

**LA SALUD PÚBLICA EN EL TRANSITO DE LA GUERRA A LA
CONSTRUCCIÓN DE LA PAZ EN EL MUNICIPIO DE LA MACARENA**

JULIAN ALFONSO ORJUELA BENAVIDES

Director

ROMAN VEGA ROMERO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD CIENCIAS ECONOMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Bogotá D.C. Colombia

2017

Contenido

Contenido.....	ii
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
1.1 Antecedentes	6
1.2 Situación problema.....	8
1.3 Pregunta de Investigación	9
1.4 Objetivos General.....	9
1.5 Objetivos Específicos.....	9
1.5.1 Establecer las racionalidades y prácticas de la salud pública en las estrategias y acciones de guerra de los actores en confrontación en el municipio de la Macarena.	9
1.5.2 Rastrear las percepciones de los actores en confrontación sobre el tránsito de las racionalidades y prácticas de la salud pública de la guerra a la construcción de la paz en el municipio de la Macarena.	9
1.6 Justificación.....	9
1.7 Propósito	10
2. ESTADO DEL ARTE.....	11
3. MARCO CONCEPTUAL	14
3.1 Teoría crítica y epistemología del sur	14
3.2 Racionalidades y prácticas	15
3.2.1 Racionalidades y prácticas del gobierno de la salud pública	16
3.2.2 Racionalidades y prácticas en la guerra	19
3.2.3 Racionalidades y prácticas de la salud pública en situaciones de guerra	20
3.2.4 Regulación de las Racionalidades y prácticas de la salud pública en la guerra	24
3.3 Conceptos teóricos.....	25
4. METODOLOGÍA	29
4.1. Método	30
4.2 fuentes de información	30
4.2.1. Muestreo teórico.....	30
4.2.2. Muestreo teórico o por juicio (entrevistados).....	31
4.3 Instrumentos y técnicas de recolección de información.....	31
4.3.1 Definición y operacionalización de categorías.....	31
4.3.2 Instrumentos de recolección de información.....	31
4.4 Procedimiento analítico de información.....	32
4.5 Fases del estudio de caso.....	32

Fase1: Recolección de la información y trabajo de campo	32
Fase 2: Estructuración y organización de los datos.....	32
Fase 3: Codificación de los datos (comparación de los datos con la literatura)	32
Fase 4: Conceptualización y explicación del problema	33
Fase 5: Socialización y ajuste de los resultados	33
Fase 6: Elaboración de informe final.	33
Aspectos éticos de la investigación	33
5. RESULTADOS	34
5.1 La Macarena y su historia	34
5.1.1 La Macarena como territorio histórico para las FARC-EP	34
5.1.2 Historia de la Macarena en perspectiva de las FFMM	36
5.2 Racionalidades y prácticas de la estrategia de guerra según periodo de gobierno	36
5.2.1 Racionalidad y prácticas de la estrategia de guerra en el gobierno de Álvaro Uribe	37
5.2.2 Racionalidad de la estrategia de guerra en el gobierno de Juan Manuel Santos	39
5.2.3 Diferencias y coincidencias del gobierno Uribe y Santos	40
5.3 Arqueología de las racionalidades y prácticas del sistema de salud en la Macarena	41
5.3.1 Infraestructura y dispositivos médicos	41
5.3.2 Personal de Salud	42
5.3.3 Acceso y accesibilidad a atención médica	43
5.3.4 Racionalidad mercantil del sistema de salud.....	45
5.3.5 Efectos y consecuencias de la racionalidad y prácticas del sistema de salud en la Macarena	46
5.4 Racionalidades y prácticas percibidas de la injerencia de Los Estados Unidos en la salud....	48
5.4.1 Injerencia norteamericana en salud identificada por las FARC-EP	48
5.4.2 Injerencia norteamericana en salud identificada por las FFMM	48
5.4.3 Percepción de la injerencia norteamericana por parte de trabajadores del PCIM	48
5.5 Racionalidades y prácticas de las Brigadas cívico-militares de salud.....	49
5.5.1 Antecedentes históricos de las racionalidades y prácticas de la salud como parte de la guerra del 2002-2016	49
5.5.2 Racionalidades y prácticas de las Brigadas cívico-militares de salud de las FFMM	53
5.5.3 Racionalidades y prácticas de las Brigadas de salud de las FARC-EP a la población civil	60
5.6 Modelos de atención de salud y hospitales de guerra de las FARC y FFMM	64
5.6.1 Sistema de salud de las FARC-EP	64

5.6.2 Transformaciones del sistema de salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional.....	72
6. VIOLACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD COMO RACIONALIDAD Y PRÁCTICA DE GUERRA	74
6.1 Racionalidad y operacionalización en el control de medicamentos por parte de las FFMM ..	74
6.1.1 Prácticas de la estrategia de control de medicamentos de las FFMM a las FARC-EP	74
6.1.2 Repercusiones y efectos del control de medicamentos	77
6.1.3 Racionalidad y objetivo del control de medicamentos.....	77
6.2 Respuesta de las FARC-EP al control de medicamentos	78
6.2.1 Prácticas de respuesta a la estrategia de control.....	78
6.2.2 Dificultades para el control de las FFMM.....	79
6.3 Racionalidades del control del tránsito de alimentos	79
6.3.1 Prácticas de la estrategia de control de alimentos de las FFMM a las FARC-EP.....	79
6.3.2 Consecuencias y efectos del control de alimentos	80
6.3.3 Racionalidad y objetivo del bloqueo a los alimentos a las FARC-EP.....	80
6.4 Mecanismos de respuesta al control de alimentos.....	81
6.4.1 Compra de alimentos en la zona de presencia.....	81
6.4.2 Cooptación o cooperación de los civiles	81
6.4.3 Racionalidad de las FARC-EP en la respuesta al control.....	82
6.5 Racionalidades y prácticas del uso de misiles guiados por chips.....	82
6.5.1 Prácticas para el uso de misiles guiados por chips	82
6.5.2 Prácticas incorporadas por las FARC-EP para dar respuesta al uso de misiles	84
6.5.3 Racionalidad del uso misiles guiados por chips.....	85
6.6 Racionalidades y prácticas en el uso de armas biológicas	85
6.6.1 Prácticas y usos de armas biológicas por parte las FFMM	85
6.6.2 Prácticas y uso de material biológico por parte de las FARC-EP	86
7. TRANSFORMACIÓN DE LAS RACIONALIDADES DE LA SALUD PÚBLICA EN LAS ZONAS RURALES EN EL POS-ACUERDO	87
7.1 Perspectiva de las Transformaciones de la ruralidad y la salud	87
7.2 Potencialidades y propuestas de las FARC-EP en la transformación de la salud rural.....	88
7.3 Propuestas, acuerdos y contradicciones de los actores frente a la salud rural.....	89
8. SINTESIS DE LAS RACIONALIDADES Y PRÁCTICAS	92
8.1 Racionalidades y prácticas del gobierno de Álvaro Uribe y Juan Manuel Santos en sus apuestas políticas, económicas y militares.	92
8.2 Racionalidades y prácticas de las FFMM.....	93

8.3 Racionalidades y prácticas de las FARC-EP.....	94
8.4 Racionalidad de líderes sociales y trabajadores estatales.....	96
9. RECOMENDACIONES	97
10. CONCLUSIONES	103
ANEXO 1. LISTA DE ABREVIATURAS	105
ANEXO 2. GUIAS DE ENTREVISTA.....	106
Guía de entrevista a integrantes de las fuerzas militares que hicieron parte de los planes	106
Guía de entrevista funcionarios públicos que participaron de los planes de consolidación.....	106
Guía de entrevista integrantes de la insurgencia de la FARC-EP	107
Guía de entrevista organizaciones sociales de la macarena	107
Bibliografía	109

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes

Colombia ha vivido un largo conflicto social y armado durante 96 años, periodo de tiempo entre 1920 y 2016 (Molano, 2015). En el marco de esta confrontación armada y política, la salud pública ha sido objeto de uso por parte de las estrategias militares y de las acciones cívico militares, de forma aún no suficientemente estudiada (Jonnalagadda & Rubenstein, 2012) (Rubenstein, 2011). Esta guerra ha tenido desarrollo especialmente en territorios rurales (Alape, 2004) (Molano, 1989).

La región de la Macarena, integrada por seis municipios, ha sido uno de los territorios que más ha estado involucrado en las acciones de guerra entre las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia- Ejército del Pueblo (FARC-EP) y la Fuerza pública del Estado, representada en FFMM y Policía Nacional. En los años 1950 y 1951, allí, se inicia un proceso de colonización y asentamiento, cientos de campesinos llegan desplazados de Brasilia y Pato, consecuencia de la violencia que generó el Partido Conservador. Hacia 1953, con los refugios planteados por Rojas, llegan más colonos desterrados de San Vicente con el propósito de trabajar y salvaguardar la vida. La iniciativa de la organización de autodefensa, núcleo del naciente grupo guerrillero, fue seguida por campesinos independientes, que por aquella época (1955-1959) llegaban al Llano desde el interior del país (Molano, 1989); iniciando un período de confrontación con las FFMM e intentos de diálogos de paz que aún hoy no terminan.

El conflicto Colombiano ha tenido distintas fases de guerra, la primera comprende el cierre del Universo Político, los límites del reformismo y la violencia estatal (1929/1930 – 1957/1958), este periodo se caracterizó por la llegada del partido Liberal al poder en 1930, la muerte de Gaitán, la dictadura de Rojas Pinilla, la instauración del frente Nacional y un fuerte periodo de violencia Estatal, este último llevó a un grupo de campesinos a colonizar tierras como la Macarena. El segundo periodo comprende el Estado Particularista, Modernización contra Modernidad y Protesta Social (1958/62-1987/91), periodo representado por el ascenso de las luchas sociales e instauración del frente nacional. El último periodo se caracteriza por la desestructuración estatal, neoliberalismo y paz intermitente (1992 – 2012/14) además, del copamiento paramilitar de algunas zonas de nuestra geografía y la consolidación del terrorismo de Estado; el escalamiento y expansión del conflicto insurgente y el ascenso de la economía transnacional de las drogas ilícitas (Zubiria, 2015).

Una de las regiones que mejor representa las distintas fases de la guerra e intentos de diálogo es la de la Macarena. Primeramente, por la ya mencionada colonización y conformación de autodefensas campesinas en los años cincuenta, a raíz de la violencia. Segundo, por el proceso de paz durante el gobierno de Belisario Betancur (1982 – 1986) del cual fue participe el municipio de La Uribe, allí se realizaron conversaciones entre emisarios del gobierno y las FARC-EP, posteriormente fue lanzado el ataque a Casa Verde el 9 de noviembre de 1990 por parte de las FFMM, dando ruptura a ese escenario de dialogo, al igual que en el municipio de la Macarena que, a su vez, hizo parte de la zona de distensión de los diálogos de paz del Caguán entre los años 1998-2002.

En el año 2000, en medio de los diálogos del Caguán, se comienza a implementar el Plan Colombia. Este Plan consistía en la ayuda estratégica y económica por parte de los Estados

Unidos, frente a la erradicación de cultivos ilícitos de drogas. Este plan se dio por dos vías: la erradicación voluntaria y la erradicación forzosa, proceso que se dio particularmente en las zonas de presencia insurgente. Luego de la ruptura del proceso de paz en el 2002, es elegido presidente de la República Álvaro Uribe Vélez quien impulsó la política de la Seguridad Democrática que tenía como fin recuperar militarmente las zonas de presencia insurgente. En el año 2004 emergió el Plan Patriota, que impulsó una ofensiva militar para tomar control de los municipios donde hacía presencia la guerrilla. Pero aun así, el Estado seguía estando ausente. Debido a esta circunstancia, el comando Sur de EE.UU estableció un diálogo con el gobierno de Colombia entre 2004-2006 para crear el Centro de Coordinación de Acción Integral (CCAI) dependiendo del Ministerio de Defensa; en el año 2007 lanzó el proyecto piloto Plan Integral de Consolidación de la Macarena (PCIM) construido con base en los principios del CCAI; en el 2009 el CCAI es movido para la dependencia de Acción Social de la Presidencia. Luego, es elegido Juan Manuel Santos como primer mandatario en el año 2011 y se crea la Unidad de Manejo Especial para La Consolidación Territorial dentro del Departamento de la Prosperidad Social para Todos (Isacson, 2012). En el 2015, mediante el decreto 2559 de la Presidencia de la República, se fusionó la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema ANSPE y la Unidad Administrativa Especial para la Consolidación Territorial – UACT, en el Departamento Administrativo para la Prosperidad Social y se modificó su estructura.

El 22 de diciembre de 2016, nuevamente se modificó la estructura de Prosperidad Social y a su vez las acciones anteriormente realizadas por ANSPE y UACT durante el año que hicieron parte de Prosperidad Social, fueron asumidas por la Agencia de Renovación del Territorio, que nace al mismo tiempo de la Agencia de Desarrollo Rural y Agencia de Nacional de Tierras, luego de la liquidación del Instituto Colombiano de Desarrollo Rural-INCODER mediante el Decreto 2365 de 7 de diciembre de 2015.

Es importante mencionar las acciones integrales realizadas por las FFMM como parte de la estrategia militar en búsqueda de legitimidad del Ejército con la población, como lo expresa el Brigadier General Sepúlveda Jefe de Acción Integral del Ejército: “La victoria militar no es atribuible exclusivamente al Ejército que haga el mejor empleo de su poder bélico y logre capturar el mayor territorio del enemigo, sino a aquel que después de ocupar y asegurar el territorio consolide la victoria mediante el respaldo y reconocimiento de la población” (Sepúlveda, 2015, pág. 6). Bajo esta premisa se inscriben las acciones en los distintos ámbitos del orden social, en los que intervienen las FFMM. Las acciones en salud están dentro de las cuatro operaciones psicológicas que viene desarrollando el Grupo de Seguimiento y Evaluación de la Campaña “Espada de Honor” que se menciona como apoyo en la ejecución de jornadas humanitarias (Comando General de las Fuerzas Militares, 2012).

Llama la atención la importancia dada por la fuerza pública del Estado a las acciones de salud en sus planes de consolidación militar. Estas hacen parte del plan integral de consolidación, que ha prestado 7503 servicios de salud a la comunidad, como jornadas interinstitucionales, según el balance presentado en 2009 (Mindefensa, 2009). Además, de un aumento en el presupuesto en salud “en los municipios del Plan de Consolidación Integral de la Macarena (PCIM) se presentó principalmente en los componentes de inversión en vías, salud y justicia, con aumentos del 532, 40 y 462 por ciento, respectivamente. En contraste con este crecimiento, el componente de inversión al sector

agrario se redujo en aproximadamente 8 por ciento para estos mismos años” (Espinosa, 2007, pág. 24). Infortunadamente, no tenemos información del modo como la contraparte en la guerra ha venido realizando acciones de salud entre las poblaciones bajo su influencia. Si bien, si se tiene una idea de que lo ha venido haciendo en otra área, por ejemplo, en materia de justicia.

1.2 Situación problema

Dada la importancia de que las fuerzas militares y la insurgencia han venido realizando acciones de salud pública en las dinámicas de guerra en el país, y ante la ausencia de estudios sobre el sentido de estas acciones en la fase de guerra más reciente, se determina que esta investigación rastree y comprenda las racionalidades y prácticas del uso de la salud pública en las estrategias militares de los actores en confrontación, en el municipio de La Macarena entre los años 2007 y 2016.

El Plan de consolidación es resultado de los aprendizajes del Plan Colombia, pactado y construido entre el gobierno de Andrés Pastrana y los Estados Unidos en 1999, y puesto en práctica a partir del año 2000 con el objetivo de erradicar cultivos ilícitos. Algunos autores afirman que otro de los objetivos era la lucha contrainsurgente (Jonnalagadda & Rubenstein, 2012), y para llevar a cabo este otro objetivo era necesario rearmar el Ejército, tanto así que mientras transcurrían los diálogos, Estados Unidos financiaba y reorganizaba las tropas del Ejército Colombiano (Vega R. , Colombia y geopolítica hoy, 2012). El Plan también recoge el legado del Plan Patriota (2004-2006), impulsado por el primer gobierno de Álvaro Uribe Vélez con el apoyo de los Estados Unidos (Isacson, 2012), el cual buscaba expulsar a las guerrillas de sus territorios pero sin previsión de que éstas no lograran retornar a los mismos una vez finalizadas las acciones militares.

El Plan Integral de Consolidación emerge con el objetivo de integrar los esfuerzos civiles y militares para evitar el retorno de las fuerzas insurgentes a los territorios de donde aparentemente habían sido expulsadas. Éste se consolidó en tres fases: la primera, la recuperación mediante el control militar; la segunda, la transición a través de programas de erradicación y de desarrollos alternativos para ofrecerle a las familias campesinas actividades legales de sustento; y, la última fase, la de provisión de justicia, educación, servicios sanitarios y salud, en este último aspecto se pretende indagar.

La estrategia política y militar por parte del Estado Colombiano para consolidar los territorios donde anteriormente tenía presencia la insurgencia de las FARC-EP tiene un componente de acciones sobre salud pública, que ha venido creciendo mediante brigadas, la construcción de centros de salud y la donación de medicamentos y alimentos (Isacson & Poe, 2009) (Mindefensa, Plan Integral de Consolidación de la Macaerna PCIM Concepto y avances, 2009) (Isacson, 2012). Poco conocemos del contenido y sentido del discurso oficial sobre este tema y el modo como se materializa en la práctica; tampoco tenemos información suficiente de este discurso y práctica por parte de la insurgencia.

En la perspectiva de comprender los desafíos del tránsito en el uso de acciones en salud pública hacia un escenario de construcción de paz desde los territorios en el contexto de la historia de la confrontación entre los actores insurgentes y las fuerzas militares estatales en el período entre 2007 y 2016, es necesario estudiar las racionalidades y prácticas en que ésta ha sido utilizada por medio de planes estratégicos de guerra en el municipio de la Macarena durante los períodos del Plan Colombia y el Plan Patriota; cómo esas

racionalidades y prácticas se han transformado durante el PCIM, y a su vez, podrían transformarse en el nuevo escenario de construcción de paz desde los territorios con base en el acuerdo de la Habana, pactado entre el gobierno de Colombia y las FARC-EP (Delegación FARC-EP y Gobierno Nacional, 2014).

1.3 Pregunta de Investigación

¿Cuál ha sido el sentido de las racionalidades y prácticas de la salud pública en las estrategias y acciones de guerra de los actores en confrontación (Fuerza Armadas y las FARC-EP) en el municipio de la Macarena y cómo transitaría el sentido de éstas en la construcción de paz desde los territorios?

1.4 Objetivos General

Comprender el sentido de las racionalidades y prácticas de la salud pública en los planes y acciones de guerra en el municipio de la Macarena desde el 2007 al 2016 y cómo este sentido puede transformarse en la construcción de paz desde los territorios.

1.5 Objetivos Específicos

1.5.1 Establecer las racionalidades y prácticas de la salud pública en las estrategias y acciones de guerra de los actores en confrontación en el municipio de la Macarena.

1.5.2 Rastrear las percepciones de los actores en confrontación sobre el tránsito de las racionalidades y prácticas de la salud pública de la guerra a la construcción de la paz en el municipio de la Macarena.

1.6 Justificación

Esta investigación hace un esfuerzo por dar cuenta de las racionalidades y prácticas de la salud pública como parte de la estrategia militar de los actores en confrontación en el periodo de 2007-2015 en el municipio de la Macarena, en el cual se ha desarrollado el PCIM, el Plan Colombia y el Plan Patriota y por último, cómo estas racionalidades y prácticas podrían transformarse con la implementación de los acuerdos de la Habana mediante la construcción de una paz estable y duradera en las regiones que han sido teatro de operaciones militares y civiles en el marco de la confrontación, como lo es este Municipio.

En esta vía, la investigación tiene relevancia en el actual momento político e histórico que vive el país y revela un compromiso con los años venideros en la construcción de la paz desde los territorios, a través de la implementación de los acuerdos de la Habana entre las FARC-EP y el Gobierno Nacional. Por consiguiente, la salud pública debe tener un papel protagónico en la eliminación de las causas sociales del conflicto, y es por ello el esfuerzo por desentrañar el sentido de las racionalidades y prácticas en la guerra y su tránsito para aportar a este nuevo escenario de pos-acuerdo y fortalecimiento de la paz en los territorios.

Otro aspecto que hace pertinente esta investigación es la clara ausencia de investigaciones que den cuenta de las racionales y prácticas de la salud pública como parte de la estrategia en la confrontación entre las FFMM y las FARC-EP. Este esfuerzo se inscribe en la apuesta de la sociedad colombiana por la construcción de un pacto social que permita resolver dichas conflictividades políticas, económicas, culturales e ideológicas por las vías civilistas, dialogadas y democráticas, que garantice oportunidades de acceso al poder de todos los sectores sociales sin distingo de clase, ideología, étnica y creencias.

1.7 Propósito

Esta investigación tiene como propósito contribuir a la comprensión de las racionalidades y prácticas de la salud pública en el desarrollo del conflicto social y armado colombiano en el municipio de la Macarena, escenario del desarrollo del Plan Colombia, Plan Patriota y Plan de consolidación. Pero también generar propuestas y alternativas de su eventual uso en el pos-acuerdo como herramienta de transformación edificadora de paz con justicia social, desde un ámbito académico en la búsqueda de alternativas políticas, ideológicas y epistémicas a una salud pública comprometida con la salud de las mayorías empobrecidas y con las transformaciones sociales que requiere un país con soberanía, democracia y paz. Finalmente el propósito de la comprensión de este aspecto del conflicto es aportar a su transformación.

2. ESTADO DEL ARTE

Para indagar sobre el sentido de las racionalidades y prácticas de la salud pública en las estrategias de guerra, como también el tránsito de su uso de la guerra a la construcción de la paz se plantean tres momentos: primero, las racionalidades y prácticas de la salud pública en conflictos internos no convencionales en el mundo; segundo, Racionalidades y prácticas del uso de la salud pública en la estrategias de guerra en Colombia y, por último, las racionalidades y prácticas del uso de la salud pública en el tránsito de la guerra a la paz en el mundo y en Colombia.

Las investigaciones que han indagado sobre el sentido de las racionalidades y prácticas de la salud pública en los conflictos internos en el mundo se caracterizan por revisiones de literatura, en su gran mayoría incorporando literatura gris. Sí bien la literatura revisada no expresa directamente el estudio de las racionalidades y prácticas de uso de la salud pública en la guerra, sus análisis sí dan cuenta en gran medida de dichas racionalidades, entre las que podemos precisar las siguientes:

La racionalidad militar de la salud pública, donde el empleo de las acciones y prácticas en salud se inscriben como parte de la estrategia de seguridad y estabilización, siendo estas potencialmente contra-productivas en las regiones donde se desarrollaban las confrontaciones, generando la percepción de imparcialidad por parte de la misión médica porque tiene más lealtad con alguno de los dos bandos. Las intervenciones en salud son en muchas ocasiones empleadas para alcanzar objetivos cortos, tales como: seguridad, recolección de información y generar legitimidad en la población (Bornemisza, Ranson, Poletti, & Sondorp, 2009). En consonancia, la protección a hospitales y cuidado del personal de salud da réditos militares teniendo en cuenta que al ganar a los civiles se debilita al contradictor (Ghobaraha, Huthb, & Russett, 2004).

En este sentido, se mencionan cuestionamientos a estas prácticas por las consecuencias que estas pueden traer a la población civil planteando que el apoyo militar debería limitarse a operaciones de socorro, apoyo a los sistemas de salud militar, vigilancia de enfermedades, investigación y provisión de servicios de salud en emergencias en zonas altamente inseguras. No debe involucrarse en el desarrollo de la salud civil, ni utilizar la salud para estabilidad de corto plazo (Rubenstein, 2011).

La racionalidad económica ha sido uno de los aspectos que ha motivado a los Estados y a quienes ejercen el poder desde los gobiernos para administrar la enfermedad de las sociedades, lo que Foucault nombra como nosopolítica, la cual está relacionada con las formas de gobernar las sociedades a través de la salud y la enfermedad; por ejemplo, en el siglo XVIII se señala un cambio en la nosopolítica, dando importancia a la salud de los obreros por el proceso de industrialización “en términos generales se puede decir que se trata de la preservación, del mantenimiento y de la conservación de la fuerza de trabajo. Pero sin duda el problema es más amplio; concierne muy probablemente a los efectos económico-políticos de la acumulación de hombres” (Foucault, 1975, pág. 332) y agregando a renglón seguido que “los rasgos biológicos de una población se convierten así en elementos pertinentes para una gestión económica, y es necesario organizar en torno a ellos un dispositivo que asegure su sometimiento, y sobre todo el incremento constante de su utilidad” (Foucault, 1975, pág. 333). Estos dos aspectos evidencian la importancia de la salud en el gobierno de las sociedades y su desarrollo.

También parte del análisis de los autores planteando que proveer salud a las poblaciones genera mayor desarrollo humano, pero estos impactos son a largo plazo e indirectos para que disminuya la confrontación. También señalan que hay poca evidencia que den cuenta de logros de las inversiones en salud, en los mismos programas de las fuerzas militares se desconoce su beneficio en la confrontación (Bornemisza, Ranson, Poletti, & Sondorp, 2009).

Otra racionalidad es la política, esta se expresa en múltiples aspectos. En primer lugar, las motivaciones y causas de los conflictos armados entre las que se mencionan causas de diversos ámbitos sociales que determinan el proceso salud enfermedad de las poblaciones. En segundo lugar, el personal de salud quien “presencia como consejero ante los representantes del poder, organizaciones de sociedades médicas encargadas oficialmente de un determinado número de responsabilidades administrativas y calificadas para adoptar o sugerir medidas autoritarias; papel jugado por muchos médicos como programadores de una sociedad bien gobernada” (Foucault, 1975, pág. 338) y los actores del sistema de salud a partir del ejercicio del poder y su legitimidad social en muchas ocasiones pueden ser determinantes en diversos aspectos de los conflictos armados, como lo es la mediación y prevención de conflictos, diálogo, reconciliación, resistencia civil no violenta y por medio de organizaciones sociales que permitan influir en las decisiones militares de los actores, para que cesen las hostilidades. (Wiist, Barker, Arya, & Rohde, 2014).

El tercer aspecto, de la racionalidad política aborda a la salud como una materia en la que los gobiernos pueden trabajar para tener menor riesgo de conflictos; un caso señalado es el cubano, que mediante buenos resultados en salud se observa como un Estado con buen gobierno (Kruk, Freedman, Anglin, & Waldman, 2010).

Otro aspecto, en consonancia a lo anterior, es la salud como una herramienta para consolidar los territorios en los Estados débiles (Rubenstein, 2011). Tanto así que (Alderman, Christensen, & Crawford, 2009) refieren el fracaso de la lucha contra insurgente en gobierno como el Kuomintang en China, Indochina francés, Cuba de Batista y Nicaragua de Somoza, por no proveer a la población las condiciones básicas para subsistir.

El segundo momento, frente al estudio sobre las racionalidades y prácticas del uso de la salud pública en la estrategia de guerra en Colombia, no ha sido muy explorado académicamente; sin embargo, existen algunas investigaciones que señalan la racionalidad del uso de la salud pública en el contexto de guerra que vive este país y que se refleja en algunas de sus prácticas.

En cuanto a dicha racionalidad militar, que guía las intervenciones en el ámbito social con un enfoque cívico militar, tiene como esencia debilitar el adversario alejándolo de la población civil, ganando el corazón y las mentes de las masas a partir de estas prácticas, como lo intentó sin mucho éxito el expresidente Álvaro Uribe Vélez, quien atacó a las FARC-EP con esta estrategia militar en los territorios de presencia histórica como la Macarena. Esta estrategia ha tenido dos repercusiones importantes. La primera, es la repercusión en acceso a medicamentos, alimentos y enseres por parte de los civiles debido a los bloqueos realizado por la FFMM en las veredas donde se desarrollaban las confrontaciones por la sospecha que todo lo que ingresaba era para las FARC. La segunda repercusión que ha tenido es la respuesta de la insurgencia en la estrategia militar, al

fortalecer estructuras clandestinas y no hacer presencia armada en los territorios para no ser detectados por el adversario. No obstante autores plantean que esta estrategia ha debilitado esa insurgencia en sus zonas tradicionales a partir de la seguridad como una necesidad básica, junto con los alimentos, el agua, vivienda, atención de la salud, y un medio de sustento de la vida (Alderman, Christensen, & Crawford, 2009).

Otros autores han estudiado en particular el caso de la Macarena (Espinosa, 2007) (Mejía, Uribe, & Ibáñez, 2013), quienes describen el aumento del presupuesto en salud como parte de la segunda fase del plan de consolidación, que se enmarca en el plan de guerra contra insurgente. Otro aspecto indagado, en cuanto a las prácticas militares en la guerra, es la violación a los derechos de la misión médica de prestar servicios de salud a los actores en confrontación en distintas situaciones en las que se incumple el Derecho Internacional Humanitario por parte de los actores en confrontación sin distinción, sean insurgentes o miembros FFMM como lo evidencia (Urrego D. Z., 2015).

Ejemplos de violación al DIH son las infracciones a la misión médica que reporta el Comité Internacional de la Cruz Roja en múltiples informes, en los que denuncia “destrucción de puestos de salud, heridas, amenazas de muerte y privación de la libertad del personal médico, robo de medicamentos o vehículos e, incluso, bajar de las ambulancias a pacientes que eran trasladados a centros de salud” (Comité Internacional de la Cruz Roja, 2012, pág. 56). Como respuesta a las infracciones de la misión médica el CICR ha venido adelantando procesos de capacitación en derechos y deberes del personal de salud, como también ha dado recomendaciones para la protección a través del apoyo a mesas de trabajo y el proceso de identificación de instalaciones y vehículos con el emblema de la misión médica (Comité Internacional de la Cruz Roja, 2013) para que no ser víctima de ataque de cualquier actor del conflicto.

Por último, racionalidades y prácticas del uso de la salud pública en el tránsito de la guerra a la paz en el mundo y Colombia. La mayoría de los autores indagados (Rubenstein, 2011) (Alderman, Christensen, & Crawford, 2009) (Bornemisza, Ranson, Poletti, & Sondorp, 2009) (Ghobaraha, Huthb, & Russett, 2004) confluyen en que las fuerzas armadas no deben tener a cargo la responsabilidad de garantizar la salud a los civiles en los territorios de confrontación armada, esta debe ser prestada única y exclusivamente por personal médico civil, a menos que sean condiciones extraordinarias, debido a que en muchas ocasiones la población civil evidencia negligencia e incapacidad del Estado para proveer las condiciones mínimas, mencionando un caso como el cubano.

Es pertinente señalar que existe producción académica frente a la importancia de los sistemas de salud en la construcción de legitimidad por parte de los Estados débiles y conflictos armados (Jonnalagadda & Rubenstein, 2012). En este sentido, también viene creciendo el interés y la producción académica en el sector salud con relación al proceso de paz que cursa en la Habana: pos-acuerdo y salud, salud mental y posconflicto, sistema de salud y pos acuerdo, salud y paz, entre otros (Buitrago, 2015) (Franco S. , 2015) (Urrego & Escobar, 2015); sin embargo, sigue siendo escasa la comprensión de las racionalidades y prácticas de la salud pública en el actual escenario de confrontación y en un eventual escenario de pos acuerdo, donde se viene expresando desde las fuerzas militares los cambios en su accionar (González, 2016) (Martínez, 2016).

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 Teoría crítica y epistemología del sur

Esta investigación se inscribe en la teoría crítica, corriente filosófica que emerge en Europa apoyada en el pensamiento de Marx, y que nace formalmente con la fundación del Instituto para la investigación social el 3 de febrero de 1923 en Frankfurt- Alemania. “Lo que específicamente diferencia al pensamiento crítico materialista respecto de la filosofía tradicional es que considera tal desarrollo siempre en la perspectiva de una transformación radical” (Jaramillo, 2005, pág. 10). También es relevante señalar que la teoría crítica no es un dogma sino que, a su vez, asume un carácter provisional, además, reconoce que solo se llegará a la verdad plena en el proceso de realización. La Teoría Crítica configura un cuerpo teórico que hace un esfuerzo por la comprensión histórica, social, cultural y económica en un determinado contexto, no solo para describirlo, interpretarlo o comprenderlo, sino principalmente para reconocerse como una fuerza transformadora para las clases subalternas, en medio de la lucha social.

Bajo esta perspectiva, la investigación no se inscribe en la teoría crítica de la escuela de Frankfurt de manera estricta, sino que pretende aportar en la construcción de lo que (Sousa Santos, 2011) denomina la epistemología del sur o lo que reconocemos como pensamiento latinoamericano, que ha venido emergiendo no desde los claustros universitarios sino de los procesos sociales, comunitarios y políticos expresados en el movimiento social de esta misma región, que en algunos casos se ha concretado con la instauración gobiernos alternativos al capitalismo.

En esta perspectiva, se comprenderá por epistemología del Sur “el reclamo de nuevos procesos de producción y de valoración de conocimientos válidos, científicos y no científicos, y de nuevas relaciones entre diferentes tipos de conocimiento, a partir de las prácticas de las clases y grupos sociales que han sufrido de manera sistemática las injustas desigualdades y las discriminaciones causadas por el capitalismo y por el colonialismo. El Sur global no es entonces un concepto geográfico, aun cuando la gran mayoría de estas poblaciones viven en países del hemisferio Sur. Es por eso un Sur anticapitalista, anticolonial y anti-imperialista. Es un Sur que existe también en el Norte global (sur imperial)” (Sousa Santos, 2011, pág. 19).

En este sentido, esta propuesta de investigación pretende contribuir a la comprensión del conflicto, frente al sentido de las racionalidades y prácticas de la salud pública por parte de los actores en confrontación en el municipio de la Macarena, particularmente a las FARC-EP como guerrilla que emerge como autodefensa campesina en el periodo de violencia bipartidista y también como forma de lucha de un sector del campesinado por la conquista del poder político, como única alternativa para evitar el exterminio acordado entre el partido liberal y conservador a quien se opusiera a la alternación del poder en el frente nacional (colocar referencia de esta afirmación).

En el desarrollo de la confrontación los actores desarrollaron la guerra en diferentes aspectos de la vida social, siendo la salud uno de esos. Por esto, la importancia de indagar las racionalidades y prácticas de sanidad militar, brigadas de salud, políticas al interior de la fuerza insurgente en materia de salud y hospitales de guerra que nos permita una mayor comprensión de la relación de la salud pública con el conflicto colombiano. En esta

perspectiva de comprender esta relación se parte de dos ideas centrales de la epistemología del sur: la primera, la ecología de saberes donde la ciencia no se puede restringir solamente a la ciencia, en esta medida se reconoce una pluralidad de conocimientos más allá de lo científico alejándose esta perspectiva de una epistemología general y, la segunda, la traducción intercultural como procedimiento que permite crear inteligibilidad recíproca entre las experiencias del mundo, tanto las disponibles como las posibles.

Otro componente a desarrollar desde la epistemología del sur, es la Sociología de las Ausencias y de las Emergencias. En cuanto a la sociología de las ausencias “entiendo la investigación que tiene como objetivo mostrar que lo que no existe es, de hecho, activamente producido como no-existente, o sea, como una alternativa no creíble a lo que existe” (Sousa Santos, 2011, pág. 14); y la sociología de la emergencias “consiste en la investigación de las alternativas que caben en el horizonte de las posibilidades concretas. En tanto que la sociología de las ausencias amplía el presente uniendo a lo real existente lo que de él fue sustraído por la razón eurocéntrica dominante” (Sousa Santos, 2011, pág. 16). Esta perspectiva hace parte esencial de esta investigación, teniendo en cuenta que daremos voz a aquellos que han estado excluidos de la vida política nacional, como los y las insurgentes y líderes de organizaciones sociales de los territorios en conflicto, ellos y ellas son las voces que desde la academia comúnmente no son escuchadas ni tampoco indagadas, dadas las múltiples circunstancias de represión de sus voces, que no son de análisis en este proceso de investigación.

3.2 Racionalidades y prácticas

La racionalidad es la capacidad de pensar, comprender, entender, interpretar, evaluar y actuar a partir de unos principios, valores, creencias e intereses para concretar un objetivo, y las prácticas son actividades del ser humano para incidir en los contextos sociales para realizar transformaciones o mantener el orden social. Por lo tanto, las racionalidades y prácticas como procesos sociales e históricos tienen una explicación mundana, material y terrenal que pueden ser resistida, combatidas y transformadas en la sociedad mercantil capitalista (Kohan, 2013) .

Con el objetivo de establecer las racionalidades y prácticas de la salud pública en las estrategias y acciones militares por parte de los actores en confrontación, como también de la transformación del sentido de estas en la construcción de paz desde los territorios, es necesario precisar que entendemos por racionalidades y prácticas en el gobierno de la conducta humana, en las estrategias de guerra y la salud pública. Para esto se plantea en primera instancia, dar un marco general en el que toman sentido estas dos categorías.

Las racionalidades y prácticas son determinantes en el ejercicio del poder, ya que designa relaciones entre dos partes, en un conjunto de acciones que se inducen y se encuentran formando una sucesión. En este sentido “el ejercicio del poder no es un hecho bruto, un dato institucional ni es una estructura que se mantiene o se rompe: se elabora, se transforma, se organiza, se provee de procedimientos que se ajustan más o menos a la situación” (Foucault, 1988, pág. 17). En consecuencia, el ejercicio del poder tiene como propósito la dominación sobre otros seres humanos a través de diversos dispositivos. Para este ejercicio es necesario un conjunto de medios denominados estrategia (Foucault, El sujeto y el poder, 1988) que tiene tres sentidos: Primero, la racionalidad empleada para elegir un medio y alcanzar un objetivo; segundo, tener ventaja sobre el otro a través de los

dispositivos de poder y, por último, desposeer al adversario de sus medios de lucha hasta hacerlo renunciar.

Por consiguiente (Foucault, 1988) hace un llamado a estudiar las racionalidades de los diversas acciones que se realizan en la disputa por cambiar las relaciones de poder entre los actores en confrontación. “El esfuerzo explicativo de ese discurso consistía en separar una racionalidad fundamental y permanente, que estaba ligada por esencia a lo justo y al bien, de todos los azares superficiales y violentos, vinculados al error. Inversión, entonces, según creo, del eje explicativo de la ley y de la historia” (Foucault, 1976). Bajo esta premisa, se comprende que las racionalidades no están ligadas a lo justo socialmente construido, sino que obedecen a un interés o estrategia de un actor sobre otro para dominarlo o transformar la relación de poder.

En esta misma vía Néstor Kohan, desde la teoría marxista del fetichismo, plantea la comprensión de las racionalidades y prácticas en la intención de “captar la lógica y la racionalidad objetiva que causa esos efectos sobre la conciencia. El fetichismo es el gozne teórico entre efectos y causas, entre subjetividad y objetividad, entre formas enajenadas de individualidad y formas sociales e institucionales” (Kohan, 2013, pág. 354). En esta perspectiva el fetichismo intenta dar cuenta de la objetividad social a partir de darle un sentido racional a determinados objetos o sujetos, dotándolos de atributos que no le son propios a su naturaleza, esencia y su misma definición como objeto (Kohan, 2013) que permite comprender las racionalidades y prácticas de las estructuras sociales, las actividades humanas colectivas e individuales y las relaciones sociales que se dan en este caso en la salud pública y su relación con el conflicto.

3.2.1 Racionalidades y prácticas del gobierno de la salud pública

Para comprender las racionalidades y prácticas del gobierno es pertinente comenzar por plantear que se entiende por este, el cual no hace exclusivamente referencia a las estructuras políticas de los Estados, más bien se inscribe en un marco más amplio como lo señala (Foucault, 1988, pág. 14):

“No se refería únicamente a las estructuras políticas o a la gestión de los Estados; más bien designaba el modo de dirigir la conducta de individuos o grupos: el gobierno de los niños, de las almas, de las comunidades, de las familias, de los enfermos. No sólo cubría las formas instituidas y legítimas de sujeción económica o política, sino también modos de acción, más o menos pensados y calculados, destinados a actuar sobre las posibilidades de acción de otros individuos. Gobernar, en este sentido, es estructurar el posible campo de acción de los otros”

En esta vía, los procesos de dominación de la población y sus conductas no solo se dan a través del poder político, económico y militar ejercido por quienes gobiernan los estados, sino a través de dispositivos pensados y calculados que se insertan en la cotidianidad de la población para poner límites al accionar, para que no se desestabilice el statu quo. Uno de los mecanismos más potentes son los medios de comunicación que construyen imaginarios colectivos para legitimar o deslegitimar conductas humanas según los intereses.

De esta manera, el gobierno no solamente es una cuestión que se ejerce sobre las poblaciones por parte de quien domina, sino que también, ellas mismas ejercen un gobierno de sí. En la medida que los individuos se construyen en dos vías: consigo mismo y con los

otros, lo cual hace que se autorregulen comportamientos y pensamiento para poder vivir en comunidad (Foucault, 1983), donde se termina imponiendo el gobierno de los otros, mediante una serie de dispositivos que generan una crítica de su verdad, una designación auténtica de una sujeción voluntaria a contenciones de sus deseos (Bidet, 20016) mediante una serie de racionalidades y prácticas emanadas de quien domina.

En consecuencia, la racionalidad política contemporánea se ha desarrollado paralelamente con la forma de mercado, en la cual ha explorado las racionalidades de los diferentes ámbitos de la vida social: hospitales, colegios, cárceles y las fuerzas militares, que se ve representada en el actual modelo de desarrollo neoliberal caracterizado por una racionalidad instrumental, como forma de pensamiento y práctica contemporánea de concebir el mundo en un sentido monástico, sin la posibilidad de cuestionar y muchos menos subvertir el orden social (Paris, 2001, pág. 266), el cual abarca todas las áreas de la vida debido a su practicidad técnico racional, que es muy eficaz para la lógica económica.

En Colombia dichas prácticas y racionalidades políticas y económicas se ven reflejadas en las acciones de los gobiernos que históricamente han ejercido el poder desde el Estado, privilegiando una racionalidad económica que guía las diferentes prácticas para que unos pocos sigan teniendo riquezas a costa de las mayorías, bajo una perspectiva rentista, que privilegia la acumulación de capital por encima de la vida humana y de la naturaleza.

Sin lugar a duda como lo menciona (Foucault, 2007, pág. 319) el liberalismo es “una práctica de gobierno, es decir, como una manera de actuar orientada hacia objetivos específicos y regulada por una reflexión continua tendiente a regir la conducta de los hombres con instrumentos estatales”. Uno de estos instrumentos son las fuerzas armadas del Estado, que precisamente en esta investigación se pretende evidenciar su sentido de la racionalidad y de la práctica en la salud pública, específicamente en el municipio de la Macarena.

En cuanto al proyecto neoliberal en salud, es imprescindible citar algunos referentes teóricos que expresan las racionalidades y prácticas que caracteriza la salud pública de la actual fase capitalista impuesta por la clase dominante. Uno de los referentes teóricos neoliberales es Frederick Von Hayek quien expresa: “Es posible que la medida parezca incluso cruel, pero beneficiará al conjunto del género humano si, dentro del sistema de gratuidad, los seres de mayor capacidad productiva fueran atendidos con preferencia, dejándose de lado a los ancianos incurables” (Vega R. , 2010). En consonancia a lo anterior, refiriéndose a la sobrepoblación del mundo, “Contra la superpoblación no existe más que un freno: es preciso que sólo los pueblos que sean capaces de alimentarse por sí mismo permanezcan y crezcan” (Domenico, 2001). Lo anterior deja observar abiertamente la intencionalidad del proyecto neoliberal en el cual puede vivir quien tenga la capacidad económica de consumir en el mercado los servicios de salud y quien no tenga la capacidad de hacer su destino es la muerte o la enfermedad.

Otro teórico neoliberal que expresa la racionalidad del neoliberalismo en el campo de la salud es Robeth Nozick quien argumenta: “Nadie puede exigir un derecho al ingreso por el simple hecho de necesitarlo para sobrevivir, pues al hacerlo se coarta la libertad de alguien más” (Guzmán, 2015) y de manera más inhumana expresa que “en muchísimas sociedades, mientras que la mala salud funciona como condición necesaria para recibir tratamiento, no funciona como condición suficiente, puesto que estos tratamientos cuestan dinero, y no

todos los que están enfermos tienen el dinero; de ahí que la posesión de dinero suficiente se convierte, de hecho, en condición necesaria adicional para, efectivamente recibir tratamiento” (Nozick, 1988); Estas perspectivas deja entrever que para los neoliberales son sujetos de derechos quienes tienen capacidad de consumo.

En este mismo sentido, Vicente Navarro caracteriza los siguientes elementos propios de una política de salud neoliberal: “ (a) la necesidad de reducir la responsabilidad pública sobre la salud de las poblaciones; (b) la necesidad de incrementar el mercado y la comercialización de la medicina; (c) la necesidad de transformar los Servicios Nacionales de Salud en sistemas basados en el aseguramiento privado; (d) la necesidad de privatizar la atención médica; (e) la necesidad de desarrollar un discurso en el cual a los pacientes se les llama clientes y la planificación es reemplazada por los mercados; (f) el mejoramiento de la salud es una responsabilidad personal de los individuos; (g) la promoción de la salud como cambio en los comportamientos de las personas; y (h) la necesidad de incrementar la responsabilidad personal de los individuos para aumentar su capital social como dotación” (Navarro, 2009).

En este sentido el capitalismo ha venido exacerbando el individualismo como motor de desarrollo del mismo, gestando esto desde el proceso educativo, profundizado la desigualdad, la injusticia y el individualismo en el contexto social, que parten de derroteros como el manejo social del riesgo, caracterizado por observar la protección y el cuidado como un asunto individual, focalizado, guiado por los subsidios a la demanda, descentralizado, no universal y transitorio; “El manejo social del riesgo, enfoque central de la política social, es entendido como una manera de enfrentar los efectos de las crisis económicas sobre los más pobres, en la medida en que el riesgo social se refiere fundamentalmente a la probabilidad de que el individuo no percibiera recursos económicos” (Morales, 2010). En esta ruta, el neoliberalismo ha tenido dos avances en su consolidación: el primero es el endeudamiento individual que se plantea como la salida natural para poder educarse principalmente en estudios de educación superior, al mismo tiempo que consolida la financiarización de la economía; y, lo segundo, el fortalecimiento de un sistema no solidario donde la máxima es “sálvese quien pueda”.

Las prácticas y racionalidades de la salud pública hegemónicas son coherentes con la racionalidad expresada en múltiples reformas de corte neoliberal en diferentes sistemas sanitarios del mundo; este fenómeno se evidencia con la racionalidad de máxima utilidad por parte de los dueños de las prestadoras de los servicios, mientras los pacientes buscan su mejor estado de salud. El caso de Colombia se ubica en la perspectiva hegemónica donde a través de la ley 100 de 1993 se incorporan una serie de procedimientos y técnicas que hacen operar una racionalidad neoliberal caracterizada por la política de focalización de subsidios y el mercado para la asignación y distribución de recursos (Vega R. , 2001)

Por consiguiente, se observa la práctica médica como una industria donde se comercia con la salud de las poblaciones; esto se evidencia en la misma terminología donde los pacientes son mencionados como usuarios, clientes y demandantes, no como sujetos de derecho que tiene un racionalidad propia. Por otro lado, un arsenal de dispositivos que legitiman en la población la premisa de salud como un bien de consumo y no un derecho (Vargas, 2014). Esta racionalidad del sistema sanitario colombiano se ha traducido en la descentralización, privatizaciones de instituciones de salud y de seguridad social, incorporación de técnicas

generales propias de las industrias, instrumentos de focalización para la distribución de subsidios y múltiples tecnologías propias de la racionalidad neoliberal en salud (Vega & Jara, 2002) (Vega R. , 2001). En coherencia con esto, en la década de los noventa se implementa el pluralismo estructurado (Hernandez, 2002).

En definitiva esta racionalidad económica, utilitarista y controladora se expresa en el ejercicio del biopoder, entendido por Foucault como (Vega R. , 2001, pág. 112) : “el biopoder es la organización y empleo del poder sobre la vida con la intención de disciplinar el cuerpo y regular las poblaciones. Esta es una tecnología bipolar que actúa sobre los individuos y las especies, sobre los aspectos anatómicos y biológicos del cuerpo, con el propósito de controlar el desempeño del cuerpo y los procesos de la vida”. Esto nos plantea que las acciones en salud pública se inscriben en una serie de racionalidades y prácticas, que hacen parte de la disputa por el poder. En el caso de esta investigación, como parte de la estrategia de guerra insurgente y contrainsurgente.

3.2.2 Racionalidades y prácticas en la guerra

En la comprensión de los sentidos de las racionalidades y prácticas de la guerra se ubican dos corrientes de análisis: una es la perspectiva bélica ligada a la tanatopolítica, entendida como el estudio de las prácticas coercitivas y de disciplinamiento de los cuerpos, como el ejercicio del poder bélico para someter o exterminar la vida mediante secuestro, desaparición, genocidio, desplazamiento, estigmatización, masacres, entre las múltiples prácticas para someter a la contraparte (Muñoz D. , 2015). Esta perspectiva limita la guerra simplemente a una tecnología política para atacar al adversario. La segunda perspectiva es la gubernamentalidad definida por (Foucault, 2006, pág. 136):

“Con esta palabra ‘gubernamentalidad’, aludo a tres cosas. Entiendo el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esa forma bien específica, aunque muy compleja, de poder que tiene por blanco principal la población, por forma mayor de saber la economía política y por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad. Segundo, por ‘gubernamentalidad’ entiendo la tendencia, la línea de fuerza que, en todo Occidente no dejó de conducir, y desde hace mucho, hacia la preeminencia del tipo de poder que podemos llamar ‘gobierno’ sobre todos los demás: soberanía, disciplina, y que indujo, por un lado, el desarrollo de toda una serie de aparatos específicos de gobierno, [y por otro] el desarrollo de toda una serie de saberes. Por último, creo que habría que entender la ‘gubernamentalidad’ como el proceso, o mejor, el resultado del proceso en virtud del cual el Estado de justicia de la Edad Media, convertido en Estado administrativo durante los siglos XV y XVI, se ‘gubernamentalizó’ poco a poco”

Bajo esta segunda perspectiva, la gubernamentalidad contribuye a comprender las motivaciones de la guerra, que en el caso de la gubernamentalidad neoliberal son sobre todo económicas, mediáticas y de opinión pública con el propósito de mantener el statu quo de las clases dominantes. En la perspectiva de la guerra, la gubernamentalidad aporta a la comprensión de las guerras, como en el caso de la colombiana, en la medida que puede evidenciar el sentido de las racionalidades y prácticas de las tecnologías políticas para producir enemigos colectivos, excitar deseos, regular creencias, generar pasiones, estimular esperanzas (Muñoz D. , 2015) y finalmente ganar la opinión pública para seguir reproduciéndola, como continúan algunos sectores políticos del país.

La gestión de la guerra se hace mediante distintas prácticas, estas se observan cotidianamente en los medios de comunicación como lo son periódicos, revistas, televisión, radio, entre otros, que cumplen la tarea de vender inseguridad, miedo y zozobra a la sociedad, para luego ofrecer seguridad. En este mismo sentido se señala: “los sondeos de opinión, los medios de comunicación, la propaganda, la publicidad y el marketing político son discursos y técnicas que modulan las creencias, los afectos y los deseos, a la vez que producen determinada opinión pública y gobiernan las conductas de una población” (Muñoz D. , 2015, pág. 76). En esta misma perspectiva (Foucault, 1976, pág. 29) señala que “la política es la continuación de la guerra por otros medios y que incluso el derecho, la ley, adopta el carácter de un arma de guerra y de una estrategia para conseguir el desequilibrio de fuerzas y lograr la victoria”. Vale la pena recordar casos como las interceptaciones telefónicas y los crímenes de Estado más conocidos como falsos positivos dados en el gobierno del expresidente Álvaro Uribe.

El análisis y comprensión de la guerra colombiana no está limitada simplemente a la tanatopolítica o a las consecuencias de la guerra en los cuerpos y psiquis de la población, también es necesario indagar y debelar la gestión pública que se le hace a la misma, para la aceptabilidad en la población, y el deseo por el ejercicio bélico como única posibilidad para solucionar las contradicciones étnicas, de clase, religiosas, etc., que posee toda sociedad. Finalmente, podríamos concluir “las guerras contemporáneas combinan de manera estratégica, por un lado, las tecnologías bélicas y militares que reprimen tentativas de sedición en las poblaciones y someten a los individuos que las organizan, por otro, el gobierno económico, la promoción de las libertades, las tecnologías de información y las industrias de opinión que gestionan un público que acepta y desea los fines bélicos” (Muñoz D. , 2014, pág. 205), lo cual genera un desafío más amplio en la construcción de la paz estable y duradera.

3.2.3 Racionalidades y prácticas de la salud pública en situaciones de guerra

Antes de indagar las racionalidades y prácticas de la salud pública en las situaciones de guerra, es necesario precisar que entendemos por guerra, su carácter, tácticas y estrategias que se relacionan con la salud pública. En primera instancia, definiremos la guerra como actos y acciones de fuerza que se llevan a cabo para imponer la voluntad al adversario. Frente al carácter y la conducción “la guerra es un instrumento de la política, debe incluir en sí misma, necesariamente, el carácter de la política; debe medir con la medida de la política. La conducción de la guerra, en sus grandes delineaciones, es, en consecuencia, la política misma que empuña la espada en lugar de la pluma” (Clausewitz, 1832, pág. 167).

También se podría añadir que la guerra aparte de tener claramente una conducción política, es usada en momentos históricos concretos y bajo un método, como lo señala el marxismo, el cual “exige que la cuestión de las formas de lucha sea enfocada históricamente. Plantear esta cuestión fuera de la situación histórica concreta significa no comprender el abecé del materialismo dialéctico. En los diversos momentos de la evolución económica, según las diferentes condiciones políticas, cultural-nacionales, costumbres, etc., aparecen en primer plano distintas formas de lucha, y se convierten en las formas de lucha principales” (Lenin, 1906, pág. 2). Esta perspectiva es fundamental en la comprensión de la racionalidad del marxismo leninismo, teniendo en cuenta que las FARC-EP se inspiraron política, ideológica, cultural y militar en esta corriente filosófica y de acción política que guía su forma de hacer la guerra.

En esta misma vía (Clausewitz, 1832) señala, que sí la política es grande y poderosa, la guerra tendrá esa misma magnitud hasta alcanzar la guerra absoluta, donde esta se comprende como una unidad en la confrontación, donde todas las instituciones del Estado están en función de doblegar al contradictor, en el caso colombiano a las insurgencias. Bajo esta premisa, las acciones en salud podrían hacer parte de la estratagema la cual “presupone una intención oculta y, por lo tanto, es opuesta al modo de obrar recto, simple y directo... Por lo tanto, no tiene nada en común con los medios de persuasión, del interés y de la vehemencia, pero tiene mucho que ver con el engaño, porque éste también oculta su intención. Incluso es un engaño en sí misma“ (Clausewitz, 1832, pág. 121). En consecuencia a lo planteado por la estratagema y la guerra absoluta se podría observar a la salud como parte de un todo, que es usada para doblegar al contradictor.

La salud pública en situación de guerra ha tenido tres usos que se pueden identificar en diferentes conflictos, como lo evidencian algunos autores en cada uno de los usos. El primero, como prevención de la guerra; el segundo, durante la confrontación armada como parte de la estrategia de guerra y el último en la pos-guerra para aclimatar el ambiente de paz. Cada uno con racionalidades y prácticas diversas que toman sentido en cada contexto social en el que se desarrollan las acciones de salud pública

En cuanto a la prevención de la guerra, la salud pública tiene un papel importante desde lo planteado por la Organización Mundial de la salud, “la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados” (OMS. Organización Mundial de la Salud , 2006, pág. 1). En este sentido los profesionales de la salud pública junto con sus conocimientos en identificación de riesgos, conocimiento de epidemiología, planificación, monitoreo, evaluación de políticas y trabajo con comunidades, pueden ayudar a la comprensión del conflicto y a intermediar en su solución. También proporciona un espacio interdisciplinar para confluir diversos conocimientos en la prevención de la guerra, sin embargo, su mayor desarrollo ha estudiado los efectos de la guerra, es por ello, la importancia de resaltar el papel que puede desempeñar en la prevención de los conflictos al actuar en las causas (Wiist, Barker, Arya, & Rohde, 2014).

Por consiguiente, se plantea una clasificación de las medidas de prevención de la guerra, cabe aclarar que estas medidas no atañen exclusivamente a la salud pública, pero que pueden ayudar a evitar el desarrollo de la confrontación. (Russbach, 1999) La clasificación, propone tres categorías; primaria, secundaria y terciaria, y estas a su vez tienen dos subcategorías que son: prevención en frío (fuera del conflicto) y prevención en caliente (en medio del conflicto).

La prevención primaria en frío, hace referencia a la acción de evitar el conflicto interno o internacional, tarea que desarrolla la ONU y los Estados. En este escenario la salud pública hace la tarea de poder alertar sobre los costos sociales y económicos, en materia de salud que puede acarrear la guerra. La prevención primaria en caliente, determina que el personal de salud puede mediar teniendo en cuenta el aspecto de los problemas de salud, que suelen ser el primer tema sobre el cual se puede iniciar un diálogo entre las partes en confrontación.

La prevención Secundaria trata todas las medidas tendientes a limitar los horrores de la guerra. La esencia de estas medidas está contenida en el derecho internacional humanitario. La prevención secundaria en frío consiste en recordarle a las Fuerzas militares estatales y a los gobiernos el compromiso adquirido al adherir a los convenios humanitarios y en caliente se realiza el mismo procedimiento con los combatientes, recordando el Derecho Internacional Humanitario, teniendo en cuenta que las misiones médicas tienen contacto con los insurgentes.

Finalmente, la prevención terciaria en frío, prepara a las autoridades donde se desarrolla la confrontación para que actúen oportunamente con el propósito de limitar la morbilidad y la mortalidad de las poblaciones afectadas bajo dos categorías: primero en la atención de las víctimas de guerra (cirugías, tratamiento, etc.) y segundo la medida en salud pública (acceso a las víctimas, seguridad, precarias condiciones de trabajo, etc.), las cuales deben ser desarrolladas aunque existan limitaciones.

Segundo, las intervenciones humanitarias de los militares en la salud de la población se han planteado en el papel de la promoción de la salud en Estados débiles y con conflictos de larga duración. En la recolección de material para esta investigación puede desempeñar atención en operaciones de urgencia, vigilancia de enfermedades, investigaciones y provisión de salud, en zonas altamente inseguras. Pero, haciendo una observación y análisis detallado, estas atenciones no deberían ser usadas como intervención en la estabilización o recuperación de territorios a corto plazo, ya que podría acarrear tensiones entre la asistencia y el fortalecimiento del Estado a largo plazo, como también, represalias a los civiles por parte de los actores en confrontación (Jonnalagadda & Rubenstein, 2012). Estas acciones tienen el propósito de contribuir a la consolidación de los territorios ganados militarmente, pero principalmente ganar la legitimidad de la población y quitar apoyo al adversario (Rubenstein, 2011)

En Colombia, los diferentes actores de salud han sido parte de la confrontación desde una mirada estratégica por múltiples aspectos, como los son las afectaciones a centros de salud “En el informe del CNMH se recopilaron experiencias que evidencian el ataque a las actividades de la salud y, por lo tanto, a la misión médica. Por ejemplo, las promotoras de salud y las parteras son objetivo táctico de los actores armados con el fin de desarticular el liderazgo en la comunidad” (Urrego D. , 2005, pág. 380)

Otro aspecto a destacar es cómo el Ministerio de Defensa ha impulsado un serie de brigadas orientadas por el ejército en alianza con diferentes ONGs, Misión Médica, estudiantes de la salud, entre otros, para realizar operaciones psicológicas (Berrío, 2012) y así ganar la legitimidad ante la población civil, muestra de ello se da en el balance presentado en 2009 donde muestran como resultado los 7503 servicios de salud presados a la comunidad como jornadas interinstitucionales (Mindefensa, 2009).

Las prácticas en materia de prevención de enfermedad y promoción de la salud en el teatro de operaciones y confrontaciones militares específicamente en zonas selváticas; se observan mediante acciones de prevención de la enfermedades en el marco del sistema sanitario militar, un ejemplo son lineamientos para el diagnóstico, tratamiento, vigilancia epidemiológica y farmacovigilancia de la Leishmaniasis en las fuerzas militares por parte de la Dirección General de sanidad militar (DGSM, 2010).

Es importante mencionar las prácticas en salud del otro actor del conflicto, la insurgencia, así lo señala una combatiente “En las FARC-EP, los guerrilleros tenemos un presupuesto de salud representado en gastos de tratamientos, medicinas y todo lo necesario para resolver los casos de salud diarios que se presentan en el día a día, por ejemplo: virosis, enfermedades tropicales, lesiones producidas en combate, accidentes, enfermedades producidas por el entorno en el que vivimos y enfermedades producto de la guerra bacteriológica que el Estado a través de bombardeos lanza contra nuestra humanidad “ (Guzman, 2015)

Las enfermedades tropicales han hecho parte de la guerra en las estrategias militares de los actores en el desarrollo del conflicto social y armado. Un caso a mencionar es todo lo que sucede alrededor del medicamento para tratar la leishmaniasis, el cual tiene un seguimiento por parte de la fuerza pública para controlar su circulación, con el objetivo de restringir su uso y así usarla como forma de combate. Esta enfermedad está asociada a los guerrilleros y ello afecta las poblaciones que se encuentran en las zonas aledañas a los asentamientos guerrilleros (Molano, 2015). Por otro lado, se puede asociar la desmovilización de insurgentes a causa de otras enfermedades, como también el retiro o pensiones por enfermedad en las FFMM que afectan directamente a los Ejércitos en confrontación.

Tercero, el papel de la salud pública en la pos guerra como estrategia de los Estados para el proceso de estabilización, señalando que la salud es fundamental en la consolidación de los territorios mediante el fortalecimiento de los sistemas. Esto se evidencia en las opciones programáticas para los Estados en crisis, en la recuperación temprana por parte de la USAID; en esta perspectiva también se da prioridad a los grupos de mayor afectación del conflicto o regiones que han sido teatro de operaciones militares.

La historia ha demostrado que la salud contribuye a superar los conflictos y a generar un clima social ameno para la reconstrucción del tejido social, contribuyendo a zanjar los conflictos sociales que deja la guerra en las comunidades, que ven con sospecha, desconfianza y amenaza cualquier gesto de buena voluntad por parte de los actores en confrontación.

La pos-guerra a mitad del siglo XX en Europa es un caso a destacar. Allí emerge el Estado de Bienestar para consolidar un pacto entre el Estado, Empresas y trabajadores, y así generar estabilidad social. La cual se consolida con la Declaración de Derechos Humanos en el Artículo 25– (1) “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros.” (Organización de Naciones Unidas , 1948).

Durante este periodo se consolidan y emergen los sistemas de salud Europeos como elementos fundamentales en la política más amplia de bienestar social, como se plantea anteriormente. Siendo estos campos propicios para transformar la guerra en una contienda política, para garantizar el derecho a la vida digna. El derecho a la salud, fue consolidado muchas veces por las luchas obreras y de partidos políticos, mediante acuerdos entre contendientes para construir escenarios de paz y de confianza mutua (Vega R. , 2000).

Un ejemplo a señalar es el caso de Costa Rica. Después de la guerra civil del 48 el país toma la decisión de eliminar el ejército como parte de la estructura del Estado; le apostaron a la consolidación de la democracia mediante una apuesta por aumentar el acceso a la educación, agua, saneamiento básico y atención primaria de salud, dando como resultado en los años 50s a 80s un incremento del gasto social público del 8,6% al 23,6% del PIB y dando como resultado, entre 1970 y 1980, la reducción de la mortalidad infantil (de 68,4 a 18,1 x 1000 nacidos), el aumento de la esperanza de vida (de 65,8 a 79,2 años), y la disminución de la pobreza (de 50% a 25%) (Morice & Robles, 2011). Estos son algunos datos de los resultados en salud que nos evidencian que consolidar la democracia pasa por garantizar los mínimos sociales para que la gente del común tenga una vida saludable, digna y en paz.

Por último señalar los cambios que podrían traer un eventual pos-acuerdo en materia de salud pública en las zonas de mayor actividad militar, como lo ha sido la región de la Macarena, punto señalado en la agenda de diálogos: Hacia un Nuevo campo Colombiano; Reforma Rural Integral, el cual propone crear un Plan Nacional de Salud Rural, que tendrá en cuenta los siguientes criterios:

“a. La construcción y el mejoramiento de la infraestructura sobre la base de un diagnóstico amplio y participativo que permita atender al mayor número de usuarios en cada región, la dotación de equipos, incluyendo la adopción de nuevas tecnologías para mejorar la atención (ej. Telemedicina), y la disponibilidad y permanencia de personal calificado; b. La adopción de un enfoque diferencial y de género, incluyendo medidas especiales para mujeres gestantes y los niños y niñas, en la prevención, promoción y atención en salud c. la creación de un modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas, con énfasis en la prevención, que permita brindar atención en los hogares o en los lugares de trabajo. d. Un sistema de seguimiento y evaluación permanente para garantizar la calidad y oportunidad de la atención (Delegación FARC-EP y Gobierno Nacional, 2014, pág. 14)

Este acuerdo trae varios interrogantes, en cuanto a las tareas que emergen para las diferentes instituciones del Estado, como lo son las FFMM que venían haciendo algunas funciones, como parte de la estrategia militar. Señalado anteriormente, donde se espera un tránsito de las racionalidades y prácticas de salud pública por parte de los actores en confrontación. Donde el Ministerio de salud debe tomar el protagonismo en garantizar el pleno goce del derecho a la salud, sin que esto lo limite a los servicios de salud para superar una enfermedad. Esta emergente perspectiva, se debe forjar desde una racionalidad que promueva el bien-estar y el bien-vivir desde un paradigma más holístico, aseverando que “no se hace vino nuevo, en odres viejos” (Franco S. , 2015, pág. 7)

3.2.4 Regulación de las Racionalidades y prácticas de la salud pública en la guerra

En cuanto a la regulación de las racionalidades y prácticas de la salud pública, el Derecho internacional humanitario dicta una serie de normas para la regulación del conflicto armado. Para esta investigación precisaremos algunas que son relevantes:

El primer aspecto, es la protección del personal sanitario y religioso en el cual el artículo 9 reza “no se podrá exigir que el personal sanitario, en el cumplimiento de su misión, dé prioridad al tratamiento de persona alguna salvo por razones de orden médico”. En este

mismo sentido artículo 10, señala sobre la protección general de la misión médica, “no se castigará a nadie por haber ejercido una actividad médica conforme con la deontología, no se podrá obligar a las personas que ejerzan una actividad médica y no podrá ser sancionada de modo alguno por el hecho de no proporcionar o de negarse a proporcionar información sobre los heridos y los enfermos a quienes asista o haya asistido” (Naciones Unidas Derechos Humanos, 2012, págs. 19-20)

El segundo aspecto, es la distinción entre civiles y combatientes. Los ataques sólo podrán dirigirse contra combatientes. “Los civiles no deben ser atacados. Norma 3. Todos los miembros de las fuerzas armadas de una parte en conflicto son combatientes, excepto el personal sanitario y religioso. Norma 6. Las personas civiles gozan de protección contra los ataques” (Naciones Unidas Derechos Humanos, 2012, págs. 33-34).

Tercero, artículo 13 que aborda la protección de la población civil, reza: “La población civil y las personas civiles gozarán de protección general contra los peligros procedentes de operaciones militares. Para hacer efectiva esta protección, se observarán en todas las circunstancias las normas siguientes. Las personas civiles gozarán de la protección que confiere este Título, salvo si participan directamente en las hostilidades y mientras dure tal participación” (Naciones Unidas Derechos Humanos, 2012, pág. 22).

3.3 Conceptos teóricos

Salud pública

La salud pública se ha venido gestando a través de la historia como un campo transdisciplinar autónomo, en la perspectiva de conjunto de proposiciones articuladas dentro de un cuerpo teórico y sujeto a la verificación empírica y disputa política, yendo más allá de la mirada reducida como campo de conocimiento o ámbito de la acción ligado a la perspectiva más biológica como lo denomina (Granda, 2000) *Enfermología Pública*. Por ende la importancia de reconocer la salud pública como espacio de encuentro y confluencia de múltiples disciplinas a partir de enfoques integradores y estructurales de las ciencias, la filosofía y la política que garanticen a la acción humana la consecución de una verdadera transformación social que permita construir la paz con justicia social y de luces en las construcción de la solución política al conflicto colombiano (Franco Á. , 2000) (Franco Á. , 2002).

Otros autores la definen como “aquella disciplina cuyo objetivo debe ser conseguir a máxima salud colectiva posible aplicando el conocimiento disponible en un determinado contexto social e histórico. La salud pública también es una tecnología social encargada de la protección y promoción de la salud de la población mediante los esfuerzos organizados que realiza la sociedad” (Benach, Muntaner, Tarafa, & Valverde, 2012). En cuanto al Estado colombiano la define como la “política esencial del Estado que reconoce y garantiza la salud como un derecho fundamental, una dimensión central del desarrollo humano y un instrumento indispensable para lograr la paz y la equidad social con bienestar integral y calidad de vida, a través de la acción de todos los sectores que están involucrados directamente con los Determinantes Sociales de la Salud” (Minsalud, 2012).

Para esta investigación se entenderá por salud pública el conjunto de políticas y acciones impulsadas desde las fuerzas vivas de la sociedad para promocionar la salud, prevenir la

enfermedad, rehabilitar y garantizar una muerte digna; desde distintos sectores que determinan el proceso salud enfermedad de las poblaciones.

Conflicto

En primera medida señalar, el conflicto es inherente a la historia de la humanidad debido a que todos los humanos tenemos objetivos ante las diversas situaciones que se nos presentan en la cotidianidad. (Galtung, 2003) propone tres dimensiones que son imprescindibles para un análisis global de conflictos: primero las actitudes que enmarca el aspecto motivacional, hace referencia a lo que sienten, piensan y perciben por el otro, en relación con los objetivos que están en disputa; segundo el Comportamiento alude a los aspectos objetivos en el cómo actúan las partes en conflicto si existe un interés común por la acción creativa y constructiva o si su comportamiento y prácticas sociales quiere ir en herir y causar dolor sobre el otro. El último elemento que configura la triada es la Contradicción aspecto subjetivo, tiene que ver con los temas del conflicto y como se manifiestan.

Un elemento para precisar es que un conflicto puede ser latente (no se observa), con respecto a la triada que configura el conflicto, lo que se observa más fácilmente en los conflictos es el comportamiento de los actores en el caso del conflicto Colombiano (ataques militares entre la partes) esto se denomina el nivel manifiesto de conflicto y el nivel latente está compuesto por las contradicciones entre las partes y las actitudes que residen dentro de cada actor, para develarlo se requiere de un trabajo teórico, subconsciente y deducible al analizar la realidad (Galtung, 2003) (Percy, 2009).

Este concepto es coherente con el desarrollo de esta investigación porque en su enfoque el Galtung realiza el cuerpo teórico reconociendo la teoría marxista en las contradicciones de clase que se expresan en las racionalidades y prácticas en la confrontación social y armada, entre los dos actores en disputa, que son de vital importancia en la comprensión del uso de la salud pública como parte de las estrategias de guerra.

Conflicto Armado

Se define como conflicto armado cuando se recurre a la fuerza entre estados o hay una situación de violencia armada prolongada entre autoridades gubernamentales y grupos armados organizados o entre estos grupos dentro de un Estado. Este debe cumplir cuatro elementos fundamentales: fuerza o violencia armada, prolongación en el tiempo, grupo organizado el que participa en el conflicto y la inclusión del conflicto armado entre grupos la autoridad estatal y el grupo armado (Salmón, 2004, pág. 16) , en el caso de estudio FFMM del Estado Colombiano y las FARC-EP.

Conflicto Interno

El Protocolo adicional II (art. 1) y el Estatuto de Roma (art. 8.2.f), definen los conflictos armados internos como aquellos que tienen lugar en el territorio de un Estado cuando existe un conflicto armado prolongado entre las autoridades gubernamentales y grupos armados organizados o entre tales grupos. El Protocolo adicional II, agrega que dichos grupos “bajo la dirección de un mando responsable, ejerzan sobre una parte de dicho territorio un control tal, que les permita realizar operaciones militares sostenidas y concertadas” (art. 1). (Xarles, 2014)

Guerra no convencional

“La Guerra no Convencional están dirigidos a explotar las vulnerabilidades psicológicas, económicas, militares y políticas de un país adversario, para desarrollar y sostener las fuerzas de la resistencia y cumplir los objetivos estratégicos de EEUU. Históricamente, el concepto militar para el empleo de la Guerra No Convencional fue, en primer lugar, apoyar los movimientos de resistencia durante los escenarios de guerra general. Aunque este concepto mantiene su valor, el ambiente operacional desde el fin de la Segunda Guerra Mundial requiere, cada vez más, que las fuerzas estadounidenses lleven a cabo la Guerra No Convencional en escenarios de guerra limitada”. (Estado Mayor del Departamento del Ejército , 2010, pág. 6).

Guerra prolongada no convencional

Las guerrillas colombianas practican la guerra prolongada no convencional, siguen utilizando estrategia de guerra que se caracteriza por ser superior en el sitio de la acción, las unidades militares no se detiene por donde transita el enemigo, no tiene unidades militares grandes, sistema logístico liviano y se adaptan a las formas de combate del enemigo (D’Odorico, 2010).

Conflicto social y armado colombiano

En cuanto al conflicto, más allá de una definición teórica es necesario precisar algunos consensos y disensos que aportan al debate histórico en un mundo de interpretaciones que dan los diferentes sectores de la sociedad, “sus facetas son múltiples, no es posible una explicación unicausal o monocausal, pues existen elementos estructurales que remiten a la totalidad de la estructura social colombiana. Las divergencias comienzan con los enfoques teóricos, los orígenes, la periodización, las determinaciones y la existencia o no de jerarquías entre las causas” (Zubiria, 2015)

Diferentes autores han realizado un apuesta por sistematizar las diferentes percepciones y definiciones sobre el conflicto entre los que se encuentra (Oquist, 1978), quien aborda las causas del conflicto delimitándolas en causas políticas; causas socioeconómicas; causas institucionales; y causas psicológicas, culturales y raciales. Otra perspectiva es la del (Grupo de memoria historica , 2013) que señala como factores del conflicto, la persistencia del problema agrario, y la propagación del narcotráfico; las influencias y presiones del contexto internacional; la fragmentación institucional y territorial del Estado.

Otra mirada de los factores es la del informe (PNUD, 2003) que destaca la ausencia de una solución al problema agrario; el fracaso del Estado en la prevención y resolución de conflictos; la retirada del Estado que trae problemas sociales en la regulación de la vida, el uso de prácticas privadas de justicia y la conformación de ejércitos irregulares; el vínculo negativo de las elites con el desarrollo del conflicto, por ser elites sin perspectiva estratégica, que no cuentan con proyectos colectivos y su visión es demasiado cortoplacista.

En el informe síntesis planteada por la comisión se debelan dos posturas en la comprensión del conflicto, la primera, plantea un enfrentamiento de guerrillas, Estado, paramilitares y narcotraficantes, alimentado por la debilidad e imperfección del Estado y el comportamiento de las elites dominantes (Moncayo, 2015). La segunda recoge la perspectiva de (Estrada, 2015) “...la multiplicidad de conflictos del país remite, en última instancia, a una causalidad sistémica derivada de las configuraciones histórico-concretas de

la formación socioeconómica y cultural,...los conflictos sociales (incluyendo sus expresiones armadas) pueden explicarse, aunque no mecánicamente, por las características del orden social vigente. ...La investigación histórica ha demostrado que los rasgos particulares de la formación socioeconómica, política y cultural de Colombia, así como la influencia del entorno internacional, configuran un tipo de ordenamiento estructural específico y que éste, y no causas deshilvanadas, constriñen las expresiones concretas de la conflictividad social existente” (Moncayo, 2015, pág. 12).

Esta investigación se inscribe en la segunda perspectiva, como marco en el que se ha desarrollado y han dado sentido las racionalidades y prácticas de la salud pública, como parte de la estrategia de guerra en la confrontación entre los actores a estudiar.

Establecimiento de la paz- peace Making

El establecimiento de la paz, son las medida impulsadas para que los actores en confrontación cesen las hostilidades, en este caso las FARC-EP y las FFMM del Estado Colombiano, mediante el dialogo y medios como: “la negociación, la investigación, la mediación, la conciliación, el arbitraje, el arreglo judicial, el recurso a organismos o acuerdos regionales, u otros medios pacíficos (Capítulo VI de la Carta de las Naciones Unidas)” (Xarles, 2014, pág. 37). En conclusión que se lleguen a unos acuerdo fundamentales para el establecimiento de la paz.

Construcción de paz – peace Building

La construcción de paz parte de una serie de medidas que están encaminadas a reconstruir, construir y fortalecer las estructuras que tienden a consolidar la paz con el propósito de que no se reanude la confrontación una vez se haya llegado a un acuerdo entre las partes en contienda, entre las cuales están: “desarme de la partes en conflicto, restablecimiento del orden, custodia y posible destrucción de armas, repatriación de refugiados, reparación de las víctimas, readiestramiento del personal de seguridad, observación internacional a las elecciones, adopción de medidas para proteger los derechos humanos, reforma o fortalecimiento a las instituciones internacionales y promoción de procesos tradicionales y no tradicionales de participación política” (Xarles, 2014, pág. 39).

Aspectos que se viene construyendo desde la mesa de dialogo de la Habana entre el Gobierno Nacional y las FARC-EP, desde los diferentes puntos de los acuerdo de la agenda de dialogo. Del mismo modo como sociedad tenemos el deber ético de contribuir en la construcción de la paz, bajo esta premisa esta investigación quiera aporta en la transformación del sentido de las racionalidades y prácticas de la salud pública de la guerra a la paz en los territorios que más ha padecido la guerra como es el municipio de la Macarena.

Acción Integral

La acción integral son en esencia acciones militares y cívico militares en el marco de la confrontación en este caso de las FFMM del Estado y las FARC-EP, en esta investigación entenderemos por acción integral, el “apoyo a las operaciones militares y coadyuva al fortalecimiento de la imagen institucional y legitimidad de las Fuerzas Militares, contribuyendo en el quebrantamiento de la voluntad de lucha de los Grupos Armados Organizados al Margen de la Ley (GAML) y facilitando la desmovilización” (Mindefensa, 2002, pág. 13).

4. METODOLOGÍA

El diseño metodológico retoma los aspectos desarrollados por Foucault en sus diversas investigaciones donde indaga las racionalidades y prácticas en distintos ámbitos de la vida social, desarrolladas bajo cuatro corrientes que el describe en un entrevista realizada en la Universidad de Lovaina: La primera perspectiva analítica es la fenomenología, inspirada en el análisis de lo concreto alejada de la concreción netamente académica, “en vez de hacer la descripción un poco interiorizada de la experiencia vivida, me preocupé más de hacer el análisis de ciertas experiencias colectivas, sociales” (Colina & Jalón, 2009, pág. 2).

La segunda corriente es la marxista que plantea que en lo concreto no estaba bien trabajada, sin embargo reconoce la gran riqueza en “los saberes históricos con los que esos conceptos debían relacionarse o donde serían operatorios” (Colina & Jalón, 2009, pág. 2) lo cual permite una comprensión de la estructura social en relación al fenómeno social a estudiar. La tercera es la historia de las ciencias que planteaba “si puede haber una historicidad de la razón y, por lo tanto, si cabe hacer una historia de la verdad”; y la cuarta se expresa en el trabajo con textos literarios alejados de la tradición filosófica, textos que permitían rastrear aspectos relacionados al poder no tradicionales a los análisis políticos y filosóficos, incluidos los marxistas que lo simplificaban a lo jurídico y político (Colina & Jalón, 2009).

Esta investigación al igual que lo planteado por Foucault en la investigación de las cárceles, no pretende estudiar las instituciones, ideologías y teorías si no estudiar las prácticas; con el objetivo de captar las condiciones sociales e históricas que hacen aceptables estas prácticas con la hipótesis, de este tipo de prácticas no simplemente se rigen por las instituciones, ni son prescripción ideológica guiadas por el pragmatismo. En esencia se trata de analizar un régimen de prácticas entendida esta como lo que se dice y se hace, las reglas impuestas, las razones dadas, lo planeado y lo dado por sentado. (Foucault, 1991).

En la perspectiva de indagar las racionalidades se parte de lo señalado por (Foucault, 1991): al plantear que las prácticas por elementales que sean tiene un cierto régimen de racionalidad, que propone estudiarlo en dos perspectivas. La primera, es estudiar la interacción entre una codificación y receta que se forma a partir de reglas, normas y procedimientos para un fin y la producción de discursos verdaderos. El segundo aspecto a plantear es la formulación entre lo falso y verdadero y como se determina el dominio de los sujetos a partir de esto. Finalmente el problema radica en como los hombres se gobiernan ellos mismo y otros a través de la producción de la verdad, no significando esta la producción de los enunciados verdaderos (Foucault, 1991)

Este diseño metodológico responde a la propuesta de enfoque teórico de teoría crítica y epistemología del sur, teniendo en cuenta que se realizará en primera medida una revisión de literatura que permitirá realizar un mapeo teórico alrededor de las racionalidades y prácticas de la salud pública en el plan estratégico de guerra de los actores en confrontación, particularmente el Plan de Consolidación del municipio de la Macarena 2007-2015. Otro aspecto fundamental desde las epistemologías del sur es que se va dar protagonismo a los grupos sociales con menos eco en la sociedad Colombiana, como lo son líderes sociales, comunitarios e insurgentes; esto permitirá maximizar y minimizar diferencias frente al discurso institucional y de las FFMM.

En consonancia a lo anterior se proponen tres niveles: estratégico, genealógico y arqueológico. Entendidos por Foucault en (Bedoya Hernández, 2013, pág. 10) como:

“El nivel de la arqueología: consiste en “tomar conjuntos de elementos donde se pueda descubrir, en primera aproximación, o sea, de manera completamente empírica y provisional, conexiones entre mecanismos de coerción y contenidos de conocimiento”.

“En el nivel genealógico, el procedimiento de eventualización intenta hacer una restitución de aquellas condiciones que permitieron la aparición de una singularidad a partir de múltiples elementos determinantes, en relación con los cuales esa singularidad aparece, no como el producto, sino como el efecto”

“El nivel estratégico se refiere a que la inteligibilidad que el análisis histórico-filosófico busca no opera bajo un principio de cierre, ni clausura”.

Los cuales no anteceden el uno al otro, ni son jerárquicos, sino que de manera simultánea permitirán comprender las prácticas y racionalidades que operaron en el desarrollo de la confrontación del conflicto social y armado, como también en el proceso de construcción de paz desde los territorios. Por lo tanto, se propone un estudio de caso como diseño metodológico, que permita establecer las racionalidades y prácticas en la estrategia de guerra en la Macarena entre (2007 -2015) en el PCIM.

4.1. Método

Esta investigación tiene como diseño metodológico el estudio de caso cualitativo, caracterizado por construcción de teorías pero también por realizar un diálogo entre las teorías ya existentes realizando una mezcla entre inducción y deducción (Perry, 1998). El estudio de caso cualitativo tiene también como fortaleza la diversidad de fuentes, que en el caso a investigar son necesarias debida a la poca literatura que existe sobre el tema, sentido de las racionalidades y prácticas de la salud pública en el conflicto colombiano.

El caso a comprender se desarrolla en el Municipio de la Macarena de 2007 al 2016, donde se hace un esfuerzo por comprender las racionalidades y prácticas de la salud pública en los planes y acciones de guerra de las FFMM y las FARC-EP y como el sentido puede transformarse desde los territorios en la construcción de la paz.

4.2 fuentes de información

4.2.1. Muestreo teórico

El muestreo teórico es entendido como “el proceso de la recolección de datos para generar una teoría por la cual el analista conjuntamente selecciona, codifica y analiza su información y decide qué información escoger luego y dónde encontrarla para desarrollar su teoría tal como surge” (Glaser & Strauss, 1967). Esta hace parte de las dos técnicas de recolección de datos, la cual es pre y pos a las entrevistas; se realizará para revelar categorías y propiedades que nos permitan ver las interrelaciones que existen en la teoría, en este mismo sentido comprendemos la investigación en un sentido dialéctico en el que el muestreo teórico se irá afinando con las entrevistas realizadas, en la cual se incluirán textos citados o recomendados por los entrevistados. En el muestreo se indagarán cuatro tipos de

documentos: artículos de bases de datos, históricos, literatura gris, prensa y documentos referenciados por los entrevistados.

El muestreo teórico tiene cuatro pasos que se van a desarrollar: el primero, es la saturación teórica entendida como el criterio para juzgar cuándo cesa el muestreo de diferentes grupos pertinentes a una categoría. Saturación significa que ninguna información adicional se hallará. El segundo, es la muestra teórica adecuada; ésta es juzgada por la amplitud y diversidad en los grupos para saturar categorías de acuerdo al tipo de teoría desarrollada. El tercero es el corte de datos hasta la saturación de una categoría; este permite una investigación multifacética en la cual no hay límites con respecto a las técnicas de recolección de datos dando una flexibilidad en la incorporación de nuevos elementos que transcurren en el proceso de investigación sin perder la rigurosidad del mismo, y en cuanto el otro corte que es el de campo también se realiza por saturación y deteniendo el muestreo. Por último, la profundidad del muestreo el cual hace referencia a la cantidad de datos recolectados sobre un grupo y sobre una categoría (Glaser & Strauss, 1967).

4.2.2. Muestreo teórico o por juicio (entrevistados)

El muestreo utilizado para la comprensión de las racionalidades y prácticas de la salud pública en la estrategia de guerra y la transformación del sentido de estas para la construcción de la paz desde los territorios, es el muestreo teórico o por juicio, el cual se caracteriza por la selección a partir de elementos conceptuales, de acuerdo a los principios de representatividad estructural (Vasilachis de Gialdino, 2006). Los aportes de este muestreo están en función de las características construidas en la fase de análisis. Sigue siendo propositivo en función de las categorías que surjan.

El criterio que se utilizó para definir el tamaño de la muestra fue la saturación de las categorías y los criterios de selección de los entrevistados fueron: personal del Estado que participó en la implementación del Plan de consolidación en la Macarena, miembros de las fuerzas militares que participaron en la ejecución de los planes en la Macarena o con conocimientos y experticia en acción integral, excombatiente de las FARC-EP pertenecientes al personal de salud, líderes sociales y comunitarios que hayan estado involucrados con las problemáticas de la región de la Macarena.

4.3 Instrumentos y técnicas de recolección de información

4.3.1 Definición y operacionalización de categorías

En cuanto a las categorías tenemos dos tipos de categorías: primero, las deductivas, que emergieron de una primera revisión teórica. Segundo, las categorías emergentes que fueron posteriores a las entrevistas, las cuales emanaron de la revisión teórica dialéctica y dinámica que permitieron determinar las categorías.

4.3.2 Instrumentos de recolección de información

Las entrevistas semi-estructuradas y a profundidad fueron las técnicas con la cuales se realizó la recolección de información a los actores que cumplieron las características descritas anteriormente. El número de entrevistas se definió con la saturación de las categorías, entendida esta como: La «saturación teórica» significa que al agregar nuevos casos no representará hallar información adicional por medio de la cual el investigador pueda desarrollar nuevas propiedades de las categorías. (Vasilachis de Gialdino, 2006).

4.4 Procedimiento analítico de información

Se realiza la transcripción de las entrevistas en primera medida; posterior a ello se realiza la codificación que consiste en comparar la información obtenida tratando de dar una denominación común a un conjunto de datos que comparten una misma idea. En este sentido se comprende que la codificación supone leer y releer los datos para descubrir las relaciones (Vasilachis de Gialdino, 2006). Para este trabajo de investigación se tuvo en cuenta la pre-codificación que se da en la formación teórica del investigador y la codificación in vivo que son las expresiones utilizadas por los entrevistados.

4.5 Fases del estudio de caso

Fase1: Recolección de la información y trabajo de campo

Se realizaron 19 entrevistas: 8 excombatientes de la FARC-EP que pertenecieron al bloque oriental que operaba en la región de la Macarena durante el periodo estudiado y pertenecientes al personal de salud, 4 militares oficiales con experticia en acción integral o que han estado en operaciones militares en la región de la Macarena, 4 líderes sociales de organizaciones con presencia en el municipio de la Macarena, 2 funcionarios del Estado que trabajaron con el plan de Consolidación del municipio de la Macarena, y 1 persona de misión médica internacional que estuvo en el teatro de operaciones militares. Esta información fue recolectada de manera directa en el municipio y veredas de la Macarena, en las zonas Veredales de transición y normalización de Icononzo y de la Macarena, en guarnición militar en Bogotá, y por llamada telefónica 2 de las entrevistas que no dificultó el acercamiento debido a una anterior cita personal que se tuvo.

Fase 2: Estructuración y organización de los datos

Para la organización de los datos se realizó matriz de categorías deductivas o apriorísticas y subcategorías a partir de la revisión de literatura, las cuales permitieron agrupar los fragmentos de las entrevista relacionados con cada categoría y subcategoría; también se realizaron dos matrices para organizar la información según las categorías deductivas (Indique las tablas sobre las matrices). La primera, de revisión de literatura científica y libros entre los cuales está la literatura recomendada por los entrevistados, y la segunda para organizar la información de revisión de prensa y artículos de periódico.

Fase 3: Codificación de los datos (comparación de los datos con la literatura)

Para la codificación de los datos de la entrevista se diseñó una matriz que contenían: categoría, subcategoría, sujeto, fragmento y análisis descriptivo para organizar las opiniones de los entrevistados que permitiera un mejor análisis de cada categoría y también a partir de las entrevistas se iba configurando categorías y subcategorías emergentes que permitieran un mayor comprensión del problema de investigación (Indique la tabla de la Matriz). Esta matriz se realizó con el propósito de analizar, examinar y comparar cada fragmento ubicado en cada categoría, como también comparar las categorías entre sí para ver las relaciones que existen entre las diversas categorías.

Al mismo tiempo es necesario comparar los datos obtenidos de las entrevistas, con los datos obtenidos en la revisión de literatura para realizar análisis de los mismos.

Fase 4: Conceptualización y explicación del problema

Luego de la codificación se procede a conceptualizar y explicar el problema de investigación a partir de los aspectos que emergieron central y que configuran el problema de investigación.

Fase 5: Socialización y ajuste de los resultados

Se presentan los resultados obtenidos en el proceso de codificación y conceptualización, para permitir retroalimentación por parte del tutor experto en la temática u otro lector para luego realizar informe final.

Fase 6: Elaboración de informe final.

Presentación y sustentación del informe final

Aspectos éticos de la investigación

Para desarrollar la investigación se tendrán los siguientes aspectos éticos:

- La resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 “por la cual se establecen las normas científicas y técnicas de la investigación en salud”, en su artículo 11 clasifica esta investigación como: sin riesgo, dado que emplea técnicas y métodos de investigación documental y “no realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológica, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos” y también menciona de manera expresa que las entrevista es un instrumento que no tiene riesgo.
- Para esta investigación no se realizó consentimiento informado teniendo en cuenta lo que reza el parágrafo “tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador de la obtención del mismo”, sin embargo se realizó una introducción antes de la entrevista donde se explicó el objetivo de la investigación y aclarando a cada entrevistado que en la presentación de los resultados, no se haría alusión a nombres de los excombatiente, militares, funcionarios del Estado y líderes sociales que fueron entrevistados, sino que se presentan aspectos agrupados generales o específicos expresados en las entrevistas y en el caso de citar testimonios textuales se identificará la fuente como por ejemplo: Excombatiente 1
- Para efectos del uso de datos bibliográficos y fuentes se tuvo en cuenta y respeto la norma de uso de derechos de autor, teniendo en cuenta la ley 23 de 1982, la cual no habla específicamente en el artículo 20, sobre el manejo de fuentes primarias y secundarias escritas de productos científicos, según la Dirección Nacional de Derechos de Autor (DNDA)

5. RESULTADOS

En la presentación de los resultados, como en su análisis se va a citar a los entrevistados con una codificación de la siguiente manera: existe cuatro tipos de actores, los miembros de las fuerzas militares que serán denominados (Militar Oficial) sin distinción de sexo porque se entrevistaron solo hombres; los trabajadores del estado que participaron en el plan de consolidación serán mencionados (Trabajador o trabajadora del Estado); en el caso de los excombatientes de la FARC-EP se mencionará (Excombatiente M) en el caso que sea mujer y (Excombatiente H) en el caso que sea hombre. Los dirigentes campesinos se van a citar (Líder campesina o campesino) según corresponda su sexo y se va a agregar un número según corresponda la cantidad de actores entrevistados en cada grupo que permita contrastar las diversas opiniones, ejemplo: Excombatiente M 7.

5.1 La Macarena y su historia

Hablar de la Macarena es remitirnos a uno de los territorios que dio inicio a esta guerra en los años cincuenta. El sociólogo Alfredo Molano nos relata citando la voz de los sobrevivientes de la oleada de violencia que vino después del 9 de abril por parte de los conservadores a los miembros del partido liberal bautizándolos como ateos y comunistas, lo cual trajo la expulsión de familias enteras de sus lugares de origen para salvaguardar la vida en Bogotá, Sogamoso y Casanare, donde se crea la primera guerrilla en cabeza de los hermanos Batista (Molano, 1989). Debido a este proceso de colonización dado por la persecución a los campesinos en los años cincuenta, se configura el territorio de la Macarena en esa época se le denominaba como el refugio.

Ratificando lo señalado anteriormente, Manuel Marulanda recuerda que “el primer blanco de esta guerra civil no declarada fue Marquetalia y luego extendida a otros lugares como Riochiquito, El pato, Guayabero, Etc. Contra Marquetalia los mandos lanzaron una fuerza combinada de cerca de 16.000 hombres. Participó la aviación, artillería, infantería, ingenieros y se estrenaron los novísimos métodos de lucha antiguerrillera” (Marulanda M., 2015, pág. 69). Estas acciones que comenzaron el 27 de mayo de 1964 darían inicio a la guerra del Estado contra las FARC-EP, comandado en ese momento por el presidente Guillermo León Valencia.

Estos sucesos, que si bien son relatos de la tragedia del conflicto en el país, también terminan dotando al territorio de la región de la Macarena de una simbología histórica de lucha en el caso de la FARC-EP, por ser escenario de diálogos como los de la Uribe y porque en este territorio también habitaron varios de sus hombres más emblemáticos para esta organización insurgente y para las FFMM, porque en este territorio se dieron confrontaciones que marcaron los últimos años del conflicto, en el que se desarrollaron los planes de guerra más avanzados en la guerra contrainsurgente.

5.1.1 La Macarena como territorio histórico para las FARC-EP

La región de la Macarena, sin lugar a dudas, ha sido uno de los territorios donde las FARC-EP han cumplido y ejercido labores de Estado, desde el impartir justicia hasta resolver dificultades de salud de la población. En la primera salida de campo, en la que se estuvo en la base militar del Fuerte de la Macarena y se compartió con las autoridades civiles estatales, el único juez del municipio decía abiertamente en presencia del Ejército, que quien ejercía el gobierno del territorio eran las FARC-EP. Lo cual es corroborado por investigaciones que han abordado la justicia comunitaria como la denomina (Espinosa,

2007). Otro aspecto que ha dado legitimidad en esta región a la insurgencia ha sido la construcción de vías; se dice que en los tres años de diálogos en el Caguán, en la cual la Macarena fue parte de la zona de despeje, se construyeron por parte de la insurgencia mil kilómetros de vías con puentes y alcantarillado, en la vías que comunican al municipio de la Macarena con La Sombra y Vista Hermosa (Medina, 2009).

En esta misma línea, una Excombatiente M 7 argumenta la importancia de la Macarena para las FARC-EP: “para nosotros la Macarena como comunidad FARC tiene gran valor, como en esta zona esta cierto tiempo de la vida nuestra. Como usted ya decía esta mata vio vivir al Mono y también lo vio... (Lagrimas)... tú sabes. Y eso fue importante seguir dentro de esta misma área, seguir con la población y recursos. Porque La Macarena tiene bastante recursos, porque muchas trasnacionales han querido venir a llevárselo y adueñarse de estos territorios. Para nosotros hacer todavía presencia en estas zonas es de gran valor. Uno se llena como de alegría, cuando pasa uno por un sitio y le dicen: ¡aquí era el campamento del camarada Jorge o acá era el campamento del camarada Manuel! Ese sitio era importante, porque aquí hubo una reunión del presidente Pastrana, con el camarada Manuel y uno como que revive esos recuerdos, y eso lo llena a uno de alegría. Aparte este es un territorio donde la gente ha estado con nosotros en el conflicto, donde algunas personas nos han apoyado y ayudado cuando teníamos dificultades”.

Esta presencia en el territorio por tantos años de la FARC-EP ha generado en parte de la población afinidad y lealtad. Un Militar Oficial H 1 recuerda lo que pensó cuando fue trasladado a la Macarena: “La experiencia en la Macarena, cuando uno llega o viene acá a este punto. Viene uno con la ideología de la violencia y donde la población civil no quiere a los militares”, esto permite ir hilando el porqué de la persistencia de la insurgencia en este territorio, en el que según los relatos tiene aceptación.

Otro aspecto relevante para comprender la importancia de la Macarena es su ubicación geográfica en la perspectiva militar y geopolítica. Cómo lo describe uno de los militares entrevistados: “Ellos encontraron que ese territorio entre la cordillera oriental y la serranía de la Macarena era perfecto porque por ahí tenían acceso a Bogotá, que es la Capital, donde están los tres poderes y también tenían acceso a la costa del pacífico, además de tener acceso a áreas donde el Estado nunca había estado, como la Región de la Macarena y del Caguán”. Esto explicaría también la insistencia de las FARC-EP en no dejar este territorio con la arremetida militar del gobierno Uribe, donde retoman a la guerra de guerrillas móviles, de grupos menos numerosos y con mayor movilidad.

Frente a la importancia estratégica de la Macarena para las FARC-EP, los militares en los diferentes encuentros que se tuvo en el proceso investigativo referenciaban que la misma presencia de la FUDRA en la Macarena era importante para taponar el corredor estratégico de la insurgencia. Uno de los Militares, Oficial 3, amplía más esta información señalando que en el “año 2001, aquí alrededor de Bogotá estaban todas las guerrillas porque es fácil llegar del Caguán a la Macarena, luego a la Uribe, de la Uribe al Sumapaz y del Sumapaz acá ya estás en Usme, entonces las guerrillas estaban por Usme, Nimaima, Nocaima, La Peña, la vía al llano, Guayabetal y estaba lleno. Eran alrededor de 1000 guerrilleros que estaban alrededor, Marco Aurelio Buen día era el que estaba dirigiendo esas guerrillas ahí”, que según cuenta el mismo militar, fueron expulsados de estas zonas luego de la ruptura de los diálogos y el escalamiento del conflicto.

5.1.2 Historia de la Macarena en perspectiva de las FFMM

El territorio de la Macarena ha sido teatro de operaciones militares en diferentes momentos de la historia del conflicto, como se reseñó en secciones anteriores. Sin embargo, al indagar con los militares entrevistados y la literatura recomendada por estos, se permite ampliar momentos importantes en la confrontación militar en esta región. El primero de estos hace referencia a un año antes de la apertura de los diálogos del Caguán, en el que un Militar Oficial 3 describe la primera incursión militar: “la primera aproximación trató de hacer el Estado fue en 1997, fue por la Macarena, pero fue imposible porque la FARC ya habían colonizado eso y entraban mil soldados y se enfrentaban hasta dos mil guerrilleros, entonces no se podía. La segunda vez que intentaron entrar fue en el 1998... con una brigada móvil allá en la región del Caguán y todas las guerrillas del Bloque Oriental y del Bloque sur se aproximaba 1500 guerrilleros y coparon 150 hombres, mataron 62 y secuestraron 45 y sobrevivieron ventialgo”.

Es mismo militar explica cómo fue la retoma de la zona de despeje, luego de terminados los diálogos del Caguán, y que da inicio al periodo de estudio de este proceso investigativo. Un Militar Oficial 3 describe cómo fue esa arremetida militar la cual recuerdan los campesinos de la región con poco agrado. “Por eso en diciembre de 2003 entro (Sic) todas las tropas de la fuerza de tarea conjunta Omega en diferentes sectores alrededor del Caguán, a la Macarena llegó la Fuerza de despliegue rápido, que era la gente especializada en combate desde la toma de casa verde; esas unidades, que son la brigada móvil uno, dos y tres, llegaron a la Macarena y empezaron a bajar desde la Macarena hasta los campamentos del secretariado de las FARC, que quedan cerca de San Juan de Lozada, que quedan en la frontera entre el Caquetá, Meta y Guaviare, ahí están los campamentos. Les tocó por tierra, por agua y aire”. Esto es reafirmado en textos militares en los que se señala que en la región de la Macarena estaba la mitad de la FARC-EP, cerca de nueve mil hombres pertenecientes al Bloque Oriental (Mazo, 2016) .

Sin embargo, este mismo militar en otro fragmento señala las dificultades geográficas por la extensión del territorio y por el clima: “Los que entraron allá fueron 17 mil hombres para cubrir 71 mil metros cuadrados de selva, eso es muy complejo. Porque eso no solamente tiene que ver con las tropas, sino con el alcance logístico, las comunicaciones, los combustibles, el apoyo, el tiempo de todo. No se pueden desarrollar operaciones militares sino hay un buen tiempo (clima) y allá en la selva llueve todo el tiempo”.

5.2 Racionalidades y prácticas de la estrategia de guerra según periodo de gobierno

Uno de los aspectos que emerge al indagar a los actores son las diferencias entre el gobierno de Juan Manuela Santos y Álvaro Uribe Vélez, en cuanto a la racionalidades y prácticas. Entre ellos se evidencian unos matices, que son necesario identificar para no caer en apreciaciones y valoraciones herradas en las apuestas políticas en materia de guerra contra la insurgencia, transformando las prácticas en unos casos pero con una racionalidad de exterminio de las FARC-EP. Para este propósito se abordan la racionalidad y prácticas de cada gobierno en determinado periodo del Conflicto y, por último, se abordan las percepciones de los diferentes actores frente a los gobiernos que tienen su asidero en la realidad social.

5.2.1 Racionalidad y prácticas de la estrategia de guerra en el gobierno de Álvaro Uribe

Las prácticas de guerra implementadas por el gobierno del expresidente Álvaro Uribe con la política de seguridad democrática y los planes de guerra anteriormente expuestos connotan una racionalidad de guerra integral, como la denominan los manuales militares, donde el único camino para terminar el conflicto armado era la derrota militar de las FARC-EP, lo cual fue acompañado por una gran parte de los medios de comunicación que legitiman y legitimaban la muerte de los insurgentes como único camino para alcanzar la paz.

Esta racionalidad de guerra contra las FARC-EP es ratificada por fragmentos de los diversos actores entrevistados. En primera medida, los miembros de las FARC-EP evidencian en sus relatos la racionalidad de la guerra. Un Excombatientes H 3 señala que “la estrategia que tenía el gobierno era de aniquilarnos, o sea, de acabarnos”, y esto lo amplía una Excombatientes M 7 haciendo referencia a los planes de guerra: “Bueno digamos que el expresidente Uribe es un tipo estrictamente de la guerra, hubo oportunidades en la que FARC, o todo el tiempo, se ha planteado solución política al conflicto; eso no lo aceptó Uribe en sus dos gobiernos y éstas áreas fueron un centro de ese conflicto, en particular del plan Colombia y con su incorporación del Plan patriota que fue netamente contra las FARC”

Los militares indagados comparten lo reseñado por los insurgentes frente a la racionalidad de guerra de este gobierno; un Militar Oficial 4 asevera “el mandato de Uribe estaba enfocado en acabar con la guerrilla o acabar con la guerrilla. Militarmente no más. En ese mandato no se miraba mucho la opción de vengamos, vengamos mandamos a la población, sino ataque no más”. Asimismo reseñan como era la política de guerra contra las FARC-EP: “la seguridad democrática con una presencia militar muy fuerte, con un tema de inteligencia y contrainteligencia muy fuerte, lo cual permite evidenciar el fuerte componente militar”.

Esta fuerte presencia militar transforma las lógicas de confrontación de la insurgencia por la presencia militar, como lo cuenta un Excombatientes H 3 al recordar cómo era anteriormente a la llegada del Ejército a la Macarena “Porque anteriormente nosotros aplicábamos el choque directo, el choque frentero en gran cantidad de unidades, pues enfrentando el enemigo eso nos desgastó mucho en hombres y en todo”. De esta misma manera lo analiza (Pizarro, 2006) al platear que las FARC-EP en su plan estratégico iba pasando de utilizar la guerra de guerrillas a la guerra de movimiento y luego a la de posiciones, que de cierta manera ejerció en el Caguán y que luego de la retoma del territorio por parte de la FFMM, nuevamente retornar a dicha estrategia con grupo más pequeños y de mayor movilidad militar como se mencionaba anteriormente.

En el proceso de la retoma por parte de las FFMM lo que se pretende es aniquilar a la insurgencia bloqueándola por todos los medios, como lo veremos más adelante, y en su defecto aislarla de la población civil, que son la base fundamental para cualquier ejército revolucionario que quiera vencer y materializar su ideario político. De esta manera lo recuerda un Excombatientes H 3 “cuando trataron a nosotros de alejarnos de la población era con el objetivo de que nos muriéramos de hambre, picados de zancudos, por leishmaniasis y de todo. Claro, y el desgaste, usted en la selva con deficiencia de alimentación, en una selva inhóspita donde hay de todo, la salud no va ser muy buena, por

el paludismo, dengue, leishmaniasis, que nos afectó mucho por el Guaviare, por ejemplo, que son selvas vírgenes” Lo cual relata uno de los periodos de recrudescimiento de la guerra contra las FARC-EP, que si bien no fueron derrotadas, si fueron golpeadas como nunca antes en su historia.

Otra característica de este gobierno fue apostarle a la militarización de la vida civil, desde los medios de comunicación, particularmente, y con una serie de estrategias informativas que generarán simpatía con las Fuerzas Militares; es importante reconocer que fue efectiva esta apuesta para generar una matriz de opinión contra las FARC-EP, que legitimaba la política de seguridad democrática. Tanto así, que por primera vez fue reelegido un presidente aunque se haya sabido de sobornos a congresistas como Yidis Medina Padilla y Teodolindo Avendaño por parte los exministros Sabas Pretelt, Diego Palacio y el exsecretario Alberto Velásquez, quienes fueron sentenciados por la Corte Suprema de Justicia (Laverde, 2015)

Una práctica que implementó el gobierno de Uribe fue la de militarizar todas las carreteras del país con dos propósitos. El primero, que los militares generaran empatía con la población; el segundo, la desmoralización de los insurgentes al percibir la superioridad numérica y, el tercero, bloquear a la insurgencia para poder sobrevivir. Un Militar Oficial 4 plantea: “Uribe lo que quería es que la población tuviera la percepción de seguridad. Que la guerrilla para donde volteara mirar, mirara Ejército”, y de la misma manera lo corroboran relatos anteriores de excombatientes.

En las ciudades, donde la confrontación militar no era notoria, las diversas acciones tuvieron particular eco en las zonas urbanas. Pero en las zonas rurales donde se daba la confrontación, los campesinos, indígenas, etc., no expresan simpatía. Un líder campesino 1 al preguntarle sobre el gobierno del ahora senador suspira fuertemente y señala: “con respecto a lo de Uribe, como ustedes se dieron cuenta, la arremetida no era contra la guerrilla sino contra la población civil; entonces se nos violaron todos los derechos humanos, todos los derechos fundamentales que tiene un ser humano con la arremetida de Uribe en los ocho años de mandato”; y otro líder campesino 3 agrega: “para nosotros todo el gobierno de Uribe fue guerra para nosotros, nunca invirtió nada”. En primera medida, contrasta las manipuladas percepciones en las zonas urbanas y deja ver el enorme daño causado a regiones donde el Estado solo aparecía para bombardeos, allanamientos y estigmatizar a todo aquel que opusiera resistencia a sus planes de guerra.

Un aspecto importante de este periodo y reseñado por los militares es la retoma de las acciones cívico militares que durante el Plan Patriota no fueron parte central de este. En el último año del periodo de Uribe emerge el PCIM que trazaría la apuesta político militar del gobierno de Juan Manuel Santos en la región de la Macarena. No obstante, el inicio de este plan comienza en el gobierno del senador, como lo cita un Militar Oficial 4: “aunque ahí se comenzó a dar las Jornadas de apoyo al desarrollo con presidencia. Cuando se dio esa etapa del control militar de área que fue lo que Uribe quiso tener en su momento... ya cuando Uribe logra eso, ya Uribe empieza como decía mano firme corazón grande, comenzó a llevar jornadas”; y en términos similares un Trabajador del Estado 2 recuerda una frase que se acuñaba en ese momento a los programas implementados paralelos a la ofensiva militar: “el lado social del plan Colombia o el ala social del plan Colombia”.

La racionalidad de guerra en todas las políticas, o lo que denominan la guerra integral en territorios como la Macarena, se expresa de manera abierta y contundente, en la cual la población civil fue la que llevó la peor parte, particularmente en las veredas donde se les vulneraron los derechos como lo señalaban los líderes campesinos entrevistados. Pero también se expresa el carácter agresivo de la guerra, donde el todo vale para acabar con las FARC-EP era la consigna del expresidente y aun hoy persiste.

5.2.2 Racionalidad de la estrategia de guerra en el gobierno de Juan Manuel Santos

En el primer cuatrienio del gobierno de Juan Manuel Santos existe una continuidad y profundización de la actividad militar. En este periodo se dan los golpes militares más contundentes contra la insurgencia en toda su historia por parte de las FFMM con la muerte de Jorge Briceño en la operación Sodoma y el asesinato del máximo líder de la FARC-EP Alfonso Cano en medio de las conversaciones exploratorias con el gobierno. En la que la voluntad de paz de las FARC-EP se ratifica al continuar el proceso.

En este periodo se da la incorporación de nuevas prácticas en la guerra contrainsurgente, que se refleja en las operaciones militares pero también en la remembranza de los Excombatientes H 3 indagados, al describir las transformaciones en este mandato: “cambio en la operatividad del gobierno, por su tecnología, que eso sí nos afectó mucho a nosotros, bombas, microchips, servicio de inteligencia terrestre, ahora último el hombre explorador, que es un soldado que se infiltraba en la selva y con todo su aparataje y dispositivo para sobrevivir y también para hacer inteligencia, grabar y toda esa vaina”. De la misma manera una Excombatientes M 7 realiza una reflexión frente a las apuestas políticas, militares y económicas del gobierno, en cabeza de Juan Manuel Santos, al describirlo como “un tipo también de guerra, pero más hacia su modelo industrial, más hacía el modelo económico. No tanto por una salida militar propiamente dicha pero sí a través de una vía política. Sí hubo un salto cualitativo de hacer la guerra”.

Los cambios que son referenciados por los excombatientes coinciden con lo señalado por militares en referencia a dos aspectos: el primero con la puesta en marcha de las acciones cívico militares como parte de los planes de guerra para consolidar territorios de presencia histórica de las FARC-EP, que anteriormente era manejado de manera más directa por las FFMM, y el presidente Santos lo reviste de una apuesta civil, pero sin afectar su racionalidad de guerra contrainsurgente, como se evidencia en la Macarena. Frente a este cambio un Militar Oficial 4 refiere: “Santos le dio el vuelco a eso. Santos dice: venga prosperidad social, venga acción social de la presidencia, venga ayudemos y supo ganar en la población a través de todas esas ayudas y esos apoyos a través de sus gobiernos. Fue donde se llevaron estas jornadas, y entonces comenzaron estas jornadas de presidencia de salud a parte de las que nosotros tenemos como Ejército y presidencia organizaba unas macro que iba con todo, Coldeportes, gobernador, etc.”

Una transformación palpable para los campesinos de las veredas donde se daba la confrontación es la apertura de diálogos entre FARC-EP y Gobierno Nacional en la Habana. El primer aspecto es la disminución de la actividad militar por parte de los actores armados como, lo señala un Militar Oficial 3: “En la Macarena el cese al fuego bilateral se dio desde el 2012, entonces desde el 2012 no hay combates allá. Primero fue unilateral y luego fue bilateral”. Frente al cese de hostilidades habrá que reconocerle a la insurgencia la iniciativa de ser quien para la ofensiva militar contra las FFAA.

5.2.3 Diferencias y coincidencias del gobierno Uribe y Santos

Frente a las racionalidades y prácticas de las apuestas políticas del gobierno de Álvaro Uribe y Juan Manuel Santos, para dar solución al conflicto social y armado es necesario identificar, precisar y analizar los relatos de los actores en la Macarena para poder ubicar diferencias y similitudes entre estos dos gobiernos con el propósito de comprender el desarrollo de los planes de guerra.

Gobiernos de Uribe y primer cuatrienio de Santos

La primera similitud señalada anteriormente es la persistencia de la salida militar por parte del gobierno de Santos en los dos primeros años de gobierno. Como el mismo presidente lo ha señalado de manera insistente: que él ha sido el enemigo más acérrimo que ha tenido las FARC-EP, primero como ministro de defensa y luego como presidente; el que las FARC-EP también ha recalado en los medios de comunicación que Santos quería botar el cadáver de Alfonso Cano encima de la mesa de negociación para comenzar la negociación con la insurgencia. Argumentado lo anterior, el Excombatientes H 1 afirma: “Eso fue lo mismo, Uribe o Santos es la misma cosa, y pues en las operaciones militares si fueron duras”; y una líder campesina 2 recuerda los cuestionamientos que le surgían al apoyar a Santos en la reelección: “Uno decía si este man fue ministro de defensa de Uribe, que fue el que más daño le hizo a las FARC”.

Frente a la actividad militar, al preguntarle sobre las diferencias de la confrontación armada entre el gobierno anterior y los primeros años de gobierno de Santos, antes de la apertura de los diálogos, un Excombatientes H 6 señala enfáticamente: “la confrontación armada siguió lo mismo; después de que se materializan un poco las conversaciones ya se viene a dar inicio a un cese unilateral de cese de hostilidades, ahí es donde comienzan a tener una merma las acciones militares, tanto defensivas como ofensivas. Entonces esos dos años, los dos primeros años de Santos en el gobierno, incluso trató de parecerse mucho a Uribe y nos propinaba unos golpes certeros que en la memoria del colectivo no se van a olvidar nunca”.

Gobierno Santos y apertura de diálogos de paz

El primer aspecto es el predominio de las acciones cívico militares en este periodo, que anteriormente se señalaba, en la cual se materializa la incorporación en el plan de guerra las acciones sociales para las comunidades que revestían los objetivos militares. Que si bien comienzan a finales del gobierno de Uribe, Santos le da más fuerza a estas prácticas debido a falta de recursos para gasto militar, como lo explica un Trabajador del Estado 2: “tenía que ganarse esa población civil a que reconociera el Estado y viera su beneficios con la salud, proyectos productivos, y sí hay un cambio efectivamente, porque el componente militar porcentualmente disminuye por un tema de que la política ya no se centra ahí, es porque hay un declive del presupuesto y porque se procura más hacer una inversión más en lo social, proyectos productivos, vías, salud, capacitaciones”. Al contrastar lo planteado por el trabajador estatal, con las cifras del comportamiento del Producto Interno Bruto de Colombia, en cuanto a gasto militar, se observa un declive del gasto a partir del gobierno de Juan Manuel Santos, comparando el 3.71 % de 2008 y el 3.86 % de 2009 del gobierno de Álvaro Uribe Vélez en el que comienza el PCIM y el posterior declive en 2011 con un 3.07 % y un 3.16 % en 2012 según cifras (Banco Mundial , 2017)

A partir de lo señalado por el trabajador estatal anteriormente y por las cifras del PIB en gasto militar se puede evidenciar una contradicción en el proyecto político de las clases dominantes, partiendo de la racionalidad del proyecto político neoliberal, que por un lado pretende reducir el Estado lo máximo posible, pero por otro lado genera una carga pensional muy fuerte al Estado por la cantidad de soldados que cuenta las Fuerzas Armadas y la infraestructura necesaria para hacer la guerra. Lo cual explicaría en parte el por qué hay negociación con la insurgencia, aparte de la potencialidad que tienen estos territorios por sus recursos naturales y el subsuelo para la política económica extractivista impuesta por la clase dominante que representan estos dos gobiernos, en las cuales no hay diferencias.

El segundo aspecto desde la apertura de los diálogos es la reducción de la actividad militar en regiones como la Macarena. Esto se evidencia al indagar frente a los cambios en los dos gobiernos a un líder campesino 3 quien señala: “Sí ha cambiado mucho, digamos, nosotros... de ahí para atrás era muy diferente, en realidad vivíamos en medio de la guerra, aviones, helicópteros, bombardeos, y después del 2012 sí ha habido una vida más tranquila, un cambio total”; y complementado otro líder campesino 1, añade: “estos municipios donde hubo zona de distensión a nosotros nos violaron todos los derechos fundamentales: el derecho a la salud, a la educación, tenencia de la tierra, propiedad de la tierra, el derecho a la participación, todos los derechos fueron violados; aparte de eso, el ataque sistemático contra la población civil, y no contra las guerrillas; en algunas ocasiones se observó que no se tocaba la guerrilla sino la población civil. Desde ese punto de vista (militar) el concepto que tenemos del mandato de Uribe al mandato de Santos, totalmente lo diferenciamos”

Otro aspecto que da cuenta de los cambios desde la apertura de la mesa de la Habana en 2012, es el apoyo a la iniciativa de paz del gobierno de Santos en las veredas de municipios como la Macarena. Un líder campesino 1 frente a este aspecto señala: “Nosotros apolíticamente nos comprometimos porque en estos territorios no podíamos votar, pero mirando la propuesta de Santos en segunda vuelta, cuando fue con este Zuluaga, nos vimos en la necesidad de apoyar a Santos por las palabras de paz, porque nosotros que hemos vivido en estos territorios sabemos que es vivir en guerra”

5.3 Arqueología de las racionalidades y prácticas del sistema de salud en la Macarena

La comprensión del sistema de salud a partir de las vivencias de cada actor, es fundamental para comprender de manera global la racionalidad que guía y encausa las prácticas de este en las zonas rurales, que fueron teatro de operaciones militares y donde el Estado no garantiza la atención en salud o es limitada, en regiones como la Macarena. Con este propósito a continuación se abordarán algunos aspectos que permitan identificar problemáticas en este territorio.

5.3.1 Infraestructura y dispositivos médicos

Uno de los aspectos que emerge al indagar frente a la situación del sistema de salud en la Macarena es la ausencia del Estado en los territorios a todo nivel, y esto a su vez repercute en la infraestructura de los puestos de salud de las veredas donde existen, y el ahora centro de salud como es el caso de la Macarena, el cual fue degradado a centro en 2012 por no cumplir con las condiciones para ser un hospital de primer nivel. Lo cual a su vez repercute en la vida de la población, como lo evidencia un Militar Oficial 4 al ser indagado frente a la salud de la poblaciones en zonas de conflicto: “La población como siempre llevada del

carajo, no se les ve un progreso, el mismo acueducto llevado, la misma cancha de fútbol que se está cayendo, la misma escuelita sin profesores, sin tablero, sin pupitre, puestos de salud llevados”; y, más adelante, recuerda al llegar a uno de los puestos de salud en una brigada de salud cívico militar: “Llegamos hacer una jornada de apoyo al desarrollo con presidencia y ese puesto de salud cayéndose, las camilla llevadas, oxidadas, el puesto de salud faltaba que lo cerraran porque esa vaina antihigiénica. Nosotros decíamos: ¿la plata qué la hacen o donde la invierten?”. Este último cuestionamiento abre una arista más en la comprensión del abandono de la salud rural, que es la corrupción por parte de los gobernantes.

Otro aspecto ligado a la infraestructura es la reparación de equipos médicos cuando alguno sufre algún daño, lo cual repercute en el diagnóstico oportuno de las enfermedades, y como consecuencia de esto, en la salud de la población. A esto se añade la ausencia de un técnico permanente en la Macarena como lo evidencia el relato de un Trabajador del Estado 2 quien explica la situación: “la situación de la ESE departamental... contrata a dos técnicos para hacer la reparación de los equipos médicos para todo el departamento (risas) ¡dos!, para todo el departamento y los tiene que programar. Tienen que esperar acá (Macarena) que se dañen dos o tres equipos para mandar el técnico porque no se justifica mandar el técnico”. Aspectos que son cotidianos seguramente en gran parte del territorio rural donde el Estado no ha hecho nunca presencia para promover el bienestar de la población.

5.3.2 Personal de Salud

En cuanto al personal de salud se identifican cuatro problemáticas que repercuten en la atención en salud de la población. El primer aspecto está relacionado con la trazabilidad y seguimiento de los tratamientos por el cambio continuo del personal de salud en el centro de salud del municipio donde tan solo han tenido permanencia dos médicos: el director del hospital y otro médico que ha permanecido en la región. Los demás médicos que llegan solamente están para hacer el año rural, que son tres.

La segunda problemática, que se desprende de los médicos rurales, es la poca experiencia que tiene para abordar los casos, según lo señala un Trabajador del Estado 2: “los otros dos o tres médicos que manden de apoyo son siempre pasantes de año rural... es un persona que está haciendo su año rural, sabe uno que tiene ciertas limitantes en el conocimiento, en la experticia, en el diagnóstico médico, porque es un recién egresado, eso genera incredibilidad”, lo cual genera desconfianza en la población, como lo reseña el mismo trabajador al mencionar lo que dice la gente: “van a experimentar conmigo, es un aprendiz”, y esto conlleva a la poca confianza con la prestación de la atención y a su vez con la asistencia al servicio.

La tercera problemática hace referencia a la falta de personal técnico y profesional de salud para manejar los servicios de radiología y de laboratorio, como lo explica el Trabajador del Estado 2: “no contratan al técnico de rayos X, ni se puede hacer una radiografía; tiene laboratorio pero no tiene la profesional que sabe manejar el laboratorio, de qué sirve”. Agregando esta problemática cita otro ejemplo del centro de salud: “traen la bacterióloga y ella es pasante y todavía no es profesional, existe un vacío legal. Van las mujeres a tomarse la citología, entonces ella no puede emitir el concepto porque no es profesional y no tiene tarjeta profesional en ejercicio. Entonces, ella lo que termina haciendo es una labor de enfermería: toma la muestra, la revisa y puede obtener un diagnóstico. Pero su diagnóstico

no es válido porque no son profesionales aun en ejercicio, entonces les toca embalar la muestra, mandarla a Villavicencio y esperar una semana a que a la semana le dé la respuesta. Efectivamente esa persona es positiva a cáncer de cuello uterino, vaya usted a buscar la señora para que venga por el resultado, y a los 6 meses la señora llega y ya esta otra pasante, se perdió el archivo, el registro no sabemos”. Estos aspectos nos permiten evidenciar las problemáticas del personal de salud que repercuten en la salud de la población de manera directa, como es palpable en el último relato donde los diagnósticos tardíos pueden acabar con la vida de una persona como sucede también en las ciudades.

Después de lo descrito anteriormente lo obvio es que no se tenga acceso a especialistas en el centro de salud como evidentemente sucede, ni siguiera la especialidad de ginecología que sería algo necesario por la dificultad de salir de la Macarena para poder acceder a este servicio que se encuentra a una hora en avión en Villavicencio, o de cuatro a cinco horas en San Vicente del Caguán, como me lo expresó el director del centro de salud en una conversación en la primera salida de campo.

5.3.3 Acceso y accesibilidad a atención médica

El acceso y accesibilidad son dos aspectos que se confunden cotidianamente en la opinión pública y no de manera ingenua por una mala utilización del término; desde el presidente de la república, que en las alocuciones públicas afirma que hay universalización del acceso a los servicios de salud porque los ciudadanos tienen carné como afiliados o se les clasificó por la encuesta del SISBEN. Pero algo muy distinto es poder utilizar el servicio y que este se preste de manera eficaz, oportuna y de calidad cuando se tiene la necesidad, como a continuación expresan los actores indagados.

Carnetización

La práctica de la carnetización es predominante en todo el territorio nacional. Lo cual ha dado gran resultado para las estadísticas de los gobiernos de turno, para hablar de universalización de la cobertura de afiliación al aseguramiento del sistema de salud, que en lo discursivo es contundente pero en la cotidianidad cuesta vidas a las clases subalternas. Un líder campesino 3 señala que “muchos tienen el carné de salud del Caquetá. En la Macarena con ese carné no hay nada”, lo cual aparte de confirmar el planteamiento anterior también se señala un inconveniente y es la accesibilidad por las distancias geográficas del territorio, en el que dependiendo la ubicación en el departamento les queda más cerca ir a San Vicente que llegar hasta la Macarena. Aunque les tome el doble de tiempo llegar al hospital público del Meta y no del Caquetá como en el caso anterior.

Barreras de acceso económicas

Uno de los aspectos centrales de la no garantía del derecho fundamental a la salud son las barreras económicas relacionada con la capacidad de pago, dado que la calidad de la atención y el acceso está determinado por quien tenga recursos económicos, como lo plantea el Excombatientes H3: “Nosotros pensamos frente a como se presta el servicio de salud en la ciudades o el sistema que brinda el gobierno y es un sistema que no es accesible para la gente, es un sistema en el que puede acceder el que tiene con qué pagar, pues todo lo que se exige, la salud es un derecho pero no se ejerce como tal”.

Barreras de acceso geográficas

Las barreras de acceso geográficas tienen su asidero en la concentración de la construcción de Estado hacia las zonas urbanas, donde está el poder económico, o hacia donde se pueda extraer riquezas naturales sin presencia insurgente como era el caso de la Macarena. Un reflejo de esta racionalidad es la complicada accesibilidad a la atención en salud de las personas que habitan las zonas rurales, citando el caso de Playa Rica, vereda perteneciente al municipio de la Macarena y aledaña a la Zona Veredal-Urías Rondón, donde se entrevistó al excombatiente H6 perteneciente a la región, quien ejemplifica la situación describiendo: “Una persona de ese caserío se enferma y primero el transporte, porque no hay transporte permanente, de ahí a Macarena se hecha 2 a 2:30 en carro, y si es un caso urgente necesitamos presencia en las áreas, en todas la comunidades se tenga ese servicio, además porque es un derecho y nosotros podemos de alguna forma contribuir”.

Otro aspecto relacionado con las barreras geográficas son las dificultades con el transporte para poder acceder al servicio de salud; en las veredas las personas para llegar al centro de salud por una urgencia tienen que pagar el viaje que puede costar doscientos o trescientos mil pesos para que los lleven a la Macarena. En alguna vereda cuentan con más suerte y cuentan con servicio de ambulancia o la tiene más cerca, como lo relata el líder campesino 3: “Hay una ambulancia en Los Pozos cerca de La Cristalina y digamos una hora y media de San Vicente. Esa ambulancia está prestando el servicio de por allá para la región que está cerca, donde entre carro allá va”. Ese mismo entrevistado agrega que existe otra dificultad: “Hay un problema grande, la comunicación. Hace 3 días pasó, en la Cristalina hubo un caso, llevar al muchacho hasta Los Pozos. Es una ayudita, pero hay un factor que es la comunicación, siempre queda uno mocho” la cual configura otra problemática, la comunicación para tener acceso al servicio, desde llamar para programar un cita hasta para localizar a la personas que conducen la ambulancia. En el caso de la vereda Playa Rica solo existe un puesto donde se pueden hacer llamadas y tener acceso a internet, pero no funciona todo el día.

Sin embargo, llegar a la Macarena no da parte de victoria para acceder a la atención porque en el centro, como anteriormente lo señalamos, solo se realizan procedimientos básicos. Ni siquiera controles de embarazo, y tiene que salir a Villavicencio, como lo describe el Trabajador del Estado 2: “es patético que una mujer en embarazo para sus controles no los puede hacer acá (Macarena) y tiene que esperar la autorización, con el sobrecargo de la EPS, para que la envíen vía área, para que le hagan un seguimiento a un embarazo”; también recuerda otros casos: “hemos tenido épocas que no habían técnicos de rayos X, entonces tocaba recibir la persona y darle analgésicos y mándelo para Villavicencio porque no hay ni con qué tomarle una radiografía”. Otro aspecto que se le suma a las dificultades del acceso geográfico es el costo de un pasaje de avión hasta Villavicencio, capital del Meta, el cual oscila entre los \$180.000 y \$200.000 (Escobar, 2016), cuando se consiguen, por ser la Macarena un lugar en los últimos años muy visitado por los turistas, lo cual los hace escasear.

Mala calidad, Ineficiencia y poca resolutivead

Al indagar frente al sistema de salud en relación a la Macarena, los trabajadores que hicieron parte del PCIM planten dos aspectos: por un lado, la reflexión sobre los problemas del sistema en general, que a modo de crítica recuerda uno de los entrevistados un caso que sucedió en Bogotá por la muerte de una paciente que no fue atendida de manera oportuna;

el Trabajador del Estado 2 señala: “me sorprendió un hecho hace unos meses en Bogotá cuando una señora fallece haciendo cola en una EPS, la familia sale y bloquea la autopista norte y colapsa la mitad de Bogotá. ¡Dios mío esto es terrible!”. A partir de esta anécdota de la muerte de un paciente por falta de atención oportuna, que no es un caso aislado sino que es común en el día a día del sistema de salud, el funcionario expresa: “si eso pasa en Bogotá ya se imaginará qué sucede acá (refiriéndose a la Macarena)”; y la otra funcionaria Trabajadora del Estado 1 lo ratifica: “La salud es un absurdo en Colombia. La salud rural da pesar, da lástima”, lo cual evidencia la vulneración del derecho fundamental a la salud y a la atención médica oportuna en lo urbano y con gravedad en lo rural”.

En esta misma vía las comunidades plantean que existe poca resolutivez y eficiencia de la atención en salud cuando la reciben en los territorios por parte de la ESE departamental como prestador público, porque los privados no hacen presencia en las veredas, como lo evidencia el relato de la líder campesina 2: “Hace unos 2 años había puesto de salud en La Sombra, pero era para tomas de citología y se demoraba mucho la entrega de exámenes, si, la vaina era grave, ya uno se había muerto. Por ahí 2 meses para que llegara. Lo de maternidad, la vacuna de los niños, nada más. Cualquier cosa más compleja a San Vicente o para Florencia. Para Macarena si ni qué hablar, toca en avión a Villavicencio, y de noche la gente tendrá que valerse de hierbas, no sé, u otras plantas”; y otra líder campesina 2 puntualiza frente a la salud oral: “En el caso de los dientes es una limpieza, y hasta ahí va la odontología”.

5.3.4 Racionalidad mercantil del sistema de salud

La racionalidad identificada por los actores indagados es la de una racionalidad mercantil y utilitarista por parte de los actores que orientan el sistema de salud. los miembros de la insurgencia esbozan que la racionalidad del sistema es mercantil porque ésta se relaciona con procesos de acumulación de capital para un reducido sector de la sociedad quienes son dueños de las empresas administradoras y prestadoras de salud, como lo señala un Excombatientes H 1: “La salud en Colombia es un negocio y, pues, de ahí se benefician unos pocos y, pues, el pueblo colombiano, los campesinos, la clase baja, es la que tiene que ir a comprar o vender sus fincas por un familiar que esté enfermo”. Otro aspecto que emerge es el gasto de bolsillo, que es el pago directo de los servicios de salud por parte de los ciudadanos en cuanto a gastos del tratamiento médico, como se evidencia anteriormente en el relato.

En esta misma racionalidad mercantil, que condena a los campesinos a morir en las regiones, se ubica otro aspecto que es inherente al sistema capitalista, como lo es la corrupción, la cual también se evidencia en el municipio de la Macarena por la no inversión de regalías en mejoramiento de la infraestructura física del centro de salud, como lo denunció la contraloría general de la república (El Tiempo, 2017).

Asimismo, la voluntad política y la importancia de la salud en la agenda política de los gobiernos locales determinan el proceso salud enfermedad de la población, como se evidencia en el municipio de la Macarena, en el poco compromiso político por parte de los entes territoriales con respecto a la construcción de infraestructura y garantizar personal de salud en los puestos de salud; un Trabajador del Estado 2 recuerda una anécdota reciente con la Alcaldía de la Macarena en la que el alcalde prefirió invertir 200 millones en un monumento: “La gente ese día en la anécdota del monumento decía, lo que queremos es un

hospital de segundo o tercer nivel. Cuando nosotros hemos tenido esas discusiones con la ESE departamental, por ejemplo para construir centros de salud en los caseríos, la ESE nos dice estamos quebrados, sobrevivimos, con el sistema actual de salud. Le construimos el centro de salud pero no le garantizamos la sostenibilidad”. Esto evidencia la poca importancia que los gobernantes le dan a la salud, en este caso local, donde se prioriza de acuerdo a los réditos políticos o los contratos que puedan dejar dividendos.

5.3.5 Efectos y consecuencias de la racionalidad y prácticas del sistema de salud en la Macarena

Aunque anteriormente se han descrito efectos y consecuencias en las prácticas que ha tenido el sistema de salud en La Macarena, es pertinente destacar algunos aspectos relacionados con nuestro objeto de estudio que han permitido y facilitado la incursión de la salud pública en la estrategia de guerra insurgente y contrainsurgente, por parte de los actores armados en la región de La Macarena, algunos de estos aspectos son:

Enfermedad y muerte en la población de La Macarena

La enfermedad y muerte de la población en La Macarena por condiciones sociales, ambientales y políticamente prevenibles, reflejan el dolor de una de las comunidades golpeadas por el conflicto social y armado. Por un lado, por ser teatro de operaciones militares y, por otro, por la desidia del Estado frente a las problemáticas. Al cual ni siquiera el pertenecer a una instancia de decisión política lo protege de padecer la usencia del sistema de salud, como relata la anécdota resiente de un concejal de La Macarena que murió presuntamente por negligencia de la atención en salud; así lo expresa un Trabajador del Estado 2: “el año pasado falleció un concejal... le queda a uno muy complicado decir que fue por ineficiencia del sistema de salud pero comienza a verse una tendencia: el concejal se sintió mareado, dolor de cabeza, fue al hospital, le dieron sus analgésicos, sus dos tres días cuando ya cayó grave, lo enviaron para Villavicencio y murió de un derrame cerebral. Dice la gente, es que no lo atendieron adecuadamente, si le hubieran hecho un examen, queda como difícil determinar hasta qué punto fueron causas o circunstancias propias”.

Otra entrevistada en esta misma vía recuerda y relata un suceso en la vereda Caño Amarillo del municipio Vista Hermosa, que hace parte de la región de La Macarena, en la que llegó una de las brigadas de salud cívico-militares a dar atención: “llegó un señor con una señora arrastrándola en un colchón y con dos criaturitas y un bebé en brazos, por dios, cuando me llamaron, el médico: doctora qué pasa aquí; no, que la señora tuvo hace 3 días el bebé y el señor se lo recibió, está infectada y se está muriendo. Le quedan horas de vida, y el señor: no, es que yo escuché en la radio que los militares estaban acá con una brigada y me vine arrastrando la señora”. Esto permite dilucidar una situación que seguramente es una de las miles de historias anónimas que suceden en la ruralidad colombiana, pero que es pertinente evidenciar para que se generen soluciones por parte de la institucionalidad y se muevan las comunidades.

Medicación sin criterio médico o automedicación

La poca pertinencia y conocimientos de las personas que hacen las veces de personal de salud y que ayudan a resolver las dificultades de salud, como es el caso de las personas que tienen droguería, que son las que resuelven a partir de conocimientos empíricos y que pueden poner en peligro la vida y la salud de la población como lo describe la líder

campesina 4: “Hay un par de droguerías y las personas acuden ahí. Ellas empíricamente cogen puntos, lo examinan a uno y tienen aparaticos para la tensión, para la azúcar y si ya no se puede. Hasta canalizar la vena, hasta ahí. Ahí ya consiguen un carrito hasta San Vicente”.

Brigadas de salud-cívico militares

A partir de esta ausencia, aparentemente por incapacidad del Estado para llegar a estos lugares del territorio, las FFMM a partir de las acciones cívico militares han desarrollado brigadas de salud en el marco de las jornadas de apoyo al desarrollo, como lo profundizaremos más adelante, para ayudar a resolver las problemáticas de salud de la población, si bien esa no es su labor, como lo señala de manera contundente un Militar Oficial 3 al señalar: “No es función del Ejército sino del mismo Estado, pero el Estado no va llegar, suena como nosotros los mesiánicos, pero que se puede hacer sí se tiene”; y otro Militar oficial H 2 agrega: “muchas veces el Estado como tal, o las alcaldías, no tiene como ir hasta cada una de las veredas a verificar la situación de cada una de las personas, en cambio nosotros tenemos esa ventaja. Sabemos qué necesidades tiene el campesino y las necesidades del área rural”. Esta ausencia ha permitido un mejor posicionamiento militar de las FFMM en zonas como la Macarena, donde la ausencia es funcional al plan de guerra integral implementado.

El segundo aspecto que abordan los trabajadores del PCIM es una autocrítica frente a las actividades de salud en el marco del plan de guerra, como lo son aún las jornadas de apoyo al desarrollo de las cuales hicieron parte, en las cuales se suplantaron funciones del Ministerio de Salud, de la Alcaldía, prestadores de salud y de las empresas administradoras de planes de beneficios, como lo reflexiona el Trabajador del Estado 2: “Hasta qué punto nuestra intervención pudo generar daños y pudo generar malas percepciones, como acá van hacer una brigada, acá esperemos, hasta qué punto las EPS les debía haber ido muy bien a 400 y 500 personas que les daban lentes. Cuándo las EPS iban a atender esas 100 personas, hacerles un diagnóstico y darles la solución a través de un lente formulado. Se suplantaba lo que no cumplían los privados y el Estado”. Este aspecto deja evidenciado el poco interés de la salud de la población por el sector privado y, por otro lado, el desentendimiento de Estado con la salud de la población rural que hace parte del conflicto social, que ha sido combustible de la expresión armada del conflicto por el predominio de la racionalidad mercantil del sistema de salud.

Resistencia campesina comunitaria

La ausencia del Estado en todos los niveles, tal vez por incapacidad económica, poca rentabilidad para los privados que dominan el sistema de salud, o por ser parte de la estrategia contra insurgente; lo cual ha generado procesos de resistencia social y comunitaria para poder sobrevivir en condiciones más dignas como lo recuerda una líder campesina 4: “Nosotros éramos un territorio invisible, para el Estado no existíamos. Nosotros hacíamos escuelas, carreteras, había que pelear para que viniera un profesor y llegaba en abril. ¿Que faltaron profesores? y tocaba con el otro profesor. Nosotros no existíamos”; y al cuestionarle por el tema de salud me responde con esa picardía y malicia campesina: “Ese tema de la salud acá, es más fácil uno morirse (risas), es que usted donde quiera que vaya es un tema muy duro. Porque el gobierno siempre dice no tener plata. Pero para corrupción si tienen”.

5.4 Racionalidades y prácticas percibidas de la injerencia de Los Estados Unidos en la salud

Los Estados Unidos han sido actor del conflicto social armado por la injerencia histórica en la economía y la política de Colombia, partiendo del modelo económico, la política antidrogas y claramente en la lucha contra insurgente desde el armamento hasta la doctrina militar. Sin embargo, se conoce poco la intervención norteamericana en materia de salud, en acciones como las brigadas de salud cívico-militares y presuntamente con proveer tecnología para afectar la salud de los insurgentes, para que el gobierno colombiano ganara la guerra, en esta vía se señalan los aspectos que emergen por parte de los actores que hacen referencia a la injerencia, la cual es palpable al ingresar al Fuerte de la Macarena, al encontrar militares norteamericanos como sucedió en la visita a estas instalaciones militares en una de las salidas de campo.

5.4.1 Injerencia norteamericana en salud identificada por las FARC-EP

En cuanto a la injerencia que señala las FARC-EP por parte los Estados Unidos, en cuanto a salud, se limita a los chips que según relatos insurgentes fueron introducidos a los cuerpos de los heridos cuando salían estos por la dificultad de atenderlos en los campamentos, a la comida o medicamentos, para cuando estuvieran cerca a los objetivos militares enviar las bombas que serían guiadas por estos chips, como lo expone un excombatiente H 1: “debido a eso fue que nos quitaron al camarada Jorge. Fue una trampa ahí. Como por jugar con la vida de las personas meten un aparatico de esos y arrebatan la vida así no más. Los Estados Unidos ayudan a eso porque la tecnología viene de allá”.

5.4.2 Injerencia norteamericana en salud identificada por las FFMM

La injerencia de los Estados Unidos se va ampliar más adelante; con respecto a la salud la relación se ubica en la prácticas de las jornadas de apoyo al desarrollo, que incluye brigadas de salud cívico militares que tiene como marco el PCIM que es guiado y asesorado por el Comando Sur de los Estados Unidos. Al preguntar frente a las jornadas de apoyo al desarrollo los militares toman como referencia al Ejército norteamericano, como se evidencia en una entrevista a Militar Oficial 4 quien señala: “el Ejército norteamericano no puede realizar jornadas de apoyo desde su mismo territorio estadounidense, porque ellos llevan ese apoyo de asunto civiles a los demás países, esa función que nosotros hacemos dentro de Colombia. La hacen allá la policía y los demás entes gubernamentales. Acá en Colombia es la única parte donde se le da el nombre de acción integral”. Lo cual empieza a evidenciar una constante en la intervención norteamericana en los asuntos civiles y militares.

5.4.3 Percepción de la injerencia norteamericana por parte de trabajadores del PCIM

Los actores que referencian de manera más precisa con acciones en salud son los trabajadores del PCIM; en primera medida se señala esta injerencia como orientación en la doctrina militar, ratificando lo anteriormente señalado por los militares, al precisar que luego de la fase de estabilización del PCIM viene lo que se denominan el componente social, como lo explica un Trabajador del Estado 2: “es donde se plantea que debe haber un componente social que llegue paralelo o después de la avanzada militar para que haya una garantía de seguridad. Ahí surge el concepto del comando sur de los Estados Unidos, y le dicen a Colombia, venga, tenemos Plan Colombia, estamos siendo muy efectivos en indicadores, en su momento, en seguridad democrática, metámosle el componente social a esa zonas”. Estrategia que permitió acercar las FFMM a la población, teniendo en cuenta

que anteriormente tan solo realizaban acciones militares en las zonas, lo cual siempre generaba un mal precedente y acentuaba el rechazo de las comunidades a su presencia en los territorios.

El segundo aspecto en que se evidencia la injerencia, se da a partir de los relatos de trabajadores del PCIM y de algunos ex funcionarios de la USAID, que al preguntarles por la participación de los Estados Unidos señala una Trabajadora del Estado 1 señala: “es muy sensible esa pregunta porque en el 2009 yo no era funcionaria pública, yo era funcionaria de un operador de la USAID, entonces la dinámica es diferente cuando éramos plan de consolidación. Con la embajada americana teníamos una dinámica mucho más activa porque era un sola zona en Colombia, y todos los organismos se concentraron en los 6 municipio del Meta, con los militares hacemos donaciones y con la embajada donaciones y escuelas, zapatos, maletas”; otro Trabajador del Estado 2 señala: “la embajada americana cuando hizo la brigada envió especialistas de mediana y de gran complejidad, cirugías ortopédicas, de tejidos blandos, unas hernias, terigios en los ojos, corrección estética en el rostro, alguna articulación, pero los de la embajada americana me sorprendieron muchísimo”.

El tercer aspecto está relacionado con la adquisición de medicamentos, en lo que los Estados Unidos tenía un estrategia para las donaciones para luego llevarlos a las brigadas que hacían y hacen parte del plan de guerra; esto afirma una Trabajadora del Estado 1, quien recuerda: “ellos tenían una estrategia con el grupo militar de los Estados Unidos y lograban conseguir medicamentos importantes y algunos médicos, odontólogos y algunos profesionales del área de la salud, entonces entre los dos bandos hacíamos un buen grupo de trabajo”. Lo expuesto anteriormente reafirma la intervención norteamericana en el conflicto colombiano (Vega R. , 2012) y de manera particular en La Macarena.

5.5 Racionalidades y prácticas de las Brigadas cívico-militares de salud

El indagar las racionalidades y prácticas de las brigadas de salud cívico-militares en el marco de las jornadas de apoyo al desarrollo realizadas por las FFMM, es una de las subcategorías apriorísticas que también se enriqueció con códigos que emergieron al indagar los actores. En el desarrollo de las entrevistas también emerge que no solo las FFMM hacían brigadas cívico-militares, sino las FARC-EP igualmente con personal de salud formado en las filas insurgentes, lo cual configura una gran subcategoría.

Con el propósito de comprender las racionalidades y prácticas de las brigadas cívico militares de salud por parte de las FARC-EP y las FFMM, se ubican cuatro aspectos a indagar de cada uno de los actores. El primero, en relación a la planificación de la brigada; el segundo sobre los servicios prestados a las comunidades y acciones paralelas a la brigada; el tercero, sobre la percepción de los actores indagados frente a las brigadas de cada actor y el cuarto aborda la racionalidad de las brigadas.

5.5.1 Antecedentes históricos de las racionalidades y prácticas de la salud como parte de la guerra del 2002-2016

Para comprender como la salud pública hizo parte de la estrategia de guerra insurgente y contra insurgente para afectar la salud del adversario o para protegerla, es necesario indagar sobre el origen de las prácticas de salubridad incorporadas a los ejércitos enfrentados; para estos se indagará sobre el surgimiento del modelo de salud de las FARC-EP y sobre los

antecedes de las acciones cívico-militares en las que se desarrollaban brigadas de salud por parte de las FFMM o protegidas por estos en el marco de los planes de guerra.

El surgimiento del modelo de salud de las FARC-EP

A partir de la revisión de literatura dada por la insurgencia e indagada en las páginas web de estas insurgencia, se evidencia que desde el surgimiento de esta organización insurgente las prácticas de salubridad han sido un tema al que han tenido que darle respuesta para avanzar en sus planes estratégicos. Uno de esos textos describe las labores en el campo de la salud y la importancia que se le daba: “en la mañana hay que inyectar a varios guerrilleros, dar tabletas a unos y cucharadas de remedios a otros. La falta de variedad en la alimentación provoca ciertos desarreglos en el aparato digestivo. Hay que cortar esos desarreglos antes de que se transformen en enfermedades graves. Y tenemos muy poca medicina. ¡Qué importante son las medicinas en los movimientos armados; y qué importante es quien las conozca y maneje bien! El vademécum es muy útil, los que tenemos hay que cuidarlos y destacar un compañero del equipo de clínica y destacar un compañero para que responda por ellos” (Arenas, 2015, págs. 53-54) .

En otro aparte de este libro citado anteriormente, también se señala la importancia de la vacuna contra la viruela, que los estaba afectando, y que al tomar esta medida se pudo superar ese flagelo que afectaba la salud de los insurgentes (Arenas, 2015). De la misma manera, la necesidad de buscar medicamentos y asistencia médica con la Cruz Roja Internacional o con los compañeros revolucionarios que apoyaban la causa guerrillera.

Si bien desde los años sesenta se evidenciaban prácticas de salud por parte de las FARC-EP, no había un plan de esta organización para plantear un sistema de salud que resolviera las dificultades de salud de su ejército revolucionario. Según lo que se evidencia en alguna literatura gris es que quien insiste en la necesidad de destinar recurso para la salud de la guerrillerada es el comandante Jorge Briceño, quien ve una preocupación por las enfermedades que se presentan, pero también para las personas que quedan en condición de discapacidad, lo cual es aprobado por el secretariado de la FARC-EP en la VIII conferencia guerrillera de 1993 (Gallo, 2017).

De la VIII Conferencia de las FARC-EP emergen tres conclusiones que marcarán las políticas u orientaciones en cuanto a la salubridad de este grupo insurgente. La primera de estas hace referencia a crear un política sanitaria que resuelva los problemas de salud desde lo clínico hasta enfermedades prevenibles, de financiación propia de las estructuras armadas, para evitar sacar a los enfermos a las ciudades que puedan poner en riesgo la seguridad y en casos especiales se debía contar con la autorización de la dirección del bloque y el secretariado. La segunda conclusión es la decretar las clínicas clandestinas farianas y, por último, se decreta la planificación familiar con anticonceptivos Norplan, salvo prescripción médica autorizada (FARC-EP, 1993).

En los años noventa se debió avanzar por parte de la insurgencia en formación de insurgentes, como lo evidencian relatos de médicos formados en la insurgencia, como lo relata Alfredo Molano, que cita la conversación con un médico insurgente: “Recuerda que su primera prueba de fuego en la medicina fue en la toma de Miraflores, en 1998. Ese día tuvo que atender dos heridos graves por tiros en el tórax. “Uno era guerrillero y el otro, militar. Ambos se salvaron”, detalla Uriel” (Molano, 2016).

Luego de los diálogos del Caguán, cuando la guerra recrudecía cada día más durante el gobierno de Uribe Vélez, nacería el sistema integrado de salud del Bloque Oriental. Lo cual tomaba plena vigencia por la cantidad de heridos que dejaba la arremetida militar y haciendo cumplimiento a lo acordado en la VIII conferencia, los hospitales farianos deberían comenzar a funcionar. La idea del comandante Jorge Briceño se comenzaría a materializar con la tarea asumida por Mauricio Jaramillo, hoy integrante del Secretariado, y de Lucas 40 (Martínez, 2107), quienes se encargarían de construir los hospitales y de formar el personal médico que sería responsable de administrar y atender en los hospitales. En esta misma vía una de las enfermera Excombatientes M 7 recuerda: “el Mono fue uno de los forjadores de esta generación de enfermeros y médicos de las FARC, yo fui una de las integrantes que él mandó a los cursos de enfermería y, bueno, gracias a él tengo los conocimientos con los que he apoyado y aportado en el tema de la salud dentro del movimiento”.

En medio de la guerra, en la que siempre los hombres han sido protagonistas, valga decirlo por la sociedad patriarcal en la que nos hemos forjado como sociedad, una joven mujer es pieza clave en la formación del personal de salud. Laura Villa, una joven estudiante de la Universidad Nacional se ingresa a la insurgencia hacía el año 2003, quien contribuiría a formar personal de salud (Gallo, 2017) . En una entrevista la médica insurgente señala: “Quien como yo es médico tiene que saber organizar la salud para los más de 80 frentes y las distintas compañías de la guerrilla; no se hacen solo procesos de urgencia sino ciclos programados para curar varices o hernias, desparasitaciones,... nosotros no queremos robar al estado su función, sencillamente el sistema de salud no existe para los pobres, no aparece en ningún lado. Las FARC-EP no son solamente fusiles y batallas, nos preocupamos integralmente por los humildes” (Garberi, 2014)

En las entrevistas realizadas a los excombatientes se corrobora la importancia de Laura villa en la formación del personal insurgente. Un excombatiente H 3 recuerda cómo inició la formación de personal y la autorización por parte del Estado Mayor: “el 2002 para acá es que el camarada Jorge Briceño se plantea esa necesidad, lanza la propuesta al organismo superior y el secretariado aprueba, hay que implementar una forma para formar personal en salud. Se crean las primeras escuelas de medicina en las FARC, con muchas limitaciones porque no había aparatos, solo libritos por ahí. Y también conocimientos, en ese tiempo aquí en el bloque la que maneja un poco el tema era Laura, porque ella sí tuvo la posibilidad de estudiar en la Nacional”.

Lo anteriormente expuesto deja entrever la racionalidad en la que emerge el sistema de salud de las FARC-EP. En la que las condiciones de guerra determinan su surgimiento y la necesidad de sobrevivir por parte de los insurgentes. Más allá de plantear una apuesta política por formar personal para ganar la población, esta nace en la racionalidad de supervivencia en la resistencia armada; podríamos hablar de un modelo campesino y subversivo de salud por tres aspectos: por nacer en medio de las necesidades de la guerra, por proveer atención en los lugares donde el Estado nunca ha estado, y por construir en la práctica la alternativa del sistema de salud de aseguramiento individual de racionalidad mercantil por uno solidario y comunitario que se expresa en los diversos relatos de los excombatientes, desde el proceso pedagógico de formación en salud en los hospitales de las FARC-EP, donde en las mismas intervenciones quirúrgicas que realizaban estaban marcadas por la complementariedad, el que no sabía algo se apoyaba en otro compañero,

como se evidenciará más adelante; como también las atención que daban a la población civil sin ningún costo económico, pero con la intención de generar lazos de solidaridad de las comunidades rurales con su proyecto político.

Antecedentes de la acción integral en las brigadas de salud de las FFMM

Las acciones cívico-militares tienen su origen en los años sesenta, como respuesta a las guerrilleras liberales, las nacientes FARC-EP y ELN a mediados de esta década. La acción integral toma como experiencia los conocimientos adquiridos por militares colombianos que estuvieron en la guerra de Corea, en particular los conocimientos adquiridos en esta guerra por el general Alberto Ruiz Nova, quien luego fuera Ministro de guerra (Cabrera, 2005). Con estas experiencias se configura el Plan Laso, el cual se referencia como el primer plan de acción integral que daría cambios en las fuerzas militares y que fue elaborado con la ayuda de los Estados Unidos. El cual tenía en esencia la coordinación de todas las fuerzas estatales para poner fin la violencia insurgente (Valencia, 2011).

El desarrollo de la acción integral en las fuerzas militares tiene una larga trayectoria en la que cronológicamente se podría destacar: la incorporación de la acción cívico militar en 1960 por parte del General Ruiz Novoa; el Plan Laso, Plan Perla y Plan Andes en 1962; la creación del Comité de Acción Cívico Militar mediante el decreto 1381 de 1963 y la creación del Departamento 5 del Ejército Nacional en ese mismo año; Creación del Departamento 5 del Estado Mayor Conjunto en 1973; Creación de la Escuela de Relaciones Civiles y Militares 1991; curso de operaciones psicológicas en 1992; Manual de operaciones psicológicas en el 2000; Texto Especial de acción integral como concepto de estrategia integral e integrada del Ejército en 2002 (Fuerzas Militares Comando General , 2008), que fue preparado con antelación por las fuerzas militares antes del gobierno de Uribe Vélez, pero el cual fue base para el desarrollo de los planes de guerra de política de seguridad democrática, en la cual el Plan Colombia y la red solidaridad estaban encabezada por presidencia de la república y asimismo las zonas de rehabilitación y consolidación era acciones de estricta dirección del presidente, y en esta misma se observa cómo la política de guerra contra las insurgencias está relacionada con todas las instituciones pero con diferentes grados de compromiso, como lo señala el texto de la política de seguridad democrática: “La matriz esquematiza el grado de compromiso de las entidades del Estado frente a los objetivos estratégicos, así como la acción integral requerida para su desarrollo” (Presidencia de la República-Ministerio de Defensa Nacional, 2003, pág. 68)

Sin embargo, este desarrollo ha continuado, como se ha detallado en apartes anteriores, en el que las fuerzas militares y las políticas de guerra han tenido que ir transformado desde el lenguaje hasta las prácticas, porque esta guerra abierta trajo consigo múltiples violaciones a los derechos humanos. Su esencia contrainsurgente permanece aunque hayan tenido adecuaciones semánticas, como lo corrobora un Militar Oficial 4 al hacer una sucinta pero clara exposición de esto: “la acción integral ha sufrido cambios y se ha conocido de diferentes nombres, relaciones cívico militares, después las operaciones psicológicas, en su momento ya las operaciones psicológicas no, por diferentes ONGs tuvimos que cambiar el nombre y hoy en día existe la escuela que se llama escuelas misiones internacionales y acción integral, anteriormente era la escuela de operaciones psicológicas, antes de eso era las relaciones civiles y militares del ejército. Entonces tuvo que cambiar de nombre porque ya estaban diciendo que el Ejército estaba influenciando en la mente y en la psiquis del ser humano y como era el trabajo ideológico, que para hacer los afectos a razón de eso se le

cambio el nombre. Y ya hoy en día se conoce con el nombre de acción integral. Ahorita último con la reestructuración que tuvo el ejército ahora se llama Acción integral y desarrollo”. Como se observa, la acción integral de las fuerzas militares está revestida de prácticas ejercidas por personal civil que quiere mejorar la calidad de vida de las comunidades con acciones como las brigadas de salud, pero estas se enmarcan en planes de guerra.

Otro aspecto importan como antecedentes del plan, que es objeto de estudio de esta investigación, es el plan de consolidación que nace en las entrañas de la política de seguridad democrática y del Comando Sur de los Estados Unidos, como lo relata un exfuncionario del PCIM al citar literatura revisada por este Trabajador del Estado 2: “el origen del plan de consolidación tiene que ver con que el comando sur de los Estados Unidos descubre que es muy efectivo militarmente abordar un territorio con Irak, Afganistán, etc., pero que el problema luego es lograr el control social de ese territorio del enemigo, como logra que la personas reconozcan el Estado y la institucionalidad”

Sin embargo, todos estos esfuerzos realizados por los diversos planes de guerra desde el Laso hasta el de Consolidación no permitieron la derrota militar ni política de la insurgencia más antigua del continente ni tampoco ésta pudo conseguir la toma del poder por la vía armada; una muestra de esto es que los 500 millones de ayuda estadounidense no permitió materializar la consolidación como lo describe (Isacson, 2013): “En las zonas de Consolidación los grupos armados continúan siendo muy activos, especialmente fuera de los centros de los poblados. Los soldados son en gran medida los representantes del gobierno más vistos y las partes civiles del gobierno —como los servicios para la salud, la educación, la agricultura, la construcción de caminos, jueces y fiscales— están muy rezagadas”. Lo cual deja retos en la reconstrucción del tejido social y las desconfianzas creadas por las lógicas del conflicto, que serán parte de análisis más adelante.

5.5.2 Racionalidades y prácticas de las Brigadas cívico-militares de salud de las FFMM

Para comprender las racionalidad de las brigadas cívico-militares en el marco de los planes de guerra, se hace pertinente precisar las prácticas que en medio de esta se realizaban. Con este propósito a continuación se aborda la planificación, acciones, percepción de los actores y la racionalidad que guía las prácticas en las brigadas, en las que participa y organiza las FFMM.

Planificación y organización de las brigadas de las FFMM

En la planificación y organización es necesario precisar quién orientaba u ordenaba su planificación, la organización logística e identificación de los actores que participaban de estas brigadas cívico militares que tuvieron escenario en la Macarena-Meta. Otro aspecto clave desde la planificación, es diferenciar el tipo de brigadas en las que hace parte el Ejército. Por un lado, están las que organizan de manera autónoma como institución y por otro las que se coordinan en el marco de la acción integral, a las cuales hace referencia de manera especial este proceso investigativo. Como lo explica un Militar Oficial 4: “Entonces nosotros podemos hacer la jornada de salud como militares, como institución y podemos decir ponemos médicos, enfermeros y personal militar de nosotros... Si ya vamos a realizar nosotros una jornada de salud dentro de una actividad de acción integral, ya tenemos que comprometer la parte política, venga señor alcalde venga, la parte económica que presupuesto, hay secretaría de salud, la parte social, tamizaje”.

Planeación de las brigadas de salud cívico militares

En cuanto a la planeación de las brigadas se realizaban como parte de las acciones del PCIM, las cuales obedecían a un cronograma anual de estas en la cuales se identificaban los actores que podrían ayudar a convocar personal de salud a través de fundaciones, como los señala un Militar Oficial H 1: “Se realizan dentro de un planeamiento anual que hace un comandante. Una organización de apoyo de fundaciones con la reserva de las fuerzas militares donde hay profesionales de la salud y profesionales en la parte jurídica que hacen asesorías a la población”. Un aspecto clave es que la definición de las fechas las acordaba la Embajada de Estados Unidos con el Ejército, según la Trabajadora del Estado 1: “Pues esto se concertaba con la Embajada Americana y el Ejército, las fechas de las brigadas, ellos finalmente colocaban la fecha, los militares y la embajada”.

Parte de esta planeación es designar un suboficial, que lo referencian como el cinco, quien es el encargado del relacionamiento con todas las fundaciones y organizaciones que quieran participar de las brigadas. Otro aspecto es importante y es la relación con el comandante del batallón o fuerte que esté en la zona, en el caso del Fuerte de la Macarena es el General Juan Pablo Forero Tascón, a quien referencia un Trabajador del Estado 2 al plantear: “hubo un cambio del 2012 para acá con el general Forero, que era el comandante de FUDRA acá, y empieza con él un cambio muy importante, porque ellos generan un mando del 5 de cada uno de los componentes, el 5 de la brigada, el 5 de FUDRA, que es el que se encarga de las relaciones sociales entre la base militar; es casi como un relacionista público, el canciller del tema”. En otro aparte de la entrevista el mismo funcionario describe como era la relación con la alcaldía: “lo coordinaban con la alcaldía. Entonces le decían a la Alcaldía haga la convocatoria, vamos tal día, tal fecha a tal hora. Inicialmente se hicieron una vez al año y luego una vez al semestre”. Lo anterior ratifica la materialización de la perspectiva de la seguridad democrática donde todas las instituciones y entes territoriales deben estar en sincronía con la concreción de los planes de guerra, en este caso para derrotar a las FARC-EP.

Convocatoria a las brigadas cívico-militares de los civiles

Para la convocatoria de los civiles se utilizaban diversas formas: la primera era por la cadena radial del Ejército, que es la única en la Macarena como lo cuenta Trabajadora del Estado 1: “el Ejército es el único que tiene en esos territorios a cadena de radio, claro que la emisora del Ejército hacía toda la divulgación y promoción”; la otra forma de convocatoria era a través de los presidentes de juntas de acción comunal, como lo describe un Militar Oficial 4: “se hace reuniones con los presidentes de juntas, se les informa para que también convoquen a las veredas circunvecinas y participen en esas jornadas, da la casualidad que ese día llegamos nosotros allá”.

El encargado de realizar la convocatoria es el Grupo Especial de Operaciones Psicológicas-GEOS, quien también hace el relacionamiento con el hospital, así lo señala un Militar Oficial 4: “a través de las emisora de ahí de la población se hace difusión y coordinación con el hospital de ahí de la localidad a través de volantes; nosotros contamos dentro de la acción integral con un GEOS, que ellos tienen la facilidad de realizar volantes impresos y a través de perifoneo”

Actores que participaban de jornadas

Para el despliegue de estas brigadas de salud cívico-militares en el marco de las jornadas de apoyo al desarrollo se desarrollan más actividades. Requería del concurso de la institucionalidad en la región, como lo evidenciaremos a continuación en los múltiples relatos de trabajadores y militares, particularmente, quienes describen la participación de cada actor e institución de la Presidencia de la República, la Alcaldía de la Macarena, secretaría de salud, director del centro de salud, Embajada de los Estados Unidos, Policía, Ejército, Fundaciones de salud, la ESE Departamental; en medio de estas acompañó el gobernador del Meta y diversas personalidades que hacían parte de la estrategia de publicidad, de transformar esa percepción del Ejército revistiendo el plan de guerra de acciones sociales puntuales, como lo eran estas jornadas de apoyo al desarrollo. Así lo señalan los siguientes relatos:

“Se hacían reuniones con el director del Centro de Salud, hacíamos la reunión con la alcaldía, el Ejército, la policía, éramos todos”. Trabajadora del Estado 1

“El ejército nos acompañaba y era el empaque nuestro, era el que nos llevaba en los vuelo aéreos militares, nos permitieron acceso al territorio y la seguridad, sin ellos no habríamos podido hacer nada. Ellos tenían una estrategia con el grupo militar de los Estados Unidos y lograban conseguir medicamentos importantes, algunos médicos, odontólogos y algunos profesionales del área de la salud..., más la gobernación del Meta, y nos llevábamos a la secretaria de agricultura” Trabajadora del Estado 1

“Entonces siempre se coordinaba con el centro de salud, se reportaba a la ESE departamental, también se decía en qué fecha se iba a realizar la brigada para que pusieran los consultorios y parte de su personal para que apoyarán la logística. En la Macarena se abría el internado del colegio, allí se atendía medicina general, oftalmología, odontología. Ya todo el tema quirúrgico se restringía al centro de salud” Trabajador del Estado 2

“Se organizan con diferentes tipos de fundaciones que apoyan al Ejército, la causa de brindar apoyo a la comunidad, esas fundaciones son sin ánimo de lucro, que tomamos contacto con ellas. Nosotros cumplimos una misión de transportarlos y tratamos de que tengan las mejores condiciones para atender ese personal” Militar Oficial H 2

“Esas jornada de apoyo al desarrollo, que se hacen del Ejército con Presidencia, están muy bien organizadas porque allá si van a apoyar presidencia, se hace la coordinación directamente con la gobernación o la alcaldía del sitio donde se va a realizar la jornada” Militar Oficial 4

En los anteriores relatos se evidencia el papel central de las FFMM en el desarrollo de estas acciones cívico militares, en la planificación era quien definía los territorios y la fecha de realización de la misma, acordándolo con la Embajada de Estados Unidos. Eran quienes convocaban a los diferentes actores con la ayuda de los funcionarios del PCIM o de la USAID, todos actores determinantes en el plan de guerra. Estos eran quienes iban convocando cada uno de los actores institucionales para citarlos, en particular, el cinco de

cada guarnición militar, que era el encargado de la logística, y con el grupo de operaciones psicológicas citaban la comunidad por radio, volantes o perifoneo.

En la ejecución de las acciones en los caseríos o municipios como La Macarena, señala un relato que las FFMM eran el empaque de la acción, quienes se encargaban de la seguridad de la zona y finalmente también son estos quienes en varias ocasiones salían en los medios de comunicación de las fuerzas militares como nacionales a dar parte de las acciones realizadas. Lo que evidencian estos relatos es que más allá del empaque, las FFMM son quienes conducen las diversas prácticas con una racionalidad de guerra contrainsurgente.

Acciones de las brigadas de salud cívico-militares de las FFMM

Las acciones de las brigadas de salud prestaban atención desde medicina general, odontología y múltiples especialidades médicas a las cuales en regiones como la de la Macarena el acceso era muy complicado por diversos determinantes anteriormente expuestos. Sin embargo, es necesario precisar que estas brigadas eran anuales o semestrales en el mejor de los casos en cada municipio por el costo logístico y tal vez porque con las pocas que se hacían se cumplían con los objetivos militares propuestos para estas como más adelante se evidencia. Estas brigadas no hacían parte de un programa una política de largo aliento para solventar los problemas de salud de la población, sino se limitaban a las acciones realizadas en una jornada.

Aunque también es necesario reconocer que estas jornadas contribuyeron e impactaron la salud de la población en atenciones puntuales como oftalmología y odontología, aunque también presentaron limitaciones en la gran mayoría de las patologías que requieren de una supervisión constante. En los relatos siguientes se puede evidenciar las acciones, percepciones y perspectiva de las acciones realizadas en el marco de estas brigadas:

“Se hacían brigadas médico quirúrgicas en Puerto rico, La Macarena; en esas brigadas médico quirúrgicas se hacía cirugías de terigios, cataratas, hernias, pomey para una planificación definitiva, el tema de lunares, piel. Bueno, pequeñas cirugías, pero que para las personas son súper importantes. Se hacía finalmente lo que se podía ajustar a la norma de nuestro país. Al lado de esto se lleva odontología, salud oral y se hacía extracción de raíces” Trabajadora del Estado 1

“La embajada americana cuando hizo la brigada envió especialistas de mediana y de gran complejidad, cirugías ortopédicas, de tejidos blandos, unas hernias, terigios en los ojos, corrección estética en el rostro, alguna articulación.” Trabajador del Estado 2

“Nosotros en las jornadas de apoyo al desarrollo lo que hacemos nosotros es llevar personal de salud: odontólogos, médicos generales, pediatras, población de niños que amerite llevar a pediatras, el optómetra y esas son las especialidades que se llevan” Militar Oficial 4

“Son jornadas, no es un programa que sea permanente, estas jornadas tratan de solucionar lo más pronto posible porque hay ausencia de medicinas, de atenciones prioritarias y hay veces hacen programas con estos médicos sin frontera, que ellos dicen vamos hacer una jornada para operar terigios, eso sí lo operan y arreglan con ayudas del Ejército” Militar Oficial 3

“Nosotros contribuimos en el apoyo llevando y adquiriendo medicamentos para entregar a la población, son verificados por las mismas fundaciones que nos apoyan, formulando ese medicamento y esa es la forma como nosotros los apoyamos”
Militar Oficial H 2

“A lo de los militares poco íbamos, tenía uno que estar muy grave...Una vez fui de pura casualidad porque tenía que hacer una vuelta del SISBEN y fui. Eso trajeron payazos, también habían brigadas pero todas las mujeres y hombres teníamos lo mismo, la misma enfermedad. Para un hijueputa acetaminofén lo compro y no me voy por allá” líder campesina 2

Estas atenciones médicas, sin lugar a dudas, debieron impactar de manera muy positiva la salud de la población, algunas con más impacto que otras como las cirugías de ojos, de piel u odontológicas; como también muy reducido en enfermedades crónicas. Pero la reflexión, más allá de prácticas médicas, se encamina a cuestionarse el porqué del despliegue logístico y económico para este tipo de jornadas. En un aparte de una entrevista un Militar Oficial 4 señala enfáticamente: “tienen tergiversado el tema de apoyo de nosotros dentro de la acción integral. Si nosotros vamos a ver, lo que nosotros tenemos que hacer es un lazo, un vaso conductor dentro de esa articulación que es lo que es la acción integral”. Estas afirmación plantea un cuestionamiento ¿Qué van hacer la FFMM?, la cual se espera responder más adelante

Racionalidad y prácticas identificada por los actores frente a las brigadas de FFMM

En la perspectiva de construir una totalidad concreta histórico-social (Kohan, 2013), es necesario precisar las racionalidades y prácticas identificadas por los actores indagados y que permiten reconstruir la racionalidad que guía las brigadas de salud cívico-militares.

Racionalidad y prácticas identificada por las FARC-EP

En cuanto a las racionalidades y prácticas identificadas por parte de las FARC-EP con respecto a las Brigadas, se ubican dos aspectos: el primero que hace relación a la importancia de la propaganda en acciones cívico-militares para ganar la cooperación de la población como lo señala el Excombatientes H 1: “en esas brigadas juega mucho el papel de la propaganda de la organización con la población, porque si ellos están bien instruidos, hay muchos que también van a darse cuenta como es el manejo”; y otro Excombatientes H 3 añade que la intención de las FFMM con las Brigadas era ir “Ganando terreno también. Su estrategia era ganar masas”. Este fragmento permite intuir la labor de inteligencia que configura el segundo aspecto, la cual realizaba la insurgencia para identificar riesgos; y otro Excombatientes H 3 explica: “nuestros jefes hablaban con la población y no se les prohibía, si se les va a prestar un servicio de salud vayan, no ve que la salud es primordial, pero si miren que es lo que hacen,” lo cual ratifica la racionalidad de inteligencia por parte las FARC-EP.

Antagónicamente a lo planteado por los excombatientes, los militares señalan que las FARC-EP no le permitía a la población asistir a dichas brigadas; un Militar Oficial 4 plantea: “Por lo menos en la jornada allá de la Macarena. Nosotros llegamos y teníamos un estimado para unas 1500 personas, pero en el pueblo habían nada más habían 300 o 500, ¿qué paso acá? Que en la vereda no dejaron bajar la gente, ¿quién no la dejo bajar? La guerrilla. La guerrilla cuando ve que nosotros vamos llegando con esas jornadas, eso es para ellos es fatal”. Sin embargo en un fragmento citado anteriormente un líder campesina 4

decía: “A lo de los militares poco íbamos, tenía uno que estar muy grave...Una vez fui de pura casualidad porque tenía que hacer una vuelta del SISBEN, y fui. Eso trajeron payazos, también habían brigada pero todas las mujeres y hombres teníamos lo mismo, la misma enfermedad. Para un hijueputa acetaminofén lo compro y no me voy por allá”. Por una u otra razón tampoco las acciones cívico militares de las que hacían parte las brigadas lograron acabar a las FARC-EP.

Racionalidad y prácticas identificada por líderes sociales

La racionalidad que perciben los líderes sociales está ligada a la de la prestación de un servicio de salud, sin ninguna intencionalidad política o militar, al menos eso deja inferir las entrevistas, aunque algunos se referían a estas brigadas con muchas críticas y otros destacaba la labor al verse beneficiados, como lo dejan ver estos dos relatos:

“En la Macarena siempre ha habido brigada por el Ejército muy buenas pero la hacen por ahí cada cuatro años o en San Vicente... Es buena, incluso yo me hice operar de esta vista en la Macarena y no costó un peso” Líder campesino 3

“La gente criticaba eso, yo escuchaba la gente decir, hijueputa perder tiempo por allá para que le den a uno ampicilina que vale 500 pesos, me valió más el pasaje, porque me valió 10 mil...Para esa brigadas traen ese tipo de medicamentos a quince días de vencerse los medicamentos. Yo decía qué le dieron a usted para problemas vaginales, no, la misma crema. Yo decía, oiga todas mujeres tienen lo mismo. Yo me le reía” Líder campesina 2

En estos relatos se ven posturas que no se ubican como contradictorias, pero permiten identificar características como la de los medicamentos, la resolutividad en algunos procedimientos y la prevención de los campesinos frente a la iniciativa de las FFMM que les genera desconfianza, porque son estos mismo los que han violado los derechos de estos.

Racionalidad y prácticas identificada por trabajadores del Estado del PCIM

En cuanto a los trabajadores, identifican las limitaciones de las acciones aunque reconocen el impacto positivo que tuvieron esas brigadas sobre el entendido de que donde no hay nada cualquier ayuda es bien recibida. Como lo expresa uno de los funcionarios entrevistados:

“El problema con el tema de salud y educación es que fueron acciones muy pequeñas y muy aisladas, no hay una política de transformar la salud de la región, sino era hacer brigadas de salud. La brigada de salud era una vez al año, durante 3 días en un Municipio. Las jornadas rurales era muy relación costo-beneficio, más allá de la presencia nada, porque se llevaba el especialista pero sino había energía para los equipos. Por ejemplo: un ortopedista, y no le puede tomar radiografías en campo. Podía llevarse el especialista, pero este se restringía a un diagnóstico clínico” Trabajador del Estado 2

Al analizar este fragmento, es pertinente resaltar el cuestionamiento que se hace al porqué no se planifica una política de salud y de educación permanente en el territorio, y al mismo tiempo la poca resolutividad que se tenía al llevar especialista, sin equipos con los cuales se pudiera diagnosticar. Lo cual podría seguir profundizando la pregunta del por qué las brigadas de salud y por qué en zonas donde no había acceso a luz eléctrica, lo cual no permitía realizar la práctica médica.

Racionalidad y prácticas militares en las brigadas de salud de las FFMM

Aunque las brigadas de salud, como hemos visto anteriormente, han tenido efectos positivos en la población en medio de la ausencia del Estado por garantizar el derecho a la salud como se ha evidenciado, las acciones de las brigadas tienen una intencionalidad en el marco de la estrategia militar de acción integral y en el plan de guerra PCIM; esto se puede evidenciar con los siguientes relatos en los que señalan las prácticas militares en medio de las jornadas de apoyo al desarrollo como acciones de las operaciones psicológicas, inteligencia militar, censos de la población e identificación de redes de apoyo a las FARC-EP:

“La estrategia está en ganarse la población civil, que las FARC los tenían diezmados con la guerra porque si no cumples te matan. Se han dado cuenta que la fuerza pública, más que todo el Ejército Nacional, está continuamente en estos puntos” Militar Oficial 1

“Las otras estrategias que nosotros tenemos planteadas, o que estamos utilizando, son las estrategias no armadas, son las estrategias en las que nosotros queremos apoyar a la comunidad, hacer el mejor beneficio para la comunidad, ese es nuestro enfoque” Militar Oficial 2

“El plan piloto de la PCIM es un programa macro que es la misma acción integral pero llevada a la máxima estancia; y ¿cómo funcionan estos programas? Atender las necesidades del pueblo, incluye digamos atender las necesidades de salud. Ellos hacen brigadas de salud y hay unas brigadas que se llaman Jornada de apoyo al desarrollo, que son jornadas de acción cívico militar” Militar Oficial 3

“Con estas jornadas hay que analizar cómo puede impactar, porque usted lo que busca es un impacto psicológico en la población, que digan vino el ejército, me trajo, me mejoro y me colaboro en lo que yo necesitaba” Militar Oficial 4

La primera racionalidad identificada es la de ganar la población civil por medio de prácticas que permiten generar confianza y ganar el afecto, como lo son las jornadas de apoyo al desarrollo, a partir de un estudio que realiza el Grupo Especial de Operaciones Psicológicas para saber de qué manera llegar a la población. Lo cual hace parte de la estrategia de quitar el agua al pez, entendiendo como el agua a la población, la cual permite tener margen de acción al enemigo, en este caso para las FFMM son las FARC-EP. En esta misma vía algunos relatos frente a la racionalidad de las brigadas cívico militares de las FFMM:

“En salud qué hicieron, una brigada de 3 días y atendimos 500 personas y ya. Hay también hay un tema de marketing político. Uno tiene que pensar bien de las instituciones porque trabaja en ellas y las tiene que defender, pero uno si ve que hay unos eventos que se van a cosas mediáticas” Trabajador del Estado 2

La segunda racionalidad que emerge de este relato del funcionario es la utilitarista de las FFMM, hacen las acciones para mostrar a la opinión pública en general y a la población en la región, como lo señalaba anteriormente un militar en uno de los relatos. Sin embargo es necesario señalar que existen individuos en medio de la institución que su racionalidad individual dista de esta práctica, como lo menciona un oficial indago:

“Pues el plan estratégico en un nivel superior pueda que sea un nivel estratégico; pero un nivel municipal es un plan en el sentido que queremos darle el apoyo nosotros los militares a la población” Militar Oficial 1

La tercera racionalidad que es concluyente de los múltiples relatos expuestos es la de guerra, que se evidencia de manera clara en diversas prácticas de inteligencia a partir de censos, identificación del apoyo civil a las FARC-EP y ubicación del enemigo:

Uno conoce la gente que es de ahí del pueblo y la gente que es de las veredas, se nota la diferencia. Su sombrero más llevadito. Miramos si hay mucho niño, porque nosotros no solo llegamos con los médicos, sino con actividades lúdicas. Porque eso también atrae a los niños y si los niños están ahí automáticamente también van a estar los padres. Así uno va halando, va llamando la atención y va generando audiencia..., pero en sí nosotros lo que necesitamos es mirar la parte operacional, la parte de inteligencia del enemigo, quiénes son los comunicadores claves de la guerrilla o de los grupos armados organizados que se llaman hoy en día, para nosotros de cierta manera neutralizarlos, capturarlos o llegado el caso, si colocan resistencia armada, darlos de baja. En si nuestra misión, lo digo yo, no es llevar una jornada de salud para satisfacer las necesidades de la población, porque para eso está una secretaria de salud, para eso hay un hospital, para eso hay un alcalde. Nosotros como militares a través de esas jornadas, ganarnos el apoyo a la población civil, su confianza y que ellos nos digan, hay, mire, fulanito de tal anda en malos pasos, yo he mirado movimientos raros en cierto sector, yo miré que día como 5 o 6 milicianos o personas con camuflado, con armamento o fusiles, o armamento largo, eso es lo que nosotros como militar queremos o buscamos detrás de esas jornadas también. Militar Oficial 4

Este relato deja ver con claridad la racionalidad de guerra de la acción integral y las diversas prácticas realizadas en el marco de la política de defensa y planes de guerra como el PCIM; aunque las fundaciones, personal de salud y todas las instituciones deseen, con su mayor convicción, mejorar la calidad de vida de estas poblaciones, la esencia del Ejército es mantener el orden social vigente; esto responde al mandato civil que tiene intereses económicos, políticos e ideológicos que esperarían los ciudadanos no compartieran las FFMM. El relato del militar Oficial 4 es confirmado, en cierta medida, en el relato del Trabajador del Estado 2 el cual señala: “el Ejército nos sacaba en las reuniones que la tarea de ellos no era reemplazar el sistema de salud”. Lo cual termina de concretar la racionalidad de guerra a todo nivel del Estado en el municipio de la Macarena, por altruista y benévola las acciones terminaron contribuyendo a un plan de guerra y no a la garantía de los derechos en el municipio de la Macarena, que después de 2012 el antiguo hospital sigue siendo un centro de salud.

5.5.3 Racionalidades y prácticas de las Brigadas de salud de las FARC-EP a la población civil

Para comprender las racionalidad de las brigadas cívico-militares de la FARC-EP en el marco de los planes político-militares, se hace pertinente precisar las prácticas que en medio de esta se realizaban. Con este propósito a continuación se aborda la planificación, acciones en salud, percepción de los actores de estas brigadas y la configuración de la racionalidad que motiva a la realización de estas.

Planificación de las brigadas de las FARC-EP

En el caso de las brigadas de las FARC-EP, éstas emergen luego de la conformación de los hospitales fariños, como se abordó en los apartes anteriores. Estas brigadas eran organizadas y planeadas por el personal de salud, pero aprobada por los comandantes de los frentes y bloques, para que estos fueran aprobados por el secretariado; sin embargo, los relatos evidencian que las iniciativas también emergían del personal de salud, como lo señalan los excombatientes:

“Cuando se trataba de hacer tareas de salud con la población, eso eran planes diseñados por el organismo, en especial de los frentes, estos hacían planes de salud y pues bueno, ya se organizaba el plan de salud y los que tuvieran más conocimiento, pues se diseñaba el plan”. Excombatientes H 3

“En ocasiones se planeaba más desde el personal nuestro, que estaba dentro de un área. Primero se hacían unos censos para saber cuánta población necesitaba cirugías, qué era lo que más se hacía, porque no tenían acceso a un médico por falta de los recursos; mucho menos pagar una cirugía, que cuesta tanto. Entonces se hacían esos censos, se elaboraba un plan, una propuesta y más bien se enviaba al secretariado o jefes. Para esta región tenemos esta propuesta, ¿la podemos hacer? Contamos con medicamentos, aquí contamos con personal capacitado que podemos hacer cirugías, tenemos estos casos, no hay presencia enemiga, tenemos esa propuesta. Ellos decían proyéctenla, ejecútenla o esperen” Excombatiente M 7

Lo que evidencian estos dos relatos es la planificación de dichas brigadas bajo la supervisión de los mandos político-militares de cada frente, bloque o hasta el mismo secretariado como lo señalan. Otro aspecto a destacar, es el censo o análisis de situación de salud que hacían los miembros de las FARC-EP antes de desarrollar la brigada en la población, para identificar las necesidades y al igual que el estudio militar de la zona a desarrollarla. Otro aspecto, que recuerda una Líder campesina 2: “ellos lo citaban a uno a partes, por ejemplo en el caso de las muelas”, lo cual afirma la planificación de la brigada al buscar las estrategias de convocar a la población.

Acciones de las brigadas de las FARC-EP a población civil

Las brigadas de las FARC-EP, desarrollaban múltiples acciones en la atención de la salud de la población, con personal de salud formado en las filas insurgentes, el cual prestaba servicio de medicina general, odontología, cirugía, planificación familiar, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como lo señalan en los siguientes relatos de las entrevistas realizadas:

“A los civiles que necesitaban trabajo de odontología se les prestaba... También llegaban a pedir un concepto en lo que tenía que ver con métodos de planificación. Con qué podía planificar, con qué no, porque muchas veces son muchachas muy jóvenes y entonces un medicamento les hace daño, otro no, también se les instrúa en eso” Excombatientes M 2

“Se resolvía casos de salud como paludismo, hepatitis, dengue y tantas cosas que suele tener la población; también se programaban cirugías de hernia inguinal, umbilical, apendicitis, todas esas cosas se hacían...se le explicaba a la gente muchas cosas en salud, cómo prevenir las epidemias, en las casas se mencionaba mucho el

cuidado con los niños, cómo manejar..., por ejemplo, los depósitos de agua, cómo cambiar eso para que ellos no sufrieran tantas enfermedades debido a los vectores, los zancudos, los baldes y cosas que deja uno por ahí que se llenan de agua, que los zancudos llegan allí y depositan huevos” Excombatientes H 3

“Cirugías de hernias inguinales, lipomas, apendicetomías, de todo” Excombatiente M 7

“Nosotros en la higiene también les recomendábamos mucho a ellos, cómo se tenían que cepillar, cómo usar listerine, seda dental, uno les iba dando las indicaciones” Excombatiente M O 5

“Lo que se hace es concientizar a las personas, se les dice tienen ese problema o su situación es esta y esta, tiene que suspender el cigarrillo, las grasas o el alcohol y pues se toman medidas frente a eso. Las medidas son restriccioncitas o bajarle a los aceites y eso. Estar pendientes de ellos que es nuestra función” Excombatientes H 1

Más allá de la descripción de las prácticas realizadas por insurgentes en el campo clínico de la salud, sorprende la perspectiva en el campo de las acciones de salud pública, frente a la capacitación que daban a los campesinos en el manejo de las aguas estancadas para prevenir las enfermedades tropicales, propias de territorio endémicos como lo es la región de la Macarena, o las indicaciones en salud oral y planificación familiar por nombrar otros de los aspectos mencionados. Otro aspecto, es lo señalado en la última línea del último relato, en el que afirman: “estar pendientes, era nuestra función”, lo cual indica una continuidad o seguimiento a los tratamientos realizados. Claro está, sí el aseo militar y la dinámica de la guerra lo permitía.

Racionalidad y prácticas identificada por los actores frente a las brigadas de las FARC-EP

En la perspectiva de poder comprender la racionalidad y prácticas de las brigadas cívico-militares de las FARC-EP, es necesario evidenciar cuales son señaladas o reconocidas por los actores que las vivencian en el territorio, en este caso los trabajadores estatales y los líderes campesinos que son quienes identifican esta práctica insurgente.

Racionalidad y prácticas identificada por trabajadores estatales

Las labores en el campo de la salud, han sido documentadas recientemente por múltiples investigadores (Gallo, 2017) (Molano, 2016), quienes han rastreado estas prácticas particularmente al interior de la insurgencia; sin embargo, las brigadas de las FARC-EP no son muy reconocidas en la literatura, por esto el relato de un funcionario que reconoce estas prácticas es relevante, quien señala:

“A mí me parece más un tema de decir: ¡nosotros si fuimos capaces de hacer lo que el Estado no hizo en estos sitios! y como era verdad, han hecho mucho énfasis en que ellos podían abordar el tema de salud, por ejemplo, ahora en la zona veredal varios incidentes que han tenido, han logrado atender ellos mismos, porque se demora 3 días la autorización de una ambulancia”. Trabajador del Estado 2

El primer aspecto a mencionar, es el reconocimiento por parte de los trabajadores estatales a las intervenciones que la organización insurgente desarrollaba en materia de salud en la región de la Macarena; el segundo aspecto, identificado en el relato del trabajador del

Estado 2, es una crítica al señalar que las FARC-EP lo que buscaba era reconocimiento por estas labores comunitarias. Sin embargo, en el relato el trabajador termina reconociendo que ante el abandono del Estado, las FARC-EP ha resuelto problemas de salud de la población.

En esta vía, es necesario precisar que no hay una configuración clara de una racionalidad política por parte de la insurgencia, en la medida que poco se conocía en los medios de comunicación oficial y de los mismos medios de comunicación de las FARC-EP, que si buscarán reconocimiento político tratarían de divulgar dichas prácticas para ganar legitimidad. Sin embargo, en las regiones esta práctica permitió acercarse a la población civil, en la medida que esta se veía beneficiada de la atención en salud.

Racionalidad y prácticas identificada por líderes sociales

En algunas de las entrevistas a líderes campesinos estos expresan que en varias ocasiones las FARC-EP les prestó el servicio de salud con buenos resultados y sin ningún costo para la comunidad, como lo evidencian los relatos de dos líderes campesinos:

“Fuera de que ellos le servían a uno con el tema de salud, a mí me prestaron en varias ocasiones el servicio. Le ponían brackets, también el tema de tratamiento de enfermedades como paludismo, leishmaniasis, no le cobraban a uno. Decían la zona donde uno pudiera llegar, ellos le prestaban a uno el servicio”. Líder campesina 2

“Nosotros muchas veces hemos sido atendidos con más eficacia por la misma guerrilla, enfermeros de la guerrilla les ha tocado atender a la población civil porque no ha habido quien atiende a la mano gente que conoce, que han sido eficaces y aparte ha sido gente con capacidad de prestar el servicio” Líder campesino 1

Estos relatos coinciden con lo expuesto anteriormente por los excombatientes, en los que estos reconocen la labor que prestaban en las FARC-EP, en las veredas donde estos tenían acceso cuando no había presencia militar. La racionalidad que es identificada por los campesinos entrevistados es la de solidaridad por parte de la insurgencia al prestar el servicio a estas comunidades, de las cuales muchos anteriormente eran parte antes de ingresar a las filas insurgentes, porque muchos de los excombatientes entrevistados refieren ser de algunos de los municipios de la región de la Macarena.

Racionalidades y prácticas de las brigadas de las FARC-EP

Al indagar a los insurgentes sobre el porqué de las brigadas realizadas por la FARC-EP hay múltiples aristas en las respuestas que permiten configurar la racionalidad de las prácticas expuestas en el campo de la salud. La primera racionalidad que se puede identificar es la de la solidaridad como se puede inferir de los siguientes relatos:

“La cosa era resolverle los problemas de salud a los civiles y estaban necesitados porque tenían enfermedades o se estaban muriendo...nosotros lo que hacíamos era dar la ayuda o la protección a las familias desposeídas o al que fuera a la consulta, la cosa era que el privilegio era llegarles a esas personas y poderlas atender”. Excombatientes H 1

“Se desarrollaban planes de mejorar la salud en ciertas regiones donde no había presencia militar y se podía realizar esas acciones. Bueno, contábamos con los

médicos y con el personal y se realizaban, nosotros le llamábamos Campañas de Salud” Excombatiente M 7

La segunda racionalidad identificada es la política, en la cual la insurgencia ganaba aceptación de la región para materializar sus planes políticos y militares, en los cuales la cooperación de la población era necesaria para poder sobrevivir y para dar a conocer la perspectiva de país que planteaba el movimiento guerrillero, como lo señala el siguiente segmento:

“Nosotros entendimos esa parte, pues porque las necesidades de la población era primordial y nosotros ayudamos a canalizar eso también para poder atraer la población a nuestro favor y eso también fue un trabajo político que se hacía ejerciendo la salud. Si en algún momento había movilidad del enemigo pues ellos le avisaban y decía viene por tal parte. Entonces uno agarraba sus checheritos y vámonos” Excombatientes H 3

Este segmento, enuncia otra racionalidad que guiaba las acciones en las brigadas de salud y era el hacer inteligencia militar previa de las zonas donde iban hacer las brigadas, para no ser sorprendidos por el enemigo, cuando estaban cerca de la población civil. Estos tres aspectos, configuran la racionalidad de las brigadas de las FARC-EP a la población civil.

5.6 Modelos de atención de salud y hospitales de guerra de las FARC y FFMM

El desarrollo de la confrontación armada, influyó en la organización de los servicios de salud de los actores. En la perspectiva de rastrear las prácticas que llegaron a conformar los modelos de atención en las FARC-EP y las FFMM en la profundidad de la selva colombiana, como es el caso de la Macarena. Se hace pertinente develar la racionalidad del surgimiento del sistema de salud, que lograron constituir caracterizando la estructura organizativa adquirida, financiación, infraestructura y hasta los enfoques de prevención y promoción que adoptaron estos en la dinámica de la guerra.

5.6.1 Sistema de salud de las FARC-EP

El sistema de salud de las FARC-EP, como hemos visto anteriormente, se configura alrededor de las necesidades que iba provocando la guerra y que luego permitieron realizar brigadas para la población. Pero habrá que señalar de manera enfática que su racionalidad se ubica en la sobrevivencia, más allá de un plan político, para hacer de esta práctica una herramienta política, para la disputa por el poder. Sin embargo, en el desarrollo de la confrontación se configuró un sistema de atención, sin todas las estructuras técnicas pero cumpliendo cuatro componentes esenciales de un sistema de salud: financiamiento, prestación, modelo de gestión y modelo de atención.

Financiamiento del sistema

El financiamiento del sistema, fue planteado de manera específica en las octava conferencia: “Nuestra política sanitaria en esta época se orientará fundamentalmente en dirección a resolver nuestros problemas de salud, clínicos, de heridos y de enfermedades con nuestros propios recursos” (FARC-EP, 1993). La cual dependía de las diversas formas de financiación implementadas por los frentes.

Prestación

La prestación, hace referencia al recurso humano, equipamiento e infraestructura necesaria para garantizar la atención en un sistema de salud, en este caso de las FARC-EP que emerge en un contexto de guerra de manera atípica, en la medida que los Estados son quienes son rectores de los sistemas y en este caso fue una guerrilla.

Equipamiento e infraestructura

En cuanto a la estructura, esta era muy artesanal como lo describen en las entrevistas los excombatientes. Sin embargo, las FARC-EP tenían equipos de rayos X, laboratorio clínico y ecógrafo (Martinez, 2107) y unidades portátiles de odontología e instrumental como lo evidencian los relatos del personal de salud:

“Papito lo que pasa es bueno. Me disculpa pero usted pensará que porque nosotros andábamos en la selva y eso. Nosotros normalmente teníamos todo, unidad portátil, las guías los colores, todo normal y las instrucciones”. Excombatiente M O 4

“En ese periodo de conflicto a nosotros nos tocaba atender nuestros heridos, nuestro personal enfermo, como lo decía el compañero en ranchos improvisados por nosotros, con nuestras camillas, ahí mismo operábamos y todo dentro de nuestra hábitat, que es la selva y pues utilizando sus medios” Excombatientes M 7

“En el Hospital móvil del bloque Oriental. El orden del día comenzaba con el aseo de todas las instalaciones, la instalación de una carpita improvisada donde se almacenaban todos los medicamentos que se lograban conseguir de alguna forma” Excombatientes H 6

“Se ponía por ahí un plástico o una casita de un campesino, se acondicionaba, se lavaba bien y se acomodaba, se acondicionaba bien y una mesita para la camilla” Excombatientes H 3

Estos relatos, reseñan las dificultades de infraestructura en el desarrollo del sistema de salud de las FARC-EP. No obstante, los insurgentes lo adaptaron para resolver su problemáticas de salud y las de campesinos. En la misma lógica de la movilidad de la guerrilla, no podía construir hospitales muy grandes por ser detectados por el Ejército y por no permitir desplazamientos rápidos, sin que se fueran a perder los equipos e instrumentos que no deberían ser fáciles de ingresar a estas zonas apartadas, selva adentro donde permanecían.

Recurso humano en salud

En cuanto al personal de salud, las FARC-EP contaba con la razón de personal de salud por número de personas más alta de Colombia. Como se evidencia en los siguientes relatos de los enfermeros y enfermeras, hoy excombatientes:

“En todas las unidades de las FARC siempre estuvo presente el grupo de salud 2-3 guerrilleros por grupo de 50-60” Excombatientes H 3

“Una compañía en las FARC, tiene 50 integrantes y pues cada unidad por compañía anteriormente se regía cada uno por su enfermero. Yo estuve como en 3 hospitales y eran como 70 por cada hospital” Excombatientes M 7

La cantidad de personal formado al interior de las filas insurgentes, permite comprender porque esta organización insurgente pudo comenzar a desarrollar brigadas. Donde la razón por una unidad de 50 guerrilleros, era de 2 a 3 enfermeros, médico u odontólogos. Lo cual permitía realizar acciones con la población civil donde hacían presencia.

Proceso de formación del recurso humano en salud en las FARC

La formación empírica del personal de salud, impartida por miembros de la insurgencia que tienen estudios en medicina, enfermería u odontología, permitió conformar el sistema de salud de las FARC-EP; el cual también conllevó a formar una escuela, motivada por las necesidades que iba generando la confrontación armada, como también las agrestes condiciones ambientales que es habitar en las selvas por múltiples enfermedades tropicales como: el dengue, malaria, paludismo y leishmaniasis. A continuación se aborda el proceso de formación desde las temáticas abordadas y las motivaciones de los insurgentes al formarse en el campo de la salud.

Selección de personal de salud

La selección del personal para recibir los cursos de salud, se da a partir de las necesidades de cada frente y cumpliendo la orientación de la octava conferencia, en los relatos de los excombatientes se puede evidenciar cómo fue su incursión en el estudio de las diversas disciplinas de las ciencias de la salud:

“Yo empecé muy joven y era guerrillero de base y comencé a trabajar, me dieron la oportunidad de estudiar medicina y entonces me dediqué a eso” Excombatiente 1

“Nosotras no teníamos de odontología ni nada. Entonces en un cierto día aquí internamente cuando uno menos piensa, eligen un personal para ciertos cursos, enfermería, odontología y todo lo que usted se imagine para dar esas instrucciones” Excombatiente M O 4

“La organización le va diciendo a uno, váyase acomodando aquí porque hay necesidades, entonces yo entre así por necesidades y porque el partido me dijo: ubíquese aquí, haga este curso y póngase a ejercer esta función y así empecé” Excombatientes H 3

En estos relatos se puede identificar que la formación de personal de salud, se configura sobre la racionalidad de supervivencia y como respuesta a las orientaciones de la estructura de dirección de las FARC-EP, que a partir de la confrontación militar se venían viendo afectados por las heridas y lesiones que deja la guerra, como también el ambiente; pero también porque al recibir atención las FFMM hacían inteligencia, para luego atacar militarmente. Otro aspecto a destacar, es que los insurgentes que recibe estos cursos son designados por los mandos y por las habilidades que estos puedan tener para desarrollar las diversas labores, en este caso de salud.

Proceso formativo y pedagógico

El proceso formativo y pedagógico en el campo de la salud de la FARC-EP, se da de manera particular en medicina, enfermería y odontología. Este tiene un componente práctico muy fuerte por ser en esencia una medicina de guerra, que se edifica a partir de las necesidades cotidianas. Sin embargo, se observa un componente teórico importante que es necesario reconocer, como lo dejan ver los excombatientes entrevistados:

“Se empezaron a dar cursos, primero se dio cursos de primeros auxilios, cómo tratar una herida, cómo agarrar unos puntos, cómo ligar una venita, cómo reanimar a alguien, cosas muy básicas, cosa así. Eso fue agarrando otra etapa, ella (Laura Villa) se esforzó mucho por estudiar y ella personalmente capacitarse y transmitir esos conocimientos a nosotros” Excombatientes H 3

“En la medicina había camaradas de mucha experiencia y entonces eso servía mucho de aporte para nosotros afianzarnos más, tenernos un poquito más de confianza e ir experimentando eso en la práctica...uno entra a un curso y de ahí va haciendo la teoría y cuando se presenta una situación de esas, pues uno derechito va con el instructor ahí y uno va observando y le van explicando” Excombatiente H 1

“La prostodoncia que es la de las prótesis, endodoncia que tiene que ver con las partes internas del diente, tratamiento de conductos y eso; la exodoncia que es la extracción de las piezas dentales; la periodoncia que tiene que ver con las enfermedades de la encía y periapicales del diente; Odontopediatría que es la de los niños. Y no recuerdo cual es la otra” Excombatiente M O 4

“Luego comenzaba las clases de capacitación del personal que iba a estudiar enfermería, siempre había un enfermero de turno” Excombatiente H 6

“Cuando alguno no tenía conocimiento, otro lo tenía y trabajábamos de manera colectiva” Excombatientes M 2

“Esos nuevos enfermeros comienzan a formar más personal en FARC. De los bloques el camarada Jorge, comienza a traer gente de todos los bloques. Traerlos al Bloque Oriental, a la escuela de medicina, él decía que era el Hospital Nacional Móvil de las FARC” Excombatientes M 7

El primer aspecto a destacar del proceso formativo, son los instructores que tenían los insurgentes, quienes tenían conocimiento en el campo de la medicina por haber estudiado en Universidades como la Universidad Nacional, como es el caso de Laura Villa y Mauricio Jaramillo, personas destacadas en el desarrollo de la escuela médica de las FARC-EP y en particular del Bloque Oriental, el cual operaba en la región de la Macarena.

El segundo aspecto, es el aprendizaje práctico cotidiano de las personas que se destacaban para desarrollar las labores de atención de las necesidades de salud, como lo describe uno excombatiente, al señalar que iban estudiando teoría, mientras iban aprendiendo en la práctica, en compañía de uno de los compañeros más experimentados. Otro aspecto a destacar son los niveles de aprendizaje, según la complejidad de los casos a tratar. Como tercer aspecto de aprendizaje, es el trabajo colectivo característico de las FARC-EP desde su lenguaje, al referirse en toda ocasión a que son tareas asignadas por la organización y eso se evidenciaba en las prácticas médicas.

Los instructores de las FARC-EP

Según los relatos planteados anteriormente, el comandante Jorge Briceño quien era parte del secretariado de las FARC-EP, es quien insistentemente plantea la necesidad de resolver las problemáticas de salud de los insurgentes, aunque no lo ligará ningún conocimiento a este campo del conocimiento, pero encontró aliados en la materialización del sistema de

salud fariano como: Laura Villa, Mauricio Jaramillo, Lucas 40, Yuri Camargo, entre otros; como los referencian en la entrevistas, el personal de salud de las FARC-EP:

“Laura fue nuestra instructora del curso de medicina y pues por medio del camarada Jorge cuadraron lo del curso para preparar personal en medicina. A nosotros nos formó Laura Villa y Anderson que deserto” Excombatientes M 2

“Si pero nosotros tuvimos dos instructores. El camarada Yuri, con el estudiamos 2 años o 2 años y medio. Luego vino una odontóloga que se llama Nasly, que estudio en Venezuela y tuvo que darnos instrucciones aquí, entonces fueron esos dos instructores que tuvimos. Pues de ahí salimos con la teoría y nos dejaron con esa instructora que se llama Jeimy, ya con ella fue la práctica” Excombatiente M O 4

“Hay una médica que es Laura, ella hizo su carrera en la Universidad Nacional de Colombia, en Medicina y otro compañero que traiciono el movimiento, ellos con el camarada Jorge comenzaron ese plan de estudios y capacitación a vario personal de las FARC, en el tema de la salud” Excombatientes M 7

Los relatos dejan identificar algunos instructores, en el campo de la odontología Yuri Camargo, Nasly y Jeimy. En el campo de la medicina Laura Villa, hoy encargada del proceso de reincorporación en el tema de salud y Anderson, quien deserto posteriormente. En cuanto a la construcción de los hospitales Mauricio Jaramillo y Jorge 40, según me lo expreso Laura Villa, en un evento académico en el que tuve la oportunidad de compartir.

Otro elemento relevante, es la formación de instructores, para que estos aparte de hacer parte de los hospitales farianos, pudieran formar a otros compañeros en los temas de salud, para ampliar la cobertura de las necesidades de salud. Un elemento que se evidencia en los relatos, son los estudios realizados por personal de las FARC-EP en Venezuela, de manera particular se menciona en el campo de la odontología.

Racionalidad de la formación del personal de salud

Como se ha insistido en el desarrollo de esta sección, la racionalidad que motiva e impulsa al mismo Jorge Briceño, es la de supervivencia, que podría obedecer a las mismas necesidades que este comandante padecía por la diabetes que lo aquejaba, al igual que las múltiples necesidades de su guerrillerada o muchachada que lo acompañaba. Esto se recalca nuevamente, al indagarles a los excombatientes, sobre el por qué la necesidad de formarse en el tema de salud, a lo que ellos respondieron:

“Nosotros en medio de la confrontación teníamos bastante personal herido, dentro de los mismos combates, por minas antipersona y personal enfermo. Y con la restricción que nuestro personal fuera atendido por médicos certificados, en la civil. Era una cosa muy restringida y nuestro personal no podía seguir careciendo de ese tipo de tema en la salud” Excombatientes M 7

“Cuando había casos que uno no podía resolver en el instante, había compañeros que resolvían o las FARC algo se inventaba. Lo cierto era que lo sacaban por un lado o por otro; eso sí era muy difícil hacer una cosa de esas, porque se corría un riesgo a ser capturados. Entonces se miró más la necesidad de profundizar en el estudio y el conocimiento” Excombatientes M 2

“En el tema de los heridos, muchas cosas se hicieron porque no había otra opción, mirar la gente herida, llevada del carajo, había que hacer algo y entonces pues eso ha sido el tema de la historia de salud” Excombatientes H 3

Los anteriores relatos, permite afirmar que el origen del sistema de salud de las FARC-EP, está anclado a la racionalidad de supervivencia, producto de la confrontación armada que ha padecido el territorio de la región de la Macarena, donde nace el sistema de salud de las FARC-EP, en la iniciativa e insistencia del Comandante, Jorge Briceño.

Gestión y planeación del sistema de las FARC-EP

En cuanto a la administración del sistema de salud, hay que señalar que este obedecía a la estructura de mando militar y político de las FARC-EP, la cual organizaba y daba las orientaciones para el desarrollo de los mismos hospitales; muestra de ello, son las conclusiones de la VIII conferencia, quien da los lineamientos para crear los hospitales farianos (FARC-EP, 1993).

Planeación

Anteriormente se evidenció que los planes de salud eran revisados por los comandantes de frente, Bloque, el Estado Mayor Central y por el secretariado de las FARC-EP. Lo cual permite configurar el organigrama de decisión político administrativa, en cuanto al tema de salud. En las entrevistas a los excombatientes, emerge a través de los relatos la forma organizativa relacionada con la atención, como a continuación se refieren:

“El plan se hacía, por ejemplo: sí en esta zona opera el frente 51 o determinado frente, entonces el frente en su área diseñaba un plan de campaña de salud para la población civil por veredas” Excombatientes H 3

“Habían camaradas enfermeros, que los asignaban a la línea de combate y otros que se quedaban atrás, para recibir los heridos” Excombatientes M 2

“Uno o dos se encargaban de atender el personal enfermo y de suministrar medicamentos a los pacientes que lo necesitaban y así mismo suministrar los alimentos, el lavado de la ropa, el baño de los enfermos, en ocasiones tocaba cargarles el aguüta donde ellos estaban acostados y bañarlos, las curaciones y eso era una cotidianidad permanente ese trabajo” Excombatientes H 6

“La labor nuestra en salud diaria, está encargado un enfermero de turno, que es el que atiende los casos del día del personal. Ese enfermero de turno, le da parte a un encargado de salud, que él a su vez le da la información al mando de la unidad” Excombatientes M 7

“Cuando se trataba de hacer tareas de salud con la población, eso eran planes diseñados por el organismo, en especial de los frentes, estos hacían planes de salud y pues bueno, ya se organizaba el plan de salud y los que tuvieran más conocimiento, pues diseñaba el plan”. Excombatientes H 3

A manera de conclusión, se identifica en primera instancia que las FARC-EP, organizaba los planes de salud por frente, según la zona donde operara política y militarmente. En cuanto a las tareas desarrolladas por el personal de salud se diferencian diferentes funciones: en los combates existían dos funciones, los que estaban en la primera línea que

eran los enfermeros de combate que se encargaban de estabilizar lo prioritario y los otros que estaban en la retaguardia, quien se encargaban de los heridos.

En los hospitales farianos, estaban 1 o 2 enfermeros de turno, que se encargaban de las curaciones, alimentación y todas las actividades del cuidado de los pacientes hospitalizados, el cual le daba el parte al encargado de salud del frente y este a su vez le informaba al comandante de la unidad o frente. Otra de las tareas que tenía el personal de salud, era elaborar los planes para las brigadas que se realizaban con la población, que eran diseñados por el personal de salud de mayor experiencia.

Modelo de atención

En cuanto al modelo de atención, el primer aspecto a señalar es el enfoque en prevención de la enfermedad y promoción de la salud; el segundo aspecto que se desarrolló anteriormente, describe las actividades clínicas y quirúrgicas que se desarrollaban en los hospitales; el tercer aspecto, es el reconocimiento de saberes como la medicina botánica, natural y campesina, y por último, el trato integral a los prisioneros de guerra que estaban en el poder de la insurgencia. Estos cuatro aspectos conducen a construir una racionalidad integral del modelo de salud de las FARC-EP.

Enfoque Preventivo

La racionalidad del enfoque preventivo del sistema de salud de las FARC-EP, tiene su explicación en la misma dinámica de la guerra, que no permitía estar con dolencia de salud, porque esto quitaba movilidad en la guerra y en la perspectiva de la estrategia de guerra de guerrillas esto es fundamental, esto se corrobora al indagar al personal de salud de las FARC-EP quienes relatan:

“Lo que se hace es concientizar a las personas, se les dice tienen ese problema o su situación es esta, tiene que suspender el cigarrillo, las grasas o el alcohol y pues se toman medidas frente a eso. Las medidas son restriccioncitas o bajarle a los aceites y eso. Estar pendientes de ellos que es nuestra función”. Excombatientes H 1

“El tema de las instrucciones se les da cuando están en consulta. Se les dice: bueno compañeros, tiene que cepillarse antes de acostarse y se le dice cómo hacerlo” Excombatiente M O 5

“Nosotros en la higiene también les recomendábamos mucho a ellos, que como se tenían que cepillar, como usar Listerine, seda dental, uno les iba dando las indicaciones. Como acá pasan cada 6 meses no es mucho el trabajo, cuando se está trabajando en la época de revisiones son 10 a 12 en el día” Excombatiente M O 4

En los anteriores relatos, se evidencia las recomendaciones dadas en cuando a higiene oral y las indicaciones de uso de los implementos de higiene, así mismo las indicaciones para cambiar prácticas no saludable e incorporar hábitos que permita no complicar enfermedades crónicas y en apartes anteriores se mencionaba la anticoncepción como práctica orientada por las octava conferencia guerrillera, que evidencia el compromiso de los mandos como el secretariado, con este enfoque preventivo. Seguramente incorporado por referentes de lucha del movimiento insurgente, como lo es el sistema de salud cubano, implementado por Fidel y por los médicos que tuvieron acceso a las universidades que hacen parte de las FARC-EP.

Atención en salud

En relatos de enfermeros y enfermeras excombatientes de la FARC-EP de apartes anteriores, evidencian las múltiples prácticas quirúrgicas y clínicas que estos desarrollaban realizando diversos procedimientos odontológicos, quirúrgicos, tratamiento de enfermedades como leishmaniasis, paludismo, dengue entre otras y procesos de hospitalización cuando se requería, lo cual permitía mejorar las condiciones de salud de los miembros de la organización insurgente y de las comunidades que padecían de alguna enfermedad.

Medicina botánica, natural y campesina

La medicina botánica en algunos momentos de bloqueo por parte de las FFMM, fueron alternativas para el tratamiento de algunas enfermedades, como cuenta un Excombatiente H 6: “hay un árbol que se llama punta de lanza, los guerrilleros la utilizaban para tratarse la leishmaniasis” y “También hay un arbolito que se da silvestre que se llama Aralé, para el paludismo, entonces se toman las raíces o hacen un infusión con la raicitas y se toman esa agua y cura el paludismo y el dengue. La yerbamora, que sirve como un antibiótico para lavar heridas y curar”. Una enfermera Excombatiente M 7, también relata que “hay plantas que sirven como antibióticos, entonces uno hace lavados y con otras para dolores de abdomen con una planta que se llama prontoalivio. Sabemos también que las guayabas verdes sirven para solucionar tipos de diarreas, no para curar su causa, pero sí para detener la diarrea.

En una de la acostumbradas columnas de Alfredo Molano, en el marco de la última conferencia guerrillera, entrevistado a enfermeros y médicas formados en la filas insurgentes, que también mencionaron el herbario medicinal que se ha desarrollado más allá de las FARC-EP, en los campesinos de regiones donde el sistema de salud es un mito y las plantas de donde se habita se convierten en la alternativa para salvar vidas y aliviar las enfermedades, que trasciende oralmente de generación en generación, como: Las hojas de mango y papayo, en emplastos, son desinflamantes; para la picadura de culebra sirve la hiel de borugo. Para la leishmaniasis, el palo de resbalamono. La malaria se trata con árbol de quina y las fracturas, con una mata que se llama sueldaconsuelda y del mismo modo las plantas son utilizadas para armar cambuches como salas de cirugía, camillas o férulas, como con las tablillas de la palmatraste. (Molano, 2016).

Atención de prisioneros

La atención a prisioneros, es otra de las prácticas que abordan los excombatientes en las cuales describen un trato digno, en medio de las condiciones que estos señalaban anteriormente de múltiples dificultades. Estos recuerdan como era la atención en los siguientes relatos:

“Se entregaban los muchachos sanos de sus heridas de guerra. La curación diaria, agua para cepillado, todo” Excombatientes M 2

“Nosotros a todos los prisioneros de guerra, lo primero era solucionar el estado de salud, si estaban heridos u otra cosa” Excombatientes H 3

Aunque seguramente los médicos formados en las filas insurgentes, no hacen juramento hipocrático, estos hicieron lo mejor posible por prestar atención en salud a los prisioneros de guerra, sin legitimar otro de los episodios más tristes de esta guerra, como lo fue la

retención de prisioneros de guerra por parte de las FARC-EP y de insurgentes por parte del Estado en las cárceles en condiciones indignas.

Racionalidades del modelo de salud de las FARC-EP

El modelo de atención de las FARC-EP tiene una racionalidad de enfoque integral, en la medida que el modelo de salud insurgente, realiza acciones de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación en las diversas acciones que realizaba el sistema de salud, sobre el proceso salud enfermedad de los miembros de la insurgencia y de las comunidades. Por otro lado, el acceso a la atención no se limita a la capacidad económica, sino que este utilizaba toda la tecnología, equipamiento y medicamentos para garantizar la salud y la vida de la persona que accedía al sistema, fuera combatiente de las FARC-EP, prisionero de guerra o personas de la comunidad. Otro aspecto, que configura la racionalidad integral del modelo es el dialogo dialógico, con otros saberes como la medicina botánica, natural y campesina, en la que este sistema dialoga con otras formas de tratar enfermedades de manera diferente a la medicina alopática occidental y hegemónica.

5.6.2 Transformaciones del sistema de salud de las Fuerzas Militares y Policía Nacional

Aunque las fuerzas armadas tengan un régimen especial y su propio sistema de salud financiado por el Estado, reglamentado desde 1990 cuando se excluyó del Sistema Integral de Seguridad Social a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional y al personal regido por el Decreto-ley 1214 de 1990. Luego en 1997, se reestructura nuevamente el sistema de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, por el decreto ley 352 de 1997. Decretos que reglamentan las funciones desde su órgano superior que es el Ministerio de Defensa, el Consejo superior de salud de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional (CSSFMP) y la Dirección General de Sanidad Militar, la cual está encargada del manejo de los recursos y de implementar políticas, planes y programas que adopte el con CSSFMP.

En medio de la confrontación armada hacia el año 2002, debido a la intensidad de la guerra las FFMM recibían muchos heridos, los cuales debían sacar de la zona de combate lo más pronto posible, por la complejidad de las heridas que dejaba las minas antipersonales y las diversas armas utilizadas por las FARC-EP. El traslado del personal militar cuando eran heridos, trajo dificultades, porque a la llegada del helicóptero los insurgentes disparaban ha esté, ocasionado heridas a los tripulantes, entre los que enviaban médicos para estabilizar los pacientes, como lo relata un médico perteneciente a las FFMM:

“Una operación de 2005 cambió el rumbo del accionar de los soldados médicos. Era una guerra pequeña, que solo vivían ellos. Al conocer que había un uniformado herido grave entre San Vicente y San José del Guaviare, el médico coronel Carlos Arias le pidió a la médica de San José, que estaba más cerca del sitio, que recogiera al paciente y lo trasladara a San Vicente, donde operaba uno de los Gatras. Cuando llegó el helicóptero, Arias recibió tres lesionados, pero se trataba de la tripulación. No habían podido sacar al soldado, porque el helicóptero fue impactado por tiros de fusil AK 47. Entre los heridos estaba la médica, que quedó con déficit de movimiento en una mano tras un disparo que entró por debajo de la aeronave” (Bolaños, 2016)

Este relato del médico entrevistado, es uno de los puntos de partida para que las fuerzas militares, crean el Grupo Avanzado de Trauma (GATRA), el primero de estos se creó en el

Batallón Cazadores en el Municipio de San Vicente del Caguán, al cual llegaban los heridos horas después de terminados los combates; pero mientras tanto, en la zona se capacitaron enfermeros en instituciones como el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), para que estos prestaron los primeros auxilios con gran experticia, según lo evidencia un relato de un miembro de las FFMM:

“El enfermero de combate es como un paramédico, sabe detener hemorragias, sabe de todo, son soldados, no hay nada de médicos. Son soldados muy buenos que por la experiencia de minas que dejan mutilados, ellos saben hacer todo rápido y saben detener hemorragias, tienen sus apósitos y su medicina” Militar Oficial 3

Este Grupo Avanzado de Trauma, depende de una línea de mando en las fuerzas militares y es parte del sistema de salud militar y de policía; El atendía a partir del llamado que se hacía por la Dirección de Operaciones Conjuntas y era coordinando por la Dirección General de Sanidad Militar, pero implementado y accionado por los Comandos de Fuerza a través de las Direcciones de Sanidad y los hospitales de Sanidad Militar en las guarniciones militares.

El desarrollo de la guerra dio origen a transformaciones en el sistema de salud en las FFMM y Policía Nacional, como también a su forma organizativa y administrativa que dieron la configuración de estos grupos médicos, en los que influyo los Estados Unidos, compartiendo la experiencias de la guerra en medio oriente, desde la atención hasta los diversos equipo de protección para disminuir las lesiones de la guerra. La racionalidad que configura esta serie de prácticas emergidas en la guerra, es la supervivencia a las dinámicas que esta impone.

6. VIOLACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD COMO RACIONALIDAD Y PRÁCTICA DE GUERRA

La dinámica del conflicto armado colombiano ha generado de manera sistemática la violación del derecho a la salud, como lo evidencia el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, suscrito por Colombia al pertenecer a la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, desde el 16 de diciembre de 1966. El cual reza en el artículo 12 “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (Organización de Naciones Unidas, 1966). Lo cual, a todas luces, en un país en conflicto armado no es materializable y menos con las desigualdades sociales como las de la sociedad colombiana que ha sido parte de las causas y prolongación del mismo.

En esta vía, se desarrolla esta sección que permite comprender las racionalidades y prácticas en la guerra, que han afectado de manera directa la salud de las comunidades en las zonas donde se desarrolló la confrontación armada entre FFAA y las FARC-EP. Partiendo de una claridad y es que los alzados en armas de las FARC-EP, era un grupo de colombianos que era cobijados por la Declaración Universal de Derechos Humanos, que en su preámbulo reza "Considerando esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de derecho, a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión" (Organización de Naciones Unidas , 1948) en el que este grupo de colombianos ejerció el derecho a la rebelión durante su vida política y militar como grupo armado.

La segunda claridad, aunque parezca obvia en el caso colombiano es importante señalarla, los insurgentes también se consideran seres humanos con derechos. De ahí la importancia de la Observación General 14, del Consejo Económico y Social de la ONU al señalar claramente que “La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente” (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000), lo cual ratifica que los colombianos, no hemos podido disfrutar de plena salud física ni mental por las racionalidades y prácticas de la guerra.

6.1 Racionalidad y operacionalización en el control de medicamentos por parte de las FFMM

En cuanto al control de medicamentos por parte de la FFMM se ubican tres aspectos a comprender, el primero relacionado con las estrategias de control de medicamentos para incautar y bloquear el acceso a medicamentos por parte de las FARC-EP; El segundo, relacionado con las consecuencias del control de medicamentos y por último, a manera de síntesis cómo se configura la racionalidad del control de medicamentos que nos permite comprender las prácticas ejercidas por las FFMM.

6.1.1 Prácticas de la estrategia de control de medicamentos de las FFMM a las FARC-EP

La estrategia del control de medicamentos, ha sido una práctica histórica en las zonas de confrontación armada, en la cual las FFMM a partir de actividades de inteligencia militar ubicaban donde estaban los y las insurgentes para realizar dicho control, que consiste en bloquear por todos los medios y mecanismo posibles que la insurgencia acceda a medicamentos y con esto afectaría su condiciones de vida, paralelamente su salud y la

moral del adversario. Esta práctica se ha mantenido hasta hoy, desde los primeros núcleos de resistencia de las FARC-EP en Marquetalia, como lo señala Manuel Marulanda, en una de las acostumbradas asambleas en la que daba instrucciones políticas y militares a los combatientes y a la cual nunca le perdió nota, Jacobo Arenas: “Al mismo tiempo comienza el control de los mercados, inicialmente para descubrir a la gente nuestra que hace remesas para el movimiento y luego para impedir que la gente se aprovisione en cantidad suficiente, previendo el bloqueo económico. Un poco más tarde viene el control total, que impide del todo la entrada de remesas a la región” (Marulanda M. , Manuel cuenta las experiencias, 2015, pág. 59). En el caso de la Macarena, se ubicaron cuatro tipos de acciones de las estrategias de control.

Puestos de control militar

Una de las acciones más comunes en la estrategia militar es quitar movilidad a las fuerzas insurgentes y para esto las FFMM, han utilizado los retenes o como lo mencionan los militares, puestos de control, que permite monitorear el movimiento del área de control. En el caso de la Macarena, uno Excombatiente H 3 de la insurgencia de las FARC-EP recuerda: “muchas veces no los quitaron de camino. Bien fuera porque tuvieran información concreta o de sospecha. Porque una gran cantidad de medicamentos para dónde va, sino hay hospitales ¡pues para la guerrilla, para dónde más va eso!”. Lo cual es corroborado por el Militar Oficial 4, quien afirma: “nosotros ejercemos control militar de área, con las operaciones que realizamos sobre las vías principales, secundarias y terciarias" con lo cual se obstaculizaba el paso de los medicamentos por estas vías como parte de la estrategia.

Esto también se evidencia, en múltiples capturas de miembros de las FARC-EP o miembros de la red de apoyo de la insurgencia; cuando en retenes de las FFMM son detenidos como lo evidencia registros del Gaula Militar del Meta, adscrito a la Séptima Brigada, quien reporto en nota de prensa “capturaron a dos sujetos en el municipio de Villavicencio cuando tenían en su posesión 1.997 ampollitas de Glucantime, medicamento usado para el tratamiento de Leishmaniasis y que de acuerdo a informaciones de inteligencia militar, sería entregado al Bloque Oriental de las FARC-EP” (Cuarta Division del Ejército Nacional , 2011).

Censos y necesidades de la población en áreas de presencia insurgente

El estudio de las áreas de control y operaciones, es una de las prácticas que ha venido perfeccionado las FFMM, en aspectos como las necesidades de la población, los productos que consumen, sus necesidades y sus características demográficas, que le permite a las FFMM calcular el consumo de la población, particularmente en la veredas donde se desarrolla la confrontación y donde permanece la insurgencia, para discernir el consumo de los civiles y lo que podría ser insumos para la insurgencia. Un Excombatientes H 3 de las FARC-EP, señala: “La inteligencia militar se centra mucho en los movimientos. En lo que se da en la zona, ellos conocen muy bien las necesidades del campesino, a las necesidades nuestras, ellos sí logran diferenciar muy bien eso. Asimismo un Militar Oficial 4, hacía referencia a las necesidades de medicamentos específicos que requería la insurgencia “como la guerrilla también patrulla y mantiene en el monte, son más propensos a la leishmaniasis" y a partir de esas necesidades identificadas, podían predecir la cantidad de medicamentos requerido para la población de una vereda.

Perfil epidemiológico de la población y de la insurgencia

El estudio del perfil epidemiológico de la población y de la insurgencia, fue estudiado por las FFMM con dos propósitos. El primero, identificar cuáles eran sus necesidades en materia de medicamentos para hacer seguimiento a cierto tipo de medicamentos como el glucantime, que es utilizado para el tratamiento de la leishmaniasis como lo relata el Militar Oficial 4 “la guerrilla también patrulla y mantiene en el monte son más propensos a la leishmaniasis” y lo corrobora múltiples incautaciones de este medicamento “La fuente nos informa que hay más de 5.000 ampollitas del medicamento glucantime el cual está restringido y cuyo valor aproximado en el mercado es de aproximadamente 500 a 700 mil pesos” (RCN Radio, 2015)

Otro aspecto, que evidencia el análisis epidemiológico y las actividades de inteligencia realizadas por las FFMM entorno al control de medicamentos, es el caso del comandante del Bloque Oriental, Jorge Briceño, quien según inteligencia militar aquejaba problemas de salud “Jorge Briceño, o El Mono Jojoy, murió tras un bombardeo, pero terminó casi desfigurado por una diabetes crónica que lo consumía desde hace más de diez años” (Argüello, Francisco, 2011), reporte médico que fue utilizado para el bombardeo, porque utilizaba unas botas especiales por la diabetes que padecía y en las cuales venía introducido un chip, que guío las bombas, que termino con la vida de uno de los comandantes más emblemáticos de la FARC-EP, como lo recuerda con los ojos inundados de lágrimas el Excombatientes H 1 , “Debido a eso (diabetes y el chip) fue que nos quitaron al camarada Jorge. Fue una trampa ahí”.

Con este mismo propósito las FFMM, a través de las brigadas de salud en el marco de las acciones cívico militares o como las nombra el Ejército, jornadas de apoyo al desarrollo, se realizan los censos e identificación de las necesidades de la población, como lo relata el Militar Oficial 4 “nosotros con esas jornadas hacemos los censos, hoy en día usted no puede llegar a una región y decir como Ejército, vengo hacer un censo, porque la gente no deja”. Con lo cual, se evidencia otra de las acciones en el marco de la estrategia de control de medicamentos a las FARC-EP en la región de la Macarena.

Control de medicamentos en centro médico y farmacias

El control a partir de las instituciones de salud y de los actores legales que dispensan medicamentos, ha sido una de las prácticas más señaladas en los relatos de los actores indagados, en primera instancia, los miembros de las FFMM describen como realizan esta acción y cuáles son los requisitos que debe cumplir el transporte de medicamentos “debe venir con firma de la empresa, la casa farmacéutica de quien los elaboro y para quien van... se verifica con el puesto de salud y la secretaria de salud, de dónde salieron esos medicamentos, sí es cierto de dónde ellos dicen y mejor dicho hacer una verificación, sí hay irregularidades automáticamente eso se retiene ahí” Militar Oficial 4.

Del mismo modo, los líderes campesinos dan ejemplos de este control en las farmacias de las veredas, por ejemplo, el Líder campesino 3 señala: “en la Cristalina (vereda) hay dos droguerías, pero ellas tienen sus papeles al día, entonces trabajan legalmente” y Líder campesina 2, reafirma esto: “en la Sombra, en la droguería todo era controlado, para mí eso fue terrible” lo cual evidencia, un control por parte de las FFMM a los actores e instituciones que tiene el manejo de los medicamentos en la región. Al igual con medicamentos como el glucantime, al cual se le controla las dosis directamente desde el

centro de salud, como en la Macarena, según lo relata el Militar Oficial 4: "el problema de leishmaniasis cuando hay, es que es un medicamento muy controlado, esos casos directamente se los pasamos al hospital y el hospital es el que controla las dosis".

Otro tipo de control, de manera más directa frente al control de los medicamentos con la población civil, se da en las brigadas de salud realizadas en el marco de las jornadas de apoyo al desarrollo, con los médicos que participan, según señala Militar Oficial 4: "en las jornadas nosotros como tal, no manejamos directamente los medicamentos y si existe un control, el médico que va a apoyar esa jornada, que es un médico graduado, certificado y autorizado por el Ministerio de Salud, para ejercer, es él que firma y avala, que esa persona está enferma, si necesita ese medicamento; nosotros además de eso llevamos una planilla para la verificación de quienes asistieron a esa jornada"

6.1.2 Repercusiones y efectos del control de medicamentos

En cuanto a las repercusiones del control de medicamentos sobre la FARC-EP y las comunidades de las veredas donde se daba la confrontación, se ubican efectos de diferente orden: El primero que señalan los Excombatientes M 2, es relacionado con la pérdida de la vida del miembro de la insurgencia que era retenido "el que cogieran con droga segurito hasta lo desaparecían". El segundo, está relacionado con las capturas a miembros de las FARC-EP o la red de apoyo, que anteriormente se señalaron.

El tercer aspecto, es la contaminación o alteración de medicamentos por parte de las FFMM, señalado por un Excombatiente M 7: "Yo tuve la oportunidad de estar en unidades del camarada Jorge y él tenía gente que le avisaba. Mire tal medicamento va envenenado. Esos medicamentos lamentablemente tocaba desecharlos, por peligro o porque nos creara otro tipo de enfermedades. Muchos medicamentos que el camarada Jorge necesitaba por la Diabetes, la mayoría de esos medicamentos era difícil que él se los pudiera tomar, porque ya venían contaminados con manos del Ejército".

El cuarto aspecto, está ligado al manejo de las incautaciones de los medicamentos por parte de las FFMM, uno de los Militar Oficial 3 entrevistados, narra cómo es el manejo: "una cosa es lo que es legal y otra cosa, es lo que estamos trabajando, los soldados no reportan eso, cogen esa medicina para ellos mismos y para ayudarles a las demás personas porque hay zonas endémicas muy fuertes". Lo cual evidencia que hay un incumplimiento con el debido proceso con los medicamentos incautados por las FFMM. Por último, en la población civil repercutió en aspectos como el tipo de medicamentos utilizados para la planificación, una Líder campesina 2, rememora que en los retenes militares se les estigmatizaba, "por ejemplo pasaba uno, una inyección, decían que era para la guerrilla. Por ejemplo la planificación optábamos por ponernos un dispositivo" todo esto para no tener problemas con la FFMM.

6.1.3 Racionalidad y objetivo del control de medicamentos

Las diferentes prácticas realizadas en el control de medicamentos por parte de las FFMM, tenía en esencia una racionalidad de guerra, que pretendía no permitir la consecución de los medicamentos requeridos, en este caso de las FARC-EP; para afectar la salud de los combatientes al no poder acceder a medicamentos para los tratamientos. Lo cual terminaría debilitando los cuerpos y la moral de los insurgentes, para finalmente obligarlos a declinar su proyecto subversivo o en su defecto acabar con la vida de los guerrilleros, cómo lo corrobora uno de los relatos de un Excombatiente H 6, quien recuerda un suceso que

sucedió en uno de los frentes “en una época, un 30 % de combatientes de una unidad tenían leishmaniasis y los medicamentos no los dejaban pasar. Como esto hace parte de los medicamentos que no se pueden vender así comercialmente, ¿cierto? Las FFMM sabían el problema que estábamos pasando nosotros, entonces ese tipo de medicamentos lo controlaban”.

Otro aspecto que permite fraguar esa racionalidad de guerra, son los censos realizados a la población, estudios demográficos y epidemiológicos; los cuales hacen parte de las acciones de inteligencia militar, que están encaminadas a recolectar información con el objeto de lograr el conocimiento exacto del enemigo y de la situación política del área (Fuerzas Militares de Colombia Ejército Nacional, 2002), para que esto permitían discernir las necesidades de la insurgencia y las de la población civil, para poder hacer seguimiento a cierto tipo de medicamentos que permitiría hacer seguimientos con el objetivo de capturar o matar al insurgente y/o civiles, que según criterio de las FFMM fuera parte de la red de apoyo de la insurgencia, como lo evidencian los relatos, como el del Excombatientes H 1: “Salía una persona o alguien necesitaba un medicamento y lo que sé buscaba con ello era ir consiguiendo los contactos para irse detrás de esas personas (guerrillero) para llegar a un objetivo. La guerra era el objetivo y pues era el camarada Jorge, después cortico a el camarada Alfonso”.

Todas estas acciones, son guiadas por los manuales del Ejército Colombiano, en los que adoctrinan a los miembros de las FFMM, para alcanzar los objetivos de la acción integral como herramienta esencial en la lucha contra las organizaciones narcoterrorista, que es definida como “la guerra integral donde convergen y estructuran las estrategias nacionales en orden a minar la voluntad de lucha del enemigo mediante el máximo empleo de la propaganda y otras acciones de orden político, socioeconómico, religioso, cultural y militar” (Fuerzas Militares de Colombia Ejército Nacional, 2002, pág. 90) agregando que esta debe ser conducida por el gobierno nacional y todas las instituciones, lo cual ratifica claramente la racionalidad del control, sin dar mucha importancia al impacto que esto conlleva a la población, a la que se les violó el derecho a la privacidad de manera sistemática.

6.2 Respuesta de las FARC-EP al control de medicamentos

Frente a las diversas prácticas realizadas por las FFMM, para bloquear el acceso a medicamentos a las FARC-EP, anteriormente expuestas. Esta insurgencia dio múltiples y variadas respuesta para poder acceder a estos y continuar su proyecto político militar. Otra respuesta, que también ha sido legado de la tradición campesina de las FARC-EP fue el conocimiento de medicina natural o botánica. Como también tuvo un aliado para esta tarea, que era la dificultad de control del territorio por su magnitud y topografía.

6.2.1 Prácticas de respuesta a la estrategia de control

El camuflar los medicamentos fue una práctica utilizada, como lo evidencia la narración de un Excombatientes M 2 “para entrar medicinas tocaba en tarros de manteca, en pan o en cualquier cosa”. Otra respuesta, especialmente a los retenes militares de las vías secundarias y terciarias, fue transportar los medicamentos en animales de carga y por los mismos guerrilleros o guerrilleras directamente, como lo relata una de ellas Excombatientes M 2: “Con el camarada Jorge, nos tocó llevar la comida con mula, porque allá controlaban mucho eso, mucha cosa diferente entraba ahí a diferencia de otras unidades. Tocaba desde

muy lejos ir a transportar, el personal iba desde donde la dejaban las bestias y de ahí al hombro a los campamentos”. De la misma manera, lo ratifica un Militar Oficial 3 entrevistado, quien afirma que los medicamentos también vienen del vecino país “toda esa vaina vienen de Venezuela y todo eso viene por el río. Allá en Arauca está el mini bloque oriental, allá por los llanos, sabanas y no entra el Ejército, ni siquiera hay guerrilla, pero si hay transporte en caballo que entra armamentos y medicamentos”

En cuanto a la contaminación de los medicamentos, también las FARC-EP contaban con redes de apoyo civil, que vigilaba la integridad de los medicamentos, dando aviso cuando eran manipulados por las FFMM. Esto lo reafirma el testimonio una Excombatiente M 7 quien recuerda que “constantemente para entrar a estas zonas (Macarena) que son aledañas, eran constantes retenes del Ejército. Yo tuve la oportunidad de estar en unidades del camarada Jorge y él tenía gente que le avisaba. ¡Mire tal medicamento va envenenado!” con lo cual contrarrestaban la estrategia del Ejército.

En consonancia a lo anterior, un excombatiente plantea otro aspecto determinante, para dar respuesta al control de medicamentos, por un lado hacer inteligencia frente a los controles de las FFMM en la zona y la labor de conseguir contactos clandestinos que ayudaban a conseguir los medicamentos. Como lo describe el Excombatientes H 3: “nosotros en eso hemos sido muy hábiles y primero se hace inteligencia más o menos que zona no hay presencia del enemigo y por donde podemos meter un cargamento como de medicina y también que logramos crear confianza en mucha gente que nos colaboró mucho, contactos muy clandestinos, que nos ayudaban a conseguir los medicamentos y traérmolos”, con lo cual conseguían burlar los cercos militares.

6.2.2 Dificultades para el control de las FFMM

Un gran aliado histórico para la insurgencia, ha sido la topografía del territorio colombiano y éste ayudado por el abandono estatal de las zonas rurales. Pero sin lugar a dudas, la Macarena era un lugar de enorme dificultad para el control territorial, por los múltiples accesos, como lo describió el Militar Oficial 3: “La selva es muy grande y la entrada a la Macarena se puede hacer por San Juan de Losada, por el Guaviare o por la Serranía del Chiriviquete” y agrega que “sí no más la zona de distensión era 42.000 mil km, ahora controlar 72.000 u 80.000km era muy difícil”. Lo que situaba en ventaja a la insurgencia al ser un Ejército irregular, que tenía como estrategia la guerra de guerrillas móviles.

6.3 Racionalidades del control del tránsito de alimentos

El control de alimentos al igual que el de medicamentos, ha sido una práctica utilizada por las FFMM desde los inicios de la confrontación para combatir a las FARC-EP. Para comprender la racionalidad del control e identificar sus prácticas, se abordan tres aspectos: el primero, hace relación a las prácticas de la estrategia del control; el segundo, aborda las consecuencias y efectos que producía el control y por último se aborda la racionalidad y objetivo del bloqueo a los alimentos a las FARC-EP.

6.3.1 Prácticas de la estrategia de control de alimentos de las FFMM a las FARC-EP

Las prácticas de control de alimentos son similares a la de los medicamentos, en el caso de los censos e identificación de necesidades de la población en áreas de presencia insurgente, los militares calculaban la cantidad de alimento que debía entrar de acuerdo al número de personas que censaban a partir de las brigadas de salud; como se mencionó anteriormente, de esta manera describe un Militar Oficial 3 el procedimiento realizado: “uno sabe que en

su sector hay 5 veredas y en sus veredas hay máximo dos mil personas, entonces uno sabe cuanta alimentación le tiene que entrar a esas dos mil personas”, esto lo corrobora un Excombatiente H 6 planteando que “muchas áreas se regían por un censo, censaban las áreas, cuanto personal hay, cuántas familias, cuántos integrantes y así mismo dejaban entrar los alimentos” y también hacían un estudio de mercado para diferenciar el tipo de alimentación que era común en la población y en la insurgencia.

La otra práctica similar, es la de los puestos de control militar, en la que los militares solicitaban facturas, verificaban los productos que ingresaban a la zona y comparaban la factura de la última vez que fueron a mercar, para identificar los cambios en el consumo e identificar si el excedente era para las FARC-EP, señalaba el Excombatiente H 6: “el señor de una casita no podía entrar más de 20 libras de arroz, por ejemplo, porque si entraban 25 las otras 5 eran para la guerrilla”.

6.3.2 Consecuencias y efectos del control de alimentos

Frente a las consecuencias, también son similares a la de los medicamentos, como lo fue la captura o muerte de insurgentes o de civiles, que ayudaban a la insurgencia en estas labores, como lo recuerda un Excombatiente H 6: “hubieron áreas donde el mismo Ejército en retenes con paramilitares asesinaban en el retén campesinos por esa situación, porque entraban de pronto algún artículo más que lo que entro hace 8 días” aspecto en el cual anteriormente profundizamos, recordando algunas capturas.

Sin embargo, se identifican otras acciones realizadas por las FFMM, que era el no decomisar los alimentos y dejarlos circular, identificando la ubicación de los insurgentes, para luego atacar de sorpresa, en palabras de un Excombatientes H 3 “muchas veces no decomisaban, sí no dejaban circular y tras de eso venia la inteligencia para llegar a los campamentos”. En esta misma lógica de ubicar los campamentos, eran introducidos chips de localización satelital GPS en la comida, como otra práctica de la estrategia de control de alimentos bajo la racionalidad de la guerra integral, como lo reseñaba el mismo excombatiente “el tema de los microchips no fue solamente con la gente que salía, en las libras de arroz, en la libra de frijol, en todo”.

El control también generaba evidentemente molestias y la estigmatización para los campesinos de la región, un Líder campesino 1, recuerda: “traer una remesa aquí de 50 mil pesos teníamos que ir a San Vicente comprarla y luego pasar 7 u 8 retenes para llegar acá a Playa Rica, nosotros comprábamos la remesa y teníamos que ir al batallón que nos firmarían para poderlas pasar. Uno no podía traer harta sal, azúcar porque era estigmatizado, se decía que eso iba para la guerrilla”, lo cual es ratificado por otra líder campesina 2, quien con molestia recuerda: “en San Vicente en el retén uno no podía pasar más de una arroba de arroz, porque de una decían eso va es para allá”. Lo cual evidencia las diversas afectaciones a la salud desde la consecución de los alimentos, hasta los niveles de stress que debe generar el ser requisado y manoseado el mercado de los pobladores por estar en zona de conflicto.

6.3.3 Racionalidad y objetivo del bloqueo a los alimentos a las FARC-EP

Al igual que la racionalidad del bloqueo a medicamentos, el de los alimentos en esencia pudo ir más allá del afectar la vida y la moral de los miembros de la FARC-EP, cumpliendo con lo estipulado en las acciones psicológicas de la FFMM, que tienen como propósito “desbaratar la resistencia mental, material y moral de las organizaciones narcoterroristas”

(Fuerzas Militares de Colombia Ejército Nacional, 2002, pág. 95). Pero estas prácticas van articuladas a la racionalidad de guerra integral, que combina también la acción de masas e inteligencia militar, que pretende alejar a la población civil para quitarle las bases de apoyo logístico e ideológico a los insurgentes en las zonas de presencia; para luego ganar la confianza de los civiles, sobre el entendido que “solo cuando el pueblo y las Fuerzas Armadas estén íntimamente correlacionadas es que puede haber una esperanza de victoria” (Fuerzas Militares de Colombia Ejército Nacional, 2002, pág. 114)

Un ejemplo de la racionalidad de guerra integral, utilizando la estrategia de bloqueo de medicamentos, las relata un Excombatiente H 6 rememorando un caso del frente al que pertenecía en la región, “hubo una situación tremenda de 3 años donde la alimentación era solo maíz, era solo cuchuco, peto, mazamorra. Se variaba en la forma de prepararlo, pero el alimento era el mismo. Fue situaciones que el enemigo nos puso a prueba para que nosotros aflojáramos y nos viéramos en esas circunstancias para que nos rindiéramos y eso sucedió en muchas partes de Colombia” lo cual permite reconstruir las prácticas utilizadas por las FFMM para doblegar a las FARC-EP.

6.4 Mecanismos de respuesta al control de alimentos

En cuanto a los mecanismos de respuesta al control de alimentos se identifican distintas prácticas señaladas por los actores indagados y a su vez configura una estrategia por parte de las FARC-EP, para contrarrestar las prácticas del bloqueo de alimentos, estas son:

6.4.1 Compra de alimentos en la zona de presencia

Una práctica que señalan los insurgentes y se corroboran con lo planteado anteriormente, es la compra de alimentos en los almacenes de las veredas, caseríos y en las zonas aledañas donde llegaban alimentos, en palabras de un Excombatientes M 2 “a veces en los caseríos se merca, pero igual por uno o por otro lado se buscaba el abastecimiento”.

6.4.2 Cooptación o cooperación de los civiles

En esta práctica hay diversas posturas, por un lado los militares acusan a la insurgencia de manipular a la población civil o de obligarlos a partir de amenazas, según lo que expresa Militar Oficial 4 “la guerrilla le tiene el cerebro lavado a esa gente” y agrega en otro aparte “de cierta manera tiene cooptados y los tienen maniatados a la población, ¡sí yo lo veo hablando con el Ejercito lo mato, me llevo a su hija a su hijo ustedes deciden les ayudan a ellos o están con nosotros! y los entran a amedrantar de cierta manera”. En contra posición, un Excombatiente H 6 conmemora: “en muchas situaciones dependiendo del área de la situación, del contexto del área se las arreglaban para eso, yo viví una época donde a mí me tocaba ir casa por casa y encargar ¡bueno tráigame dos libritas de arroz y una panela!, en otra casita lo mismo. Por la noche pasar o meterlo en mulas, viajes larguísimos o al hombro”. En éste aparte, también se hace referencia a las formas de transporte utilizadas para poder ingresar las remesas para las tropas insurgentes.

Sí bien estas dos posturas se contraponen, la versión de los campesinos pone de manifiesto dos formas diferentes de evitar los controles militares, para la consecución de los alimentos por parte de las FARC-EP, como lo relata un Líder campesino 1 “se dice que hasta los mismos militares terminaron vendiendo remesa a la misma guerrilla. Entonces nosotros no sabemos ahí como era el asunto” y menciona otros aspectos que contribuían a neutralizar el bloque de alimentos, como eran el quitar los retenes de las FFMM que permitían el paso sin requisas, como lo señala una líder campesina 2: “Afortunadamente un Alcalde que estaba

antes, quito el retén que estaba ahí en la pura entrada”. Que sin lugar a dudas, contribuía a quitar obstáculos para la ingreso de alimentos a las veredas.

6.4.3 Racionalidad de las FARC-EP en la respuesta al control

El primer aspecto a reconocer en la respuesta, es el reconocimiento y el llamado a estudiar los bloqueos y controles en cada frente, a partir de la realidad concreta; lo cual se evidencia en textos de las conferencias guerrilleras, que da cuenta en un balance realizado por Manuel Marulanda, jefe máximo e histórico de las FARC-EP: “En nuestro caso podemos ver bloqueos que hace el enemigo contra áreas o regiones, con determinados fines. Creo que eso lo han experimentado los camaradas de todos los Frentes en cuyas áreas muchas veces el enemigo efectúa bloqueos que se expresan en diversas cosas, no solamente en parque, comida, vestido, calzado, etc. sino que se puede dar un bloqueo general” (Marulanda V. , 1993, pág. 1), quien muy ligado al marxismo y la historia de la misma insurgencia, no da recetas para realizar cierto tipo de prácticas, sino estimula el estudio de estas para darles respuestas configurando una racionalidad dialéctica propia de la ideología de las FARC-EP, a manera de ilustración podríamos señalar como tesis, las racionalidad y práctica del bloqueo por parte de las FFMM; la antítesis, la racionalidad y práctica de las respuestas de la insurgencia a esté y la síntesis, ha sido las consecuencias y efectos en el desarrollo de la confrontación armada, durante la historia del conflicto que intentamos cerrar en este periodo histórico como sociedad colombiana.

6.5 Racionalidades y prácticas del uso de misiles guiados por chips

El primer aspecto a señalar es que esta es una categoría emergente, configurada a través de las primeras entrevistas con los excombatientes, quienes señalan esta práctica militar en relación con la salud pública y que luego es indagada a los diferentes actores. A continuación, se plantean tres subcategorías en relación al uso de los misiles. En primera instancia, sobre las prácticas para el uso de estos dispositivos por parte de las FFMM y en segunda, la respuesta dada por las FARC-EP a este tipo de acciones militares y por último la configuración de la racionalidad.

6.5.1 Prácticas para el uso de misiles guiados por chips

En esta práctica realizada por las FFMM, se identifican dos tipos de estrategias para que llegaran los chips a los campamentos, lo cuales luego eran localizados por medio de GPS para guiar los misiles y de esta manera atacar militarmente a las FARC-EP. La primera estrategia, era la introducción de estos en todos los enseres requeridos por la insurgencia y el segundo aspecto la introducción de microchips, en los cuerpos de los heridos en combate de la insurgencia.

Introducción de chips en enseres

Esta práctica es señalada por varios de los excombatientes entrevistados en dos zonas Veredales, en las que se encuentran los enfermeros y médicas del Bloque Oriental-Jorge Briceño, quienes relatan las diferentes maneras como las FFMM camuflaban los enseres, en los que venían los chips. Una enfermera Excombatientes M 2 cuenta: “hasta en el jabón metían los chips, plantas de gasolina, en todo eso”; otro Excombatientes H 3 señala que “en las libra de arroz, en la libra de frijol en todo” y otra Excombatientes M 7, reafirma lo señalado: “bueno antes de nosotros llegar a saber el tema de los chips, no solamente en medicamentos, era en todo, en la ropa, zapatos, en todo, jabón entre todo lo que usted encargará para nosotros vivir, llegaban los chips”.

Los anteriores relatos son corroborados por los militares indagados, que en primera medida reconocen esta práctica como una de las más efectivas en la guerra contra las FARC-EP. El Militar Oficial 3, señala que sí bien no hay una información clara a nivel público “sí están los documentos, compra de tantos chips, son como una tarjeta de Transmilenio; sino que para poder que aguante la batería toca una vaina así, o sino la batería solo el aguanta unos días y muere, mientras lo llevan. Entonces toca meter en un cajón o en la suela de una bota”. Esto permite ratificar el uso de esta estrategia en la confrontación entre las FARC-EP y las FFMM, asimismo permite describir las diversas prácticas usadas para afectar al adversario.

Uno de los casos más mencionados en la prensa, fue el chip o localizador GPS en las botas especiales que usaba el comandante Jorge Briseño, por los problemas que le causaba a sus pies la diabetes que padecía. Esto fue sabido por la inteligencia militar y lo aprovecharon para organizar la operación Sodoma, para dar muerte al objetivo de alto valor como lo mencionan los militares. Según lo conocido en medios de comunicación, cayeron al menos 30 bombas inteligentes de más de 500 libras cada una (Vengoechea, 2012).

Introducción de microchips en los cuerpos de los heridos

En esta práctica realizada por las FFMM existen relatos antagónicos, por un lado los excombatientes quienes acusan a las fuerzas estatales de introducir los chips en los cuerpos de los heridos de las FARC-EP, cuando estos tenían que salir por la complejidad de las lesiones de la guerra, como lo recuerda un Excombatientes H 3: “nosotros sacábamos personal afuera y en la intervenciones resulta que las fuerzas militares, los servicios de inteligencia detectaban que había personal con necesidades en temas de salud y no los capturaban. Pero si les llegaban a las clínicas o en los hospitales, a través de un médico le pagaba y le metían un microchip al cuerpo. En la incisión de la cirugía, lo introducían y lo dejaban, hubo varios casos de esos. La persona regresaba al campamento, sin sospecha que llevaba algo en el cuerpo y se venía el bombardeo”.

En una entrevista realizada por Alfredo Molano una excombatiente, también referencia este tipo de prácticas realizadas por médicos con el auspicio de las FFMM. “El Ejército empezó a intervenir nuestras redes de apoyo. Infiltraron gente en hospitales y esos médicos aprovechaban estas situaciones para poner microchips en sus cuerpos cuando los operaban. Nos dimos cuenta de que cuando regresaban a los campamentos eran localizados y bombardeados. En los cuerpos de quienes habían salido a tratamiento encontramos los aparatos” (Molano, 2016) . Este es uno de los aspectos más escalofriantes, en el que según estas declaraciones de los insurgentes y sus relatos que se vienen recogiendo en procesos investigativos, nos deja reconocer la ignominia de la guerra, donde los profesionales de la salud nos vemos inmiscuidos en estas circunstancias más degradantes de esta guerra inveterada, que hoy como sociedad le podemos dar fin.

Otra enferma Excombatientes M 7, entrevistada en la zona veredal de la Macarena, cuenta lo sucedido con un insurgente herido, que tuvo que salir porque el caso superaba los conocimientos que tenían. “Nosotros no pudimos dejarlo acá y toco plantearle al camarada Jorge y se llevó afuera. Al muchacho le hicieron la cirugía y volvió, pero dentro de esa cirugía metieron un microchip, en el cuerpo del muchacho. Cualquier campamento donde el muchacho llegaba, bombardeaban, él tenía localizador, a nosotros no nos cabía en la cabeza que un personal certificado en medicina se prestara para hacer ese tipo de cosas.

Lamentablemente el muchacho se murió en un bombardeo”. Sin embargo al indagar a los miembros de las FFMM niegan este tipo de práctica, un Militar Oficial 3 afirma al preguntarle: “a los cuerpos no, a las botas. Las bombas inteligentes se guían por esos chips, por eso es que les botaban una bomba y les caían donde estaba durmiendo”. Estas prácticas, seguramente se aclararán en uno años en el proceso de reconciliación en el que posiblemente avance el país, no para acrecentar lo odios, sino para conocer la verdad, para que esto no se vuelva a repetir.

6.5.2 Prácticas incorporadas por las FARC-EP para dar respuesta al uso de misiles

Las prácticas implementadas por las FARC-EP, para dar respuesta a las prácticas implementadas por las FFMM para atacar por medio de los misiles fueron de tres tipos, cambiar los sitios de los asentamientos, el segundo relacionado con la inspección de los enseres y aparatos electrónicos que ingresaban a los campamentos, y la revisión de los combatientes que por fuerza mayor tenían que salir a realizarse cirugías.

Cambio de asentamiento de campamentos

El cambio de los asentamiento de los campamentos fue una de las estrategias que utilizo las FARC-EP, como lo señalaba un relato de un Militar Oficial 3 “la guerrilla se acostumbró a dormir en las pendientes, con eso las bombas chocaban y seguían derecho, ellos se iba adaptando mucho”. Esto también lo ratifica una enfermera Excombatientes M 7, quien recuerda con nostalgia, que después de “llegados de un bombardeo, nos metió en un hueco. Nosotros decíamos, ¿por qué el Mono nos metió en ese hueco? Era una loma por acá, otra por acá y un mero plancito”. Lo cual indica como las medidas tomadas podría ser simples y sencillas, pero recursivas ante el poderío militar de las FFMM.

Cuarentena e inspección de enseres

La revisión de los enseres que llegaban a los campamentos y de la cuarentena de los mismos, fue una medida tomada por Estado Mayor Central de las FARC-EP, según lo menciona una excombatiente: “cualquier medicamento, producto y ropa, tocaba dejarlos en una zona alejada de los campamentos y allá iba el personal nuestro especializado con detectores, toco también actualizarnos en ese tema y se revisaba con los aparatos, se dejaba en cuarentena alimentos y medicamentos para luego de un tiempo traerlos”.

Del mismo modo otro Excombatientes H 3 comenta, “ahora último para recibir lo que nos traían pues tocaba agarra bolsa por bolsa, regarla y mirar que no hubiera ningún aparato ahí. Lo mismo la consecución de los aparatos electrónicos”. Un Militar Oficial 3, reseña que según inteligencia militar existía otro tipo de prácticas para tomar medidas de seguridad al interior de la FARC-EP “por ejemplo para acercarse Mono Jojoy, el que se le acercara tenía que pasar y quitar toda la ropa y todo meterlo en un balde con sal, para dañar el supuesto CHIP”.

Revisión de los cuerpos cuando eran atendidos afuera

Prácticas como estas fueran implementadas en la insurgencia, debido a la degradación de la de la guerra, que llego al punto de pagar médicos para introducir estos chips en los cuerpos. Un Excombatientes H 3, recuerda un caso en el que tuvo relación directa, “yo tuve contacto con un muchacho, lo operaron en el campamento y le buscaron y llevaba el microchip, el aparatico, el localizador. Esa gente implemento una estrategia de aniquilamiento por todos los medios, mano”. Este tipo de prácticas es necesario reconocerlas para ser conscientes del

momento histórico que está viviendo Colombia para no volver atrás, no nos podemos permitir como sociedad otro fracaso en la superación del conflicto social y armado, por eso la importancia del cumplimiento de lo acordado entre FARC-EP y el Gobierno Nacional.

6.5.3 Racionalidad del uso misiles guiados por chips

Este tipo de prácticas militares, están ancladas a una racionalidad guerrista que no puede limitarse al análisis de las FFMM. Como sociedad tenemos una responsabilidad colectiva, en lo que denomina gubernamentalidad bélica (Muñoz D. , 2014) , como ese conjunto de dispositivos ideológicos que incentivaron la guerra y que los medios de comunicación fueron determinantes en la legitimación y validación de estas prácticas, como necesarias para enfrentar un enemigo construido por todos estos dispositivos de poder, como el más temible que pudiera enfrentar una sociedad y el cual tenía que ser aniquilado sin importar las prácticas y acciones que se usarán.

Una muestra de ello, es la reelección de una propuesta política e ideológica basada en el odio, la venganza y la promesa del aniquilamiento de las FARC-EP, como lo reconoce un excombatientes H 3, quien señala: “Esa gente implemento una estrategia de aniquilamiento por todos los medios” y otro agrega: “lo de los chips fue una estrategia del Estado para golpearnos” excombatientes H 1, racionalidad que renuncia a cualquier tipo de dialogo, para imponer lo que denominan la guerra total.

6.6 Racionalidades y prácticas en el uso de armas biológicas

Las armas químicas y biológicas, han sido reseñadas en la literatura de las FARC-EP, que fue compartida por esta organización insurgente, en medio de las entrevistas del proceso investigativo. En los cuales dejaron señalamientos frente a prácticas militares de este tipo, desde los primeros años de resistencia armada, en una de las acostumbradas tertulias de Manuel Marulanda, a los guerrilleros mencionaba sobre las bacterias arrojadas por el ejército, "Como nosotros no tenemos aviones ni armas antiaéreas, no tenemos por qué preocuparnos de la aviación. Dejarla...que filme, que tome las fotografías lo que se les antoje, que lance propaganda, bacterias; que gaste presupuesto, que cuanto más gaste, más ligero se va al suelo la oligarquía gobernante" (Arenas, 2015, pág. 42).

También Jacobo Arenas, relataba los efectos que tenían las bacterias sobre los cuerpos de los insurgentes: Debía inyectar a los compañeros de la guerrilla que esperaba el avance enemigo, siete compañeros más han caído bajo la acción de las bacterias. Tienen viruela negra. Aquí la viruela salió en los pies, especialmente en los talones. Por eso la bautizamos con el nombre espuela de gallo. La gente se pone coja, el dolor es terrible. Casi no se puede andar. Sin duda los mandos militares calculando los efectos de las bacterias, prepararon y llevaron a efecto el asalto (Arenas, 2015, pág. 36). Este tipo de prácticas, según los relatos de las FARC-EP se mantienen, como también los militares señalan a esta insurgencia de utilizar este tipo de acciones, como se describe a continuación.

6.6.1 Prácticas y usos de armas biológicas por parte las FFMM

En cuanto al uso de las armas biológicas, algunos de los Excombatientes H 1 mencionaron que en “las bombas vienen gases y virus que afectan la salud de uno” y otra Excombatientes M 7, entre risa y llanto, recordando una de las últimas veces que compartió con Jorge Briceño dice: “le voy a contar una historia, yo no sé, sí eso lo hizo el Ejército, pero estábamos con el camarada Jorge en el área de la Serranía de la Macarena y cerca hubo bombardeos en ese campamento, se alboroto una ratonera, que era impresionante, casi

a todos los guerrilleros nos dañaron la ropa, los equipos”. No obstante los militares niegan cualquier tipo de acciones con armas biológicas como lo expreso el Militar Oficial 3 “Hay una política por la que esta prohibió por una vaina de la Haya, hay una vaina donde dicen que clase de armas no se puede utilizar”.

6.6.2 Prácticas y uso de material biológico por parte de las FARC-EP

Frente al uso de material biológico como la materia fecal, por parte de las FARC-EP existen diferentes señalamientos al respecto en medios de comunicación, como lo fue la incautación de minas antipersona, en las que según el reporte del Ejército las minas contenían 500 gramos de explosivos y en su interior tenían metralla: clavos, puntillas, ganzúas contaminados con materia fecal de humano, lo que conllevaría a padecer una infección a las personas afectadas (El Tiempo, 2015). En una de las entrevistas un militar explica, como miembros de las FARC-EP, fueron entrenados por miembros del grupo Irlandés IRA, según el Militar Oficial 3, quien describe como estaba diseñado un armamento artesanal que contenía materia fecal , enunciando que “a partir del 98 empezaron armar unas cosas que se llaman las ramplas, que son unos cilindros de 100 libras, los cortan y los dejan vacíos y luego cogen un cilindro de 20 libras, les hace un rotico y le echan de todo puntillas herradura, excremento y toda esa vaina la echan en el cilindro de 100 libras en una vaina que se llama anfo, que es pólvora con urea y la unión de eso forma un súper explosivo”. Este tipo de prácticas aumentaría a partir del escalamiento del conflicto, después de la ruptura de los diálogos del Caguán, con la llegada de la seguridad democrática y las respuestas por parte de las FARC-EP, con prácticas como las anteriormente mencionadas.

7. TRANSFORMACIÓN DE LAS RACIONALIDADES DE LA SALUD PÚBLICA EN LAS ZONAS RURALES EN EL POS-ACUERDO

7.1 Perspectiva de las Transformaciones de la ruralidad y la salud

Al indagar a los diferentes actores por las perspectivas de transformación de la salud rural, se puede evidenciar un cierto escepticismo por parte de los actores y por otro lado emerge la racionalidad de guerra, que todavía permanece en las FFMM, a continuación algunos fragmentos de las entrevistas realizadas a los diferentes actores:

“Ahorita las FARC nos está atacando por parte de la población y dentro de muy pronto por la parte política” Militar Oficial 4

“Lo que nosotros buscamos es que haya algo gratuito. Porque esa gente que no tiene nada es la que siempre la dejan por allá botadita, hasta que no se mueren no dicen nada y después, ¡ah se nos murió fulano por no atenderlo! Por eso es lo que nosotros buscamos, la salud gratuita” Excombatientes M 2

“Hay que hacer alguna cosa para que se implemente lo pactado. Hay que estudiarlo, leerlo e implementarlos. Como dicen ellos, eso no es para ellos, sí no para la gente, nos toca a nosotros exigir que el gobierno cumpla eso. Si con la ZVTN no nos dejan un hospital o alguna cosa, entonces cuándo. Que antes era que por el conflicto, que por la guerrilla, ahora ya no tienen disculpa” Líder campesina 2

"No tengo nada en ejecución y lo que me decía mi jefe. No, no diga eso porque hicimos esta reunión, hicimos esta otra reunión etc. Pues sí, pero a nosotros no nos van juzgar por la cantidad de reuniones ni por la cantidad de diagnósticos que tengo en mi computador, me van juzgar por la cantidad de kilómetros que hemos arreglado, por la cantidad de proyectos productivos que estamos ejecutando, por la cantidad de tejas o manguera que hemos entregado” Trabajador del Estado 2

"Lo único que uno espera es que los recursos estén, que el territorio necesita muchísima inversión, cuándo has visto grandes inversiones en el campo en la historia de Colombia, qué vamos hacer ahora de la noche a la mañana” Trabajadora del Estado 1

El primer aspecto a señalar, es que la postura de la excombatiente de las FARC-EP, coinciden con las líder campesina, al plantear la necesidad de atención en salud y la ausencia de infraestructura para garantizar este derecho, lo cual está estipulado en el acuerdo de la Habana en el punto 1, de ahí que la líder campesina señala la importancia de la implementación del acuerdo. Por otro lado, la excombatiente enfatiza que la salud no debería estar condicionada a la capacidad de pago y debería atender a la población cuando lo requiera.

El segundo aspecto, que deja preocupación en la construcción de paz, es lo planteado por el militar que evidencia la racionalidad de guerra y la visión de enemigo que tiene sobre los ahora civiles que pertenecieron a las FARC-EP. Aunque en el nuevo Manual Fundamental del Ejército, señala su compromiso decidido por la construcción de la paz, como se evidencia en el manual militar: “Nuestro deber continuo, cuenta cómo la razón de ser del Ejército es contribuir decididamente a consolidar la paz, preservando la doctrina, el entrenamiento y las competencias distintivas desarrolladas durante décadas de conflicto

armado interno” (Fuerzas Militares de Colombia-Ejercito Nacional, 2016, pág. 11). En esta vía, se evidencia una labor fundamental en la construcción de la paz y es realizar acciones de pedagogía de paz al interior de las Fuerzas Armadas, que permita ir desmontando la racionalidad de guerra contra este nuevo actor político que es hoy las FARC como partido político.

El tercer aspecto, la incapacidad del Estado en el proceso de implementación de lo pactado, es tan así, que las FARC-EP llegaron a las zonas Veredales de transición y normalización y algunas ni siquiera se comenzaban a construir, lo cual ha generado y estimulado la poca credibilidad sobre lo pactado. Los relatos de los trabajadores estatales, exponen la necesidad de la inversión en las zonas rurales, pero también se muestran escépticos en que el Estado central garantice recursos para el proceso de implementación de lo pactado en la Habana, como lo señala la líder campesina: no es para las FARC, sino para la población rural.

7.2 Potencialidades y propuestas de las FARC-EP en la transformación de la salud rural

El desarrollo del sistema de salud de las FARC-EP, trajo consigo desarrollo de conocimientos en lo organizativo, logístico, técnico, científico y epistemológico, que pueden contribuir a mejorar la salud de las poblaciones en las zonas rurales particularmente, en la medida que era su territorio y la gran mayoría de sus miembros pertenecen a las zonas rurales, conociendo de primera mano las problemáticas que aquejan estas poblaciones. Al indagar a los excombatientes cómo y de qué manera podría contribuir las FARC a la construcción de salud en las zonas rurales, respondieron lo siguiente:

“Las FARC tienen muchas cosas que enseñar y en el instante no podemos desempeñar ese papel y no están los medios. De acuerdo a la capacitación al estudio que vamos a tener. Lo primero es garantizar al pueblo sus necesidades básicas, de ahí partiendo que todo mundo tengan acceso a la salud que sea gratuita, que no haya discriminación” Excombatientes H 1

“Nosotros podemos contribuir en mucho, podemos en poder contribuir en llevar esa salud, esa necesidad tan urgente que tiene la población, como es el derecho a la salud. Un ejemplo, la Ye, vereda Playa Rica, allí hay un puesto de salud abandonado, hace poco los médicos de acá fueron a organizar y limpiar porque estaba re estrujado (sucio) entonces es una situación, nosotros las FARC tenemos la disposición para bueno algún día que nos permitan a nosotros colocar un puestico de salud y atender la población” Excombatiente H 6

“La organización como tal, nos planteemos otra forma de ejercer ese servicio, ese derecho a la población y que se pueda crear un sistema que cubra lo que no ha cubierto el sistema del Estado, es decir las partes más alejadas, los campos donde no hay servicio de salud” Excombatientes H 3

“Ya hemos escuchado, hay países que nos han ofrecido a nosotros especializarnos en ese tema. Ayudarnos a especializarnos más como es el caso de Cuba. Aspiramos que todo nuestro personal fariano tenga el acceso a ese programa de salud” Excombatiente M 7

“Si algún día puedo estudiar y obtener un título, mi proyecto es montar un clínica en esa esquina donde están las canchas para allá, que sea un hospital donde le pueda

contribuir a la población alejada. Ojalá que el proceso de paz se materialice y yo también pueda materializar mis sueños” Excombatiente H 6

Estos relatos permiten identificar la necesidad de reconocer los saberes y conocimientos que adquirieron los excombatientes que desempeñaron labores en el sistema de salud de las FARC-EP, en la medida que una de las carencias de la salud rural, es la falta de personal de salud calificado. En esta vía, las becas dadas por Cuba, como país garante de los acuerdos, puede permitir que los excombatientes salgan del país a formarse en medicina y puedan volver a trabajar en estas zonas donde el sistema no llega; no porque deban estar solo en zonas rurales, sino porque los relatos de estos mismos expresan que así lo quieren.

Otro aspecto que evidencian los relatos, es una concepción del derecho a la salud de las FARC-EP distinta a la del Estado colombiano, que limita el derecho a la salud a un paquete de servicios y en las lógicas del sistema de las FARC-EP, las personas requerían ser atendidas para salvar su vida o recuperar su estado de salud y los límites que existían eran dados por las circunstancias que se daban externas a la racionalidad del mismo. Por otro lado, los deseos singulares de los excombatientes por formarse en salud, con el propósito de contribuir a la comunidad, cuestionan los deseos promovidos por la racionalidad individualista que impera en la sociedad, donde comúnmente se quiere ser médico, ingeniero, abogado para ganar dinero y satisfacer sus anhelos individuales a diferencia de los excombatientes. No se trata de modo alguno, el enaltecer la labor insurgente, pero sí de reconocer que los deseos y anhelos de estos, están atados a lo colectivo que podría crear más allá de un nuevo sistema de salud una nueva sociedad que ubique en el centro de la vida el bien común y colectivo.

7.3 Propuestas, acuerdos y contradicciones de los actores frente a la salud rural

En cuanto a las propuestas de los actores indagados son diversas y algunas de ellas son antagónicas entre sí, aspectos relevantes para comprender cuáles son los acuerdos, tensiones y disensos que pueden determinar un nuevo escenario para la salud rural. Algunas de estas abordan elementos de orden estructural, otras hacen referencia al actor que representan y su devenir, y otras ubican peligros según su manera de comprender la guerra y la construcción de la paz. Como se observa en los siguientes fragmentos:

“La reforma a la salud, sí la deben priorizar porque la gente por allá le toca morir, porque a qué hora vienen a Villavicencio a pedir un cita” Trabajadora del Estado 1

“Hemos tenido periodos, donde no se atienden esos temas, más enfocados a temas más estructurales, sé que suena cursi que tenemos que enfocarnos en temas estructurales, pero sí, que las cosas perduren en el tiempo o que sean más constantes de venir y no solo solucionar a una persona que tuvo una dolencia concreta y ya” Trabajador del Estado 2

“Dónde está el impacto a mediano o largo plazo en prevención de enfermedades tropicales que es un problema gravísimo en estas zonas selváticas, dónde están los temas de desnutrición crónica, los temas de salud sexual y reproductiva” Trabajador del Estado 2

“Esta región nunca recibió nada, porque en la semaforización del gobierno estábamos siempre en rojo y todo el país. Eso a causa de la estigmatización y el señalamiento... Al momento que se firma el acuerdo debe desaparecer ese semáforo.

Este país debió quedar apto. El gobierno debe invertir en los territorios donde nunca ha invertido. Entonces al parecer todavía estamos con el semáforo en rojo” Líder Campesino 5

“El problema de allá, es qué van a ser con estas zonas de reserva campesina, porque en las zonas de reserva campesina no va haber control del Estado, le van a decir a la propia región, administre usted los recursos en lo que quiera, ese es el dilema de lo que hay allá porque así se está manejando las zonas de resguardo indígena, las ZIDRES y eso es lo que va pasar allá. Porque unos dicen: ¡nosotros no necesitamos que nadie nos ayude, porque nosotros solitos lo hacemos!, pero entonces van a ser repúblicas independientes, ese es el dilema actual, por ejemplo: San Juan de Lozada van a crear una” Militar Oficial 3

“Porque la misión de nosotros son las fronteras, salvaguardar la integridad territorial de nuestro territorio, lo que nosotros hace mucho estamos cumpliendo es la misión de la policía” Militar Oficial 4

“Los cambios que tenemos que hacer es un trabajo muy fuerte, siempre tenemos que mejorar lo que nosotros hacemos. Sí en una oportunidad traemos 36 médicos, en la próxima tenemos que traer 46. Sí traemos una tonelada de medicamentos, en la próxima tonelada y media. La misión de nosotros es incrementar las capacidades para llevar beneficio a las comunidades” Militar Oficial 2

En cuanto a lo estructural, se plantea por parte de una trabajadora estatal reformar la salud en las zonas rurales. Lo cual parcialmente está estipulado en el acuerdo con el Plan Nacional de salud Rural y por otro lado, el gobierno viene implementando la política de atención integral en salud y el Modelo integral de atención en salud, con varias dificultades por la contradicción que tiene este tipo de modelos de atención, que requiere un sector público robusto que garantice el acceso a los servicios de salud y el proyecto neoliberal va en contravía, en el que los bienes comunes y derechos se mercantilizan. Lo cual probablemente ponga en aprietos al gobierno nacional y la clase dominante, sí los sectores campesino se apropian del acuerdo y los tímidos avances en materia de salud rural que pueden ser herramienta para la transformación de la ruralidad.

En consonancia a lo anterior, el trabajador estatal señala, que se requiere enfocar la atención en problemas estructurales, haciendo una crítica a las intervenciones puntuales que realizaba las FFMM, con las jornadas de apoyo al desarrollo en materia de salud y en otro fragmento, cuestiona las políticas en materia de salud pública para la prevención de enfermedades tropicales. Sin embargo, un militar plantea que deben mejorar en su capacidad de llevar a la población más medicamentos y profesionales de la salud, aspecto que sería positivo sí la racionalidad de estas fuera mejorar las condiciones de vida de la población y estas acciones tuvieran continuidad, pero estas se enmarcaban en los planes de guerra para combatir a los grupos insurgentes. Por lo tanto, se sobre entendería que deberían terminar y como lo señala otro militar, la labor del Ejército es salvaguardar las fronteras del territorio nacional no garantizar atención en salud.

En cuanto a los campesinos, estos señalan que llegó el tiempo de quitarle el semáforo en rojo a los territorios, donde el Estado se excusaba para no invertir por el conflicto armado con las FARC-EP. Sin embargo, existe el mismo peligro en la medida que la disidencia de

la FARC-EP, está en la región de la Macarena. Aunque se podría pensar que el mejor cerco que le puede dar el Estado colombiano, es demostrar que tiene palabra para cumplir con lo acordado, lo cual hasta el momento no ha sido así a cabalidad por la ineficacia y desconocimiento de quienes gobiernan el Estado colombiano, pero también por el sabotaje y trabas de sectores políticos, que se niegan a perder un ápice de sus privilegios o de dejar entrar a otro sector en la disputa política legal.

El último aspecto que se ubica como contradicción, es la preocupación que plantea uno de los militares, por la autonomía de las comunidades en las zonas de reserva campesina, que según éste generaría repúblicas o republiquetas, término utilizado y acuñado por el expresidente Guillermo León Valencia, antes de bombardear Marquetalia. Habría que decir, que estas zonas de reserva campesina hacen parte del marco constitucional con la ley 60 de 1994 y estas por lo contrario ha reclamado la presencia del Estado colombiano, pero no a través de la fuerza pública sino con inversión social, lo cual no ha sido así. A diferencia de lo planteado por los militares, diferentes líderes campesino han señalado la importancia de las zonas de reserva campesina en la reconstrucción de tejido social del campesinado colombiano, lo cuales han venido fortaleciéndose organizativamente y a su vez generan proceso de construcción democrática directa y participativa en sus territorios que mejoran la calidad de vida y la salud de las comunidades.

8. SINTESIS DE LAS RACIONALIDADES Y PRÁCTICAS

Al analizar las racionalidades y prácticas de la salud pública como parte de la estrategia de guerra de las FFMM y de las FARC-EP se evidencian múltiples formas con diferentes niveles de jerarquía. Entre esas podemos ejemplificar las racionalidades construidas a partir de otras que se podrían denominar hegemónicas, como la racionalidad de guerra, que a través de dispositivos emocionales como “los guerrilleros son terroristas”, “la única solución es acabar a las FARC-EP”, etc., van imponiendo un sentido común que repercute en los actores según el poder que ostente. En el caso de las FFMM sus racionalidades obedecen a las construidas desde los gobiernos civiles que, hasta el acuerdo de la Habana, habían insistido en una salida militar para exterminar políticamente a las FARC-EP.

Esta racionalidad se operativiza alrededor de unas prácticas tales como las jornadas de apoyo al desarrollo, el control de medicamentos, el bloqueo de alimentos, entre otras, que se materializan en acciones sociales concretas como los puestos de control militar, el seguimiento a medicamentos para dar capturas, el armamento con material biológico, entre otras.

A continuación se realiza una síntesis de las racionalidades y prácticas de los diversos actores que constuyeron la salud pública en la región de la Macarena. En primer momento las apuestas políticas de los gobierno de Alvaro Uribe y Juan Manuel Santos que permitan comprender el transito de la guerra integral a la negociación política; el segundo y tercero, sintetizan la doctrina e ideología que guían las acciones de las FFMM como de las FARC-EP. Por último se describe la forma de compresión de los trabajadores estatales y líderes campesinos, de las diferentes acciones por parte de los dos actores armados.

8.1 Racionalidades y prácticas del gobierno de Álvaro Uribe y Juan Manuel Santos en sus apuestas políticas, económicas y militares.

El primer aspecto a precisar es que la estrategia de guerra integral del gobierno de Álvaro Uribe se mantuvo con de Juan Manuel Santos hasta la apertura de dialogo con las FARC-EP; lo que se observa es un cambio en las intensidades de las prácticas de guerra que emergieron en el gobierno de Álvaro Uribe con el Plan de Consolidación, pero que son implementadas con mayor fuerza en el gobierno de Juan Manuel Santos con las acciones cívico militares. La racionalidad de guerra integral se expresa en el contenido de la política de seguridad democrática, en la cual las diferentes instituciones tenían de una u otra forma que contribuir al exterminio de las organizaciones insurgentes y de todo aquel que fuera un posible cómplice del terrorismo, como después de dejar la armas las FARC-EP los sigue llamado el senador Álvaro Uribe.

Una racionalidad que sigue incólume en los gobiernos de las últimas décadas es la racionalidad neoliberal, que ha llevado este proyecto económico, político e ideológico a exacerbar sus contradicciones; tanto así, que ha sido el mismo desarrollo del proyecto neoliberal el que ha impulsado el mismo proceso de negociación con las insurgencias. En primera medida porque las Fuerzas militares han aumentado su pie de fuerza y esto ha generado gastos de seguridad social que ha tenido que asumir el Estado, lo cual genera una contradicción en la racionalidad neoliberal que pretende dejar al libre mercado los bienes comunes y reducir el Estado lo máximo posible, pero el conflicto generaba todo lo contrario, aumentaba la compra de equipos de guerra, aviación, bombas y el pie de fuerza aumentaba la carga del pasivo pensional del Estado.

Otro aspecto importante de la racionalidad neoliberal es el individualismo en la garantía de los derechos, como el derecho fundamental a la salud, el cual en la racionalidad neoliberal es un bien de consumo atado a la capacidad de pago individual a través de una aseguradora; en el caso que la persona no pueda pagar por éste, el Estado entrega un subsidio para que la persona pobre acceda a un paquete de servicios, que son ofrecidos en Colombia mayoritariamente por aseguradores y prestadores privados. Esto para evidenciar que otra de las contracciones de la racionalidad neoliberal se da en el sistema de salud, particularmente en las zonas rurales, donde los privados tienen poca participación porque para ellos no es rentable económicamente a menos que les aumenten sustancialmente la UPC. Entonces, para poder garantizar el acceso de la población a la atención en salud el Estado colombiano requiere fortalecer el sector público, pero el proyecto neoliberal se sustenta en todo lo contrario; de ahí el fracaso anticipado del Modelo Integral de Atención en Salud en sus territorios de guerra a menos que se den cambios en la racionalidad y prácticas del contenido de las políticas neoliberales en salud.

Una racionalidad que refleja la esencia del sistema mundo capitalista es la mercantil, la cual se expresa en el abandono estatal por falta de centros de salud, escuelas, carreteras, acueductos, energía eléctrica, conectividad a internet, etc. en las regiones que económicamente no tienen potencialidades para relanzar la tasa de acumulación de las clases sociales que gobiernan económica, política, cultural e ideológicamente para su beneficio privado individual a través de los grupos empresariales nacionales o transnacionales. Aunque en el caso de la región de la Macarena se combina la racionalidad mercantil con la ausencia de control militar de las Fuerzas Militares del Estado, para poder seguir desarrollando el proyecto extractivista; que valga decir, es uno de los propósitos del gobierno nacional con el acuerdo de paz. Pero la principal característica es el desprecio histórico por los sectores rurales y, en particular, por las clases subalternas que han sido sometidas al despojo, miseria, pobreza y violación sistemática a todos sus derechos fundamentales.

Una racionalidad que sigue siendo promovida desde el sector político del senador Alvaro Uribe es la manipulación, sustentada en prácticas como la campaña del plebiscito del plebiscito del 2 de octubre de 2016, en el que ganó el no al acuerdo de paz, en medio de mentiras y de estimular la gubernamentalidad bélica (Muñoz D. , 2014) y la racionalidad guerrillerista que ha sido promovida por este minoritario grupo de personas pero con gran poder mediático y económico, que represente este sector de oligárquico ligado al latifundista.

8.2 Racionalidades y prácticas de las FFMM

Las racionalidades y prácticas de las Fuerzas Militares, en su conjunto responden al mandato constitucional ejercido por civiles que gobiernan y definen las iniciativas políticas, ideológicas y económicas. En esta medida, sus racionalidades y prácticas reflejan el proyecto de país que estos tienen, también las prácticas militares.

La primera racionalidad que se identifica es la contrainsurgente, que deviene del sector social que históricamente ha gobernado a Colombia, en el que la violencia directa armada ha sido esencia del proyecto político, económico y social de dominación, en el que cualquier amenaza contra el statu quo ha sido resuelta de manera violenta (Estrada, 2015), generando ciclos de violencia que aún no terminan, incluso luego de la firma del Acuerdo

de la Habana. Para el caso de la salud esta racionalidad se apoya en prácticas como las acciones cívico militares que revestidas de acciones sociales permiten de manera velada la continuidad de la guerra contrainsurgente por medios que pueden generar más empatía con las comunidades, aspecto que se evidencia en el Plan de Consolidación de la Macarena.

La segunda racionalidad es la guerra integral, la cual ha sido fortalecida a través de la historia de las estrategias de guerra de las Fuerzas Armadas y que se refleja en prácticas como el control y bloqueo de medicamentos, alimentos y enseres para debilitar los grupos insurgentes teniendo en cuenta que estos bienes son necesarios para sobrevivir, lo cual afectaba la población civil que vivía y vive en esos territorios donde hacía presencia las FARC-EP, como es el caso de la región de la Macarena. Otra práctica de la guerra integral eran las jornadas de apoyo al desarrollo en las cuales se prestaba atención en salud, pero su esencia era militar al utilizar estas como estratagema para realizar censos de las poblaciones, perfiles demográficos y epidemiológicos, que permitieran diferenciar las necesidades de las FARC-EP de las de la población civil.

Lo anterior configura una tercera racionalidad en las acciones de las jornadas de apoyo al desarrollo, que es la inteligencia militar para sorprender al enemigo con estratagemas que permitieran ser contundentes militarmente, con acciones como las anteriormente descritas que iban desde lo recreativo hasta la atención en salud. En las jornadas de apoyo al desarrollo se evidencia otra racionalidad y es la utilitarista, que a partir de las necesidades de salud de la población por abandono del Estado, le permitió a las FFMM utilizar la necesidad de la comunidad como instrumento para avanzar militarmente en sus planes de guerra.

La quinta racionalidad es la guerrerista, que se ha cimentado en la sociedad para justificar acabar con la vida del otro que piensa diferente y, en ésta, los medios de comunicación han jugado un papel importante en preparar el terreno para que la muerte de unos sea celebrada y la de otros sectores genere dolor e indignación. Una sexta racionalidad que emerge es la del exterminio, que se configura y sustenta a partir de prácticas como el uso de armas biológicas y los chips que guiaban las bombas, los cuales eran introducidos en alimentos, enseres y hasta en los cuerpos de los insurgentes heridos, según los relatos de excombatientes, develando el nivel de degradación de la guerra, en la que todo vale para acabar con la vida del contradictor político y militar, en este caso de las FARC-EP, deshumanizando al oponente y cercenando cualquier posibilidad de diálogo.

8.3 Racionalidades y prácticas de las FARC-EP

Para poder comprender las racionalidades y prácticas de la FARC-EP es necesario recordar que esta organización insurgente emerge de la violencia bipartidista en las zonas rurales con arraigo en las tradiciones comunitarias campesinas y la solidaridad del Partido Comunista Colombiano (PCC) con las reivindicaciones agrarias, como se refleja en sus dos máximos dirigentes Manuel Marulanda Vélez de origen campesino y Jacobo Arenas un militante urbano del PCC, quienes condujeron el naciente ejército insurgente en Marquetalia.

Desde su surgimiento las racionalidades y prácticas de esta organización han estado marcadas por la dinámica de la guerra, como también por su ideología marxista-leninista, la cual se ve reflejada en el ejercicio de la racionalidad dialéctica, en la política como en la guerra; esto se evidencia en las respuestas que daba la organización insurgente en los

cambios e implementación de nuevas racionalidades y prácticas en la estrategia y táctica de las fuerzas militares en el desarrollo histórico de la confrontación armada; como se ha mostrado en el control de medicamentos y alimentos, acciones cívico militares, uso de los chips y armas biológicas, frente a lo que las FARC-EP se adaptaba para sobrevivir e incorporaba nuevas prácticas para continuar con su proyecto político militar.

La racionalidad de supervivencia ha marcado las prácticas sociales de esta organización insurgente. El surgimiento del sistema de salud de la FARC-EP se explica como respuesta a la necesidad de defenderse frente a las capturas al ser atendidos sus enfermos en el sistema de salud estatal, y luego frente a la incorporación de chips en los cuerpos de los heridos cuando se realizaban procesos quirúrgicos. Esto hace que se fortalezca su sistema de salud primario de uso tradicional de la insurgencia y también que se generen procesos de formación de personal de salud al interior de las filas; si bien desde los inicios en Marquetalia existen relatos que dan cuenta de la existencia de personal encargado de realizar actividades de salud, la prolongación de la guerra hizo que se configurara el sistema de salud de las FARC-EP.

Las circunstancias de la guerra hace que el sistema de salud adopte una racionalidad de pleno derecho a la salud, en el que la organización insurgente utilizaba todos los recursos con los que contaba para salvaguardar la vida de sus miembros cuando eran heridos, hasta llevarlos a ciudades para que fueran atendidos y los costos los asumía la organización insurgente.

Con el desarrollo del mismo sistema comenzaron a resolver las problemáticas de salud de las poblaciones con esta misma racionalidad, porque la población atendida muchas veces eran sus propios familiares. Lo cual configuraría la racionalidad solidaria-comunitaria, que traería réditos políticos y seguramente cooperación de la población civil al no tener acceso a los servicios de salud, como lo evidencian los relatos de la salud en la Región de la Macarena. De esta misma manera la racionalidad de la atención en salud era integral, en la medida que realizaban prácticas de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de las distintas patologías que trataron en sus hospitales o en las brigadas que realizaban.

En ese encuentro con la comunidad en la atención las FARC-EP también ubican una oportunidad política que según algunos relatos permite configurar un racionalidad política de las acciones en salud para ir ganando simpatías, de lo que ellos mencionaban como el nuevo poder que se construyó desde los territorios, pero sin posicionarlo a nivel nacional para legitimar su lucha, como lo haría seguramente cualquier partido tradicional, de pronto por inocencia política o porque su preocupación era simplemente contribuir con la salud de las comunidades. Una práctica que emerge en las brigadas de salud realizadas por las FARC-EP, son las acciones de inteligencia militar para no ser sorprendidos mientras realizaban las actividades políticas o en este caso brigadas de salud.

También es pertinente señalar que las FARC-EP a medida que avanzaba la confrontación militar, se realizaron prácticas condenables contra la salud de los militares como lo fue el uso de material biológico, para genera infecciones, porque las minas antipersona estaban contaminadas con materia fecal humana según lo relatan los militares, lo cual también en muchas ocasiones genero lesiones a población civil, como a los mismos insurgentes. En esta misma vía, quedan incógnitas reseñadas en diferentes medios de comunicación, como lo fue la interrupción voluntaria o no voluntaria del embarazo en excombatientes por las

dinámicas de la guerra; en la que la racionalidad patriarcal del conjunto de la sociedad colombiana también opero en las FARC-EP porque los que decidían sobre los cuerpos de las insurgentes eran los comandantes, que la gran mayoría de estos eran hombres (Orjuela, 2017). Aunque en la visita a las zonas Veredales en las entrevistas, se evidencio claramente que la división sexual del trabajo en la guerrilla no existe, todos pueden y tienen que hacer sus labores de la misma manera.

8.4 Racionalidad de líderes sociales y trabajadores estatales

En las entrevistas realizadas se observa que la racionalidad de la población civil se configura en preservar de la vida y mejorar la calidad de vida, de ahí que algunos expresen que asistían a las brigadas ya fuera de las FFMM o de las FARC-EP, porque estas permitían acceder a la atención en salud. Por otra parte, los trabajadores estatales asumen una mirada crítica frente a las diversas problemáticas pero siempre cuidándose de no extralimitarse en sus declaraciones y dando juicios de valor no tan radicales, lo cual a su vez sigue acentuando la racionalidad de sobrevivir, porque el conflicto no ha terminado y sigue cobrando vidas.

En el caso de los líderes campesinos, surge otra racionalidad que se refleja también en los excombatientes y es la solidaria-comunitaria, en la que el abandono del Estado ha permitido generar un tejido social unido por el sobrevivir, desde prestar el servicio de transporte para llevar un vecino de la vereda al centro de salud, hasta contribuir a los insurgentes a no morir de inanición en los tiempos que estos no podía conseguir alimentos por los operativos militares, según los relatos de excombatientes.

9. RECOMENDACIONES

- Avanzar en la implementación del conjunto del acuerdo de la Habana en la medida que este contiene los aspectos esenciales con los cuales las partes en confrontación acordaron tratar las causas del conflicto social, político y armado. Por tanto, este conjunto de reformas que emanan del acuerdo contribuirán a eliminar las causas del conflicto para que éste no persista con otros actores, y el Ejército de Liberación Nacional pueda avanzar con en el tránsito hacia la vida política, para que pueda concretarse la paz completa.

En esta misma vía, la implementación del punto uno sobre reforma rural integral es un elemento central para mejorar la calidad de vida de las comunidades rurales, en el que se garantice el derecho al acceder a la propiedad de la tierra, para la producción alimentaria y comercialización de los productos que pueda eliminar los cultivos de uso ilícito. De ahí la importancia de promover por parte del Estado, formas organizativas comunitarias que puedan fortalecer las economías campesinas, como las zonas de reserva campesina, que hacen parte del marco normativo y pueda fortalecer política, económica y social a los sectores que han sido excluidos históricamente como el campesino, indígena, comunidades negras y las mujeres.

- Es necesario que el Estado colombiano fortalezca su presencia en los territorios rurales a través de instituciones del Estado que garanticen el conjunto de derechos sociales que hasta hoy son negados por las diversas razones anteriormente expuestas. Garantizando el acceso universal de la población rural a la seguridad social en todos sus componentes (salud, educación, pensiones, riesgos laborales y otras garantías sociales y familiares): toda la población rural debería estar afiliada y gozar de los beneficios integrales de la seguridad social; también sería esencial promover programas para la salud de los trabajadores rurales que hasta hoy la gran mayoría se encuentran en la informalidad y poca o nula regulación del Estado de las garantía laborales, en el que estos participen y decidan desde el diagnóstico, formulación, implementación y evaluación de las políticas, planes y programas que se construyan para garantizar la vida digna de todos los colombianos que habitan y construyen la ruralidad, en el entendido que una sociedad saludable se edifica a partir de un trabajo bien remunerado y condiciones dignas de trabajo.

En consonancia a lo anterior, garantizar los derechos de servicios públicos esenciales como el agua potable, vivienda digna, alcantarillado, vías de acceso, manejo de residuos sólidos, conectividad a internet, electricidad, soberanía y seguridad alimentaria. etc. serían prerequisite para consolidar la paz desde los territorios; al no garantizar estos aspectos esenciales se mantendrán las causas del conflicto armado que ha costado tantas vidas.

- En cuanto a la garantía del derecho fundamental a la salud, el Estado colombiano y quien lo gobierne tendrá que fortalecer la oferta pública de servicios de salud, deberá ser garantizada en todo el territorio nacional, junto con el personal de ciencias de la salud que se requiera; lo cual hace parte del acuerdo de la Habana en

el punto uno. Sí el Estado por incapacidad institucional, económica, administrativa o de infraestructura no pueda garantizar la oferta de servicios de salud en los territorios, éste deberá asumir todos los costos, incluido transporte de su atención y estadía en otro lugar del territorio nacional, mientras se garantiza la disponibilidad de los recursos y bienes necesarios en el respectivo territorio para que se garantice el derecho a la salud.

Adicionalmente se debe garantizar el acceso a los servicios de salud y atención digna de la enfermedad, servicios de salud móviles (terrestres, agua, aire), transporte garantizado por el estado para atención en otros territorios cuando no se disponga de los bienes y servicios necesarios en algunos de ellos, como también se puede disponer de tecnologías como la telemedicina y comunicación complementarios, con las que cuenta el Estado colombiano para que las poblaciones puedan gozar de la mejor atención posible, como lo señala la Declaración de los Derechos Humanos de 1946. Por lo tanto, en ningún caso se puede negar el servicio de salud por falta de recursos económicos ni su tratamiento podrá depender de esto, al igual que los recursos tecnológicos deberán estar al servicio de cualquier ciudadano colombiano o de quienes residan en el territorio nacional.

Otra recomendación puntual frente a las barreras de acceso geográficas, es cómo el Estado genera los mecanismos administrativos y financieros para que las comunidades puedan ser atendidas en el lugar más cercano a su territorio, sin importar el Departamento o ente territorial al que pertenecen, para que estos puedan acceder a la atención en salud de manera más rápida y eficaz.

- Un gran reto para el conjunto de la sociedad colombiana y el Estado colombiano es superar la comprensión de la salud como la ausencia de la enfermedad, y el derecho a la salud como un paquete de servicios regulado por un plan de beneficios. En contra posición, se debe avanzar en la comprensión de la salud como buen vivir, bienestar, vida digna y como un proceso biológico, social e histórico determinado y condicionado por múltiples determinantes sociales que repercuten en el vivir, enfermar y morir de los individuos y colectivos, en el que lo biológico es determinado por las condiciones estructurales e intermediarias que determinan el modo de vida colectivo, y este a su vez condiciona los estilos de vida en la singularidad de cada sujeto, que aumentan o disminuye la vulnerabilidad de las poblaciones.

En coherencia a lo anterior son necesarias las diferentes reformas sociales que emergen de los acuerdos, que si bien no contiene el conjunto de las transformaciones necesarias para superar las problemáticas sociales que cobran vidas de los más humildes, sí puede dar herramientas para que las poblaciones comiencen a transformar la violencia estructural a la que han sido sometidos, porque estas reformas pueden actuar como determinantes estructurales e intermedios protectores de la salud para la población rural.

En este sentido, para garantizar la reconciliación y la paz es pertinente avanzar en la comprensión de la salud desde el Estado como un derecho fundamental y bien

común que tiene dos partes que los conforman: el derecho a vivir saludablemente y el derecho a los cuidados en salud (Beitz, 2009). Por otro lado, la perspectiva de la salud como bien común puede contribuir superar la dicotomía entre lo público y lo privado, que puede basarse en cuatro premisas: La primera, todas aquellas acciones que vayan encaminadas garantizar el derecho a los cuidados en salud no podrán generar lucro y el plusvalor que emane de esta actividad deberá ser invertida en mejorar infraestructura, tecnología y mejora salarial para el conjunto de los trabajadores de la instituciones. Se tiene que avanzar en un proceso de desmercantilización de la salud.

La segunda premisa es que todos los actores del sistema de salud, sean públicos o privados, deberán contribuir a generar bienestar y buen vivir de los individuos y comunidades, sin importar su clase social, etnia, género y su ubicación en el territorio colombiano. La tercera premisa es el fortalecimiento del sector público del sistema para permitir la materialización de las políticas, programas, planes y acciones en salud en cualquier lugar del territorio. Frente a los actores privados, tan solo podrán ser prestadores de la atención en salud, pero estarán desligados de la administración de recursos económicos que hoy viene manejando las EAPB y antiguas EPS. La rectoría del sistema debe estar a cargo de los entes territoriales con el propósito de generar la articulación permanente de los actores del sistema de salud en los territorios y en función de las necesidades y propuestas de la sociedad para un mejoramiento continuo. Por último, los avances tecnológicos y científicos en el campo de la salud deberán estar al servicio del ciudadano colombiano o colombiana que lo requiera, sin que la capacidad económica límite el tratamiento.

En la perspectiva de avanzar en una comprensión del derecho fundamental en dos aspectos, el derecho a vivir de manera saludable y el derecho a la atención en salud, es deseable como sociedad reconocer la construcción práctica de la materialización del derecho a la atención y cuidados médicos que desarrolló las FARC-EP, en el que su sistema de salud ponía a disposición toda la tecnología, recursos económicos y humanos con los que este contaba para preservar la vida de las comunidades, prisioneros o integrantes de esta organización insurgente. Lo cual podría aportar en la construcción de una nueva racionalidad del conjunto de la sociedad, en el que la salud sea un derecho fundamental y bien común que no se limita a un paquete de servicios como actualmente sucede.

- Las acciones cívico militares en salud, en el marco de las Jornadas de Apoyo al desarrollo de las FFMM, tendrán que ser suprimidas teniendo en cuenta que estas se inscribían en los planes de guerra de las Fuerzas Militares. Sin embargo, en un periodo de transición, y mientras se fortalece la infraestructura de salud en los territorios, podrían contribuir a transportar y movilizar personal médico a zonas de difícil acceso pero sin ningún tipo de injerencia militar en el desarrollo de estos programas de atención y haciendo que dependan exclusivamente del Ministerio de salud, de las secretarías de salud departamentales o municipales, y que se limite a la prestación del transporte por parte de las Fuerzas Militares.

- La construcción de una nueva política de salud rural debe tener como pilar la estrategia de atención primaria integral en salud, puesta en práctica por la red hospitalaria pública y comunitaria con base en equipos interdisciplinarios de APIS según las necesidades de la población, con enfoque familiar, comunitario, participativo e intersectorial. Los equipos deben disponerse vereda a vereda, centro poblado a centro poblado, y deben estar enlazados en redes de atención que permitan acceso a los más altos niveles de complejidad según necesidad. Asimismo la atención primaria integral en salud deberá ser organizada, planificada y garantizada por territorios de salud participativamente definidos por zonas de reserva campesina, ciudadelas de paz, resguardos indígenas y afrodescendientes y la diversas formas organizativas de territorio que la comunidades rurales definan.
- La vinculación de universidades y Hospitales Universitarios en el marco de una red integral de atención que esté presente en todo lo territorios del país, con enfoque particular, según el perfil epidemiológico y condiciones de la comunidad que pueda contribuir a cerrar las brecha social entre el campo y la ciudad. En esta misma vía se debe democratizar y garantizar el acceso a la educación superior para que el personal de salud de estos territorios se forme, construyendo universidades regionales que tengan como base los mismos hospitales públicos como escenarios de práctica y aprendizaje.
- Es necesario generar acciones estatales para la reincorporación en materia de educación de los médicos, odontólogos, enfermeros y personal de salud de las excombatientes de las FARC-EP, mediante una articulación con la Instituciones de Educación Superior, técnica y tecnológica para la validación, homologación y reconocimiento de saberes del personal de salud, para que puedan conformar la red hospitalaria pública y comunitaria rural, con contratos laborales que permitan dar estabilidad económica para garantizar la permanencia de este personal en los territorios rurales.
- Desmontar de la estrategia militar las acciones que afecten la salud de las poblaciones como el control de alimentos y medicamentos, por violar el derecho internacional humanitario, como también por incumplir con la Declaración de los Humanos emanado de la ONU y el Pacto Internacional de Derechos, Económico, Sociales y Culturales.
- En cuanto a la actual apuesta del Estado de llevar salud a las zonas rurales dispersas con la Política Atención Integral en salud – PAIS y el Modelo de Atención Integral en Salud- MIAS, el gobierno tiene grandes desafíos de orden estructural que evidencian contradicciones al interior del proyecto neoliberal y se podrían ver reflejados en la operacionalización del modelo, entre los cuales se ubican desafíos económico-políticos, epistemológicos y operacionales.

En referencia al desafío económico y político, se tiene como premisa que quienes realizan el marco normativo y legislativo del Estado hacen parte de la elites dominantes, dueñas de la gran mayoría de los actores privados del sistema de salud

que según los mismos datos del Ministerio de Salud representan el 80 % de los actores (prestadores o EAPB), lo cual deja entre ver unos conflictos económicos evidentes.

En consonancia a lo anterior, el modelo de desarrollo es la mesa sobre la cual se edifica esta propuesta que emerge del pensamiento neoliberal que utiliza la teoría neoclásica sobre los bienes para entender los servicios de salud y educación, un bien privado es aquel que se consume individualmente, como se agota en el consumo y satisface una necesidad individual; así se percibe por lo tanto, que el individuo está dispuesto a pagar por él y los bienes públicos son aquellos que no se agotan en el consumo individual y que los individuos no estarían dispuestos a pagar por él. A manera de conclusión: será capaz el mercado de alinear todas las fuerzas e intereses políticos y económicos a favor de la salud de la población como lo ha mandado los organismos multilaterales desde los años 90 con el consenso de Washington, otro elemento a adicionar es que una resolución no modifica una ley por lo tanto las funciones de los actores siguen intactas.

En cuanto a lo epistemológico el desafío se puede enmarcar en dos vías: la primera en cuanto a los trabajadores del sector salud que no han sido formados en el enfoque de determinantes sociales en salud promovido por la OMS, ni mucho menos en enfoques como la determinación social ni atención primaria en salud, donde el predominio en los currículos es lo biológico y el centro de desarrollo del conocimiento es la enfermedad no la salud ni el bienestar. El segundo aspecto es lo que concierne a la traducción del discurso teórico a la práctica de la implementación de los enfoques.

Frente al desafío del Estado de operacionalizar e implementar el MIAS y las contradicciones internas del sistema que puede conllevar esta puesta en marcha, dejará en evidencia diferentes tensiones, entre las que se destaca el cómo un sistema de aseguramiento individual se puede hacer APS, sí en un mismo hogar podemos tener 3 personas con distinta aseguradora lo cual no permitiría una atención familiar ni comunitaria, porque el Estado no podrá pagar dos veces por un mismo servicio en el caso de ser del régimen subsidiado y se cometerá el delito de peculado. Otro aspecto en la actualidad son los contratos laborales y la inestabilidad de los trabajadores del sector, en su gran mayoría están por prestación de servicios como el caso de Bogotá, otro aspecto a mencionar es el papel del Estado que solo se observa como un regulador no como rector del sistema expresión también de la apuesta neoliberal de las elites.

Sin embargo, el desafío como sociedad frente al campo de la salud esta en transformar la política de salud y la política laboral actual en una nueva desmercantilizada y que garantice los derechos de los trabajadores, comenzando por empleo estable sin importar clase, etnia, género o ubicación geográfica.

Por último el desafío más grande de esta política es que debe contribuir a la solución política del conflicto, más allá de reconocer las víctimas como una población vulnerable o de riesgo, si no como una apuesta por construir la paz con

justicia social a partir de resolver las causas del conflicto que están en el campo de lo social y una de esas deudas es la salud pública.

- De acuerdo a lo planteado anteriormente, se requiere un compromiso del Gobierno Nacional para realizar los cuatro aspectos que hacen referencia a la creación de un Plan Nacional de Salud Rural en el punto uno del acuerdo. Particularmente la creación del modelo de salud rural para zonas dispersas, lo que evidencia este aporte investigativo es que la territorialidad se construye de manera distinta en los territorios donde se desarrolló la confrontación armada, de ahí la importancia que se generen un diagnóstico amplio y participativo en la infraestructura como en el desarrollo del nuevo modelo especial de salud pública, como en la salud que la comunidades requieren para que el derecho a los cuidados médico sea garantizado por el sistema de salud.

Este nuevo modelo especial de salud pública debe recoger y retomar los aprendizajes de la implementación de MIAS en el Guainía, las experiencias de las FARC-EP con su sistema de salud que puede dar propuestas entorno a la operacionalización del sistema en estos territorios, las experiencias del SISPI y las comunitarias rurales en su conjunto que han sobrevivido al abandono del Estado en la garantía de sus derechos. En coherencia, el gobierno deberá impulsar en el proceso de implementación un amplio diagnóstico de la salud rural en el que participen los más amplios sectores de la sociedad como académicos, organizaciones sociales, comunitarias, campesinas, sector de la salud en zonas rurales y especialmente las personas que habitan el territorio. Para luego concretar el nuevo modelo especial de salud pública para zonas rurales dispersas, con énfasis en la prevención y participación como lo contempla el acuerdo.

10. CONCLUSIONES

- Las necesidades de la población de la Región de la Macarena en salud fueron utilizadas en la estrategia de guerra para debilitar política, económica y militarmente a la FARC-EP a través de operaciones psicológicas y diferentes prácticas conducidas por estratagemas militares.
- La racionalidad de las prácticas de las acciones cívico militares, como control de medicamentos, alimentos y brigadas de salud, obedecen a una racionalidad de guerra Integral ejecutada por las FFAA y dirigida por el gobierno civil del Estado Colombiano.
- Se evidencian diferentes prácticas que violaron sistemáticamente el derecho a la salud de las comunidades por las diversas prácticas como control de medicamentos, alimentos y enseres básicos para vivir, que fueron parte de la estrategia de guerra.
- Deficiente infraestructura y recurso humano para poder garantizar el derecho a los cuidados médicos que debe garantizar el sistema de salud.
- Las comunidades en las veredas particularmente son las más afectadas en diversos ámbitos como no acceso agua potable, energía eléctrica, conectividad a internet, alcantarillado, atención de salud y acceso a educación básica y secundaria, como se evidencia en los relatos de los entrevistados.
- Existe una percepción de cambio y oportunidad por parte de los campesinos y trabajadores estatales entrevistados pero permanece mucha desconfianza en el cumplimiento de los acuerdos por parte del Estado y el conjunto de las FARC-EP porque en esta región hace presencia la denominada disidencia.
- La racionalidad de guerra integral y neoliberal de los gobiernos del Expresidente Álvaro Uribe y Juan Manuel Santos tan solo se distancia desde la apertura de diálogos con FARC-EP, que puede hallar explicación por la sostenibilidad financiera de la guerra por agudizar contradicciones en el proyecto neoliberal de las élites imperantes que, por un lado, intenta reducir el Estado lo máximo posible en cuanto a ser proveedor de derechos a través de sus instituciones y en contravía el pasivo pensional y el armamento hacia que se expandía generando carga económica estatal.
- La intervención de los Estados Unidos a través de la USAID y el Comando Sur fueron actores centrales en el desarrollo militar y político del conflicto social y armado colombiano en la región de la Macarena, particularmente en la instrucción militar, financiación y asesoramiento en la estrategia militar generando de manera evidente una violación a la soberanía nacional del Estado colombiano.
- Las acciones realizadas por las FARC-EP para contrarrestar la táctica y estrategia de las FFAA se inspiraron en una racionalidad dialéctica que permitía replantear el mismo desarrollo de la guerra cómo se observa en el último periodo el auge de la guerra de guerrillas con gran movilidad y pequeños grupos; como también las diversas respuestas al control de medicamentos, alimentos, utilización de chips y las brigadas de Salud cívico militares de las FFMM.
- El desarrollo de salud de la FARC emerge en la necesidad de sobrevivir, por la ofensiva militar y por no sacar los heridos para evitar el seguimiento de la FFMM que dieran indicios de la ubicación de las tropas insurgentes.
- La garantía del derecho a la salud en cuanto al derecho a los cuidados de la salud garantizado por el sistema de salud puede generar agudización de las contradicciones

al interior del Estado, en la medida que el Estado se verá obligado a fortalecer el sector público en salud para poder llegar a los diferentes territorios donde se implemente el PNSR que hace parte del acuerdo. Esto dependerá también de la capacidad política y organizativa de los sectores políticos y sociales organizados en la ruralidad. Lo cual puede conllevar a poner en evidencia las desigualdades entre el campo y la ciudad en materia de salud y este a su vez contribuir a generar cambios en el sistema de salud, como de la correlación de fuerzas política que ha mantenido los privilegios para un sector minoritario empresarial, terrateniente y latifundista.

ANEXO 1. LISTA DE ABREVIATURAS

ANSPE Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema

UACT Unidad Administrativa Especial para la Consolidación Territorial

CCAI Centro de Coordinación de Acción Integral

CNMH Centro Nacional de Memoria Histórica

DNDA Dirección Nacional de Derechos de Autor

DISAN Dirección de Sanidad del Ejército

ELN Ejército de Liberación Nacional

EAPB Empresas Administradora de Planes de Beneficio

USAID Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

EPS Empresas Promotoras de Salud

FARC-EP Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia Ejercicio del Pueblo

FARC Fuerza Alternativa Revolucionaria del Común

FFMM Fuerzas Militares

FFAA Fuerzas Armadas

FUDRA Fuerza de Despliegue Rápido

FUTCO Fuerza de Tarea Conjunta Omega

GATRA Grupo Avanzado de Apoyo en Trauma

GEOS Grupos Especiales de Operaciones Sicológicas

INCODER Instituto Colombiano de Desarrollo Rural

IPS Instituciones Prestadoras de Servicios

MIAS Modelo Integral de Atención en Salud

ONU Organización de Naciones Unidas

OMS Organización Mundial de la Salud

PAIS Política de Atención Integral en Salud

PIB Producto Interno Bruto

PCIM Plan de Consolidación Integral de la Macarena

PNSR Plan Nacional de Salud Rural

SISBEN Sistema de Selección de Beneficiarios Para Programas Sociales

ZVTN Zona Veredal de Transición y Normalización

ANEXO 2. GUIAS DE ENTREVISTA

Guía de entrevista a integrantes de las fuerzas militares que hicieron parte de los planes

1. ¿Hábleme un poco de usted y de su labor en las fuerzas militares?
2. ¿En qué año llego a la Macarena?
3. ¿Cómo ha sido o fue la experiencia en la Macarena, en el fuerte?
4. ¿Cómo fue la retoma de la Macarena después del 2002?
5. ¿En cuanto a la salud, cómo es la atención de ustedes?
6. ¿Tienen acceso a los medicamentos que necesitan? Y ¿cuándo están en confrontación?
7. ¿Existen controles sobre los medicamentos? Y ¿sí existe sobre cuáles medicamentos son controlados?
8. ¿Qué alternativa usan cuando no tienen acceso a medicamentos?
9. ¿Cuál es propósito de controlar medicamentos?
10. ¿Qué hacen frente al control de medicamentos?
11. He escuchado que ustedes como FFMM, hacen brigadas de salud. ¿Cómo son?
¿Me puede describir una de estas brigadas?
12. ¿Qué tipo de actividades realizan en las brigadas?
13. ¿Cuáles son las razones para realizar las brigadas?
14. ¿En cuanto a la alimentación, cómo hacen?
15. ¿Existen controles en el tránsito de alimentos?
16. ¿Qué razones existen para tener un control sobre el tránsito de alimentos?
17. ¿Qué mecanismo se utilizan para abastecerse de alimentos?
18. ¿Cómo contribuyen las FFMM a la salud de las poblaciones?
19. ¿Qué otras estrategias se utilizaron para combatir a las FARC?
20. ¿Qué cambios conoce, que ha tenido el ejército desde el 2002 cuando se conforma el fuerte de la Macarena?
21. ¿Qué piensa y qué percepción tienen en el Ejército de los acuerdos entre gobierno y FARC-EP?
22. ¿Qué cambios conoce o cree que vendrán en las tareas que vienen desempeñando en las acciones cívico-militares?
23. ¿Si dependiera de usted que cambiaría de la institución?

Guía de entrevista funcionarios públicos que participaron de los planes de consolidación

1. ¿Cuénteme un poco sobre usted y sus labores en acción social y prosperidad social?
2. ¿Cómo ha sido el cambio en la institución, durante los gobiernos del presidente Uribe y luego el Presidente Santos?
3. ¿Cómo surge el Plan de Consolidación, cuénteme un poco sobre eso?
4. ¿Qué actividades y acciones desarrollaban en los periodos, ha diferencias?
5. ¿En cuanto a salud que iniciativas realizaron?
6. Tengo entendido que ustedes trabajaron, de manera conjunta con las FFMM ¿en qué?
7. ¿Cómo ven los actuales acuerdos de la Habana con las FARC, cree que cambie en algo las acciones del Estado aquí en prosperidad social?
8. ¿Ahora en la implementación, tiene alguna tarea en concreto?

Guía de entrevista integrantes de la insurgencia de la FARC-EP

1. ¿Cuénteme un poco de su labor en las FARC?
2. ¿Cómo es un día en la guerrilla de las FARC?
3. ¿Hace cuánto está en esta Zona de la Macarena?
4. ¿Cómo ha cambiado en los últimos años la zona con el cambio de gobierno de Uribe a Santos con sus planes de guerra?
5. ¿Me gustaría preguntarle sobre los temas de salud, como los manejan?
6. ¿Tienen acceso a los medicamentos que necesitan, fácilmente?
7. ¿Cuál cree que sea el propósito de controlar los medicamentos?
8. ¿Qué hacen ustedes para sortear el control de medicamentos?
9. ¿Qué alternativa usan cuando no tienen acceso a medicamentos?
10. ¿Con las comunidades, cómo es la relación y frente a la salud?
11. ¿Cuáles son las razones para dar esas ayudas? (solo si lo plantean antes)
12. ¿Qué tipo de actividades realizan?
13. Otro aspecto es el de los alimentos, ¿es fácil acceder a estos?
14. ¿Existen controles en el tránsito de alimentos?
15. ¿Qué razones puede existir frente al tránsito de alimentos?
16. ¿Qué mecanismo se utilizan para abastecerse de alimentos?
17. En estos días en un diario del país, leí un artículo de Alfredo Molano en el que un miembro de ustedes señalaba “el Ejército colocaba Chips en los cuerpos de los Heridos para luego bombardear”, ¿eso es cierto?
18. ¿Qué más acciones militares realizaban, para afectar la salud del enemigo?
19. ¿Qué otras estrategias de guerra utilizaban, aparte de las armas convencionales?
20. ¿Qué percepción tiene sobre los acuerdos alcanzados en la Habana?
21. ¿Conoce frente algo de salud y propuestas de la insurgencia frente a este tema?
22. ¿Qué propuestas y perspectivas tiene después de la firma del acuerdo de paz en el campo de la salud pública?

Guía de entrevista organizaciones sociales de la macarena

1. ¿A qué organización pertenece?
2. ¿Qué tareas desarrolla en la organización?
3. ¿Cuáles son las acciones y reivindicaciones como organización acá en la Macarena?
4. ¿Cómo organización de qué manera los ha afectado el conflicto armado?
5. ¿Cómo ha sido el cambio en el territorio, durante el gobierno de Uribe y Santos?
6. ¿Qué aspectos son relevantes o puede identificar como centrales en el cambio de gobierno?
7. ¿Cómo es la relación con las FFMM y con las FARC?
8. Me gustaría saber un poco sobre el sistema de salud, ¿cómo es acá la atención en salud?
9. Las fuerzas militares hacen brigadas, ¿conoce algo de estas o la organización ha participado?
10. ¿Las comunidades se han visto afectadas por falta de medicamentos? ¿cuales? Los del tratamiento de la leishmaniasis?

11. ¿Qué tan fácil es conseguir alimentos en la Macarena?
12. ¿Qué tanto cultivan en la región?
13. ¿Conoce alguna restricción en la movilidad de esto?
14. ¿Cómo ven la firma del acuerdo entre las FARC y el gobierno?
15. ¿Creen que va tener cambios sustanciales la Macarena?
16. ¿Qué cambios quisiera ver en salud en la Macarena?
17. ¿Qué opinión le merece que la macarena sea uno de los territorios de concentración de las FARC?

Bibliografía

- Alape, A. (2004). *Las vidas de Pedro Antonio Marín Manuel Marulanda Vélez-Tirofijo*. Bogotá: Planeta .
- Alderman, S., Christensen, J., & Crawford, I. (2009). Medical seminars: a new paradigm for SOF counter insurgency medical programs. *Journal of Special Operations Medicine*, 16-22.
- Arenas, J. (2015). *Diario de la resistencia de Marquetalia* . Bogotá: Ediciones Izquierda Viva.
- Argüello, Francisco. (9 de Mayo de 2011). *Las FARC, enfermas, agonizando y sin medicinas*. Obtenido de El Mundo:
<http://www.elmundo.es/america/2011/05/09/colombia/1304961832.html>
- Banco Mundial . (29 de Septiembre de 2017). *Datos Banco Mundial* . Obtenido de <https://datos.bancomundial.org/indicador/MS.MIL.XPND.GD.ZS?locations=CO>
- Bedoya Hernández, M. H. (2013). Trazos metodológicos en las investigaciones de Michel Foucault. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 163-173.
- Beitz, C. (2009). *The Idea of Human Rights*. Oxford : Inglaterra .
- Benach, J., Muntaner, C., Tarafa, G., & Valverde, C. (2012). La salud Pública, mucho más que la atención sanitaria. En J. Benach, C. Muntaner, G. Tarafa, & C. Valverde, *La sanidad está en venta y también nuestra salud* (pág. 32). Barcelona: Greds-Emconet.
- Berrío, C. (2012). Únete a la causa:propaganda en conflicto armado en Colombia. *Anagramas*, 147-164.
- Bidet, J. (20016). Foucault y el liberalismo racionalidad, revolución, resistencia. *Revista Nueva Época* , 11-27.
- Bolaños, E. (13 de Octubre de 2016). Los quirófanos del Ejército en la guerra contra las Farc. *El Espectador* . Obtenido de <http://colombia2020.elespectador.com/pais/los-quirofanos-del-ejercito-en-la-guerra-contra-las-farc>
- Bornemisza, O., Ranson, K., Poletti, T., & Sondorp, E. (2009). Promoting health equity in conflict-affected fragile states. *Social Science & Medicine* , 80-89.
- Buitrago, M. t. (2015). Salud y acuerdo de paz en Colombia. *Revista Javeriana*, 102-105.
- Cabrera, F. (2005). *Relaciones civiles y militares durante el periodo comprendido entre 1994-2002*. Bogotá: Pontifica Universidad Javeriana.
- Charmaz, K. (2000). Grounded Theory: objetivist & constructivist methods. En N. Denzin, & Y. Lincoln, *Handbook of Qualitative Research* (págs. 509-535). Californo: Sage.
- Clausewitz, K. v. (1832). *De la guerra*. Librodot.com.
- Colina, F., & Jalón, M. (2009). Entrevista con Michel Foucault . *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatria* , 137-144.
- Comando General de las Fuerzas Militares. (2012). *Manual de Acción Integral*. Bogotá: Imprenta y Publicaciones de las Fuerzas Militares.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). Observación general N° 14 El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud., (pág. 21). Ginebra.

- Comité Internacional de la Cruz Roja. (2012). *Situación Humanitaria informe de actividades Colombia 2012*. Bogotá: Colombia: esperanzas de paz, realidades de guerra. Obtenido de <https://www.icrc.org/spa/assets/files/2013/colombia-report-2012.pdf>
- Comité Internacional de la Cruz Roja. (2013). *Colombia: situación humanitaria acción 2013 y perspectiva 2014*. Bogotá: La Colombia que fue, la que será.
- Cuarta División del Ejército Nacional . (24 de Marzo de 2011). *El Gaula Militar Meta captura dos sujetos con medicamentos para las Farc*. Obtenido de Ejército Nacional : <https://www.ejercito.mil.co/?idcategoria=280416>
- D'Odorico, J. C. (2010). Capítulo III: La Guerrilla en la Guerra Prolongada. En J. D'Odorico, *La Guerra No Convencional* (págs. 77-89). Buenos Aires: Air & Space Power Journal.
- Delegación FARC-EP y Gobierno Nacional. (2014). *Hacia un Nuevo campo Colombiano: Reforma Rural Integral*. Habana.
- DGSM. (2 de Junio de 2010). Lineamiento para Leishmaniasis en las Fuerzas Militares. *Dirección General de Sanidad Militar*. Bogotá.
- Domenico, L. (2001). Marx, la tradición liberla y el concepto universal del hombre. *Marx Ahora* , 18.
- El Tiempo. (7 de Mayo de 2015). *Ejército halló caleta con 104 minas antipersonas, al sur del Tolima*. Obtenido de El Tiempo: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-15705795>
- El Tiempo. (4 de Febrero de 2017). El Tiempo. *El Tiempo*, pág. 1. Obtenido de <http://www.rcnradio.com/locales/105-mil-millones-invertidos-recursos-regalias-meta-tienen-irregularidades-segun-nuevo-informe-la-contraloria/>
- Escobar, J. D. (16 de Septiembre de 2016). La incertidumbre de vivir en La Macarena. *El Espectador*, pág. 1. Obtenido de <http://colombia2020.elespectador.com/pais/la-incertidumbre-de-vivir-en-la-macarena>
- Espinosa, N. (2007). política de vida y la muerte, para una gramática del sufrimiento de a guerra en la sierra de La Macanera . *Revista de Antropología Iberoamericana*, 43-66.
- Estado Mayor del Departamento del Ejército . (2010). *La guerra no convencional fuerzas especiales Circular T1801*. Washington.
- Estrada, J. (2015). *Acumulación capitalista, dominación de clase y rebelión armada, elementos para una interpretación histórica del conflicto social y armado*. Bogotá: Universidad Nacional.
- FARC-EP. (1993). Conclusiones generales Octava Conferencia Nacional de Guerrilleros. (pág. 1). Uribe: Pagina Web FARC-EP. Obtenido de <https://www.farc-ep.co/octava-conferencia/octava-conferencia-nacional-de-guerrilleros.html>
- Foucault, M. (1975). La política de la salud en el siglo XVIII. En M. Foucault, *Estrategias de poder* (págs. 327-342). Barcelona: Editorial Paidós.
- Foucault, M. (1976). *Defender la sociedad*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1983). *El gobierno de sí y de los otros*. Buenos Aires : Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1988). El sujeto y el poder. *Revista Mexicana de Sociología*, 3-20.

- Foucault, M. (1991). *Studies en governmentality*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad territorio y población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- Franco, Á. (2000). La salud pública: ciencia en construcción. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 41-57.
- Franco, Á. (2002). Los temas de la salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública*, 5-7.
- Franco, S. (2003). Momento y contexto de la violencia en Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 18-36.
- Franco, S. (2015). Salud para la paz y paz para la Salud . *Revista Gerencia y políticas de salud* , 5-8.
- Fuerzas Militares Comando General . (2008). *Instruccion generales sobre la doctrina de acción integral* . Bogotá: Ejercito Nacional .
- Fuerzas Militares de Colombia Ejército Nacional. (2002). *Texto especial acción integral como concepto de estrategia integral e integrada del Ejército* . Bogotá: Imprenta del Ejército.
- Fuerzas Militares de Colombia-Ejercito Nacional. (2016). *Manual Fundamental del Ejercito Resolución 01647 de 2016*. Bogotá.
- Gallo, I. (29 de Enero de 2017). *La médica de la Nacional que se entregó a salvar vidas guerrilleras*. Obtenido de Las Dos Orillas: <https://www.las2orillas.co/la-medica-de-la-nacional-que-se-entrego-a-salvar-vidas-guerrilleras/>
- Galtung, J. (2003). *Paz por medios pacíficos. Paz y conflicto, desarrollo y civilización*. Bilbao: Gernika Gogoratuz.
- Garberi, I. (20 de Enero de 2014). *Comandanta Laura Villa de las FARC-EP: Para producir cambios hay que tomar decisiones radicales*. Obtenido de Kaos en la red : <http://www.2014.kaosenlared.net/kaos-tv/79503-comandanta-laura-villa-de-las-farc-ep-para-producir-cambios-hay-que-tomar-decisiones-radicales>
- Ghobaraha, H. A., Huthb, P., & Russett, B. (2004). The post-war public health effects of civil conflict. *Social Science & Medicine*, 869–884.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine.
- Glaser, B., & Holton, J. (Mayo de 2004). Remodeling Grounded Theory. *Research Development Consultant*, 5(2).
- González, C. (2016). Responsabilidad Social Militar en el Posconflicto. *Global Conference on Business & Finance Proceedings*, 1104-1112.
- Granda, E. (2000). Formación de salubristas: algunas reflexiones. En E. Granda, *La salud colectiva*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Grupo de memoria historica . (2013). *Colombia: memoria de guerra y dignidad*. Bogotá: Presidencia de la república.
- Guzmán, F. (22 de 11 de 2015). *Neoliberalismo y salud en colombia* . Obtenido de En Colombia : <http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/heraldo-medico/vol-2222700/heraldomed22-22700neoliberalismo/>

- Guzman, K. (31 de Octubre de 2015). *El derecho a la Salud en las FARC-EP*. Obtenido de Dialogos de Paz FARC-EP: <http://www.pazfarc-ep.org/index.php/comunicadosfarc-cuba/item/2267-el-derecho-a-la-salud-en-las-farc-ep>
- Hernández, J. G., Herrera, L., & Martínez, R. (2011). *Seminario: Generación de teoría fundamentada*. Universidad del Zulia, Doctorado en Ciencias Humanas. Puerto Ordaz: Facultad de Humanidades y educación.
- Hernandez, M. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad. Saúde Pública*, 991-1001.
- Isacson, A. (2012). *Consolidating “Consolidation” Colombia’s “security and development” zones await a civilian handoff, while Washington backs away from the concept*. Washington Office in Latin America. Washington: WOLA.
- Isacson, A. (2013). *Consolidar “Consolidación”: Se tambalea el plan de Colombia para gobernar los territorios abandonados*. Bogotá: Wola .
- Isacson, A., & Poe, A. (2009). *After Plan Colombia Evaluating “Integrated Action,” the next phase of U.S. assistance*. Washington: Center for International Policy.
- Jaramillo, R. (2005). Origen y destino de la Teoría Crítica de la sociedad. *Revista Internacional de Filosofía Política*, 10.
- Jonnalagadda, R., & Rubenstein, L. (2012). *Health in Postconflict and Fragile States*. Washington: the United States Institute of Peace.
- Kohan, N. (2013). *Nuestro Marx*. Buenos Aires: La Oveja Roja.
- Kruk, M., Freedman, L., Anglin, G., & Waldman, R. (2010). Rebuilding health systems to improve health and promote statebuilding in post-conflict countries: A theoretical framework and research agenda. *Social Science & Medicine*, 89–97.
- Laverde, J. D. (15 de Abril de 2015). Condenados por la yidispolítica. *El Espectador*, pág. 1.
- Lenin, V. I. (1906). *La guerra de guerrillas*. Proletari.
- Martinez, A. (12 de Junio de 2107). *La grandeza del Mono Jojoy*. Obtenido de Las 2 orillas : <https://www.las2orillas.co/la-grandeza-del-mono-jojoy/>
- Martínez, S. (19 de Mayo de 2016). “Queremos que el Ejército funcione como una orquesta sinfónica”: general Alberto Mejía. *El Espectador*, pág. 1. Obtenido de <http://www.elespectador.com/noticias/judicial/queremos-el-ejercito-funcione-una-orquesta-sinfonica-ge-articulo-633095>
- Marulanda, M. (2015). *Cuadernos de campaña*. Bogotá: Izquierda Viva.
- Marulanda, M. (2015). Manuel cuenta las experiencias. En J. Arenas, *Diario de la resistencia de Marquetalia* (pág. 59). Bogotá: Ediciones Izquierda Viva.
- Marulanda, V. (1993). Balance de la maniobra entre los estudiantes del 7° curso y FF.EE. . *Octava Conferencia Nacional de la FARC-EP* (pág. 1). Bogotá: FARC-EP.
- Mazo, J. C. (2016). Omega, más que un fin. En F. d. Omega, *Posconflicto una oportunidad para el desarrollo* (págs. 39-59). Bogotá: Editorial Planeta Colombia.
- Medina, C. (2009). *FARC-EP Notas para una Historia política 1958-2006*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

- Mejía, D., Uribe, M. J., & Ibáñez, A. M. (2013). *Una evaluación del Plan de Consolidación Integral de la Macarena PCIM*. Bogotá: Ediciones Uniandes.
- Mindefensa. (2002). *Manual de Acción Integral*. Bogotá: Imprenta y Publicaciones de las Fuerzas Militares.
- Mindefensa. (2009). *Plan Integral de Consolidación de la Macarena PCIM Concepto y avances*. Bogotá: Centro de Coordinación de Acción Integral.
- Minsalud, P. (2012). *PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA PDSP, 2012-2012*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Molano, A. (1989). Aproximación al proceso de colonización de la región Del Ariari-Güejar-Guayabero. En A. Mockus, F. Cubides, & H. González, *La Macarena reserva biológica de la humanidad territorio de conflictos* (págs. 281-304). Bogotá: Centro Editorial, U. N.
- Molano, A. (2015). *Fragmentos de la historia del conflicto armado (1920-2010)*. Habana: Comisión Histórica del Conflicto y sus Víctimas.
- Molano, A. (22 de Octubre de 2016). Médicos y guerrilleros. *El Espectador*, pág. 1. Obtenido de <http://colombia2020.elespectador.com/pais/medicos-y-guerrilleros>
- Moncayo, V. (2015). *Hacia la verdad del conflicto insurgencia guerrillera y orden social vigente*. Bogotá: Espacio Critico.
- Morales, C. (2010). Mujer en la reubicación de la contienda política (2002-2006): De la penalización de las conductas sexuales a la despenalización del aborto . En C. Morales, & M. Ospina (Ed.), *Jovenes, sexualidad y políticas. Salud sexual y reproductiva (1992-2005)* (págs. 236-240). Bogotá: Digiprint.
- Morice, A., & Robles, A. (19 de Octubre de 2011). *Impact of long term policies based on social determinants of health: The Costa Rican experience*. Obtenido de http://www.who.int/sdhconference/resources/draft_background_paper27_costa_rica.pdf
- Muñoz, D. (2014). Gubernamentalidad bélica: potencias de un concepto localizado para pensar las guerras contemporáneas. *Revista Nomadas*, 203-219.
- Muñoz, D. (2015). Pensar la guerra en Colombia más allá de la tanatoplítica. *Athenea Digital*, 61-80. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1591>
- Naciones Unidas Derechos Humanos. (Septiembre de 2012). *Lista de normas consuetudinarias del Derecho Internacional Humanitario*. Obtenido de Protocolo Adicional a los convenios de Ginebra.
- Navarro, V. (2009). Repercusiones sociales de la crisis global. *Salud 2000 Política Sanitaria*, 8-20.
- Nozick, R. (1988). *Anarquía, Estado y Utopía*. Mexico: Fondo de Cultura Económica.
- OMS. Organización Mundial de la Salud . (Octubre de 2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Oquist, P. (1978). *Violencia, conflicto y política en Colombia*. Bogotá: Biblioteca Banco Popular .
- Organización de Naciones Unidas . (10 de Diciembre de 1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos* . Obtenido de http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

- Organización de Naciones Unidas. (16 de Diciembre de 1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Obtenido de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- Orjuela, J. (8 de Enero de 2017). *Género, feminismo y salud sexual y reproductiva de las guerrilleras de las Farc-Ep*. Obtenido de Agencia Prensa Rural : <http://prensarural.org/spip/spip.php?article20785>
- Paris, M. D. (2001). Weber: racionalidad y política. En G. Ávalos, & M. D. París, *Política y Estado en el pensamiento moderno* (págs. 223-242). Ciudad de Mexico: Universidad Autonoma Metropolitana de Xochimilco.
- Percy, C. C. (2009). Teoría de conflictos de Johan Galtung . *Revista Paz y Conflictos*, 69-81.
- Perry, C. (1998). A Structured Approach for Presenting Theses. *Australasian Marketing Journal*, 63-85.
- Pizarro, E. (2006). Las FARC-EP: ¿repliegue estratégico debilitamiento o punto de inflexión? En I. d. IEPRI, *Nuestra guerra sin nombre. Transformaciones del conflicto en Colombia* (págs. 187-191). Bogotá: Grupo Editorial Norma.
- PNUD. (2003). *Informe Nacional de Desarrollo Humano Colombia*. Bogotá: PNUD.
- Presidencia de la República-Ministerio de Defensa Nacional. (2003). *Política de Defensa y Seguridad Democrática*. Bogotá: Presidencia de la República.
- RCN Radio. (7 de Septiembre de 2015). *Capturan en Bogotá a dos guerrilleros que almacenaban medicamentos*. Obtenido de RCN Radio: <http://www.rcnradio.com/locales/bogota/capturan-en-bogota-a-dos-guerrilleros-que-almacenaban-medicamentos/>
- Rubenstein, L. (2011). Post-conflict health reconstruction:search for a policy. *Overseas Development Institute*, 680-700.
- Russbach, R. (1999). Conflicto armado, prevención y salud pública. *Revista Internacional de la Cruz Roja*. Obtenido de <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/misc/5tdn84.htm>
- Salmón, E. (2004). *Introducción al derecho internaciona humanitario*. Pontificia Universidad Catolica del Peru , Instituto de democracia y derechos humanos. Lima: Cruz Roja Internacional.
- Sepúlveda, A. (2015). La acción integral en la guerra moderna. *Revista Ejército*, 6-11.
- Sousa Santos, B. (2011). Epistemologías del Sur. *Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social* , 17-39.
- Urrego, D. (2005). Conflicto armado en Colombia y misión médica: narrativas médicas. *Revista Facultad de Medicina*, 377-388.
- Urrego, D. Z. (2015). Conflicto armado en Colombia y misión médica: narrativas médicas como memorias de supervivencia. *Revista Faculta de Medicina Universidad Nacional de Colombia*, 377-388.
- Urrego, Z., & Escobar, F. (2015). Investigación en salud para la paz de Colombia: ¿estudiar la noviolencia o la violencia? *Revista Facultad de Medicina, Universidad Nacional*, 351-353.
- Valencia, A. (2011). *Acción Integral* . Obtenido de Doctrina : <http://accionintegralconjunta.blogspot.com.co/p/doctrina.html>

- Vargas, V. (2014). Racionalidad en la prestación de los servicios de salud. Algunas reflexiones . *Revista Económicas CUC*, 123-133.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigacion cualitativa*. Barcelona: Gedisa S.A.
- Vega, R. (2000). ¿Más de los mismo o cambio de discurso? . *Ponencia para el comité tematico de la mesas de dialogo de San Vivente del Cagúan* (págs. 1-10). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Vega, R. (2001). Evaluación de políticas de salud en relación con justicia social. *Revista de Salud Pública*, 97-126.
- Vega, R. (2010). *Los economista neoliberales: nuevos criminales de guerra*. Bogotá: Alejandría Libros.
- Vega, R. (2012). Colombia y geopolitica hoy. *Revista el Agora USB*, 367-402.
- Vega, R., & Jara, M. I. (2002). Década de los noventa: discurso de la focalización de subsidios en salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 89-112.
- Vengoechea, A. (2 de Abril de 2012). *Un GPS oculto en sus botas delató al «Mono Jojoy»*. Obtenido de ABC.es : <http://www.abc.es/20100924/internacional/botas-monojoy-201009241553.html>
- Wiist, W., Barker, K., & Arya, N. (2014). The Role of Public Health in the Prevention of War: rationale and Competencies. *American Journal of Public Health*, 34-47.
- Wiist, W., Barker, K., Arya, N., & Rohde, J. (2014). The Role of Public Health in the Prevention of War: Rationale and Competencies. *American Journal of Public Health*, 34-47.
- Xarles, G. (2014). *Conflicto y construcción de paz en América Latina* (Segunda ed.). Panama: Copyright © UNDP .
- Zubiria, s. (2015). *Dimensiones políticas y culturales en el conflicto*. Bogotá: Comisión Histórica del Conflicto y sus Víctimas.

ANEXO 2

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES (Licencia de uso)

Bogotá, D.C., _9 de febrero de 2018__

Señores
Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J.
Pontificia Universidad Javeriana
Cuidad

Los suscritos:

_____ **Julián Alfonso Orjuela Benavides** _____, con C.C. No 10575579544
 _____, con C.C. No _____
 _____, con C.C. No _____

En mi (nuestra) calidad de autor (es) exclusivo (s) de la obra titulada:
**LA SALUD PÚBLICA EN EL TRANSITO DE LA GUERRA A LA CONSTRUCCIÓN DE LA PAZ EN EL
 MUNICIPIO DE LA MACARENA**

_____ (por favor señale con una “x” las opciones que apliquen)

Tesis doctoral Trabajo de grado Premio o distinción: Si No
 cual: Mención de honor

presentado y aprobado en el año 2018, por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Pontificia Universidad Javeriana para que, en desarrollo de la presente licencia de uso parcial, pueda ejercer sobre mi (nuestra) obra las atribuciones que se indican a continuación, teniendo en cuenta que en cualquier caso, la finalidad perseguida será facilitar, difundir y promover el aprendizaje, la enseñanza y la investigación.

En consecuencia, las atribuciones de usos temporales y parciales que por virtud de la presente licencia se autorizan a la Pontificia Universidad Javeriana, a los usuarios de la Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J., así como a los usuarios de las redes, bases de datos y demás sitios web con los que la Universidad tenga perfeccionado un convenio, son:

AUTORIZO (AUTORIZAMOS)	SI	NO
1. La conservación de los ejemplares necesarios en la sala de tesis y trabajos de grado de la Biblioteca.	X	
2. La consulta física (sólo en las instalaciones de la Biblioteca)	X	
3. La consulta electrónica - on line (a través del catálogo Biblos y el Repositorio Institucional)	X	
4. La reproducción por cualquier formato conocido o por conocer	X	
5. La comunicación pública por cualquier procedimiento o medio físico o electrónico, así como su puesta a disposición en Internet	X	
6. La inclusión en bases de datos y en sitios web sean éstos onerosos o gratuitos, existiendo con ellos previo convenio perfeccionado con la Pontificia Universidad Javeriana para efectos de satisfacer los fines previstos. En este evento, tales sitios y sus usuarios tendrán las mismas facultades que las aquí concedidas con las mismas limitaciones y condiciones	X	

De acuerdo con la naturaleza del uso concedido, la presente licencia parcial se otorga a título gratuito por el máximo tiempo legal colombiano, con el propósito de que en dicho lapso mi (nuestra) obra sea explotada en las condiciones aquí estipuladas y para los fines indicados, respetando siempre la titularidad de los derechos patrimoniales y morales correspondientes, de

acuerdo con los usos honrados, de manera proporcional y justificada a la finalidad perseguida, sin ánimo de lucro ni de comercialización.

De manera complementaria, garantizo (garantizamos) en mi (nuestra) calidad de estudiante (s) y por ende autor (es) exclusivo (s), que la Tesis o Trabajo de Grado en cuestión, es producto de mi (nuestra) plena autoría, de mi (nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi (nuestra) creación original particular y, por tanto, soy (somos) el (los) único (s) titular (es) de la misma. Además, aseguro (aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos de la Tesis o Trabajo de Grado es de mí (nuestro) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Pontificia Universidad Javeriana por tales aspectos.

Sin perjuicio de los usos y atribuciones otorgadas en virtud de este documento, continuaré (continuaremos) conservando los correspondientes derechos patrimoniales sin modificación o restricción alguna, puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación de los derechos patrimoniales derivados del régimen del Derecho de Autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, “*Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores*”, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables. En consecuencia, la Pontificia Universidad Javeriana está en la obligación de RESPETARLOS Y HACERLOS RESPETAR, para lo cual tomará las medidas correspondientes para garantizar su observancia.

NOTA: Información Confidencial:

Esta Tesis o Trabajo de Grado contiene información privilegiada, estratégica, secreta, confidencial y demás similar, o hace parte de una investigación que se adelanta y cuyos resultados finales no se han publicado. Si No

En caso afirmativo expresamente indicaré (indicaremos), en carta adjunta, tal situación con el fin de que se mantenga la restricción de acceso.

NOMBRE COMPLETO	No. del documento de identidad	FIRMA

FACULTAD: INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

PROGRAMA ACADÉMICO: MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

ANEXO 3
BIBLIOTECA ALFONSO BORRERO CABAL, S.J.
DESCRIPCIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO
FORMULARIO

TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS DOCTORAL O TRABAJO DE GRADO						
LA SALUD PÚBLICA EN EL TRANSITO DE LA GUERRA A LA CONSTRUCCIÓN DE LA PAZ EN EL MUNICIPIO DE LA MACARENA						
SUBTÍTULO, SI LO TIENE						
AUTOR O AUTORES						
Apellidos Completos			Nombres Completos			
ORJUELA BENAVIDES			JULIÁN ALFONSO			
DIRECTOR (ES) TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO						
Apellidos Completos			Nombres Completos			
ROMAN RAFAEL			VEGA ROMERO			
FACULTAD						
INSTITUO DE SALUD PÚBLICA						
PROGRAMA ACADÉMICO						
Tipo de programa (seleccione con "x")						
Pregrado	Especialización	Maestría	Doctorado			
		X				
Nombre del programa académico						
MAESTRÍA SALUD PÚBLICA						
Nombres y apellidos del director del programa académico						
Roman Rafael Vega Romero						
TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:						
MAGISTER SALUD PÚBLICA						
PREMIO O DISTINCIÓN (En caso de ser LAUREADAS o tener una mención especial):						
MENCIÓN HONOR						
CIUDAD		AÑO DE PRESENTACIÓN DE LA TESIS O DEL TRABAJO DE GRADO			NÚMERO DE PÁGINAS	
Bogotá		2018			117	
TIPO DE ILUSTRACIONES (seleccione con "x")						
Dibujos	Pinturas	Tablas, gráficos y diagramas	Planos	Mapas	Fotografías	Partituras
SOFTWARE REQUERIDO O ESPECIALIZADO PARA LA LECTURA DEL DOCUMENTO						
<p>Nota: En caso de que el software (programa especializado requerido) no se encuentre licenciado por la Universidad a través de la Biblioteca (previa consulta al estudiante), el texto de la Tesis o Trabajo de Grado quedará solamente en formato PDF.</p>						
MATERIAL ACOMPAÑANTE						
TIPO	DURACIÓN (minutos)	CANTIDAD	FORMATO			
			CD	DVD	Otro ¿Cuál?	
Vídeo						

Audio					
Multimedia					
Producción electrónica					
Otro Cuál?					
DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVE EN ESPAÑOL E INGLÉS					
Son los términos que definen los temas que identifican el contenido. <i>(En caso de duda para designar estos descriptores, se recomienda consultar con la Sección de Desarrollo de Colecciones de la Biblioteca Alfonso Borrero Cabal S.J en el correo biblioteca@javeriana.edu.co, donde se les orientará).</i>					
ESPAÑOL			INGLÉS		
Conflicto armado			Armed conflict		
Colombia			Colombia		
Salud Pública			Public health		
Guerra			War		
Racionalidades			Rationalities		
RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS (Máximo 250 palabras - 1530 caracteres)					
<p>Esta investigación comprende el sentido de las racionalidades y prácticas de la salud pública en los planes y acciones de guerra en el municipio de la Macarena, desde el 2007 al 2016 y aborda las posibilidades de transformación en la construcción de paz desde los territorios. El marco conceptual en el que se aborda el problema de investigación es la teoría crítica y las epistemologías del sur, haciendo un esfuerzo por reconocer los conocimientos y saberes construidos en el desarrollo del conflicto social y armado. El diseño metodológico es un estudio de caso, que se configura a partir del programa de investigación de Michel Foucault permitiendo rastrear y debelar las racionalidades y prácticas de las Fuerzas Militares Colombianas y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia-Ejército del Pueblo, el cual se desarrolló en seis fases: la primera, recolección de la información y trabajo de campo en el que se realizaron entrevistas a: 8 excombatientes de la FARC-EP, 4 oficiales FFMM con experticia en acción integral, 4 líderes sociales, 2 funcionarios del Estado; segunda, estructuración y organización de los datos; tercera, codificación de los datos; cuarta, Conceptualización y explicación del problema; quinta, Socialización y ajuste de los resultados y por último elaboración de informe final. Se realiza la presentación de resultados en dos partes, uno que contiene el desarrollo histórico de los actores en el territorio y el otro frente a la violación del derecho a la salud en el conflicto. Finalmente se realiza un aparte de síntesis de racionalidades y prácticas, recomendaciones y conclusiones.</p> <p>This research includes the meaning of the rationalities and practices of public health in the plans and actions of war in the municipality of La Macarena, from 2007 to 2016 and addresses the possibilities of transformation in the construction of peace from the territories. The conceptual framework in which the research problem is addressed is the critical theory and the southern epistemologies, making an effort to recognize the knowledge and knowledge constructed in the development of social and armed conflict. The methodological design is a case study, which is configured from the research program of Michel Foucault allowing to track and debit the rationalities and practices of the Colombian Military Forces and the Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia Ejército del Pueblo, which was developed in six phases: the first, gathering information and fieldwork in which interviews were conducted with: 8 ex-combatants of the FARC-EP, 4 FFMM officers with expertise in comprehensive action, 4 social leaders, 2 State officials; second, structuring and organizing the data; third, coding of the data; fourth, Conceptualization and explanation of the problem; fifth, Socialization and adjustment of the results and finally elaboration of the final report. The results are presented in two parts, one that contains the historical development of the actors in the territory and the other against the violation of the right to health in the conflict. Finally, an aside is made of synthesis of rationalities and practices, recommendations and conclusions.</p>					

