



## Curando heridas del conflicto: la atención en salud de las FARC-EP

Dilia Consuelo Fuertes Chaparro<sup>a</sup>

### Como citar este artículo:

Fuertes Chaparro, D. C. Curando heridas del conflicto: la atención en salud de las FARC-EP. Eirene Estudios De Paz Y Conflictos. Recuperado a partir de <https://estudiosdepazyconflictos.com/index.php/eirene/article/view/300>

### Recibido:

11 de noviembre de 2024

### Aprobado:

26 de febrero de 2025

<sup>a</sup>ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-3619-136Xb>

Observatorio de Paz y Conflicto Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C., Colombia.

Médica de la Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Acción Sin Daño y Construcción de Paz de la misma universidad; en Métodos y Técnicas de Investigación Social de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO); y en Gobierno, Gerencia y Asuntos Públicos de la Universidad Externado de Colombia. Máster en Salud Pública de la Universidad Santo Tomás (Colombia). Cuenta con experiencia investigativa en temas relacionados con la construcción de paz, la salud rural y el conflicto armado. Es investigadora del proyecto Peace and Gender Inequality: Lessons from the Colombian Peace Agreement of 2016. Correo electrónico: [diliaconsuelofuertes@gmail.com](mailto:diliaconsuelofuertes@gmail.com)

## **CURANDO HERIDAS DEL CONFLICTO: LA ATENCIÓN EN SALUD DE LAS FARC-EP**

### **Resumen**

**Objetivo:** Comprender la configuración de la atención de salud en las FARC-EP durante el conflicto armado, antes de la firma del Acuerdo Final, analizando principios organizativos, estrategias, atención en escasez y dinámica interna de la organización insurgente.

**Métodos:** Se realizó un estudio cualitativo desde una perspectiva etnográfica interpretativa, que incluyó cinco entrevistas a profundidad y una entrevista grupal con nueve participantes. El análisis de datos se llevó a cabo mediante codificación abierta y axial, utilizando el programa Excel® para organizar y sistematizar la información obtenida.

**Resultados:** La atención en salud en las FARC-EP se configuró como un modelo autogestionado que integró el cuidado colectivo, la educación popular y el uso de tecnologías adaptadas a contextos de escasez. La salud fue concebida como un proceso comunitario y solidario, trascendiendo la ausencia de enfermedad para convertirse en una práctica de construcción de bienestar para fortalecer las prácticas militares. La formación en salud fortaleció la autonomía de sus miembros y permitió suplir la ausencia estatal en territorios marginados, garantizando la atención en condiciones adversas mediante el conocimiento compartido y la organización colectiva.

**Discusión:** En el contexto del conflicto armado, la atención en salud en las FARC-EP se configuró como un modelo adaptativo influenciado por dinámicas sociohistóricas. Este sistema integró los procesos biológicos dentro de una organización social y comunitaria, destacando el papel de la autogestión y los saberes populares. Así, se resalta la importancia de prácticas de salud alternativas en territorios marginados y en contextos de emergencia, reafirmando su función como una estrategia de resistencia colectiva.

**Palabras clave:** salud, conflicto armado, FARC-EP, medicina de guerra.

## **HEALING WOUNDS OF THE CONFLICTO: HEALTH CARE FOR FARC-EP**

### **Abstract**

**Objective:** To understand the configuration of health care within the FARC-EP during the armed conflict, prior to the signing of the Final Peace Agreement, analyzing organizational principles, strategies, healthcare in scarcity, and internal dynamics of the insurgent organization.

**Methods:** A qualitative study was conducted using an interpretive ethnographic approach, including five in-depth individual interviews and one group interview with nine participants. Data analysis was carried out through open and axial coding, using Excel® to organize and systematize the collected information.

Results: Healthcare within the FARC-EP was structured as a self-managed model that integrated collective care, popular education, and the use of technologies adapted to resource-scarce contexts. Health was conceived as a community-based and solidarity-driven process, transcending the mere absence of disease to become a practice of well-being construction aimed at strengthening military practices. Health training enhanced the autonomy of its members and helped compensate for the absence of state services in marginalized areas, ensuring medical care in adverse conditions through shared knowledge and collective organization.

Discussion: Healthcare within the FARC-EP was structured as a self-managed model that integrated

collective care, popular education, and the use of technologies adapted to resource-scarce contexts. Health was conceived as a community-based and solidarity-driven process, transcending the mere absence of disease to become a practice of well-being construction aimed at strengthening military practices. Health training enhanced the autonomy of its members and helped compensate for the absence of state services in marginalized areas, ensuring medical care in adverse conditions through shared knowledge and collective organization.

**Keywords:** health, armed conflict, FARC-EP, war medicine.

## 1. INTRODUCCIÓN

Los actores del conflicto armado han vivido experiencias muy particulares para atender sus propias necesidades en salud. De acuerdo con el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), las circunstancias para el trabajo en salud durante el conflicto son muy diferentes a las que se presentan durante los tiempos de paz (Giannou & Baldan, 2011).

En situaciones de hostilidad, la prioridad del personal sanitario es proporcionar la mejor atención posible, adaptándose a las realidades de la confrontación armada, lo que a menudo dista de lo descrito en la literatura médica académica. En ese contexto, el personal sanitario se ve obligado a laborar en un ambiente con claras limitaciones técnicas y a menudo debe ingeniárselas para trabajar con lo que tiene a la mano y muchas veces, a salirse de los parámetros de la práctica médica convencional (Giannou & Baldan, 2011).

Al realizar una revisión bibliográfica en la cual se relacionen la salud, las luchas de liberación nacional y el conflicto armado, se encuentra que las producciones son escasas. A nivel internacional, se destaca el caso de Cuba y su aporte a los movimientos revolucionarios de liberación en países como Guinea Bissau, Angola, Vietnam y Argelia. A estos países Cuba envió médicos internacionalistas y las producciones recogen experiencias sobre salud preventiva, antibioticoterapia y aptitud para la respuesta rápida. Su experiencia con quemaduras permitió diseñar una nueva clasificación de quemados, denominada “Clasificación cubana de pronóstico” (Rojas, 2016).

Durante los conflictos en Sudáfrica y El Salvador, los grupos armados irregulares desarrollaron estrategias médicas adaptadas a condiciones de extrema precariedad y peligro. En Sudáfrica, el Congreso Nacional Africano (ANC) organizó redes clandestinas para atender heridas de guerra y prevenir enfermedades en las comunidades afectadas por el conflicto antiapartheid (Marks & Andersson, 1992). En El Salvador, el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN) estableció hospitales de campaña y capacitó a combatientes y miembros de la comunidad en primeros auxilios, debido a la necesidad de una respuesta ágil en áreas de difícil acceso durante la guerra civil (Binford, 1996).

En Nicaragua, el Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN) enfrentó la falta de recursos en su lucha contra la dictadura de Somoza y, más adelante, en el conflicto con los contras, mediante la formación acelerada de personal y la implementación de campañas de vacunación y educación en salud en áreas rurales (Scrimshaw, 1980). En todos estos casos, la medicina de guerra no solo respondió a necesidades inmediatas de supervivencia, sino que también fortaleció la resiliencia comunitaria y contribuyó a la organización y educación en salud pública en medio de la hostilidad.

Los ejemplos internacionales muestran cómo los grupos insurgentes han desarrollado modelos de atención en salud adaptados al conflicto, combinando medicina convencional, autogestión y uso de recursos locales. De manera similar, las FARC-EP implementaron un sistema basado en la medicina de guerra, la formación acelerada de personal y el apoyo a comunidades rurales. Esto evidencia un patrón común en el que la salud se convierte en una estrategia de resistencia y cohesión social en contextos de guerra.

A partir del Acuerdo de Paz, firmado entre el Gobierno Nacional y las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia Ejército del Pueblo (FARC-EP) (2016), se hizo posible visibilizar algunos aspectos de dicha organización insurgente. Siguiendo los resultados del primer censo socioeconómico de las FARC-EP, su estructura tenía una gran base campesina (66% rural, 15% urbano-rural, 19% urbano), el 90% de sus integrantes sabían leer y escribir, y sus experiencias se asociaban a un “saber hacer”, que, en su gran mayoría, no estaba respaldado por una educación formal (Universidad Nacional, 2017).

Dentro de las FARC-EP se configuró una importante experiencia en enfermería y en medicina de guerra. Según Molano, a partir del recrudecimiento de la confrontación y la agudización de la guerra de guerrillas, las FARC-EP logró consolidar una estrategia de hospitales móviles, con su propia escuela de formación en salud (Molano, 2016). Brunner registra que las FARC-EP enfrentaron enfermedades hostiles de la selva, como la leishmaniosis y el paludismo, con buenos resultados. Ante ello, utilizaron no sólo los tratamientos convencionales, sino también, se valieron de remedios naturales como la “hiel de boruga” o la corteza de quina (Brunner & Grande, 2017).

Adicionalmente, Ángel G. reseña que el personal sanitario de las FARC-EP realizaba laparotomías, corrección de hernias, colocaban material de osteosíntesis en caso de fracturas y aplicaban nociones de medicina preventiva en la vida dentro de los campamentos. Así mismo afirma que, con su experiencia en salud, las FARC-EP no sólo suplió las necesidades propias, sino también aquellas de las comunidades aledañas (Ángel, 2018).

Es relevante destacar que los conflictos armados son fenómenos complejos, que implican la destrucción de elementos materiales e inmateriales en los contextos donde ocurren. Sin embargo, históricamente, los conflictos armados también han impulsado el desarrollo de la creatividad y la innovación tanto entre sus actores como en las sociedades en general. Estos avances son innegables en el ámbito de la salud, especialmente en el caso de los Estados legalmente constituidos. En Colombia, los conocimientos y prácticas de salud desarrollados por los grupos armados insurgentes aún permanecen invisibilizados y, posiblemente, en el ámbito de lo ilegal. En este sentido, el presente estudio busca comprender la configuración de la atención en salud al interior de las FARC-EP, en el

contexto de la ruralidad propia del conflicto armado colombiano, antes de la firma del Acuerdo Final.

Este tema de investigación es pertinente en la medida en que permite recuperar experiencias positivas derivadas del conflicto armado, con el fin de aportar soluciones a la compleja situación de la salud en las zonas rurales, así como contribuir a la construcción de paz y a la reconciliación entre los colombianos. Este proceso requiere un ejercicio de memoria para reconstruir hechos individuales y colectivos de los integrantes de las FARC-EP en proceso de reincorporación, quienes tienen experiencias en temas de salud, y así identificar su esencia (Saravia, 2015).

Los hallazgos de esta investigación evidencian que la atención en salud dentro de las FARC-EP fue un proceso dinámico de autoorganización, influenciado por las condiciones del conflicto armado y la ausencia del Estado en las zonas rurales. A lo largo de su evolución, esta estructura sanitaria pasó de un enfoque basado en saberes populares campesinos a una combinación de medicina empírica y conocimientos médicos convencionales, adquiridos con la incorporación de profesionales a la insurgencia. La consolidación de hospitales clandestinos y móviles, la capacitación en primeros auxilios y cirugía, así como la implementación de estrategias preventivas, permitieron no solo la atención de combatientes, sino también la prestación de servicios a comunidades marginadas. Estas prácticas de salud, lejos de ser improvisadas, respondieron a una lógica de resistencia y autogestión, configurándose como una forma de tecnología social adaptada a la guerra y a la precariedad de recursos.

Esta investigación tiene especial énfasis en las experiencias de la atención en salud desarrolladas en el antiguo Bloque Oriental de las FARC-EP, reconocido por sus logros significativos en el ámbito de la salud. En este Bloque se destacaron líderes y profesionales de la salud que promovieron importantes desarrollos en la atención médica interna y desempeñaron un papel crucial en la formación de la mayoría de los “médicos insurgentes”, así como en la implementación de la estrategia de hospitales móviles (Orjuela, 2017) (Radio Canadá Internacional [RCI], 2018). Futuras investigaciones son necesarias para lograr una visión más amplia del fenómeno, no sólo desde la visión de la insurgencia, sino también

desde las comunidades aledañas y actores en los territorios relacionados con este modelo de atención externo al Estado.

El marco teórico de este trabajo se aborda desde la construcción de paz y la transformación de conflictos, una perspectiva que supera la mera gestión o resolución puntual de los conflictos para enfocarse en la reconfiguración de las relaciones sociales, económicas y políticas que los sustentan. Desde este punto de vista, la paz no es un estado final, sino un proceso continuo de cambio que aspira a establecer condiciones de equidad y justicia en la sociedad (Lederach, 1997).

En el ámbito de la salud, esta investigación se apoya en el concepto crítico desarrollado por Edmundo Granda, quien plantea que la salud surge del acto de vivir mismo y no puede reducirse a la mera ausencia de enfermedad. Granda describe la salud como un modo de vida autónomo y solidario, intrínsecamente ligado a la cultura y profundamente dependiente de la interacción entre la naturaleza, la sociedad y el Estado. La salud, entonces, se produce en la vida cotidiana de las poblaciones y no puede depender exclusivamente del poder del Estado o de la ciencia positiva. Como el propio Granda señala: “No es posible confiar únicamente en el poder del Estado y en el poder de la ciencia positiva para alcanzar la salud” (Granda, 2009, p.117). Este enfoque considera a las comunidades como agentes activos en la producción de su salud y bienestar, promoviendo un paradigma en el cual la fuerza esencial para lograr estos objetivos reside en la vida misma de las poblaciones. En este mismo sentido Maturana (1998) nos convoca a reflexionar sobre la vida como una forma de conocer, lo que implica que el conocimiento no es solo una acumulación de información, sino que está intrínsecamente relacionado con las vivencias y la cultura de los individuos y las comunidades. Esta perspectiva permite un enfoque más holístico en la salud, donde se integra la biología, la cultura y la experiencia.

En el análisis de la atención en salud de las FARC-EP emergen con fuerza tres categorías que se entrelazan desarrollado una visión compleja del fenómeno, son ellas el *cuidado colectivo*, la *educación popular* y la *tecnología social*, las cuales aportan una visión integral a la atención en salud como una práctica pedagógica, comunitaria y adaptada a los contextos de limitación y conflicto armado.

Según Silvia Federici (2019), el *cuidado colectivo* se entiende como una práctica social y política que desafía las lógicas individualistas del capitalismo. Federici sostiene que el cuidado debe ser una responsabilidad colectiva que abarca a toda la comunidad, que permite sostener la vida en su sentido más amplio y no de manera exclusiva a ciertos grupos. En el contexto de las FARC-EP, el cuidado colectivo permitió establecer vínculos basados en la solidaridad y en la participación conjunta de sus miembros para dar respuesta a las necesidades en salud, abordando tanto la atención médica como el acompañamiento emocional de manera integrada y autogestionada. Este concepto implica que el cuidado tiene un valor ético y político esencial, que se materializa en prácticas que no solo aseguran la supervivencia, sino que crean comunidad y sentido de pertenencia.

Desde la *educación popular* de Paulo Freire (1970), el aprendizaje se entiende como una herramienta de empoderamiento y transformación social, que permite a las personas adquirir conciencia crítica y cuestionar las relaciones de poder que sostienen la opresión. Freire propone una pedagogía en la que los individuos son sujetos activos, capaces de analizar y transformar su realidad en un proceso dialógico y colaborativo. En las FARC-EP, la educación en salud permitió capacitar a sus miembros en conocimientos de medicina preventiva, primeros auxilios e incluso procedimientos quirúrgicos, actuando como agentes de salud en comunidades donde el Estado Colombiano no garantizaba la oferta.

El concepto de *tecnología* de Fritjof Capra (1982) proporciona una visión sobre el rol de la tecnología no solo como herramienta, sino como un sistema de valores que determina relaciones con el entorno. Capra promueve una comprensión de la tecnología que incluye su impacto ecológico y social, y que resalta la necesidad de su adaptación a las condiciones y recursos específicos de cada comunidad. En las FARC-EP, las limitaciones tecnológicas y el acceso restringido a suministros médicos condujeron a una dependencia en la creatividad, el conocimiento colectivo y el uso sostenible de recursos locales para atender las necesidades de salud.

El análisis de la atención en salud en las FARC-EP se estructurará teniendo en cuenta tres dimensiones clave: el cuidado colectivo, que se evidenciará en la solidaridad y la

autogestión en la atención médica; la educación popular, reflejada en la capacitación interna para la prestación de servicios de salud; y la tecnología social, observada en la adaptación de recursos y conocimientos para enfrentar la escasez. Estas categorías permitirán comprender cómo se configuró un modelo de atención en salud en un contexto de conflicto y exclusión estatal.

El contexto en el cual se desarrolla la investigación corresponde al momento político de implementación del Acuerdo Final de Paz, en el cual, los exintegrantes de las FARC-EP que pertenecieron al Bloque Oriental de las FARC-EP se encuentran desarrollado su proceso de reincorporación, principalmente, en Espacios Territoriales de Capacitación y Reincorporación (ETCR) de Arauca, Meta, Guaviare, Tolima y en territorios urbanos, especialmente en Bogotá D.C.

## **2. MÉTODOS**

El estudio se llevó a cabo desde un enfoque cualitativo, utilizando la etnografía interpretativa como método para la reconstrucción social. Este enfoque genera un vínculo recíproco entre el investigador y los sujetos de estudio, facilitando que la memoria trascienda el texto y se transforme en acción conjunta (Guber, 2011). La etnografía implica observar, clasificar y analizar datos, además de una práctica reflexiva donde el investigador interpreta según su contexto social, temporal e ideológico (Hammersley & Atkinson, 2007). Parafraseando a Guber (2011), la etnografía es una interpretación problematizada del autor sobre un aspecto de la realidad de la acción humana.

La recolección de datos se basó en cinco entrevistas a profundidad semiestructuradas y una entrevista grupal con nueve participantes, diseñadas para captar narrativas detalladas sobre su experiencia en la atención en salud. Las entrevistas abordaron la organización del sistema de salud insurgente y la trayectoria de los participantes antes del Acuerdo de Paz, permitiendo comprender cómo su experiencia influyó en su rol dentro de las FARC-EP.

La muestra estuvo compuesta por diez mujeres y cuatro hombres, con edades entre 33 y 61 años, y un tiempo de permanencia en las FARC-EP que osciló entre 14 y 38 años. De

los participantes, once eran de origen campesino, provenientes de los departamentos de Arauca, Caquetá, Meta y Norte de Santander; y tres eran de origen urbano, provenientes de Bogotá, Barranquilla y Medellín. Durante su tiempo en la insurgencia, dos de los participantes formaron parte del Secretariado de las FARC-EP, siendo uno de ellos el coordinador nacional de salud; seis se desempeñaron como personal de atención básica en salud; cuatro adquirieron habilidades quirúrgicas y realizaron procedimientos complejos; y dos, por su formación en medicina, actuaron como instructores y líderes de hospitales en el contexto de la selva durante el conflicto. Las características sociodemográficas se presentan en la Tabla 1.

Se usó muestreo intencional tipo bola de nieve, priorizando firmantes del Acuerdo de Paz en proceso de reincorporación. Se priorizó a aquellos que tuvieron experiencias en atención en salud dentro de las FARC-EP, ya sea como proveedores, receptores o generadores de políticas en esta área. Además, se seleccionaron participantes que hubieran recibido formación en salud o participado en procedimientos de atención en la insurgencia. Se excluyeron personas sin experiencia en salud dentro de la organización o que no siguieran en el proceso de reincorporación, garantizando la coherencia del estudio. Se dio prioridad a excombatientes del Bloque Oriental, dado que, según el conocimiento previo de la investigadora, en esta estructura se implementaron desarrollos significativos en atención médica, incluyendo la estrategia de hospitales móviles.

La investigación duró 24 meses: cinco de inserción en campo y 19 de trabajo de campo y análisis. Para el análisis de datos, las entrevistas fueron transcritas de manera textual y sometidas a un proceso de codificación abierta y axial. La codificación abierta permitió identificar categorías emergentes (Boeije, 2002), a partir del discurso de los participantes, mientras que la codificación axial permitió establecer relaciones entre las categorías y construir una interpretación estructurada de los hallazgos. El análisis se realizó en Excel®, facilitando la organización, segmentación y sistematización de la información.

Tabla 1  
 Características sociodemográficas de los participantes

Participante	Sexo	Edad (años)	origen	Nivel educativo	Tiempo en las FARC-EP (años)	Tipo de Entrevista
P1	F	34	campesino	Bachillerato incompleto	15	Individual
P2	F	57	campesino	Bachillerato incompleto	34	Individual
P3	M	37	campesino	Bachillerato completo	13	Individual
P4	M	61	urbano	Universitario incompleto	38	Individual y grupal
P5	M	60	campesino	Bachillerato incompleto	38	Individual
P6	F	40	campesino	Bachillerato incompleto	20	Individual y grupal
P7	F	56	campesino	Primaria incompleta	34	Individual
P8	F	39	urbano	Universitario completo	13	Grupal
P10	M	59	urbano	Universitario incompleto	30	Grupal
Participante	Sexo	Edad (años)	origen	Nivel educativo	Tiempo en las FARC-EP (años)	Tipo de Entrevista
P11	F	35	campesino	Primaria completa	16	Grupal
P12	F	38	campesino	Bachillerato incompleto	13	Grupal

---

P13	F	55	campesino	Bachillerato incompleto	32	Grupal
P14	F	33	campesino	Bachillerato incompleto	15	Grupal

---

Nota. La tabla presenta las características sociodemográficas de los participantes en el estudio, incluyendo su sexo (F = femenino, M = masculino), edad, origen (campesino o urbano), nivel educativo alcanzado, tiempo de permanencia en las FARC-EP y el tipo de entrevista realizada (individual o grupal).

### **3. EXPERIENCIAS DE LA ATENCIÓN EN SALUD DESDE LA VOZ INSURGENTE**

A continuación, se describen los hallazgos más destacables, organizados en función de las principales categorías.

#### **3.1 Un enfoque de autogestión en contextos dinámicos**

La atención en salud en las FARC-EP se definió por su contexto social, económico y político, y por la dinámica del conflicto con el Estado colombiano. Este proceso puede dividirse en cuatro momentos clave.

El primer momento inicia con la fundación de las FARC-EP en 1964, en un contexto de resistencia campesina. En esta etapa, la organización brindó atención básica en salud a sus integrantes y la extendió a comunidades rurales aledañas en un entorno hostil. Así lo denota Jacobo Arenas, líder histórico de la insurgencia de las FARC:

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. [...] Y tenemos muy poca medicina ¡Qué importante son las medicinas en los movimientos armados; y qué importante es quien las conozca y maneje bien! (Arenas, 1969, p.46)

El segundo momento se sitúa en la década de 1980, marcado por la represión político-militar del Gobierno de turno, que orientó su estrategia hacia la lucha contra el enemigo interno. En este contexto, las FARC-EP se consolidaron como un partido en armas, estableciendo un estatuto político y un reglamento de régimen disciplinario y funcionamiento interno, lo que permitió una mayor organización en sus estructuras de atención en salud.

[...] podríamos decir que en la dirección del frente ya había una política de salud, en el cuarto frente, era una política que consistía en evitar [...] diríamos [...] los hongos, el paludismo, la leishmaniosis, eh... y los parásitos, eso era como lo central (P. Alape, comunicación personal, 18 de diciembre de 2021).

El tercer momento, en los años noventa, se caracteriza por un crecimiento en el número de integrantes y un proceso de expansión geográfica. Durante este lapso, la organización insurgente alcanzó a tener 80 frentes activos a nivel nacional. Este aumento de presencia territorial trajo consigo una mayor demanda de servicios de salud, lo que impulsó el desarrollo de infraestructuras sanitarias dentro de las áreas de control.

[...] claro había escaramuzas, hasta que vino un día el ataque al secretariado, el bombardeo al campamento de Casa Verde, esto fue en el gobierno de César Gaviria, en 1991. Entonces, ya hubo heridos, [...] en los frentes empezaron a presentarse heridos. Nos dimos cuenta que había que especializar un poco más ya, porque había que enseñar mucha anatomía (M. Jaramillo, comunicación personal 17 de diciembre de 2021)

El cuarto momento se inicia tras los diálogos del Caguán, en el cual las FARC-EP enfrentaron la ofensiva del Estado colombiano con el Plan Colombia (1999-2015) y el Plan Patriota (2003-2006). La insurgencia adoptó estrategias de movilidad, incluyendo el traslado de equipos hospitalarios. La necesidad de continuar con la guerra de guerrillas móviles se convirtió en un mecanismo de resistencia, impactando significativamente la

estructura de atención, la infraestructura hospitalaria y los procesos educativos en el seno de la organización.

[...] después de la zona de despeje viene un operativo muy grande [...] fue el Plan Patriota y lógico nos tocó movilidad total. A volverse nuevamente móvil la guerrilla, la atención a los compañeros, [...] nos teníamos que mover en medio de dificultades, transportar heridos y eso conllevaba dificultades para todo el grupo o equipo de médicos y enfermeros (S. Ramírez, comunicación personal, 30 de diciembre de 2021).

La atención en salud en las FARC-EP fue un proceso complejo y socialmente determinado, en línea con la teoría de Breilh, donde la salud responde a condiciones socioeconómicas e históricas y genera una respuesta colectiva (Breilh, 2014). Desde la teoría de la autopoiesis de Maturana, esta atención puede entenderse como un proceso de autoorganización que mantiene la identidad del grupo mediante la interacción constante con el entorno (Maturana, 1980).

En los cuatro momentos históricos identificados, la organización insurgente desarrolló una infraestructura sanitaria adaptada a sus necesidades. Desde su origen en los 60 con atención básica campesina, pasando por la prevención en los 80, la expansión en los 90 y la movilidad forzada en los 2000, la salud en las FARC-EP se consolidó como resistencia adaptativa. Así, la atención en salud en las FARC-EP no es solo una medida de supervivencia física, sino también una estrategia que refuerza la cohesión y la identidad colectiva en un entorno de conflicto armado.

### **3.2 Entre saberes populares, la gestación del liderazgo y la irrupción del saber médico**

Las FARC-EP surgieron como un grupo armado rural en el cual la salud se convirtió en una necesidad urgente, debido a la limitada cobertura estatal en las zonas rurales más apartadas de Colombia. Al inicio, la atención en salud en las FARC-EP se basó en conocimientos empíricos transmitidos entre generaciones de comunidades campesinas.

Los líderes guerrilleros desempeñaron un papel central en esta práctica, recomendando tratamientos no solo a los combatientes de las FARC-EP, sino también a las comunidades aledañas, quienes a menudo recurrían a ellos en busca de asistencia médica.

Entonces ahí, ese campamento lo llamamos la Caucha, llegaban campesinos que les dolía la cabeza, pero llegaban era a donde Jacobo Arenas y él era el que los formulaba, les decía: “no ala usted tiene tal cosa, vaya donde el enfermero para que le dé tal cosa” y efectivamente ellos llegaban allá [...] y se les daba la medicina a los campesinos (S. Ramírez, comunicación personal, 30 de diciembre de 2021).

En la década de 1980, el clima de represión política en el país llevó a varios militantes de izquierda, entre ellos algunos médicos, a refugiarse en la selva y unirse a las FARC-EP. Su incorporación reconfiguró significativamente la atención en salud, dando un giro hacia el enfoque médico convencional, adaptado a las limitaciones del conflicto armado y la vida en la selva. Cuatro médicos: Eugenio, Mauricio, Lucas y Álvaro, provenientes de las universidades Nacional, de Antioquia, Metropolitana y la UIS respectivamente, asumieron un rol destacado durante esta época. Así, el conocimiento popular empezó a ceder frente a la práctica médica profesional, estableciéndose un modelo de atención que integraba saberes populares con la medicina formal para responder a las condiciones de aislamiento y al contexto adverso del conflicto armado.

[...]me hicieron dos allanamientos en Manizales, y pues no vi otra opción que irme para la guerrilla. [...] yo recuerdo que recién había terminado cirugía. [...]ya en ese tiempo había compañeros de semestres más adelante de medicina que también iban a visitar la guerrilla, [...] cuando entrábamos al campamento de la guerrilla encontrábamos un médico siempre (M. Jaramillo, comunicación personal 17 de diciembre de 2021).

La adquisición irregular de insumos médicos y la escasez de recursos fueron desafíos constantes. En respuesta, los saberes populares continuaron vigentes como un recurso

complementario, especialmente en el tratamiento de enfermedades frecuentes como la leishmaniasis y el paludismo, que afectaban tanto a insurgentes como a pobladores rurales.

A mí me dio una leishmaniosis, me brotó en tres partes, [...] yo estaba en organización de masas, y bueno no tenía [...] radios de comunicación y no tenían el glucantime, y me curé [...] con los emplastos que me dieron unos campesinos. Era una hierbita que le llamaban maruchenga, la tostaban y la molían, cogían el tabaco y lo molían, o el ambil el tabaco, y hiel de guagua, revolvían eso [...] y le ponían a uno ese emplaste (P. Alape, comunicación personal, 18 de diciembre de 2021).

Para las FARC-EP, la salud era clave para fortalecer el vínculo con la comunidad rural, convirtiéndose en una estrategia de “trabajo de masas” basada en la colaboración y confianza. La organización insurgente organizaba brigadas de salud, distribuía medicamentos y respondía a las necesidades de salud de la comunidad cuando esta lo requería, generando relaciones de confianza en territorios con escasa o nula presencia estatal. Un excombatiente recuerda:

[...] decíamos que iba a haber una jornada de salud, y todo el mundo acudía, porque la gente no creía en el Sistema de Salud Colombiano [...], las FARC hacían una brigada de salud en el Diviso y atendían hasta 100 personas, y eran las 10 de la noche, [...] y seguían llegando campesinos, [...] porque además no tenían otra opción, entre otras cosas por el tema de seguridad, [...] había mucha estigmatización y eran tildados como parte de la insurgencia (L. Caribe, comunicación personal, 20 de febrero de 2022).

La atención en salud en las FARC-EP se adaptó a las limitaciones del conflicto y la selva. En sus primeras etapas, esta atención se basaba en conocimientos empíricos compartidos entre la guerrilla y las comunidades campesinas, con líderes que extendían su labor a la atención básica de salud tanto para combatientes como para pobladores rurales, en áreas donde el Estado era casi inexistente.

Con la llegada de médicos militantes en la década de 1980, este sistema evolucionó hacia un enfoque más medicalizado, integrando técnicas convencionales y conocimientos locales. Esta integración permitió enfrentar los desafíos de salud más comunes en el territorio, adaptándose a condiciones extremas y recursos escasos. La atención en salud dentro de las FARC-EP puede entenderse como una práctica de resistencia y autogestión, cuyo alcance trascendía a las comunidades a través de brigadas de salud. Estas iniciativas no solo respondían a necesidades médicas, sino que también fortalecían lazos de cooperación y legitimidad en territorios históricamente marginados.

### **3.3. Salud insurgente: estructura, estrategias y organización en las FARC-EP**

Durante los años ochenta, a pesar de la represión y las condiciones adversas, los enfrentamientos militares y las heridas de guerra no eran frecuentes en la vida diaria de los insurgentes de las FARC-EP. Esto permitió que el personal de salud permaneciera junto al Secretariado, la instancia de mayor jerarquía dentro de la organización, en el campamento “pueblito”, ubicado en Uribe, Meta. Desde allí se centralizaba la atención de los casos más graves, con enfermos traídos de diferentes regiones para recibir tratamiento. Un exintegrante de las FARC-EP relata: “Digamos que el tratamiento para los heridos en esa época no era tan complicado porque las heridas no eran muy graves, es decir, había combates y todo [...] pero el combate además era muy controlado”. (P. Alape, comunicación personal, 18 de diciembre de 2021).

El equipo médico recopilaba información sobre el estado de salud de los insurgentes en las zonas cercanas, identificando las principales enfermedades que los afectaban. Esta información era esencial para diseñar planes y directrices de que se transmitían a los responsables de salud en otras áreas. A su vez, se desarrollaron procesos de capacitación en competencias básicas, como el manejo de historias clínicas y técnicas de asepsia, mejorando los protocolos de atención y prevención.

Con Eugenio investigamos [...] comenzamos a indagar como era la cosa en el Meta, [...] y cogimos un mapa y ubicamos donde estábamos, donde quedaban

los puntos más nombrados como el Huila, el Tolima y comenzamos a hacer un mapa de dónde estaban las enfermedades (M. Jaramillo, comunicación personal 17 de diciembre de 2021).

La salud se consolidó entonces como un componente estratégico para la resistencia armada, orientado al objetivo de “tomar el poder”. Surgió una estructura sanitaria liderada por un coordinador de salud nacional, con responsables de salud en los Bloques regionales y en los frentes locales. Esta estructura guiaba a los enfermeros en sus tareas cotidianas y en operaciones militares, apoyada por comunicaciones de alta frecuencia (VHF) y mecanismos de supervisión y evaluación a través de asambleas y balances realizados por la base insurgente. Uno de los médicos de las FARC-EP relata una conversación con Jacobo Arenas, líder insurgente.

[...] Jacobo nos dijo que [...] teníamos que ver a Colombia dibujada con frentes en todo el territorio y en toda esa área íbamos a enfrentar una guerra muy dura, donde iban a haber heridos, enfermos y muertos, y nosotros teníamos que vernos en ese escenario, [...] me acuerdo de que yo le dije: Camarada, pero si sólo somos como tres médicos. Jacobo dijo: “No, no, no, no nosotros vamos a crecer mucho, lo importante es que ustedes tengan esa perspectiva” (M. Jaramillo, comunicación personal 17 de diciembre de 2021).

En diciembre de 1990, durante el bombardeo de “Casa Verde,” el personal de salud insurgente enfrentó la atención de heridos en masa, tras una operación de las fuerzas militares en el campamento de Uribe, Meta. Fueron días de intenso bombardeo y atención en condiciones precarias, evidenciando la vulnerabilidad de los insurgentes heridos, muchos de los cuales eran trasladados clandestinamente a las ciudades para recibir atención médica. Esta situación llevó a que, en la Octava Conferencia de las FARC-EP (1993), que estableciera la necesidad de crear hospitales clandestinos en la selva para asegurar la atención de los heridos en un contexto seguro y adaptado al conflicto armado.

[...] empezó a vivirse como un desarrollo nuestro, donde los casos de salud no se atendían afuera en las ciudades, sino adentro. Entonces los médicos nos visitaban, atendían y realizaban los procedimientos en el campamento; pero también teníamos médicos que ingresaron a la guerrilla. En el ataque a Casa Verde teníamos incluso un bunker bajo tierra para atender los heridos, y efectivamente si nos sirvió (S. Ramírez, comunicación personal, 30 de diciembre de 2021).

La atención en salud dentro de las FARC-EP fue configurada como una estrategia para cumplir un fin político en un contexto de guerra. Al margen de la incapacidad del Estado para proporcionar atención médica en zonas rurales, la organización insurgente desarrolló una estructura sanitaria propia, adaptada a las necesidades del conflicto y orientada a la resistencia armada. En este sentido, la salud se convirtió en un componente clave para la cohesión interna, permitiendo la atención de heridos de guerra y la prevención de enfermedades, mientras fortalecía la organización en su lucha política. Esta estructura sanitaria, paralela al sistema estatal, muestra cómo factores sociales, económicos y culturales del conflicto insurgente convirtieron la atención en salud en una herramienta política para la sostenibilidad de la guerrilla en condiciones adversas

### ***3.4 El escenario para la atención: adaptación tecnológica de hospitales clandestinos en la selva y la creación de hospitales móviles.***

A medida que aumentaba la demanda de atención médica, la organización incrementó la inversión en recursos destinados a la construcción de hospitales, así como a la compra de insumos y equipos de dotación hospitalaria. Esto permitió a los insurgentes adquirir habilidades no solo en la atención de la salud, sino también en la edificación de hospitales, conocimientos que posteriormente replicaron en los diferentes bloques y frentes de las FARC-EP.

[...] comenzamos ya, a orientar lo que eran los hospitales clandestinos en el monte, por ejemplo, el que se construyó en el Guaviare, y después se vienen las

grandes campañas. Entonces ya empezamos a hacer escuelas con 100 alumnos y se montaba toda una infraestructura, con instrumental, equipos de cirugía, de rayos X, para las campañas y grandes peleas que hubo, el primer hospital se construyó cerca al billar por la necesidad de curar los heridos de esa pelea (L. Caribe, comunicación personal, 20 de febrero de 2022)

Estos hospitales, primero de madera y luego de materiales más duraderos, recibieron apoyo de médicos que viajaban desde ciudades e incluso otros países como parte de un esfuerzo internacionalista. En estos lugares, se atendieron casos complejos, se realizaron cirugías y se recuperaron cientos de heridos provenientes de intensos enfrentamientos armados y tomas militares. A menudo, los hospitales se construían antes de los combates, anticipando la necesidad de atención médica; esto ocurrió en los enfrentamientos de Billar (5 de marzo de 1998), Miraflores (3 de agosto de 1998), La Uribe (4 de agosto de 1998) y Mitú (1 de noviembre de 1998).

Los hospitales en un momento tuvieron una infraestructura primero en madera y luego construíamos en material, entonces, a partir de la práctica se fueron cualificando personas nuestras, expertas en construcción, igual también capacitamos gente. [...] después llegamos a tener una infraestructura y un material de dotación que algunos puestos de salud de zonas rurales no tenían (L. Caribe, comunicación personal, 20 de febrero de 2022).

Ante el aumento de la ofensiva estatal durante el gobierno del presidente Uribe Vélez, las FARC-EP respondió creando “hospitales móviles” que podían desplazarse a cualquier ubicación en busca de heridos y enfermos. Estos hospitales estaban conformados por personal capacitado en temas de salud, contaban con instrumental médico, medicamentos, insumos y una planta eléctrica para garantizar el suministro de energía cuando fuera necesario. Con estos hospitales móviles, la organización abordó problemas de salud de forma autónoma, desde primeros auxilios hasta cirugías. Así, no solo se atendieron las heridas de guerra, sino también patologías relacionadas con las actividades cotidianas de la vida insurgente, como

hernias inguinales y umbilicales, varices, varicocele y hemorroides, que eran consecuencia del transporte de cargas pesadas.

En medio de la movilidad también iniciamos a construir quirófanos, a conocer qué era un campo estéril, [...] que es asepsia, antisepsia, un lavado de manos, cómo se deben esterilizar el instrumental, las gasas, las compresas [...]. El quirófano y la infraestructura era todo provisional, todo móvil. En la selva existe algo que le llamamos “chuapo”, son unas palmitas que se dejan manipular muy bien, muy dócil, como para arreglarlas en forma de tabla, [...] así armábamos las camillas para hacer las cirugías y otras mesas para colocar materiales [...]. En general las cirugías se realizaban en la mañana y después de medio día nos dedicábamos a esterilizar, lavar pinzas y adecuar todo para el día siguiente (F. Rivas, comunicación personal, 9 de diciembre de 2021).

La atención en salud dentro de las FARC-EP puede entenderse como una forma de tecnología social, un concepto propuesto por Capra (1982), que emerge de la adaptación a un contexto de escasez y conflicto armado. En lugar de seguir los estándares biomédicos, las prácticas de salud fueron impulsadas por la necesidad inmediata de respuesta y por saberes populares que priorizaban la autosuficiencia y la adaptabilidad a las condiciones de la selva. Los hospitales móviles y las cirugías improvisadas muestran cómo la organización insurgente desarrolló soluciones prácticas, convirtiendo la salud en un proceso dinámico y autogestionado. Esta tecnología social no solo responde a una crisis, sino que refuerza la resistencia frente a la falta de acceso a servicios formales y empodera a la comunidad para gestionar su bienestar.

### ***3.5 La tríada que orientó la atención: educación popular, prevención y cuidado colectivo.***

Un aspecto clave en la atención de salud fue prever y resolver problemas específicos, generando respuestas adaptativas ante situaciones difíciles. Desde la perspectiva de sus integrantes, la

atención sanitaria en las FARC-EP se caracterizó por su calidad, permanencia y acceso directo a medicamentos. Esta atención se orientó hacia las necesidades de las personas, generando satisfacción y garantizando los recursos según la situación; el enfoque estaba centrado en el individuo, priorizando el valor esencial de salvar vidas. Como expresó una de los integrantes, “en la vida civil, la salud había que pagarla; no había salud gratuita y no teníamos dónde acudir [...] ingresar a la guerrilla significaba contar con una especie de sistema de salud donde la persona tenía mayor importancia” (S. Ramírez, comunicación personal, 30 de diciembre de 2021).

Las características más destacadas de los integrantes de los equipos de salud fueron sus conocimientos teórico-prácticos, su compromiso y la decisión de actuar en situaciones difíciles. También se valoraban la recursividad, la disciplina, el gusto por la actividad, la voluntad de aprender y la disposición de arriesgar la vida por los demás. En este contexto, las mujeres desempeñaron un papel protagónico, siendo quienes mayormente conformaron los equipos de salud. Su responsabilidad, suavidad y paciencia, junto a las características mencionadas, las hicieron idóneas para esta labor. “La condición de humanidad del enfermero era importante; debían tener un buen comportamiento con los demás, no ser de mal carácter... la dedicación también se consideraba, así como el interés en los cursos” (P. Alape, comunicación personal, 18 de diciembre de 2021).

La formación en salud fue constante en las FARC-EP, con médicos profesionales que se unieron a la insurgencia y de enfermeros guerrilleros que transmitieron sus conocimientos a otras estructuras de la organización. Un gran reto fue encontrar el método pedagógico adecuado para enseñar temas de salud a jóvenes y adultos que no habían accedido a la educación formal, muchos de los cuales apenas sabían leer y escribir. Se destacó la experiencia adquirida en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades tropicales, como la leishmaniasis, el paludismo y el dengue, lo que permitió realizar diagnósticos tempranos y proporcionar tratamientos oportunos, previniendo complicaciones.

[...] nos dimos cuenta de que nuestra gente no es de mucho escribir ni leer, sino que la gente aquí es muy visual y muy auditiva. A nuestra gente que le digan alguna cosa no se le olvida y todo lo que vea no se le borra de la memoria, así la gente se ubicaba en

la selva. Les explicábamos las vertientes de los ríos. Yo le preguntaba ¿quién conoce acá el río Guayabero? Y les preguntaba ¿desde dónde lo conocen? [...] Me decían, el nace acá, pero da como una ramita acá, y yo les decía esa es la anatomía que tenemos que aprender muchachos. Y hay arterias, venas, nervios y otros mecanismos que hay que aprender (M. Jaramillo, comunicación personal 17 de diciembre de 2021).

Las FARC-EP implementaron un enfoque preventivo de la salud, con prácticas disciplinadas bajos las ordenes de la línea de mando. Esto abarcaba parámetros rutinarios para la construcción de los campamentos, como la ubicación de una enfermería, el cuidado extremo del agua para el consumo, la disposición de letrinas en lugares lejanos, así como la creación de espacios para la basura, que debían ser cubiertos continuamente, y el uso de zanjas para evitar la acumulación de agua. La limpieza constante no solo mantenía los campamentos libres de basura, sino que también servía como un mecanismo de seguridad para evitar informar al ejército sobre su ubicación. Se implementaban medidas de higiene en la preparación de alimentos, horarios estrictos para la alimentación y una dieta balanceada, además de charlas sobre higiene personal, educación sexual y salud oral. También se establecieron medidas diarias de protección ante vectores, como el uso de toldillos, botas de caña larga y camisas de manga larga; se administraban antiparasitarios de forma colectiva cada tres meses y se exigía buena presentación personal y actividad física constante.

[...] siempre hubo gran preocupación por la salud, sobre todo por la salud preventiva, de comer bien, de comer saludable [...]. En eso consistía la salud, andar sin parásitos, [...] comer dentro de los horarios establecidos [...], desayuno a las 6:00 o 6:30 am, el almuerzo a las 11:30, la comida a las 5:00 de la tarde, y en la noche tinto a las 7:00 de la noche [...] y ahí si a descansar, a dormir (S. Ramírez, comunicación personal, 30 de diciembre de 2021).

El aumento del conflicto armado, la falta de acceso a atención en ciudades y el desgaste físico obligaron a los equipos de salud a enfrentar problemas médicos complejos. Se organizaron

brigadas de salud en los frentes de las FARC, donde se buscaban condiciones de relativa calma para realizar procedimientos quirúrgicos. Los insurgentes adquirieron habilidades en el manejo de instrumental y técnicas quirúrgicas. Asimismo, aprendieron técnicas de anestesia raquídea y anestesia general.

Ya en la vida civil, [...] tuve la oportunidad de trabajar en un quirófano y ver, de pronto, como al médico le quedaba difícil colocar una raquídea, y uno jugaba, literalmente, haciendo ese procedimiento [...] tuvimos la experiencia de hacer cirugías a 50, 100, 200 personas, [...] pero uno ni forma de decir [...]. Uno veía como la instrumentadora, quizás recién egresada, no sabía bien lo de las pinzas, que pinza alcanzarle al cirujano... y uno pues ya tenía ese conocimiento. Entonces ve uno que sí se aprendió mucho (F. Rivas, comunicación personal, 9 de diciembre de 2021).

Dentro de las FARC-EP se generó una relación médico-paciente no convencional. Esta agrupación insurgente se autodenomina como una familia, con lazos de apoyo y vida colectiva, donde cuidar y proteger al otro es una constante. Así, la atención de salud se ofrecía en un marco de confianza, con la satisfacción de dar lo mejor de sí sin esperar nada a cambio. Los insurgentes identificaron elementos como el afecto, el abrazo, la escucha atenta, el humanismo y la solidaridad como factores que garantizaban el éxito del tratamiento; la atención de salud también representó una oportunidad para expresar cariño y acercarse a las personas. “Lo principal era el amor con que se hacían las cosas, la vocación hacia el trabajo y hacia los compañeros; así la gente aprende, aunque no sepa leer ni escribir” (L. Caribe, comunicación personal, 20 de febrero de 2022). “El mejor pago que existía era ver el rostro de satisfacción y agradecimiento del compañero” (F. Rivas, comunicación personal, 9 de diciembre de 2021).

La atención en salud en las FARC-EP se vincula con la ‘educación popular’ de Freire y el cuidado colectivo de Federici. Freire (2000) señala que la educación debe ser liberadora, promoviendo una conciencia crítica que permita a los sujetos reconocer y transformar su realidad. En este contexto, la atención en salud en las FARC-EP fue más que asistencia médica:

fue un acto de autogestión y crítica hacia las limitaciones del sistema de salud convencional. La formación de “médicos de guerra” y enfermeros sin educación formal refleja esta “conciencia crítica,” ya que permitió a los guerrilleros asumir el control sobre su salud en situaciones adversas, configurando su propio sistema de atención.

Por su parte, Federici (2011) plantea que el cuidado es un acto político y social que fortalece los vínculos comunitarios. La tríada de prevención, pedagogía y cuidado colectivo en las FARC-EP encarna este enfoque, donde el cuidado trasciende la técnica y se convierte en una expresión de solidaridad y afecto. Los abrazos, palabras de aliento y acciones de apoyo constante reforzaban el sentido de comunidad insurgente, entendiendo la salud como un bien colectivo. Este enfoque contrasta con la medicina individualista y resalta la importancia de un entorno solidario para el bienestar, reivindicando los saberes locales como valiosos y legítimos.

#### **4. CONCLUSIONES**

Este análisis responde a un abordaje complejo del conflicto armado, orientado a extraer experiencias positivas de una organización insurgente que, tras librar una guerra de más de 50 años, deja aprendizajes valiosos para la construcción de paz. El estudio revela que la atención en salud en las FARC-EP fue más que un servicio médico; se convirtió en un proceso de organización social, política y cultural. Ante la exclusión estatal y el conflicto armado, la insurgencia desarrolló un sistema propio que, además de atender necesidades físicas, fortaleció la cohesión y la resistencia del grupo en condiciones adversas.

La atención en salud en las FARC-EP, en lugar de seguir los modelos convencionales, se basó en principios de autogestión, educación popular y prácticas adaptativas. Este sistema no solo surgió de la necesidad, sino de una comprensión crítica de la salud como un derecho y una herramienta de resistencia colectiva. Los “saberes de guerra” —técnicas médicas, hospitales móviles y cirugías improvisadas en la selva— reflejan un modelo de autosuficiencia que desafió los paradigmas biomédicos tradicionales. Este enfoque integró aspectos físicos, emocionales y colectivos, donde la confianza y el afecto fortalecieron la relación médico-paciente y el tejido social insurgente.

Este modelo de atención, basado en la educación popular y organización comunitaria, destaca la importancia de valorar las experiencias de salud en zonas marginadas. Más que una respuesta a la enfermedad, la salud se convirtió en una práctica política y social que refleja la identidad de quienes participan en ella. Los “médicos de guerra” y los líderes en salud crearon un sistema donde la medicina se combinaba con la pedagogía y el cuidado colectivo, promoviendo el bienestar individual y grupal. Esta visión es significativa para el desarrollo de políticas de salud en la Colombia del posacuerdo, donde se hace necesario un diálogo entre el sistema formal y las formas populares de atención para responder de manera inclusiva a las necesidades de las comunidades rurales.

Las reformas en salud deberían incluir estos conocimientos locales como un componente clave. Aprovechar los saberes adquiridos en el conflicto ayudaría a construir un sistema más resiliente y adaptado a las necesidades rurales. De este modo, el legado de autogestión en salud en las FARC-EP ofrece una oportunidad para desarrollar modelos de atención que se ajusten a las realidades y necesidades de las poblaciones históricamente excluidas.

En definitiva, la experiencia en salud de las FARC-EP destaca la importancia de comprender la salud como un proceso multidimensional y colectivo, donde la autogestión, la resistencia y la adaptación son fundamentales. La salud en este contexto no es solo la ausencia de enfermedad, sino la creación de espacios de vida digna y cuidado mutuo, valores que son esenciales para la construcción de paz en Colombia.

## TRABAJOS CITADOS

- Ángel, G. (2018). Los médicos que salvaron a miles de guerrilleros. Las 2 Orillas. <https://www.las2orillas.co/los-medicos-que-salvaron-miles-de-guerrilleros/>
- Arenas, J. (1969). Diario de la resistencia de Marquetalia. Editorial Paz y Socialismo. <https://books.google.com.co/books?id=JzREzgEACAAJ>
- Binford, L. (1996). The El Mozote Massacre: Anthropology and Human Rights. Tucson: University of Arizona Press.
- Boeijs, H. (2002). A purposeful approach to the constant comparative method in qualitative research. *Quality & Quantity*, 36(4), 391-409.

- Breilh, J. (2014). Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica. En *Tras las huellas de la determinación: Memorias del Seminario InterUniversitario de Determinación Social de la Salud* (1ra ed.). Colección Coediciones. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/9720/1/Breilh%20J-Epidemiologia%20critica%20y%20salud%20de%20los%20pueblos.pdf>
- Brunner, E., & Grande, R. (2017). Del monte a la sala de operaciones: los médicos de las FARC quieren pasar consulta. *Univisión Noticias*. <https://www.univision.com/noticias/america-latina/del-monte-a-la-sala-de-operaciones-los-medicos-de-las-farc-quieren-pasar-consulta>
- Capra, F. (1982). *The Turning Point: Science, Society, and the Rising Culture*. Simon & Schuster. <https://archive.org/details/fritjof-capra-the-turning-point/page/n3/mode/2up>
- Delegación FARC-EP & Gobierno Nacional. (2016). Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera (pp. 1–6). [https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Fotos2016/12.11\\_1.2016nuevoacuerdofinal.pdf](https://www.cancilleria.gov.co/sites/default/files/Fotos2016/12.11_1.2016nuevoacuerdofinal.pdf)
- Federici, S. (2019). *Re-enchanting the World: Feminism and the Politics of the Commons*. PM Press. [https://library.stationofcommons.org/Silvia%20Federici/ReEnchanting%20the%20World\\_%20Feminism%20and%20the%20Politics%20of%20the%20Commons%20\(9\)/ReEnchanting%20the%20World\\_%20Feminism%20and%20the%20-%20Silvia%20Federici.pdf](https://library.stationofcommons.org/Silvia%20Federici/ReEnchanting%20the%20World_%20Feminism%20and%20the%20Politics%20of%20the%20Commons%20(9)/ReEnchanting%20the%20World_%20Feminism%20and%20the%20-%20Silvia%20Federici.pdf)
- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores. <https://www.servicioskoinonia.org/biblioteca/general/FreirePedagogiadelOprimido.pdf>
- Federación Internacional de la Cruz Roja. (2011). *Cirugía de guerra: Trabajar con recursos limitados en conflictos armados y otras situaciones de violencia* (Vol. 1). Comité Internacional de la Cruz Roja. <https://www.icrc.org/spa/assets/files/other/p0973-spa.pdf>
- Granda Ugalde, E. (2009). *La salud y la vida*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Organización Panamericana de la Salud. <https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/saludyvida.pdf>
- Guber, R. (2001). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. Grupo Editorial Norma. 56-100 p. <https://abacoenred.org/wp-content/uploads/2016/01/etnografi-a-Me-todo-campo-reflexividad.pdf>
- Giannou, C., & Baldan, M. (2011). *Cirugía de guerra: Trabajar con recursos limitados en conflictos armados y otras situaciones de violencia* (Vol. 1). Comité Internacional de la Cruz Roja. <https://www.icrc.org/spa/assets/files/other/p0973-spa.pdf>

- Hammersley, M., & Atkinson, P. (2007). *Ethnography: Principles in Practice*. New York: Routledge. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781315146027/ethnography-martyn-hammersley-paul-atkinson>
- Lederach, J. P. (1997). *Building Peace: Sustainable Reconciliation in Divided Societies*. Washington, DC: United States Institute of Peace Press. [https://www.defence.lk/upload/ebooks/John%20Paul%20Lederach%20%20Building%20Peace\\_%20Sustainable%20Reconciliation%20in%20Divided%20SocietiesUnited%20States%20Institute%20of%20Peace%20\(1998\).pdf](https://www.defence.lk/upload/ebooks/John%20Paul%20Lederach%20%20Building%20Peace_%20Sustainable%20Reconciliation%20in%20Divided%20SocietiesUnited%20States%20Institute%20of%20Peace%20(1998).pdf)
- Marks, S., & Andersson, N. (1992). Issues in the political economy of health in Southern Africa. *Journal of Southern African Studies*.
- Maturana, H. R. (1998). The biology of language: A personal perspective. En *Language, Mind, and Brain: Experiments in the Biological Foundations of Language* (pp. 1-14). New York: Academic Press. <https://sites.evergreen.edu/arunchandra/wp-content/uploads/sites/395/2018/05/BofLanguage.pdf>
- Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1980). *Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company. [https://monoskop.org/images/3/35/Maturana\\_Humberto\\_Varela\\_Francisco\\_Autopoiesis\\_and\\_Cognition\\_The\\_Realization\\_of\\_the\\_Living.pdf](https://monoskop.org/images/3/35/Maturana_Humberto_Varela_Francisco_Autopoiesis_and_Cognition_The_Realization_of_the_Living.pdf)
- Molano, A. (2016). Médicos y guerrilleros. *El Espectador*. <https://colombia2020.elespectador.com/pais/medicos-y-guerrilleros>
- Orjuela, J. (2017). La salud pública en el tránsito de la guerra a la construcción de la paz en el municipio de La Macarena. Pontificia Universidad Javeriana. <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/37928>
- Radio Canadá Internacional (RCI). (2018). Sobre la medicina de guerra de las FARC [Internet]. Recuperado el 30 de septiembre de 2019, de <https://www.rcinet.ca/es/2018/08/24/sobre-la-medicina-de-guerra-de-las-farc/>
- Rojas, F. (2016). Misiones en combate. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(3), 352–360. <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2016.v42n3/352-360/es>
- Saravia, G. (2015). La memoria en Tzvetan Todorov: una cuestión personal, teórica y política. En *Actas I Congreso internacional de la Red española de Filosofía* (Vol. VI, pp. 119–132). Recuperado de <http://redfilosofia.es/congreso/wp-content/uploads/sites/4/2015/06/12.saravia.gregorio@gmail.pdf>
- Universidad Nacional. (2017, July 5). Censo Socioeconómico FARC-EP-Universidad Nacional de Colombia. Fondo Europeo para la Paz. <https://www.fondoeuropeoparalapaz.eu/project/censo-socioeconomico-farc-ep-universidad-nacional-de-colombia/>