico altamente capacitado evidenciaba un modelo adaptado al territorio y a la guerra, que, en el marco de los ceses al fuego y la preparación para la vida civil, comenzó a orientarse hacia prácticas preventivas, de autocuidado y de articulación comunitaria. Este periodo simboliza la madurez de la política sanitaria insurgente, justo antes de su transformación hacia escenarios de paz y salud rural.

En este periodo la salud insurgente dejó de centrarse en la consolidación territorial para integrarse de manera definitiva en el marco del Acuerdo Final de Paz. Si bien las estructuras sanitarias de las FARC-EP ya habían alcanzado un alto nivel de organización, su función estratégica se desplazó hacia la negociación política, donde la salud fue reconocida como un componente esencial de la reincorporación y la reparación colectiva. La inclusión de compromisos relacionados con la atención médica, el apoyo psicosocial y la mejora de los servicios de salud rural en el Acuerdo de Paz de 2016 reflejó el tránsito de una política sanitaria insurgente centrada en la supervivencia y la resistencia hacia un instrumento para la construcción de paz y la integración comunitaria.

3. Aportes a la Salud Rural

En el Acuerdo Final se estableció en el punto 1.3 Planes Nacionales para la Reforma Rural Integral (PNRRI) con énfasis en el punto 1.3.2 Desarrollo social: salud, educación, vivienda, erradicación de la pobreza y en particular en el punto 1.3.2.1 Salud, el cual tiene como propósito crear e implementar un Plan Nacional de Salud de Salud Rural que acerque la oferta de servicios en salud a las comunidades, fortalezca la infraestructura de salud en las zonas rurales y que genere la creación de un modelo especial de salud pública con énfasis en la prevención, que permita brindar una atención en la zonas rurales dispersas.

En cumplimiento del Acuerdo Final de Paz, el Estado colombiano expidió el Decreto Ley 899 del 29 de mayo de 2017, como parte del marco jurídico para la implementación de la reincorporación integral de los exintegrantes de las FARC-EP. Este decreto reconoce expresamente la necesidad de validar, certificar y homologar los saberes, conocimientos y experiencias adquiridas por los excombatientes durante su permanencia en la organización insurgente, incluyendo aquellos de carácter técnico, operativo y comunitario. Esta disposición se inscribe en lo establecido en el punto 3.2.2.3 del Acuerdo Final, que promueve el reconocimiento de capacidades desarrolladas en el conflicto armado, como parte de una estrategia para facilitar su tránsito a la vida civil y su inserción en procesos educativos, laborales y comunitarios. El decreto constituye, por tanto, el primer instrumento normativo que da respaldo legal a la valoración de estos saberes no institucionalizados, abriendo la posibilidad de su certificación formal en el marco del proceso de reincorporación.

La implementación del Acuerdo de Paz, con su enfoque territorial, exige estrategias que respondan tanto a las dinámicas de la reincorporación como a las necesidades particulares de las personas y comunidades afectadas por el conflicto armado. En este contexto, el proyecto «Fortaleciendo Comunidades para la Paz», de la Cruz Roja Colombiana en

asociación con la Cruz Roja Noruega y el apoyo de la Embajada de Noruega, desempeña un papel clave en la construcción de entornos de paz. Este proyecto buscó reforzar las capacidades comunitarias con el fin de contribuir a los procesos de reincorporación y reconciliación en territorios priorizados tras la firma del Acuerdo Final de Paz. Se estructuró en tres ejes principales: la homologación de saberes en salud de personas en proceso de reincorporación y de las comunidades que los acogen; la reducción de barreras en el acceso a servicios de salud mediante la reactivación de centros comunitarios; y el fortalecimiento del tejido social entre excombatientes y poblaciones vecinas (Observatorio de Paz y Conflicto, 2018).

En el marco de la primera línea de acción, se adelantó un proceso de formación en cinco programas técnicos: Auxiliar en Enfermería, Auxiliar en Salud Pública, Auxiliar en Salud Oral, Auxiliar en Servicios Farmacéuticos y Auxiliar Administrativo en Salud, dirigidos a personas en proceso de reincorporación, es decir, exguerrilleros de las FARC-EP con conocimientos en salud.

En el proceso del posacuerdo la respuesta en salud —que antes respondía a las exigencias de la guerra— se resignificó como una herramienta para la vida civil, la dignidad y la construcción de paz en los territorios. Esta transición implicó un proceso de adaptación, donde los conocimientos adquiridos en medio del conflicto comenzaron a orientarse hacia el cuidado comunitario en escenarios de reincorporación y ruralidad. La salud dejó de estar al servicio exclusivo de la resistencia armada para convertirse en una expresión de compromiso con la vida, la memoria y la reconstrucción del tejido social. En este marco, muchos excombatientes buscaron validar o continuar sus saberes mediante procesos de formación, homologación o participación en iniciativas comunitarias de salud, revelando el potencial transformador de estos conocimientos en escenarios de posacuerdo.

> En las FARC se generaron saberes y experiencias frente a enfermedades cotidianas del contexto. Lo que sucede ahora, al menos en el marco de la implementación de los acuerdos de paz, es que muchas personas han tratado de permanecer en los territorios: en los lugares donde nacieron o donde construyeron liderazgo a partir del conflicto. Estas personas ya conocen a las comunidades, saben de qué se enferman, reconocen a sus líderes. Son potenciales liderazgos comunitarios que, además, tienen conocimientos en salud. Por eso, es clave fortalecer la atención primaria en salud, empoderar, certificar, viabilizar e institucionalizar esos saberes, para que puedan articularse con el sistema de

> salud y recibir un reconocimiento real. Así como ha sucedido en muchos procesos paralelos —como con las parteras o con los conocimientos indígenas—, ellos han solucionado sus problemas, y nosotros también (Laura Villa, comunicación personal, 15 de mayo de 2019).

El proceso de reincorporación tras la firma del Acuerdo de Paz ha puesto de manifiesto el valor de los saberes empíricos en salud desarrollados por excombatientes durante el conflicto. Lejos de ser conocimientos marginales, estas experiencias representan una oportunidad para fortalecer la salud comunitaria en contextos rurales. A continuación, se analizan algunas dimensiones clave para comprender el potencial de estos actores como referentes en atención primaria en salud y su posible articulación con el sistema sanitario formal.

1. Reconocimiento de saberes desarrollados en el conflicto

Durante el conflicto armado, las FARC-EP generaron saberes y experiencias empíricas en salud, especialmente frente a enfermedades frecuentes en contextos rurales y selváticos. Estos conocimientos surgieron como una respuesta adaptativa a las condiciones de aislamiento, ausencia institucional y necesidades sanitarias urgentes, y se construyeron mediante la práctica, la observación y la transmisión colectiva.

> Llevar esa atención que tanto hace falta en las zonas apartadas de dónde venimos nosotros. Y como te digo, el campesino encontraba en nosotros el hospital que no tenía. Ellos llegaban ahí, y si no teníamos pastillas o algún medicamento, les dábamos el nombre de la planta y cómo usarla. Luego nos decían: «Compañero, sí me sirvió», «Compañero, gracias». Entonces, yo digo que es eso, llevarles el servicio directamente, que ojalá pudiera hacerse formalmente, dentro de un programa o un proyecto (Henry, comunicación personal, 17 de septiembre de 2019).

2. Arraigo territorial y legitimidad social

Muchas personas en proceso de reincorporación han optado por permanecer en los territorios donde nacieron o donde ejercieron liderazgos en el marco del conflicto. Este arraigo territorial les otorga un conocimiento profundo de las dinámicas comunitarias y de los perfiles epidemiológicos locales, lo que refuerza su legitimidad como referentes en salud.

> Cuando uno ve lo que nosotros hicimos, estaba el tema de la legalidad y el reconocimiento de la gente. La legalidad y la legitimidad. Entonces, ante la gente, nosotros éramos legítimos, la gente nos reconocía, teníamos conocimientos y nos los reconocían como tal. Éramos legítimos, pero no teníamos legalidad. El Estado tiene legalidad, pero no tiene legitimidad en la población. Entonces son dos cosas bien diferentes. Y uno dice: nos están dando elementos para que se tenga legalidad… pero la legitimidad habría que desarrollarla con trabajo en el campo, y yo digo que eso sería lo más importante (Carolina García, comunicación personal, 21 de mayo de 2019).

3. Potencial como liderazgos comunitarios en salud

Estos excombatientes reconocen las enfermedades más comunes, identifican a los líderes locales y conocen las redes sociales del territorio. Esta posición les permite actuar como agentes clave en el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud (APS), al integrar saberes técnicos con capacidades de mediación cultural y confianza social.

> Ante todo, la salud preventiva, que es fundamental en el sistema de salud. Una salud que no alivie, sino que cure. Una salud que no se enfoque en la cantidad de dinero que hay que suministrarle a un hospital, sino, al contrario, que los hospitales no tengan hacinamiento y que se pueda llevar la salud a los centros más apartados de Colombia, a esos lugares donde no hay entrada de vehículos o motores, sino que hay que llegar al lomo de mula, al hombro, o en transportes así por el estilo. Cómo poder construir centros de salud y capacitar a la gente, a los promotores, porque hoy por hoy en Colombia conocí muchas mujeres y hombres con unos conocimientos inmensos, y aunque no tengan estudio, el conocimiento que tienen es empírico y muy valioso (Jagler, comunicación personal, 21 de septiembre de 2019).

4. Necesidad de certificación y articulación con el sistema

Fortalecer el rol de estos actores implica empoderar, certificar e institucionalizar los saberes construidos durante la guerra, de forma que puedan articularse formalmente con el sistema de salud. Este proceso requiere políticas públicas diferenciales que reconozcan estos conocimientos como parte del acervo sanitario nacional.

> Sería muy importante que ojalá esas personas —también con la experiencia, porque eso es muy importante— pudieran estar al servicio de las comunidades. Pero que también estuvieran dentro de un plan de salud como tal, que se diga: bueno, tienen un empleo —porque hoy en día es necesario tener una entrada de dinero—, pero también están colocando su conocimiento al servicio de las comunidades y entienden, y conocen, la problemática que hay (Lucy, comunicación personal, 29 de enero de 2020).

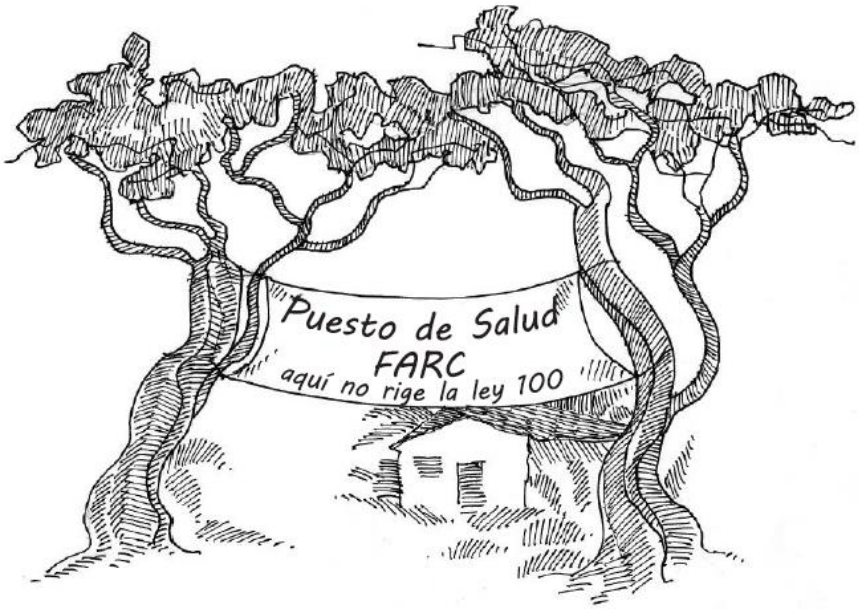
5. Valor estratégico para la salud rural y el posacuerdo

La experiencia demuestra que estas personas han resuelto problemas de salud en condiciones adversas. Integrar sus saberes al sistema no solo permite mejorar la cobertura y la pertinencia cultural de los servicios, sino que contribuye a una justicia epistémica y a la consolidación de la paz desde los territorios históricamente excluidos.

> Nosotros siempre fuimos un colectivo muy unido, tratando de sobrellevar las adversidades, entre ellas las enfermedades. El cuidado era integral, no era simplemente “vaya donde el médico, tome el medicamento y váyase para la casa”. Siempre estábamos pendientes de todo el proceso con la persona, porque convivíamos todo el tiempo con ella. No se trataba solo de darle el medicamento, sino de asegurar que pudiera descansar, que tuviera una buena alimentación, y si no podía lavar su ropa, entonces alguien le ayudaba. Se trataba, realmente, de garantizar el acceso al cuidado en todas sus dimensiones (Laura Villa, comunicación personal, 15 de mayo de 2019).

Es necesario replantear la relación entre territorio y salud, entendida como un eje central para reconocer la diversidad social, cultural y geográfica del país, y para impulsar una transformación institucional que responda de manera efectiva a estas realidades. En este proceso, resulta clave considerar la participación de exguerrilleros con experiencia en salud durante el conflicto armado, quienes podrían convertirse en «nuevos» agentes de salud rural. Como se ilustra en la Figura 3-1.

Figura 3-1: Puesto de salud FARC.



Nota: La salud y la política sanitaria insurgente.

Fuente: (Salgari, 2014, p. 140).

Es fundamental reconocer la situación crítica de la salud rural en Colombia, marcada por profundas brechas de desigualdad y una limitada valoración de la diversidad territorial. La estandarización impuesta por el modelo de aseguramiento ha homogeneizado las respuestas en salud, desconociendo las realidades locales y las particularidades culturales. En este sentido, preocupa que lo propuesto en el Plan Nacional de Salud Rural (PNSR) tienda a profundizar dicho modelo, reforzando una lógica hegemónica centrada en el asegurado, en lugar de promover enfoques diferenciales, participativos y territorializados.

4. Conclusiones y recomendaciones

4.1 Conclusiones

La evolución de la salud al interior de las FARC-EP no puede entenderse de forma aislada, sino en estrecha relación con las transformaciones del conflicto armado colombiano. Desde sus orígenes, los saberes y prácticas sanitarias insurgentes surgieron como respuesta a una exclusión histórica del Estado y a la precariedad de las condiciones rurales, convirtiéndose en formas de resistencia y cuidado colectivo.

Las prácticas en salud desarrolladas por los excombatientes no solo se originaron en la necesidad, sino que también respondieron a la ausencia sistemática de atención médica estatal en zonas periféricas. En este contexto, la guerrilla asumió el rol de garante parcial del derecho a la salud, construyendo respuestas propias, empíricas y adaptadas al territorio, que incluyeron desde diagnósticos y tratamientos, hasta la formación de nuevos agentes de salud.

Lejos de ser solo una respuesta funcional, la sanidad insurgente se constituyó como una herramienta estratégica de control territorial y autosuficiencia política. El cuidado de la salud fue parte del proyecto político-militar de las FARC-EP, al permitir el sostenimiento de sus estructuras en condiciones adversas, la construcción de legitimidad interna y el fortalecimiento de vínculos con comunidades rurales.

La política sanitaria de las FARC-EP atravesó distintas etapas históricas que reflejan momentos de expansión, repliegue y reconversión. Desde una atención basada en saberes campesinos y la improvisación en condiciones de guerra, hasta la creación de estructuras organizadas de formación y atención, y más adelante, su reorientación hacia escenarios de paz y reincorporación. Este recorrido evidencia una adaptación continua de los saberes a las exigencias cambiantes del conflicto.

La formación en salud dentro de las FARC-EP no fue homogénea: la intensidad del conflicto, la geografía, y la relación con la población civil variaron significativamente entre regiones. Esta diversidad generó múltiples formas de abordar la salud, influenciadas por el contexto local, los niveles de aislamiento y las posibilidades de articulación con actores externos.

En el contexto del posacuerdo, los saberes en salud desarrollados por los exguerrilleros se perfilan como un aporte relevante para la construcción de una salud rural con enfoque territorial. Reconocer, articular y fortalecer estas experiencias puede contribuir a cerrar brechas históricas y a generar modelos más inclusivos, participativos y adaptados a las realidades locales.

4.2 Recomendaciones

Esta investigación ha revelado una parte importante del entramado sanitario de las FARC-EP, pero aún es necesario explorar con mayor detalle las experiencias de salud en bloques como el José María Córdoba, el Central y el Occidental. Estas regiones presentan dinámicas geográficas, sociales y militares distintas que seguramente dieron lugar a respuestas sanitarias particulares que enriquecerían la comprensión integral de la política sanitaria insurgente.

Para continuar fortaleciendo el análisis, sería pertinente incluir voces de las comunidades campesinas donde operaron en los bloques mencionados. Su testimonio puede arrojar luces sobre las prácticas cotidianas de atención, los retos logísticos y las estrategias de adaptación sanitaria en regiones con menor visibilidad investigativa.

Los aprendizajes obtenidos en futuras investigaciones podrían aportar insumos valiosos para el diseño de políticas públicas de salud rural con enfoque territorial. La diversidad de contextos exige una respuesta institucional que supere la homogeneización y que se fundamente en las especificidades históricas, sociales y culturales de cada región.

Bibliografía

Ahumada, S. (2016). Leishmaniasis, una enfermedad de guerras y conflictos. In *Saberes y prácticas: miradas diversas en torno a procesos de salud y enfermedad* (1st ed., pp. 223–254). Universidad Externado de Colombia. Centro de Investigaciones sobre dinámica social.

Arenas, J. (1966). *Diario de la Resistencia de Marquetalia*. https://mronline.org/wp-content/uploads/2014/01/Diario_Marquetalia-1.pdf

Ariza, D. (2014). *La zona de distensión del Caguán: un análisis de los factores económicos, políticos y sociales a partir del concepto de Estado Fallido* [Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario]. https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/dcfb76e1-b173-4c51-addf-fc91e5a474bc/content

Borde, E., & Torres-Tovar, M. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Em Debate*, *41*(spe2), 264–275. https://doi.org/10.1590/0103-11042017s222

Botero, D., & Restrepo, M. (2017). Malaria. In *Fundamentos de Medicina. Infecciones en la práctica médica* (pp. 891–899). www.fondoeditorialcib.com

Breilh, J. (2023). Epidemiología crítica y la salud de los pueblos. Ciencia ética y valiente en una civilización malsana (M. C. Breilh Ayora, Trans.). In N. Krieger (Ed.), *Critical Epidemiology and the People's Health* (1st ed.). Universidad Andina Simón Bolívar. https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/9720/1/Breilh%20J-Epidemiologia%20critica%20y%20salud%20de%20los%20pueblos.pdf

Centro de Documentación de los Movimientos Armados. (1964). *Programa Agrario de los Guerrilleros*. https://cedema.org/digital_items/4018

Centro Nacional de Memoria Histórica. (2013). *¡BASTA YA! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Informe general Grupo de Memoria Histórica*. https://centrodememoriahistorica.gov.co/wp-content/uploads/2021/12/1.-Basta-ya-2021-baja.pdf

Comisión de Historia FARC-EP. (2015). *Resistencia de un pueblo en armas. Tomo I. Una parte de los diarios y la correspondencia de Manuel Marulanda* (1st ed.). Ocean Sur.

Comisión Historia FARC-EP. (2017). *Resistencia de un pueblo en armas. Tomo II. Insurgencia beligerante periodo 1980-1997*. Teoría & Praxis.

Comisión Histórica del Conflicto y sus Víctimas. (2015). *Contribución al entendimiento del conflicto armado en Colombia*. https://www.humanas.unal.edu.co/observapazyconflicto/files/5714/6911/9376/Version_final_informes_CHCV.pdf

Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición. (2022). *Hay futuro si hay verdad: Informe final. Tomo 2. Hallazgos y recomendaciones de la Comisión de la Verdad* (23rd ed.). https://www.comisiondelaverdad.co/hay-futuro-si-hay-verdad

Comisión para el esclarecimiento de la Verdad la Convivencia y la No Repetición. (2022). *Hay futuro si hay verdad: Informe final. Tomo 3. No matarás. Relato histórico del conflicto armado interno en Colombia* (23rd ed.). https://www.comisiondelaverdad.co/hay-futuro-si-hay-verdad

Comité Internacional de la Cruz Roja. (2008). *¿Cuál es la definición de "conflicto armado" según el derecho internacional humanitario?* https://www.icrc.org/sites/default/files/external/doc/es/assets/files/other/opinion-paper-armed-conflict-es.pdf

Cordero, M. C. (2012). Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa. *Revista Griot*, *5*, 50–67. https://www.uv.mx/psicologia/files/2017/12/historias_de_vida_una_metodologia_de_investigacion_cualitativa.pdf

Currea-Lugo, V. de. (2019). *Derecho Internacional Humanitario y sector salud: el caso colombiano*. Plaza & Janés Editores Colombia [para el] Comité Internacional de la Cruz Roja. https://victordecurrealugo.com/wp-content/uploads/2018/07/Libro-Mision-Medica-Victor-De_optimize.pdf

Departamento Nacional de Planeación. (1989). *Plan Nacional de Rehabilitación - Política de inversión 1989*.

Doctorado Interfacultades en Salud Pública. (2018). *Informe final Escuela Permanente de Pensamiento Universitario (EPPU) "Red Saludpaz UNal."*

Estrada, L. (2018). *Cuidados populares de enfermería en las FARC-EP desde el conflicto, los acuerdos de paz y el posconflicto, un desafío para el profesional de enfermería* [Monografia, Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales-UDCA]. https://repository.udca.edu.co/server/api/core/bitstreams/220433aa-95da-4ba5-9a7e-6ee4e96860bd/content

Franco, S. (1997). Violencia y salud en Colombia. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, *1*(2), 93–103. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9125/0446.pdf?sequence=1

Franco, S. (2025). *La salud entre fuegos: Casos sobre salud y conflicto armado en la Comisión para el Esclarecimiento de la Verdad, la Convivencia y la No repetición de Colombia* (1st ed.). Ediciones Aurora. https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/d198a09f-75cc-47d2-b637-1569b5ebdbef/LIBRO_LA+SALUD+ENTRE+FUEGOS-ABRIL1.pdf?MOD=AJPERES&CVID=prbo1S7

Fuertes, D. (2022). *Escuela de Salud FARC*.

Galtung, J. (1969). Violence, peace, and peace research. *Journal of Peace Research*, *6*(3), 167–191. https://www2.kobe-u.ac.jp/~alexroni/IPD%202015%20readings/IPD%202015_7/Galtung_Violence,%20Peace,%20and%20Peace%20Research.pdf

Gobierno Nacional; Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo. (2016). *Acuerdo Final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera*. https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Fotos2016/12.11_1.2016nuevoacuerdofinal.pdf

Guaraca, J. (2015). *Así nacieron las FARC. Memorias de un comandante marquetaliano* (1st ed.). Ocean Sur.

Henao-Kaffure, L., Hernández-Álvarez, M., Borde, E., & Eslava-Castañeda, J. C. (2025). Hacia una perspectiva crítica histórico-territorial para la salud colectiva. In *Lecciones de salud pública: Reflexiones académicas desde la labor docente de un departamento de Salud Pública*. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia.

Instituto Nacional de Salud. (2024a). *Protocolo de vigilancia en salud pública de Leishmaniasis*. https://doi.org/10.33610/IMYH4569

Instituto Nacional de Salud. (2024b). *Protocolo de vigilancia en salud pública Malaria*. https://doi.org/10.33610/FLCL8388

Marín-García, L. F., & Figueroa-Pedreros, E. C. (2024). Plan Lazo: cara estratégica del Ejército Nacional de Colombia, 1962-1964. *Impactos Del Ejército Nacional de Colombia. Estrategias Sociales, Políticas y Militares*, 57–81. https://doi.org/10.21830/9786289640229.03

McKernan, J. (2001). *Investigación-acción y curriculum. Métodos y recursos para profesionales reflexivos* (2nd ed.). Ediciones Morata.

Medina Gallego, C. (2008). *FARC-EP Notas para una historia política 1958-2006*. Universidad Nacional de Colombia.

https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/7221/469029.2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Medina Gallego, C. (2010). *FARC-EP y ELN Una historia política comparada 1958-2006* [Trabajo de grado doctorado, Universidad Nacional de Colombia]. https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/7221/469029.2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Molano, A. (1995). *Del llano llano: Relatos y testimonios*. El Áncora Editores. https://babel.banrepcultural.org/digital/collection/p17054coll10/id/2798/

Molano, A. (2016). *A lomo de mula. Viajes al corazón de las Farc* (3rd ed.). Aguilar.

Molano, A. (2021a). *Ahí les dejo esos fierros* (5th ed.). Debolsillo.

Molano, A. (2021b). *Los años de tropel* (5, Ed.; 1st ed.). Debolsillo.

@MujerFariana. (2003). *Campamento del Bloque Sur, cerca de Puerto Asís* [Video recording]. Memorias Farianas. https://twitter.com/MujerFariana/status/1248416065698148352

Observatorio de Paz y Conflicto. (2018). *Proyecto sistematización de la homologación de saberes en salud y aporte a la formulación de política pública de salud rural*.

Observatorio Nacional de Salud. (2017). *Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia. Informe Técnico*. https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/informe-9-consecuencias-conflicto-armado-salud-Colombia.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43431/9275324220_spa.pdf

Orjuela, J. (2017). *La salud pública en el tránsito de la guerra a la construcción de paz en el municipio de La Macarena* [Maestría en Salud Pública]. Pontificia Universidad Javeriana.

Padilla, J. C., Lizarazo, F. E., Murillo, O. L., Mendigaña, F. A., Pachón, E., & Vera, M. J. (2017). Epidemiología de las principales enfermedades transmitidas por vectores en

Colombia, 1990-2016. *Biomédica*, *37*(2), 27–40. https://doi.org/10.7705/biomedica.v34i2.3769

Pizarro, E. (2017). *Cambiar el futuro. Historia de los procesos de paz en Colombia 1981-2016*. Debate.

Porto-Gonçalves, C. W. (2009). De Saberes y de Territorios: diversidad y emancipación a partir de la experiencia latino-americana. *Revista de La Universidad Bolivariana*, *8*(22), 121–136. https://www.scielo.cl/pdf/polis/v8n22/art08.pdf

Puyana, Y., & Barreto, J. (1994). La Historia de vida: Recurso en la investigación cualitativa. Reflexiones metodológicas. *Maguaré*, *10*, 185–196. https://revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/185-196/15051

Ríos, F. (2021). *Verde* (2nd ed.). Raya Editorial.

Robles, J. (2018). *Sostener y cuidar en las prácticas médicas de las Farc* [Trabajo de grado, Universidad de los Andes]. https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/5490e1de-8b29-43ba-8921-609b372bdc01/content

Romero, C. (2018, August 2). *262.197 muertos dejó el conflicto armado*. Centro Nacional de Memoria Histórica. https://centrodememoriahistorica.gov.co/262-197-muertos-dejo-el-conflicto-armado/

Salgari, E. (2014). *Marulanda y las FARC para principiantes* (2nd ed.). Cuadernos de formación de las FARC-EP.

Sánchez Gómez, G. (2021). *Caminos de guerra, utopías de paz. Colombia 1948-2020* (1st ed.). Crítica.

Santos, J. M. (2019). *La batalla por la paz. El largo camino para acabar el conflicto con la guerrilla más antigua del mundo* (3rd ed.). Planeta.

Sotomayor, H. (2019). Leishmaniasia. In *Historia y geografía de algunas enfermedades en Colombia* (pp. 261–272). Editorial neogranadina.

Ugarriza, J. E., & Ayala, N. P. (2017). Militares y Guerrillas: La memoria histórica del conflicto armado en Colombia desde los archivos militares, 1958-2016. In *Militares y Guerrillas* (2nd ed.). Editorial Universidad del Rosario. https://doi.org/10.2307/j.ctt21kk125

Vidanovic, A., & Osorio, L. A. (2018). Epistemología de la historia de vida en la investigación cualitativa. *INNOVA Research Journal*, 167–180. https://doi.org/10.33890/innova.v3.n5.2018.545

Villamizar, D. (2019). *Las guerrillas en Colombia. Una historia desde los orígenes hasta los confines* (3rd ed.). Debate.

Viva, C., & Gonzalo, N. (2014). *50 años en fotos FARC-EP. La resistencia de un pueblo*. https://www.cnr-c.org/?p=18069