

**Las relaciones de poder en la Salud Global: estudio de caso de una mujer  
y su Organización de la Sociedad Civil de mujeres que viven con VIH**

**María Catalina Sánchez-Martínez**

**Trabajo de grado para optar al título en la:  
Maestría en Salud Pública de la Universidad del Rosario**

**Directora: María Cristina Quevedo-Gómez, PhD  
Profesora Principal de Carrera, Universidad del Rosario**

**Bogotá, enero 24 de 2023**

## **Contenido**

Introducción.....	3
Marco teórico.....	11
El campo social de Pierre Bourdieu .....	11
Las relaciones de poder de Michel Foucault.....	12
Antonio Gramsci: la hegemonía y la contrahegemonía .....	14
El género y la perspectiva interseccional .....	15
Bourdieu, Foucault, Gramsci y la teoría de la intersección en la Arquitectura de la Salud Global.....	16
Metodología.....	18
Resultados.....	20
“Ser mujer y con este diagnóstico”: la mirada medicalizada y el inicio de la Organización de la Sociedad Civil (OSC).....	20
La primera resistencia: la búsqueda de la independencia económica .....	24
La segunda resistencia: la independencia organizativa.....	28
La tercera resistencia: la incidencia política y la independencia académica .....	33
La independencia condicionada y la intersección de las dominaciones .....	37
Discusión .....	40
La mirada epidemiológica del riesgo en VIH y la invisibilización de las mujeres.....	40
Las Organizaciones de la Sociedad Civil en la Arquitectura de la Salud Global .....	43
El paradigma de la sostenibilidad en la Salud Global.....	46
Conclusiones.....	49
Bibliografía.....	52

## **Glosario de términos**

- Desigualdad en salud: categoría descriptiva que evidencia diferencias biológicas entre humanos en grupos sociales (ej. sexo, estatura, color de piel).
- Inequidad en salud: categoría analítica que evidencia que en el campo social de la salud hay relaciones de poder que generan injusticia social a razón de las desigualdades (ej. inequidad por clase, raza, género).
- Vulnerabilidad: enfoque que considera que considera las dimensiones individual, comunitaria y programática que al relacionarse genera una susceptibilidad a los individuos y comunidades para tener una enfermedad.

## **Siglas**

- CAC: Cuenta de Alto Costo
- MCP: Mecanismo Coordinador País
- MVVIH: mujer que vive con VIH
- OMNU: organización multilateral de las Naciones Unidas.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- ONG: Organización No Gubernamental
- ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
- OSC: Organización de la Sociedad Civil
- PVVIH: persona que vive con VIH
- TAR: tratamiento antirretroviral

## Introducción<sup>1</sup>

La epidemia del VIH/Sida ha sido, desde los años ochenta, objeto de estudio e intervención en el campo de la salud pública. En el 2021, a nivel global, se estimó que 38.4 millones de personas viven con VIH (PVVIH), de los cuales 1.5 millones son casos nuevos y hubo 650,000 muertes relacionadas con el VIH (1). Según el estudio de carga de la enfermedad (2), en el 2019 se reportó que 20.1 millones de mujeres vivían con VIH, lo que sugiere que la prevalencia en este grupo es mayor que en los hombres. En el mundo, los casos prevalentes han ido en aumento, mientras que los incidentes y las muertes en decrecimiento (2). Esta epidemia ha generado que de manera mundial se aúnen esfuerzos para lidiar con ella.

Desde el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) está vigente la “*Estrategia mundial contra el SIDA 2021-2026. Acabar con las desigualdades. Acabar con el SIDA.*” (3) que, para el 2025, propone la meta de que el 95% de las PVVIH conozcan su estado serológico, el 95% de estas personas reciban tratamiento antirretroviral (TAR) y el 95% de las personas que reciben TAR tengan una carga viral indetectable (95-95-95), luego de que las mismas metas, pero al 90%, no fueran alcanzadas en el 2020. El enfoque principal de esta estrategia está centrado en disminuir las desigualdades sociales, pues con los planes globales que se han realizado hasta el momento, se han mostrado resultados dispares entre comunidades y países (4), relacionados con la inequidad social y la falta de aseguramiento de los derechos humanos (3). Este enfoque surgió a raíz de que el enfoque de riesgo desde el cual estaban planteadas las diferentes estrategias fuera ineficaz para lidiar con la epidemia. Para llegar a la meta de 95-95-95, se necesitará mayor inversión en países de ingresos bajo y medio, así como adoptar estrategias que reconozcan las diferencias entre géneros, pues se ha observado que la dinámica de transmisión hombre a mujer es más común que mujer a hombre (4).

---

<sup>1</sup> Este es un sub-proyecto del proyecto “*Developing capacity for research, innovation and knowledge exchange in HIV between the Colombia and the UK*” de la Universidad del Rosario y el *Center for Global Health and Infection at Brighton & Sussex Medical School*, financiado por el *Association of Physicians of Great Britain and Ireland* en el que María Catalina Sánchez es co-investigadora y María Cristina Quevedo Gómez es investigadora principal.

Se estima que Colombia tiene la cuarta mayor incidencia en América Latina (5) y que, para el 2021, hubo 170.000 PVVIH (1). Según el informe realizado por la Cuenta de Alto Costo<sup>2</sup> (CAC) entre el 2020 y el 2021 hubo 9210 casos nuevos en 74 entidades prestadoras de servicios de salud en el país. De estos casos incidentes, el 91.24% tuvo como mecanismo de transmisión el contacto sexual, del 8.2% no hay conocimiento, el 0.21% fue por transmisión materno-infantil y un 0.20% por uso de agujas o elementos cortopunzantes (6). Igualmente, se reportaron 125.648 PVVIH y que reciben TAR, el 95.46% tuvieron seguimiento y reporte de carga viral, y de estos el 76.62% tuvo una carga viral indetectable (6). Lo cual muestra un adecuado acceso a los servicios de salud una vez se están dentro del sistema de salud colombiano. En contraste, según los datos de ONUSIDA la cascada 90-90-90, en el 2020, era de 68-64-57 en comparación con la cascada global de 84-87-90 (7). Esta diferencia entre los datos reportados por la CAC y los de ONUSIDA obedecen a que la primera entidad recoge la información de las personas que están afiliadas al sistema de salud colombiano, mientras que la segunda entidad hace aproximaciones según las características de la epidemia en el país.

Asimismo, se ha observado que esta epidemia no tiene la misma carga para todas las comunidades, pues hay “un conjunto de personas que, debido a una serie de prácticas específicas y condicionantes estructurales, presentan mayor riesgo de infección por el VIH”, denominadas poblaciones clave (8, p. 28). Estos grupos son hombres gays y hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres transgénero, trabajadores y trabajadoras sexuales, personas privadas de la libertad y consumen de drogas inyectables. En estos grupos poblacionales se ha demostrado mayor prevalencia que en la población general (7) y se ha teorizado, en Colombia, que esta epidemia está ‘concentrada’ en ellas (9). Por esto, las estrategias de prevención (uso y repartición de condones masculinos, testeo rutinario de VIH, implementos seguros para uso de drogas inyectables, educación sexual, etc.) de la epidemia han estado enfocadas a nivel global y nacional en estos grupos.

---

<sup>2</sup> Organismo técnico no gubernamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, creado mediante el Decreto 2699 de 2007 (106).

Centralizar las acciones en las poblaciones clave ha permitido mejorar la salud de estos grupos poblacionales. Sin embargo, en la actualidad, se está observando que poblaciones no claves tienen también vulnerabilidad para adquirir el VIH y morir a causa de ello; en especial este comportamiento se observa en personas jóvenes y en mujeres cisgénero<sup>3</sup> (7).

Con respecto a las mujeres a nivel global, se ha observado que “la dependencia económica, la violencia de pareja y la falta de poder para negociar relaciones sexuales seguras incrementan el riesgo de VIH” (10, p.2), lo que ha llevado a que además de que esta población tenga mayor riesgo de adquirir el virus, que haya menos estrategias de detección, como el testeo de rutina y la educación sexual y reproductiva, dirigidas a ellas y una menor probabilidad de ser atendidas en un tiempo oportuno(10,11). Esta inequidad de género se puede observar en el hecho de que a nivel global las mujeres entre 15 y 24 años presentan tasas de VIH que duplican la prevalencia de hombres en la misma edad (12). Esta cifra se debe a que diferentes órdenes de poder (raza, clase, género, etnicidad, capacidad, edad) se intersectan y generan una desigualdad en el acceso equitativo a los servicios de salud (3,12). Esto se evidencia en que la situación de las mujeres en el África Subsahariana sea crítica en donde los casos de VIH en esta mujeres representan el 25% de todos los casos de la población (7). En Europa, las mujeres también tienen una demora en el diagnóstico, pues el 54% de ellas se diagnosticaron de manera tardía (recuento de CD4 < 350 en el momento del diagnóstico) (13) y en un estudio realizado en Suráfrica se evidenció que el uso del TAR era menor en mujeres (70.8%) que en hombres (78.7%) (14).

En Colombia, las dinámicas sociales de la epidemia según el género también son diferentes. La prevalencia es mayor en los hombres, pero los casos en las mujeres han ido en aumento, en especial en las mujeres de 45 años en adelante (5). Se ha observado, al igual que en el panorama global, que las mujeres tienen vulnerabilidades que las hacen más propensas a adquirir VIH/SIDA, entre estas el bajo nivel socioeconómico, el bajo nivel educativo y un acceso mínimo a servicios de salud y a trabajos seguros (5). Estas condiciones, en algunas regiones con alto turismo, como Los Andes y el Caribe, ha hecho que se explote la industria del turismo sexual y se intensifiquen las situaciones de vulnerabilidad para las mujeres (15).

---

<sup>3</sup> Mujeres cuya identidad sexual se corresponde con el sexo asignado al nacer.

Estas inequidades han llevado también a una demora en el diagnóstico del VIH y a una mortalidad más temprana en las mujeres por VIH/SIDA (5). Otros estudios más específicos han demostrado que el inicio de las relaciones sexuales más tempranas y con parejas sexuales que superan su edad, resta capacidad de decisión y negociación en la toma de decisiones y pone en vulnerabilidad a las mujeres (16). También, en un estudio realizado a mujeres en Cali, Colombia de alto nivel socioeconómico concluyeron que tener alta escolaridad, seguridad social y poca dependencia familiar y económica les restó vulnerabilidad social frente al VIH/SIDA, aunque persiste el bajo poder de decisión y negociación de la relación sexual (16).

Ahora bien, estos aspectos que hacen que las mujeres tengan vulnerabilidad para adquirir VIH/SIDA no han sido abordadas en su totalidad por el sistema de salud y la salud pública colombiana. Si bien el “Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la Coinfección TB/VIH y las Hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021” pone entre las poblaciones prioritarias a las mujeres en situación de vulnerabilidad (17), los programas y las acciones, en especial en prevención, no tienen un enfoque hacia las mujeres cisgénero, pues se han centrado los programas de prevención en las poblaciones clave. Por ejemplo, la “Guía de Práctica Clínica para la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes”, del 2021, enfoca sus esfuerzos de prevención en las poblaciones clave y no hay un enfoque diferencial para este grupo poblacional (8).

Para entender comprender cómo se definen estas prioridades en salud, se debe comprender la financiación del VIH en Colombia. Esta se encuentra dividida entre contribuciones estatales y de agencias internacionales. Para el año 2018, el país aportó US\$ 3.803.329 para promoción, prevención y monitoreo, mientras que para la prestación de servicios de salud se calculan US \$189.842.457. El Fondo Mundial (FM) también cooperó con US\$ 2.373.249 (18). En el 2018, el 90% del gasto se invirtió en tratamiento, atención y apoyo y el 10% en prevención. De la contribución del FM depende el 45% de la prevención y más del 90% de los servicios de prevención en las poblaciones claves (19). De manera que los fondos estatales se destinan más hacia la prestación de servicios de salud mientras que para la prevención hay más intervención multilateral.

El Fondo Mundial, desde el 2009, ha tenido un papel clave en la financiación de la prevención del VIH. Como prerrequisito para recibir financiamiento de esta entidad fue necesario construir el Mecanismo Coordinador País (MCP) en el que se congregan los principales actores que intervienen en la toma de decisiones para el VIH/SIDA en el país (20,21). Entre estos hay actores públicos, actores privados, ONGs, instituciones de educación superior y cooperantes internacionales (20). Se han realizados varios ciclos de financiación desde entonces y se ha venido planeando un des escalamiento de esta financiación por ser Colombia considerado como un país de ingresos medio-bajo (19). Este aporte económico del FM es administrado por el MCP. En lo observado hasta el momento, los planes de prevención han estado enfocados en tratar las poblaciones clave. Por ejemplo, para el último proyecto “Ampliación de la respuesta nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad 2022-2025 Acuerdo de subvención No. COL-H-ENTerritorio 3038”, se priorizó en 13 territorios y 15 municipios la intervención en poblaciones clave y población migrante (22).

Se observa entonces que en el campo del VIH/Sida en Colombia hay diferentes tipos de actores nacionales e internacionales que se relacionan para la toma de decisiones. Esto hace que se pueda estudiar este caso bajo el lente teórico de la Salud Global. Desde los años noventa, en la literatura se ha utilizado este término para describir las relaciones transnacionales entre actores que tienen como objetivo el mejoramiento de la salud de las personas (23). Sin embargo, no hay un consenso sobre la definición de lo que es la Salud Global, ni sobre quiénes son sus actores o las metodologías que se deberían usar (24–26). Por ejemplo, Holst (23) propone que esta postura pretende abordar “los problemas de salud, nacionales, regionales e internacionales, sus determinantes y soluciones en los diferentes sectores” (23, pg. 5), de esta forma la Salud Global debe tener un enfoque holístico y multidisciplinario. Por otra parte, Kickbush (27) la define como una nueva conciencia y abordaje para la salud internacionales, que pone el foco en lograr un acceso equitativo a la salud de todas las personas del globo (27).

También, se encuentra que desde que el enfoque de los determinantes sociales de la salud se ha hecho extenso en los actores de la salud global, hay objetivos comunes en ellos como lo son la salud para todas las personas, la equidad en salud (28,29), el cubrimiento global de la

atención en salud y la disminución o eliminación de las inequidades sociales en salud (23,30,31).

Ahora bien, se ha teorizado sobre cuáles son los actores que hacen parte del campo de la Salud Global. Hoffman y Cole (32) realizaron un mapeo de la arquitectura del sistema de la salud global, por medio de la construcción de redes en línea, en el que encontraron 203 actores. De estos, 138 eran organizaciones no gubernamentales (ONG) y de la sociedad civil (OSC); 18 alianzas público-privadas; 16 asociaciones profesionales; 11 organizaciones de la ONU y organizaciones intergubernamentales; 7 gobiernos nacionales; 6 industria privada; 5 instituciones académicas; un banco multilateral de desarrollo y una institución filantrópica. El 98.5% de las oficinas principales de estas instituciones estaban en países de ingresos altos (32).

Además de caracterizar la arquitectura de la Salud Global, también desde la ‘Gobernanza en Salud Global’ se ha propuesto el estudio del “uso de instituciones formales e informales, reglas y procesos por Estados, organizaciones intergubernamentales y actores no estatales para lidiar con los retos en salud que requieren una acción colectiva transfronteriza para lograr abordarlos de manera efectiva”(29, pg. 3). Es decir, ya no solo caracterizar los actores sino también la manera en que se relacionan entre ellos y con qué instrumentos (28,33–36).

Dentro de estos actores de la Salud Global, se observa entonces el alto número de OSC que hacen parte de su arquitectura. Al respecto, diferentes autores han hablado de su rol para el campo. Holst (23) menciona que los movimientos sociales tienen el rol de exigir combatir los derechos en salud, incluso más que el Estado (23). En la misma línea, De Ceukelaire y De Vos (37) resaltan que la fuerza popular a través de comunidades organizadas puede afectar las relaciones de poder y presionar al Estado para que realice acciones hacia lograr el derecho a la salud (38,39).

Las evidencias de la fortaleza de las OSC se han estudiado. Vega Romero (40) recoge las contribuciones realizadas por las OSC hasta ese momento y menciona que su labor ha contribuido a construir sistemas de salud equitativos, a desarrollar las acciones

intersectoriales y a reducir las inequidades en salud, mediante la defensa de los derechos humanos y los enfoques participativos de acción (40).

Mathurapote y Putthasri (41) han propuesto que el surgimiento y fortalecimiento de las OSC se ha dado, en parte, por la globalización neoliberal y la incapacidad de los gobiernos de responder a las emergencias en salud. Su participación ha sido disruptiva en la Salud Global en tres sentidos: han mostrado un modelo de gobernanza al trabajar de la mano de gobiernos y otros sectores en la toma de decisiones; su compromiso y abogacía ha generado que problemas de salud global se hayan convertido en problemas de política global; y, han logrado que se logre implementar lo acordado en plataformas de toma de decisión (41).

De esta manera, se observa que en el campo del VIH/Sida en Colombia hay múltiples actores, nacionales e internacionales, que trabajan de manera conjunta para resolver un problema en salud local y transnacional. Además, hay grupos adicionales a las poblaciones clave que tienen este problema en salud y son menos reconocidos. En este contexto, el objetivo de este trabajo es comprender cuáles son las relaciones que se gestan en la arquitectura del campo de la Salud Global entre una OSC de mujeres que viven con VIH y los demás actores del campo, en el contexto colombiano.

## Marco teórico

Para comprender cuáles son las dinámicas de los agentes de la arquitectura de la salud global, se utilizarán las propuestas teóricas del campo social de Pierre Bourdieu, las relaciones de poder de Michel Foucault y la hegemonía de Antonio Gramsci.

### *El campo social de Pierre Bourdieu*

La dinámica del campo social de la salud global (CSG), en el cual sucede la problemática planteada, puede entenderse examinando la teoría planteada por Pierre Bourdieu (42). Este autor, en primer lugar, menciona que al pensar el mundo social como un espacio se genera una comprensión desde un ‘principio de relaciones’ (42). Este espacio lo conceptualiza como un ‘campo social’ que son las relaciones de fuerza entre diversos agentes que poseen capitales culturales y/o económicos, y están en una constante lucha por conservar o transformar el valor de los capitales que poseen para dominar el campo específico en el que participan (42). Esto implica que la estructura del campo social está dada por las relaciones de fuerzas que existen entre los elementos que lo componen (42).

Al basarse el campo social en un grupo de relaciones, los agentes también tienen una jerarquía que produce una posición social determinada. Cada agente tiene unas propiedades diferenciales que son definidas en relación con otras, “ya sea por relaciones de proximidad, vecindad, alejamiento o relaciones de orden” (42, pg. 17). Estos principios de diferenciación están dados por el capital económico y cultural que cada agente posee (42, p. 18-19). En consecuencia, este principio de diferenciación ‘es la estructura de la distribución de las formas de poder’ (42, p. 49). Por lo que, cada agente lucha porque el valor de sus capitales sea suficiente para que su posición social sea mejor.

Además de esto, según el autor, los agentes también tienen una disposición. Esto es definido como los *habitus* que es el “principio generador y unificador que retraduce las características intrínsecas y relaciones de una posición en un estilo de vida unitario. Este estilo de vida unitario es el conjunto de elecciones personales, de bienes y de prácticas” (42, p. 20). Esta disposición también les da a los sujetos un ‘sentido práctico’ que se define como un “sistema

adquirido de preferencias, principios de visión y división, de estructuras cognitivas y de esquemas de acción que orientan la percepción de la situación y la respuesta adaptada” (42, p. 40). Así, el *habitus* vendría siendo el sentido práctico del agente. Estos patrones del sujeto también se han formado por los capitales que poseen y, asimismo, les ayuda a reproducir y perpetuar la estructura del campo, logrando que “el capital vaya al capital y la estructura social tienda a perpetuarse” (42, p. 33).

Si bien la posición social y la disposición del agente se explican como una dimensión estructural del espacio social y otra ‘individual’ del agente, estos dos elementos tienen un comportamiento circular. Pues, la posición social al generar un ‘sentido práctico’ específico produce condicionamientos sociales que fortalecen los valores de los capitales económicos y culturales, que le dan el principio de diferenciación a un agente específico y, por consiguiente, su posición social.

Otra característica del ‘campo social’ es que su estructura es dinámica, en tanto se modifica según las relaciones de fuerza y las posiciones sociales de los agentes (42) y, además, es impuesta a cada uno de sus participantes, tanto a los dominantes como a los dominados (42). Así pues, en la dominación no hay una voluntad explícita o malévola de someter al otro; sino, más bien es “un efecto indirecto de un complejo de acciones a las que cada uno de los dominantes, dominado de este modo por la estructura del campo a través de la cual se ejerce la dominación, está sometido por parte de todos los demás” (42).

Esta herramienta teórica, permitirá analizar cómo se estructura el campo de la Salud Global en el VIH en Colombia. De esta manera, se observarán los actores que pertenecen al campo, sus capitales y, por tanto, su posición social. Además, se podrá intentar comprender su *habitus*. Finalmente, al observar cómo se relacionan todos estos actores se comprenderá la estructura del campo.

### ***Las relaciones de poder de Michel Foucault***

Una vez comprendida la dinámica del campo social de la salud global, para entender mejor las relaciones de fuerzas que plantea Bourdieu, se utilizará el concepto de relaciones de poder de Michel Foucault. Este autor abordó a lo largo de su obra la pregunta de ‘¿cuáles son las relaciones de poder que actúan en una sociedad como la nuestra’ (43, p. 40) y las analizó en diferentes temas: la locura, la clínica, la prisión y la sexualidad. Sobre el poder consideraba que “el poder no se da, ni se intercambia, ni se retoma, sino que se ejerce y sólo existe en acto [...] el poder es una relación de fuerza en sí mismo” (44, p. 28). Al ser una relación de fuerza hay una lucha por él.

Al hablar del ejercicio del poder, refería que “en todo lugar hay poder, el poder se ejerce. Nadie, hablando con propiedad, es su titular y, sin embargo, se ejerce en determinada dirección, con unos a un lado y los otros en el otro; no sabemos quién lo tiene exactamente, pero sí sabemos quién no lo tiene” (45, p. 15). Así, el poder actúa mediante mecanismos de represión e ideología, que son sus estrategias (44).

Mencionaba que los mecanismos de represión se han desarrollado de manera más amplia en la consolidación de la sociedad capitalista, pues para conseguirla era necesario que cada uno de sus miembros fueran vistos por el ojo del poder, para asegurar una producción intensa y eficaz (43). Así, desde un análisis marxista del poder político, el autor afirma que el poder, en esencia, buscaría mantener las relaciones de producción y la dominación de clase, a través de las modalidades de apropiación de fuerzas productivas en un momento histórico específico (44). Esta lucha, además, es multifocal y compleja y el entrelazamiento de múltiples relaciones de poder es lo que permite la dominación de una clase o grupo social sobre otro (43).

Sin embargo, estas relaciones de poder, al ser relaciones de fuerza, son reversibles siempre. En una relación casi intrínseca, al haber una dominación existirá una resistencia. Al respecto, Foucault afirma:

No hay ninguna relación de poder que triunfe por completo y que su dominación sea imposible de eludir [...] las relaciones de poder suscitan necesariamente, exigen a

cada instante, abren la posibilidad de una resistencia, y porque hay posibilidad de resistencia y resistencia real, el poder de quien domina trata de mantenerse con mucha más fuerza, con mucha más astucia cuanto más grande es esa resistencia [...] así la lucha es perpetua y multiforme (46, p. 77).

Ante el surgimiento de estas resistencias y el miedo a que derrocaran el orden capitalista, se produjo el fortalecimiento de instrumentos de poder y uno de ellos fue la medicalización. Por medio de esta, se genera una vigilancia sobre los individuos y se ejerce la normalización que tiene como efecto la jerarquización de los individuos entre más o menos capaz, o entre normales y anormales (43). Esta norma que se encuentra en el ámbito social, interviene en todos los aspectos de la vida y, de esta manera, el poder produce lo real (45).

Una de las metodologías que Michel Foucault utilizó para dar cuenta de cómo actuaban las relaciones de poder en la sociedad fue la genealogía. Propuso que, a mediados del siglo XIX, estaba apareciendo una ‘insurrección de los saberes sometidos’, los cuales definía como “contenidos históricos que fueron sepultados, enmascarados en coherencias funcionales o sistematizaciones formales” (44), así como ‘los saberes de la gente’ que eran los que poseían las personas y eran ignorados por ser considerados inferiores o sin científicidad. En oposición, había un grupo de saberes globales y totalizantes, usualmente los de la ciencia, que encabezaban la jerarquía y reunían los privilegios. Así, por medio de la genealogía, buscaba “romper el sometimiento de los saberes históricos y liberarlos, es decir, hacerlos capaces de posición y lucha contra la coerción de un discurso teórico unitario, formal y científico” (44).

Esta teoría ayudará a comprender el poder y las relaciones de poder entre los actores del campo social de la salud global. Al igual, pondrá en evidencia las relaciones de resistencia también. Finalmente, las ideas propuestas por este autor ayudarán a comprender el poder que tiene el conocimiento y saber médico.

***Antonio Gramsci: la hegemonía y la contrahegemonía***

Para entender las relaciones que existen en el campo social entre los dominantes y los dominados, se utilizará el concepto de hegemonía desarrollado por Antonio Gramsci. Se comprende como hegemonía a “una relación de poder, en la que un grupo socio-cultural o clase domina al otro a través de la posición de liderazgo y de autoridad cultural” (47, p. 193). Esta hegemonía se ejerce por los grupos dominantes por medio de la coerción y del consenso. La primera está dada por las instituciones estatales y el consenso se obtiene por medio de la ideología. Esta última la define como “cualquier concepción del mundo o filosofía que produzca una forma de actividad práctica” (47, p. 193). Por medio de estas dos estrategias, la clase dominante logra mantenerse en el poder y hace creer a los subordinados que ellos están allí por un bien común. Sin embargo, en algunos grupos sociales o personas puede haber una “disyunción entre las ideas hegemónicas y la experiencia vivida de desventaja entre los grupos sociales subordinados” (47, p.194) lo cual lleva a una contrahegemonía. Allí, se empiezan a gestar resistencias a esa hegemonía, que también eran mencionadas por Michel Foucault.

La teoría de Gramsci será relevante en el marco teórico porque permite analizar cómo se construye la hegemonía y cuáles son los métodos por los que se ejerce. Es decir, si esas relaciones hegemónicas se logran a partir de la coerción y/o la convicción, a través de la fuerza o la ideología en el campo de la salud global en VIH.

### ***El género y la perspectiva interseccional***

Además de las teorías mencionadas, desde la lucha feminista y los estudios de género se ha formado una teoría que indaga cómo el hecho de ser mujer y, posteriormente, el ‘género’ han sido categorías sociales de dominación que generan diferencias entre los seres humanos (48). Esta diferenciación ha sido estudiada desde varias perspectivas, siendo el desequilibrio en las relaciones de poder una de ellas (49). Sin embargo, como mencionaba Foucault (43) la lucha que se genera en estas relaciones de poder es compleja y multifocal, afirmación que se encuentra también entre las luchas a razón del género.

La interseccionalidad “designa la perspectiva teórica y metodológica que busca dar cuenta de la percepción cruzada o imbricada de las relaciones de poder entre diferentes categorías sociales” (50, p. 2). Así, pretende estudiar las “desigualdades sociales que son producidas por las interacciones entre los sistemas de subordinación de género, orientación sexual, etnia, religión, origen nacional, capacidad funcional y situación socio-económica, que se constituyen uno a otro dinámicamente en el tiempo y en el espacio” (51, p. 106).

Hacia la mitad del siglo XX, la interseccionalidad dentro de la teoría feminista se utilizó a partir del *'black feminism'* (51,52) y la Colectiva del Río Combahee (50), quienes denunciaban, hasta ese momento, que el feminismo se había encargado de defender a las mujeres blancas y de clase media-alta, lo que generaba una experiencia universal del ‘ser mujer’ (50,51). Las críticas que estas nuevas corrientes realizaron permitieron entrever que la vivencia de dominación era diferente para cada mujer a partir, también, de la raza/etnia y la clase de la que eran originarias (50,51).

En 1989, el concepto de ‘interseccionalidad’ fue acuñado por Kimberlé Crenshaw mientras defendía el caso de trabajadoras negras en la compañía General Motors. Desde allí, este concepto se ha desarrollado desde diferentes perspectivas teóricas y no hay un consenso sobre cómo debería utilizarse esta categoría analítica (50,51). Uno de estos debates es si esta categoría debería generar un análisis estructural o subjetivo de las experiencias intrincadas de cada mujer, con las características que la intersectan (50).

El enfoque interseccional permitirá observar, desde una perspectiva estructural y singular, como los diferentes tipos de dominancia se intersectan de manera diferente generando una experiencia específica en la participante.

### ***Bourdieu, Foucault, Gramsci y la teoría de la intersección en la Arquitectura de la Salud Global***

Ahora bien, estas cuatro herramientas teóricas dan luces para comprender la arquitectura de la salud global. La propuesta a continuación tiene como base la lectura de Quevedo-Gómez

(53), en sus conferencias y que se ha propuesto como marco teórico del macroproyecto, sobre un análisis de la arquitectura de la salud global desde la perspectiva crítica.

Ya hay conocimiento de cuáles son los actores preponderantes en la Salud Global (36,54) y se utilizarán las tres teorías mencionadas para observar cuáles son las relaciones de poder que existen entre los agentes que concurren en el campo de la salud global y cómo se daría la estructura o arquitectura de este. La posición social de cada uno de estos diferentes agentes está dada entonces por sus capitales simbólicos y económicos. Así, entre estos existe una lucha por mantener o subvertir la estructura según sus agendas, pero también según cuáles agentes sean los dominantes y cuáles los dominados. Siguiendo entonces la teoría hegemonía y contrahegemonía de Gramsci (47) y la teoría propuesta por Foucault (46), se considera que en el campo de la salud global se encuentran procesos de resistencia y contrahegemonía.

De la misma manera, al ser un espacio de relaciones de poder intrincadas, la teoría interseccional también permitirá observar cómo los diferentes sistemas de dominación (género, situación socioeconómica, raza, capacidad, etnia) se intersectan tanto por condiciones estructurales, como en la vivencia de las personas.

Finalmente, estas posiciones sociales también le dan unas disposiciones a cada uno de los agentes que genera sus *habitus*. Dentro de estos, también se encuentran el cuerpo de saberes y prácticas que posea cada agente. Así se genera la pregunta si, siguiendo a Foucault, los agentes hegemónicos y con más capital podrían también poseer el saber englobador, totalizante y científico, mientras que los dominados podrían poseer el saber sometido o saber de la gente.

## Metodología

Para este estudio se realizó una investigación cualitativa basada en la metodología de estudio de caso. Se prefirió esta metodología siguiendo lo propuesto por Flyvbjerg (55) como “un análisis intensivo de una unidad individual (persona o comunidad) destacando los factores de desarrollo en relación con su entorno” (55, p.301) y la definición de Creswell (56) como “el estudio de un tema que se explora a través de uno o más casos en un sistema acotado” (56, p. 71). Así, los beneficios de esta metodología son: a) permite mayor profundidad, detalles y riqueza en el proceso de análisis de la información, b) permite buscar los factores de desarrollo del caso a partir de eventos concretos e interrelacionados logrando así estudiar las relaciones del caso con su entorno o contexto (55).

En esta investigación el caso acotado es el de la vida y trabajo de una mujer que vive con VIH y es fundadora de una organización de la sociedad civil de mujeres que viven con VIH. El sistema acotado o el ‘contexto’ son las relaciones que tiene esta mujer con los agentes en el ‘campo social de la salud global’ en lo referente al VIH y las mujeres en Bogotá, Colombia. De acuerdo con la definición de Creswell (56), se considera que este es un estudio de caso instrumental único porque se enfoca en un problema y en un caso acotado que muestre el problema.

Se realizó un muestreo por conveniencia, considerando que el caso de la participante es instrumental. La recolección de datos para el proyecto “*Developing capacity for research, innovation and knowledge exchange in HIV between the Colombia and the UK*” de la Universidad del Rosario y el *Center for Global Health and Infection at Brighton & Sussex Medical School*, financiado por el *Association of Physicians of Great Britain and Ireland*, del cual hace parte este trabajo final de maestría fue planteado en el protocolo de investigación con entrevistas semiestructuradas. Sin embargo, en el proceso de recolección de la información de esta participante (caso) en particular, de manera espontánea, fue realizando un relato de vida a través de la línea del tiempo. Esta flexibilidad metodológica se permitió, siguiendo el objetivo de la metodología de estudio de caso que consiste en estudiar

y analizar un caso a fondo (55), pues se pretendió valorar la profundidad de los datos que de manera espontánea fueron surgiendo.

Previa firma por escrito del consentimiento informado con la participante antes de iniciar la entrevista, la recolección de información se llevó a cabo vía plataforma Zoom ante la pandemia del COVID-19 y fue un encuentro realizado durante el mes de agosto del 2021. De igual forma, durante este tiempo se mantuvo contacto constante con la participante. Se conservó la grabación en audio que posteriormente fue transcrita por la misma investigadora y aprobada por la participante.

Para el análisis de los datos se utilizó el software Nvivo 10 y se realizó un análisis temático, siguiendo las categorías teóricas planteadas (ej.: campo social de la salud global, relaciones de poder, hegemonía-contrahegemonía/resistencia, género e interseccionalidad).

De igual forma, en el proceso de la investigación se utilizó una metodología colaborativa porque la participante revisó la transcripción y el análisis realizado por la investigadora, para luego hacer aportes al manuscrito. Posteriormente será coautora en el artículo resultado de este trabajo. Ella ha manifestado voluntariamente no desear ser coautora en el trabajo que se presenta para proteger un poco su identidad, pero desea ser coautora en el artículo, que se traducirá al inglés, para publicación internacional una vez sea aprobado este trabajo de grado. Finalmente, el proyecto cuenta con aval ético del Comité de Ética de la Universidad del Rosario con el número de aprobación: DVO005 1601-CV1405.

## Resultados

Se presenta relato de vida de una mujer que vive con VIH (MVVIH) y lidera una organización de la sociedad civil (OSC) para MVVIH. El recuento se organiza y analiza a la luz de los conceptos presentados en el marco teórico: campo social de la salud global, relaciones de poder, resistencia, hegemonía, contrahegemonía e interseccionalidad. El evento que marcará la cronología son las múltiples resistencias que la participante ha ejercido en su vivencia y en sus relaciones con el campo de la salud global.

### *“Ser mujer y con este diagnóstico”: la mirada medicalizada y el inicio de la Organización de la Sociedad Civil (OSC)*

Este apartado permitirá observar la intersección que se genera por ser mujer, con un bajo estatus socio-económico, sin formación académica y con hijos, en el momento que se le diagnóstica con VIH y es atendida en el sistema de salud. La participante menciona:

Yo llego a liderar una OSC justamente por mi diagnóstico que me permite identificar algunas barreras relacionadas con el hecho de ser mujer. Pues empecé a hacer un análisis de cómo nos contemplaban desde una mirada muy medicalizada del diagnóstico, que hace que todo se ponga en ese enfoque desde la salud y no se conectan con las otras dimensiones de la integralidad del ser humano y su relación con la patología.

En primer lugar, la participante resalta cómo un momento determinante cuando recibe el diagnóstico de VIH y los servicios de atención y el personal de salud al que consulta empieza a poner sobre ella ‘la mirada medicalizada del diagnóstico’. El concepto de ‘medicalización’, que fue mencionado previamente, ha tenido diferentes asunciones históricamente. La crítica clásica de la ‘medicalización’ se generó desde la sociología en las décadas de 1960 y 1970 (57). Esta propuesta consideraba que, hasta ese momento, la medicina generaba más efectos deletéreos en la salud de las personas, pero que, a pesar de ello, era poseedora de un poder e influencia relevante en la sociedad. Así, premeditadamente se utilizaba este poder para solucionar los problemas sociales y de los individuos para ponerlos bajo la mirada de la

medicina y convertirlos en una enfermedad (57). Posteriormente, siguiendo lo propuesto por Michel Foucault (43,44,46), se entendió que ese poder no se ejercía de manera premeditada, sino que estaba dado por las relaciones sociales. Así, Foucault expresaba cómo el poder médico es “el recurso con el que las enfermedades y los padecimientos se identifican y se tratan” y consideraba que el conocimiento médico es un “sistema de creencias que se forma a través de relaciones sociales y políticas” (57). También, como fue mencionado previamente, el autor planteaba que la medicalización ha sido una estrategia de poder para vigilar y controlar los individuos a partir de su normalización (43).

Ahora bien, la imposición de la norma, ejercida por la ‘medicalización’, se hace a partir del paradigma en el cual se crea el conocimiento médico del momento. En la actualidad y para la atención recibida por la participante, la mirada hegemónica de la medicina es biologicista y funcionalista, pues concibe la salud como un estado dicotómico en el que se está saludable o enfermo. Utiliza los conocimientos biomédicos que conciben el cuerpo como un grupo de sistemas de órganos que trabajan para mantenerse en equilibrio (salud) y, la función de la medicina sería devolverle el equilibrio al cuerpo cuando se pierde (enfermedad) (58). Ya lo decía Quevedo (1990) al mencionar que “las estructuras metodológico-conceptuales continúan perviviendo en el trasfondo de las concepciones actuales y se constituyen en los obstáculos epidemiológicos que por excelencia impiden la superación del biologismo y el funcionalismo” (58, p2). Esta concepción establece el fenómeno de la enfermedad desde una mirada orgánica e intracorporal, en la que se continúan formando los profesionales de la salud (59).

Esta visión ha sido criticada desde la medicina social latinoamericana y la salud colectiva (60,61) pues consideran que “por dicotomizar la presencia o ausencia de una enfermedad, los modelos multicausales tradicionales no consideran adecuadamente los vínculos dinámicos por los cuáles la dialéctica del proceso salud-enfermedad se ve afectada por las condiciones sociales” (60, p.131). Así, esta perspectiva propone que para comprender el acceso individual a condiciones favorables o desfavorables que establece la dinámica del proceso salud-enfermedad, se deben comprender los múltiples niveles en los cuales “las condiciones

sociales [...] se organizan históricamente en distintos modos de vida característicos de los grupos situados en diferentes posiciones dentro de la estructura de poder” (60, p.131).

Con esta perspectiva, se puede comprender cómo la vivencia de una experiencia de enfermedad individual se experimenta desde los procesos sociales. Pues, en últimas, “el proceso de salud-enfermedad colectiva determina las características básicas sobre los cuales gravita la variación biológica individual” (61, p.9). Así, mientras la mirada medicalizada y biologicista solo logra ver el diagnóstico de la participante y sus efectos biológicos, ella, en su vivencia, observa que las inequidades sociales y de género determinan la forma en la que vive su proceso individual y biológico, según afirma:

[El proceso del diagnóstico] me pone en un lugar de enunciación y es el ser mujer, con unas condiciones particulares, que me hace ser consciente de esas condiciones de inequidad por el tema de la formación académica, de participación [social], que estaba muy atravesado por el estigma y la discriminación [...] y por el tema de la productividad que afecta directamente a las mujeres ¿no? Es decir, esas condiciones en las que se es mujer, sin acceso a formación académica, pobre, con hijos, pues finalmente casi que estaba determinado pensar en poder generar ingresos desde la elaboración de algún producto [...] así que empezamos con más mujeres a hacer velas.

En la cita anterior, se observa que el diagnóstico devela una realidad biológica y que esta, en su experiencia, se empieza a intrincar en diferentes realidades sociales de su proceso de salud-enfermedad. La participante remarca el género y la situación socioeconómica. En primer lugar, es una mujer en una sociedad patriarcal que le impone una inequidad social, pero además le impone unos roles de cuidado que tiene mayor carga social, como lo menciona ella ‘con hijos’. Esto se intersecta además con el ser ‘pobre’ y sin ‘acceso a formación académica’. Estas características potencian una situación de inequidad que es vivenciada en el proceso de salud-enfermedad produciendo en ella finalmente una vulnerabilidad a la infección por VIH. Adicionalmente, muestra cómo la mirada biomédica biologicista y hegemónica que es utilizada para comprender su proceso de salud-enfermedad es insuficiente

para dar respuesta a las situaciones que la llevaron al diagnóstico, pero que también se agudizan con él.

Ahora bien, la participante remarca la dependencia económica que vive en el momento del diagnóstico. En la literatura, se ha propuesto el término ‘crisis de reproducción’ el cual hace referencia a “la exclusión sistemática de amplios sectores de la población del acceso a los recursos indispensables para satisfacer sus necesidades de reproducción, biológica y social” (62, p. 78), el resultado de esta crisis hace que diversos sectores de la población no tengan los recursos para garantizar su vida con la inclusión de sus derechos de manera plena (62). Las mujeres son uno de estos grupos, pues el sistema económico y patriarcal produce una “naturalización de lo reproductivo como una responsabilidad femenina y la separación entre producción y reproducción” estructura la división sexual del trabajo, que, al construirse de manera hegemónica, perpetúa la inequidad económica basada en el género (62).

Esta estructura económica inequitativa, que se ha agudizado por la política neoliberal desde los años 80, sumada al sistema patriarcal que genera representaciones culturales y estructurales entre lo femenino y lo masculino, aseguran la continuidad de una sociedad jerárquica y desigual en lo simbólico y en lo material (62, p. 79). Así, la división del trabajo le ha asignado a las mujeres la labor de los trabajos de reproducción y cuidado no remunerados, pero, además ha hecho que sus trabajos remunerados estén relacionados con laborales de cuidado, que son socialmente infravaloradas, simbólica y económicamente (62).

Se observa entonces que la participante se encuentra inmersa en la estructura social económica hegemónica dada por el capitalismo neoliberal y el sistema patriarcal, que genera una relación de dominación que se hace evidente en el momento en el que recibe el diagnóstico y en su proceso de salud-enfermedad en el que se intersectan las subordinaciones por género y clase. Ante esta dominación, encarnada en la dependencia económica de su pareja sexual masculina, que a su vez la ha puesto en una situación de vulnerabilidad a la infección por VIH, la participante ejerce una relación de resistencia y empieza a unirse con otras mujeres que viven con VIH con el objetivo de producir un producto artesanal que les permita resistir la dominación del sistema capitalista y patriarcal.

### ***La primera resistencia: la búsqueda de la independencia económica***

Como mencionó la participante, en su posición de mujer que vive con VIH, una de las primeras inequidades percibidas fue la dependencia económica. Cuando empezó a juntarse con más mujeres para realizar el producto artesanal y generar ingresos independientes, iniciaron también las relaciones con dos agentes del campo social de la salud global. En un primer momento, con una organización multilateral de la Organización de Naciones Unidas (OMONU) y una alianza público-privada (APP) y, posteriormente, con una Organización No Gubernamental (ONG). En la relación con la OMNU la participante comenta:

Empezamos a hacer velas porque había una organización que ya había sido impulsada por una organización multilateral de Naciones Unidas (OMNU). Yo tomo ese modelo y empiezo a ver cómo estaba estructurado ese proceso y posteriormente entiendo que hay que generar unas capacidades. [...] La OMNU que estaba apoyando el proceso estaba poniendo su foco en las mujeres y, desde mi lectura crítica, determina una forma organizativa, que genera unos roles y unas dinámicas propias [...]. Empiezo a entender esto y a hacer un proceso organizativo propio, pero hay un disenso con estas formas organizativas. Aun sin los elementos técnicos, era un proceso en el que yo no quería estar porque sentía que era pensar desde la individualidad el proceso [...] pues a pesar de que se buscara que fuese un proceso de red o comunidad, la agencia posicionaba unos liderazgos y generaba aportes económicos por ellos, por roles que ellos asignaban desde una mirada de agencia. [...] ahí me doy cuenta de que yo quiero hacer un proceso distinto con otros actores aliados con una mirada similar.

En la cita anterior se observa una relación con una OMNU, en la que se describe una relación de poder entre las mujeres que viven con VIH y que se constituyen como una Organización de la Sociedad Civil y el mandato de la OMNU. Para comprender mejor esta lucha, se debe entender cómo se han constituido las organizaciones de Naciones Unidas, alrededor del VIH. En primer lugar, la ONU fue fundada en 1945 como un órgano que recogía a diferentes

Estados miembros con el fin de mantener la paz y coordinar a estos países para promover los Derechos Humanos a nivel global (63). Posteriormente, en 1948, se fundó la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el ente en el que estos Estados miembros generarían un mandato para mejorar la salud global (64).

La OMS ha tenido dos funciones principales: ser un órgano técnico que aconseje a sus países miembros en los temas de salud y, ser un órgano que guíe la política global en salud (64,65). A lo largo de los años, su fortaleza y poder para dirigir el mandato global en salud ha variado según la política y voluntades de sus Estados miembros y donadores, así como la relación con otros actores de la Salud Global (65), pues, el poder de la OMS radica en su capital simbólico más que en el capital económico. A nivel global, se le busca y se espera su mandato como una institución técnica que guíe a partir de su conocimiento las iniciativas en salud global. Este poder simbólico ha sido dado porque representa, en términos foucaultianos, el ‘saber totalizante’, universal y cientificista, pero también tiene el aval de sus Estados-miembros (44).

Sin embargo, en cuanto a su capital económico, la OMS se financia a partir de los aportes de los Estados miembros dan al presupuesto regular y de las contribuciones voluntarias, en su mayoría provenientes de países industrializados (65). Se estima que estas últimas financian dos tercios de las actividades de la institución (65,66). Ahora bien, lo anterior es problemático porque la institución puede definir cómo manejar el presupuesto regular según sus metas, pero para las contribuciones voluntarias el donador puede elegir a qué problema en salud dirigirlo. Esta situación le resta poder de ejecución a la OMS para defender su agenda programática (enfocada hacia la salud para todos) y enfocarse en problemas de salud puntuales según el interés del donador (65). Según estos autores, además de esto, la hegemonía neoliberal de los ochentas, la fuerza que fue adquiriendo el Banco Mundial y la influencia de los actores privados que financian la salud han debilitado la labor de esta institución como órgano rector de la salud global (65).

Posterior a sus inicios y buscando focalizar los esfuerzos de todas las agencias trabajando en el VIH, en 1995 se creó una agencia multilateral de la familia ONU específica para el

VIH/Sida (65). Esta agencia comparte el poder simbólico de la OMS, pero depende de la misma manera de las donaciones de los Estados miembros y de diferentes agentes.

La OMNU y la OMS poseen el poder de crear la agenda programática del VIH bajo la cual se guían los esfuerzos globales y nacionales. Ejemplos de esto, son la estrategia '3 para 5' que proponía llevar antirretrovirales a 3 millones de personas para el 2005 (67) y la actual meta programática de la cascada 95-95-95 (3). Estas instituciones adicionalmente al imponer las metas también asignan las formas en las que se debe llegar a estas. Es allí cuando las interacciones entre estas instituciones con la participante y el grupo de MVVIH entran en tensión por sus capitales simbólicos, pues las instituciones representan un saber totalizante y hegemónico, mientras que el de ellas es un 'saber de la gente' y dominado.

Por lo cual, para entrar a jugar en el campo de la salud global en el VIH y tener un capital simbólico o económico para negociar, la participante debe acceder, por un momento, a trabajar sobre los objetivos globales asignados por estas entidades internacionales, aunque no se alineen con la necesidad inmediata de ella -la independencia económica-, lo que genera una imposición por parte de familia ONU en la forma como las OSC deben organizarse y actuar. Esta imposición organizativa para su institución también se resalta cuando la participante relata:

En ese momento particular, la OMNU empieza a ver que hay mujeres que viven con VIH, entonces todo lo que empieza arriba empieza a bajar, hasta que llega a Colombia, y la OMNU gesta estos espacios. ¿Cómo hace? Simplemente empieza a buscar mujeres en cada ciudad, de acuerdo con sus redes y a sus procesos que ya tenían con población clave y entonces propone la lógica de fortalecerlo, porque consideran que responde a una meta programática [reducción de vulnerabilidad en mujeres] de ese momento y obviamente generan recursos para ellas. [...] Entonces empieza a asignar roles y a darles un valor económico, entonces crea una lógica económica que genera unas condiciones individuales.

Se observa, entonces, que esas formas organizativas impuestas no solo corresponden a un saber científico, sino también a una lógica económica que la OMNU representa. Si se observa este fenómeno a partir de lo propuesto por Pierre Bourdieu (42), esta organización de Naciones Unidas tiene una posición social hegemónica en el campo de la salud global dado por un capital simbólico que se basa en el conocimiento científico y médico, y un capital económico que le genera una dependencia de los Estados miembros y los donadores, los cuales defienden el sistema económico capitalista. Esta posición social, entonces, también produce una disposición social o *habitus* que propende por defender y mantener con valor los elementos que le producen sus capitales sociales y económicos, así esos elementos ‘técnicos’ llevan consigo maneras para que el poder se mantenga en las estructuras hegemónicas, a partir del fortalecimiento del mercado de la salud.

Finalmente, dadas estas circunstancias descritas con esta organización de NU, el apoyo que la participante buscaba para hacer el producto artesanal y buscar la independencia económica, que fue la primera inequidad social experimentada, no fue posible, pues no se alineaba con la agenda programática de Naciones Unidas del momento histórico:

En ese proceso descubro que hacer velas se vuelve una laborterapia porque se abren espacios para hablar, te da la posibilidad de interactuar con otros, sin verlo desde una lógica muy terapéutica. Entonces decido empezar a hacer velas, y tomo los elementos del proceso anterior y ahí se genera una ruptura porque yo le pido a la OMNU [apoyo] y me dicen ‘no, no, es que usted está fragmentando el proceso.

Ante esta situación, la participante y su incipiente Organización de la Sociedad Civil se relacionan con una Organización No Gubernamental (ONG), otro actor en el campo de la salud global:

Entonces con un grupo de cinco mujeres, empezamos a hacer ese proceso y nos contactamos con una organización no gubernamental (ONG) [...] que nos aportan desde una lógica totalmente distinta y conseguimos unos recursos de una comunidad religiosa. Logramos hacer velas, pero es muy chistoso porque entonces tuvimos que entrar en el mercado, competir, buscar los canales de comercialización y no es tan

fácil, ¿no? [...] Y nos dimos cuenta de que teníamos la capacidad de producir, pero empieza el desequilibrio porque te decían listo les compramos, pero pagamos a 60 días.

Las ONG en el campo de la salud global son diversas y cada una tiene una agenda propia, sin embargo, se ha definido como una categoría que “incluye múltiples grupos e instituciones que son total o ampliamente independientes de los gobiernos y tienen unos objetivos principalmente humanitarios o cooperativos, más que comerciales [...] son agencias privadas en países industriales que apoyan el desarrollo internacional [...] incluyen caridades, asociaciones religiosas, asociaciones comunitarias, cooperativas, grupos de ciudadanos” (68) (pg. 17). En el caso de la participante, la ONG con la que estableció contacto fue de corte religioso y provenía de un país con alto PIB del norte global. Esta organización apoyó el objetivo de búsqueda de independencia económica que la OSC de MVVIH tenía para el momento, sin embargo, una vez lograron una producción de velas que les permitía empezar esa búsqueda, el sistema económico capitalista predominante, con el principio de tercerización, puso de nuevo una barrera a esa relación de resistencia que la participante y sus compañeras ejercían.

### ***La segunda resistencia: la independencia organizativa***

Ahora bien, en el camino del fortalecimiento de la OSC de MVVIH las barreras que consideraron debían trabajar se fueron modificando. Esto también fue secundario a un crecimiento de la organización y una ganancia de experiencia en el campo de la salud global. Si bien la primera resistencia fue para lograr una independencia económica, la segunda resistencia fue para lograr organizarse y constituirse como organización según sus necesidades. Sin embargo, por la dependencia financiera hacia otros actores del campo de la salud global y las exigencias institucionales para validar una organización como OSC, esto requirió unas luchas de relaciones de poder.

Siguiendo la definición propuesta por Bartsch y Kohlmorgen (69), las OSC se entienden como: “todas las iniciativas y organizaciones no estatales y voluntarias que actúan en las

esferas sociales y políticas de la sociedad civil” (69, p. 94) y pueden tener tres funciones: políticas, operacionales y de empoderamiento. Con respecto a las políticas, las OSC buscan defender y actuar por los intereses de los grupos marginalizados, y pueden tener funciones en el control de otro tipo de organizaciones estatales y no estatales (69). De manera general, se definen las funciones operacionales como acciones que buscan ayudar a las personas que tienen alguna condición de enfermedad, y por ello pueden actuar de manera conjunta con otras organizaciones; y, desde los años noventa, han tomado responsabilidades en la provisión de servicios de salud (69). Finalmente, en las funciones de empoderamiento buscan mejorar las situaciones de vida y abogar por los derechos de las personas que son de su interés (69). De esta forma, las OSC:

Combinan las funciones políticas y operacionales mientras representan los intereses de las poblaciones afectadas en los niveles locales, nacionales y/o globales y buscan influir en las decisiones políticas, por una parte, mientras que se comprometen con actividades operacionales que ayudan directamente a las personas afectadas. (69, p. 108).

Así, en la configuración y constitución de la OSC de MVVIH hay diferentes procesos para trabajar en estas funciones, pero se desarrollan según la relación que tengan con otros actores del campo de la salud global. Ya se mencionó que la OMNU, en la medida en que representa los intereses de la ONU y del Banco Mundial, se configura en una lógica neoliberal (70) y sus herramientas técnicas exigen una organización particular de las OSC a las que apoya. Este fortalecimiento operativo también se da por las exigencias del contexto nacional para estas organizaciones. Pues el Estado colombiano les solicitan los siguientes requerimientos para validarse como una OSC, en la configuración de una ONG:

1. Estar legalmente constituida.
2. Constituirse como entidad privada.
3. Participar de un entorno social.
4. Tener capacidad para tomar sus propias decisiones
5. Tener valores y principios que rijan su accionar
6. Estar conformada por personas que tienen intereses y objetivos comunes

7. Fomentar sus objetivos a través de estrategias como: formación, gestión y desarrollo de proyectos, asistencia humanitaria e incidencia política.
8. No tener interés de lucro (71, p. 10)

Este fortalecimiento de la función operacional, según la participante, incluye la creación de “una estructura de contratación y organización, manejo de insumos, infraestructura, entre otros”, lo cual describe la participante como un trabajo adecuado porque logran fortalecer las organizaciones administrativamente:

La exigibilidad de los derechos es la que toma el marco de todo, en ese ejercicio pasar a entender que yo tengo que sostenerme [como organización] y que para sostenerme; quien me da la plata, dice: “listo, usted tiene que estar constituido, debe tener una experiencia administrativa y financiera, tiene que hacer una rendición de cuentas de tal manera, tiene que operar de manera privada, ¿sí? Empezar a operar como una empresa privada, por decirlo de alguna manera, obviamente es un cambio de perspectiva, y esto demanda un montón de cosas. [...] O sea, es hacer ese tránsito para entender que yo voy a cobrar unos servicios [de atención], cuando yo lo he hecho gratis siempre, ¿cierto?”

Este proceso de fortalecimiento está dado por la OMNU para que la OSC pueda tener una sostenibilidad financiera. Para esto, primero se comprende la ‘sostenibilidad’ como la capacidad que tienen los planes o programas en salud para mantenerse o mejorar una vez se acabe la financiación (72). Esta sostenibilidad se puede lograr si el fortalecimiento genera una operabilidad dentro del sistema de salud colombiano. Este sistema al ser de tipo público-privado, mercantiliza la atención en salud (73). Pues logra “una reducción del tamaño del Estado, al delegar un bien común a actores no gubernamentales, ofrecer facilidad para el desarrollo de la empresa privada y disponer de un bien común como parte de la oferta del mercado” (73, p. 284).

Una vez más, estos elementos técnicos que permitirían generar una sostenibilidad, desde una mirada económica, le dan a la OSC herramientas para entrar en el campo del VIH en

Colombia, pero representando el capital hegemónico del campo de la salud a través de la participación y fortalecimiento del mercado colombiano de la salud.

Posterior a este fortalecimiento de la función operacional de la OSC, viene otro ciclo de financiamiento entre una entidad territorial, una alianza público-privada y la OMNU en lo que la participante comenta:

Entonces [estas instituciones] dicen: ‘yo ya le di una primera fase y usted ya pudo ser competitivo y yo ya lo contraté, ahora lo que yo tengo que hacer es fortalecer al Estado’. Entonces ya no hay recurso para los servicios comunitarios [...] Entonces llega ese segundo momento en el que toda la capacidad instalada se va para la Secretaría [de Salud] y para las subredes y empieza a cambiar el modelo, pues se vuelve un modelo contradictorio, pues, lo que ellos empiezan a hacer es sacar a la gente que fortalecieron dentro de las OSC, y las empiezan a contratar de manera individual y pues obviamente que la gente tiene necesidades y pues responde a eso. Entonces, las subredes empiezan a contratar esos liderazgos fortalecidos y pues de una u otra manera empiezan a afectar eso que ya habían estructurado [en lo comunitario y colectivo], pues porque la gente se empieza a mover. Entonces individualiza ¿sí? y se rompe esa estructura de fortalecimiento organizativo y se ponen en la lógica del mercado, hace que el sujeto ya no sea un sujeto que hace parte de un proceso organizativo, sino que entra a ser un sujeto común que está pensando en su beneficio personal, como todos, ¿sí? En su sostenibilidad individual y de una u otra manera, así se genera la tercerización.

En este nuevo ciclo de financiamiento se continúa con el objetivo de lograr la ‘sostenibilidad’. Sin embargo, el ente financiador considera que las OSC están lo suficientemente fortalecidas para operar de manera independiente y sin financiación externa, por lo cual, decide que la agenda programática para el nuevo ciclo será fortalecer las redes públicas del sistema de salud. De esta forma, se ponen en competencia diferentes actores del campo de la salud global, en este caso los entes estatales con las OSC, por la financiación y por la prestación de los servicios de prevención en VIH.

Esta lucha por un capital de financiación se da en el marco de un sistema de salud que tiene la mayor parte de su capital en la atención en salud y unos programas de salud pública débiles (74). Ante este vacío de financiación y estructura de salud pública, son las organizaciones internacionales y representantes de los principales actores en salud en Colombia los que toman la decisión de cuál será la agenda programática para cada ciclo de financiación. Sin embargo, el hecho de que estos programas se financien de manera externa y no estatal genera que los procesos de las organizaciones colectivas se fragmenten, y que el recurso humano que conforma la función operacional de la OSC se movilice hacia los espacios donde la OMNU y la APP decidan poner el dinero. Por ello, la ‘sostenibilidad’ deseada por la OMNU y la APP se fragmenta por la estructura y vacíos del sistema de salud colombiano, así como por la falta de continuidad y de recurso humano preparado que hay en el campo del VIH en Colombia.

Esta dinámica de la financiación, además de poner a la OSC a competir con las entidades gubernamentales, también genera competencia con otras OSC. Al respecto, la participante menciona:

Otro elemento importante ahí es que se empieza a competir con los otros [OSC] y no en esa lógica de competencia por posicionar el tema de mujer y VIH, sino por competir como servicio comunitario, como empresa y entonces ahí se fragmentan las relaciones, se afincan las brechas que hay entre unas y otras [...] básicamente ahí es como que gane el mejor... Bueno, que gane el que pueda, el que tenga la lógica de mantenerse.

Estas OSC al no tener una financiación propia, ni ser parte de la maquinaria estatal, entran en competencia para lograr mantenerse en el sistema mercantilista de la salud. Pues, una vez se les ha fortalecido en la función operacional, desde las lógicas económicas que requieren para jugar en el campo de la salud; estas se enfrentan a la competencia con otras OSC. Es decir que, el fortalecimiento de la función operacional, actuaría en detrimento de las funciones políticas y de empoderamiento, pues, según la literatura, la fortaleza de las OSC

es la labor comunitaria y la construcción de colectividad que les permite exigir sus derechos ante el Estado (38,39). Al respecto la participante menciona:

Logramos tratar de adaptarnos a esa dinámica, a cómo está determinada la mirada epidemiológica del VIH y es que dice pues no, solamente [se financia] las poblaciones clave, ¿sí? Entonces es adaptarnos a esa mirada en términos de la sostenibilidad, entonces pues si ustedes realmente lo que quieren es que nosotros seamos contratados para hacer pruebas de VIH para la población, bueno.

De esta manera, a las OSC para ingresar al campo de la salud global en VIH se les ‘fortalece’ según el *habitus* del sistema de salud colombiano y del sistema global de salud, es decir, en el marco del mercantilismo y la competencia. Este *habitus* aprendido por las OSC les permitirá a los actores hegemónicos que los actores no hegemónicos jueguen bajo sus reglas, pero, además, que no se salgan del sistema económico preestablecido que es el que les permite tener más capital simbólico y económico a los actores hegemónicos del campo. Es decir, que a través del ‘fortalecimiento’ y la ‘sostenibilidad’ en búsqueda del mejoramiento de la salud de las MVVIH, se logra que entren al sistema económico y, con ello que, en términos de Bourdieu, “el poder vaya al poder” (42).

### ***La tercera resistencia: la incidencia política y la independencia académica***

Posteriormente, este grupo de mujeres busca aliarse con otro tipo de organizaciones en el marco del campo de la salud global y frente a esto la participante comenta:

Empezamos con una ONG de corte religioso [...] y empezamos a aprender de contable, de mirar la gestión de los recursos, pero lo más importante y lo que me apasionó claramente fue el tema de la incidencia política. Su proceso organizativo estaba enfocado hacia ese tema [la incidencia política] Nos volvimos coparte de la ONG [...] con ellos tuvimos muchos procesos hasta llegar a un espacio de toma de decisión nacional, que es cuando nos desligamos un poco de la parte productiva y nos empezamos a fortalecer en el ámbito de lo político [...] todo este tiempo generamos

esos procesos de las acciones desde un lugar de enunciación distinto, de un ejercicio más de involucramiento de actores y de fortalecimiento de las capacidades de las mujeres para la participación [social] y para la incidencia [política] que pues, teniendo en cuenta el perfil de las mujeres, pues finalmente logramos avanzar y ser reconocidas como una red de mujeres [a nivel nacional].

En esta relación con la ONG, hay un apoyo hacia las funciones operativas, pero principalmente se desarrollan y se enfocan en las funciones políticas y de empoderamiento de la OSC. Pues, la ‘incidencia política’ se define como “los esfuerzos de la ciudadanía organizada para influir en la formulación e implementación de las políticas y los programas públicos por medio de la persuasión y la presión ante autoridades estatales, organismos financieros internacionales y otras instituciones de poder” (75, p. 18). La participante y la OSC abogaban por lograr poner en la agenda del VIH en Colombia las necesidades de las mujeres cisgénero que viven con VIH. Pues, como se mencionó en la introducción, las estrategias de prevención para el VIH/Sida en Colombia están enfocadas en las poblaciones clave (8,22) y, no se focalizan estrategias para las mujeres cisgénero a pesar de que en los últimos años haya habido un aumento de casos y que los procesos sociales que llevan a las mujeres a tener el diagnóstico se permean por vulnerabilidades sociales y estructurales (76). La mirada desde el enfoque de ‘riesgo’, que va de la mano de la mirada ‘epidemiológica’, se enfoca en las ‘conductas de riesgo individuales’ pues “presupone que los sujetos poseen dominio absoluto de su cuerpo, su sexualidad, genitalidad y erotismo, sin tener en cuenta las complejas relaciones de poder que constituyen el campo de la sexualidad y los contextos en los cuales se encuentran inmersas las personas” (76, p. 10). Da por hecho, entonces, que todas las personas poseen los mismos capitales sociales para negociar y actuar bajo conductas ‘sin riesgo’. Es en este contexto que se vuelve primordial abogar por la agenda de las mujeres y VIH.

Ahora bien, el fortalecimiento en incidencia política se logra al estar en relación con esta ONG internacional de corte religioso en específico. Esta ONG internacional apoya el funcionamiento operacional para que la OSC tenga las herramientas para entrar al campo social de VIH en Colombia, pero no impone una agenda programática, sino que fortalece a

la OSC según sus necesidades. Esto se da porque la ONG internacional tiene libertad frente a su agenda, pues no representa los intereses de la ONU ni del sistema capitalista y su manutención no depende de ellos. Por ello logra ver la salud en el marco de la exigibilidad de los derechos, y, por tanto, fortalece las funciones políticas y de empoderamiento de la OSC. De esta forma, la agenda de las mujeres y el VIH lograría ser tenida en cuenta en la agenda nacional del VIH, para asegurar la continuidad de sus procesos y la ‘sostenibilidad’. Este ejercicio político pone en tensión el valor de los capitales simbólicos de los actores del campo del VIH en Colombia. Pues, por una parte, se encuentra el saber hegemónico de la ‘mirada epidemiológica’ con su enfoque de riesgo, sustentado en un sistema económico neoliberal y, por otra parte, está la experiencia de las mujeres desde una mirada de la vulnerabilidad y la exigencia de la salud como un derecho.

En el proceso de ejercer una incidencia política, la participante y la OSC se encuentran en una nueva relación con la academia, otro actor en el campo de la salud global. Al respecto ella comenta:

Ahora, en ese proceso empezamos a relacionarnos con personas técnicas, que nos acompañaban desde diferentes disciplinas [...] pero como que las personas venían, imponían sus ideas, veían desde afuera y pues la mayoría de las mujeres resentían eso, ¿no? [...] entonces yo digo definitivamente lo que quiero hacer es estudiar una ciencia social [...] También en el proceso recibimos apoyo de una universidad y conocimos la Investigación Acción Participativa y conocemos lo de Fals Borda y Paulo Freire [...], entonces empiezo a formarme académicamente y logro desarrollar habilidades técnicas, a generar un lenguaje de nosotras [...] Y logramos tener un poco más de independencia organizativa, un poco más de argumentos para poder seguir en esos escenarios de incidencia política en los que estábamos, evidenciar claramente las brechas de género y demás, [...] luego también desde la organización [...] dijimos lo que vamos a hacer es fortalecer a las mujeres desde la educación. Por eso empezamos a comprender también cómo las mujeres podíamos aprender, por eso la educación popular toma bastante fuerza para nosotras porque uno decía sí claro, aquí es una cosa que nosotras también aprendemos y este conocimiento es válido y bueno.

Sobre esta cita, la participante resalta dos momentos con relación a la academia. En un primer momento, hay una relación con representantes de la academia que utilizan los elementos ‘técnicos’ de manera impositiva como un saber-poder. Esta legitimación social que le permite a una persona llegar a un espacio nuevo e imponer lecturas sobre experiencias vividas de otras personas responde a lo que Michel Foucault propone como un ‘saber-poder’ (77). Con este concepto, Foucault pone en evidencia la ausencia de neutralidad que tiene el saber y propone que, para su concreción, el saber debe ser un producto del poder, pues el poder legitima discursos hegemónicos que se convierten en saberes (77).

En contraposición a esta postura impositiva del saber, en los años setenta, diferentes científicos sociales formularon una postura crítica hacia las ideas que se tenían sobre la ‘ciencia’ como fuente de verdad y objetividad (78). Con la preocupación de que había regiones y poblaciones pobres y explotadas, propusieron una metodología de investigación y acción que permitiera actuar en “los procesos políticos, educativos y culturales emancipativos” (78, p. 74). Para ello se formuló la Investigación Acción Participativa (IAP) que buscaba ser un método riguroso y dar validez al conocimiento de la gente del común. Esta metodología buscaba “mejorar las condiciones locales y estimular el poder y la dignidad del pueblo” (78, p. 82).

Esta metodología, en términos foucaultianos, busca darle validez y poder al ‘saber de la gente’ sobre el ‘saber totalizante’ (44) para lograr la dignidad y la emancipación de las comunidades. Para la participante y la OSC acercarse a ella, les permitió tener más poder y capital simbólico para poder negociar y luchar desde su función operacional, y buscar incidir políticamente en la agenda del VIH en Colombia, así como generar procesos de emancipación en cada mujer miembro de la OSC. Por medio de la IAP, hay una modificación en los capitales que la OSC de MVVIH posee, pues adquiere más capital simbólico cuando su discurso tiene un sustento metodológico que les permite buscar y luchar por más espacios de emancipación.

### *La independencia condicionada y la intersección de las dominaciones*

En ese camino, la participante y la OSC lograron hacer resistencia a la dependencia económica estructural a la que las mujeres están sometidas. También, a través de múltiples relaciones con diferentes agentes del campo social de la salud, se constituyeron como OSC y, por requerimientos del campo, como empresa privada. Pudieron darle valor a su experiencia y saber; y lograron adquirir elementos simbólicos que les permitieran tener un capital suficiente para ingresar a la incidencia política y estar en la mesa de decisión política en el campo del VIH a nivel nacional. De esta forma podrían lograr defender su agenda política de mujeres y VIH. Al respecto, la participante describe:

A mí me permitió estar en los únicos escenarios de participación destinados para el tema de VIH [...] pero ahí, por mi formación, estaba en un círculo vicioso [...] porque observé con el tiempo que a pesar de que trabajamos mucho en fortalecer los liderazgos, pues también no habíamos construido una comunidad de sentido ¿sí? [...] pero no había como ese proceso de construir de manera conjunta el proceso [...] porque siento que vamos a seguir determinadas en el mismo proceso, si seguimos en esta lógica. Entonces le toca a uno como, desde esa mirada machista y patriarcal, okay, yo voy es a tener una independencia condicionada [...] ahí tuve un dilema interno de querer un lugar muy independiente y que no estén determinados, para poder hacer el proceso de buscar un servicio de atención distinto, para generar procesos de incidencia claros.

Esto evidencia que, a pesar de lograr estar en espacios de toma de decisión, la hegemonía estructural (patriarcal) y del saber tenía más poder y capitales que los de la participante y su OSC. En primer lugar, como ya se ha mencionado, al estar el campo del VIH en Colombia insertado en un sistema económico capitalista y un sistema de salud de un mercado regulado, los procesos de participación social, incidencia política y colectividad a favor de la comunidad se individualizan y aíslan. Generando que, así se esté en la mesa de decisión, la fuerza de la sociedad civil organizada no logre generar suficiente contrapeso al poder hegemónico. De esta forma, la participante concluye que, a pesar de todas las resistencias realizadas, existe una independencia condicionada, pues se le permite ‘incidir’ en el marco

de las lógicas mercantiles y epidemiológicas, pero no con la participación colectiva y desde el enfoque de derechos que ella desearía

Sobre la hegemonía del saber epidemiológico, la participante afirma:

Yo creo que esa mirada epidemiológica lo que hace es que afinca la brecha de la inequidad de género, ¿por qué? Porque invisibiliza a las mujeres cisgénero, pues porque como nosotras la epidemia no nos afecta tanto, en términos de prevalencia [...] Esta mirada borra toda posibilidad de ver distinto este fenómeno ¿sí? Entonces en ese sentido, la afinca claramente y ni siquiera le importa que la mortalidad este más alta en las mujeres que en los hombres que tienen sexo con hombres, su mirada [la de la epidemiología del riesgo] es quién se está infectando, cómo y el riesgo [...] Pero siento que en las mujeres la mirada epidemiológica no nos ve nunca y claramente no hay posibilidades, ¿sí? No hay posibilidades porque el recurso se pone cuando la agenda se impone y la agenda se impone dónde está el riesgo mayor.

Esta última cita permite evidenciar la intersección de las dominaciones que existen a nivel estructural y personal en el relato de vida de la mujer y su OSC. Es decir, se observan las inequidades de género en intersección con otras inequidades sociales como clase, etnia, raza, entre otros, que, a su vez, se intersectan con la dominación de los poderes hegemónicos en el campo de la salud global previamente descritos.

En el ámbito individual, en un primer momento, se enfrenta a las relaciones de poder inequitativas con su pareja secundarias a la estructura patriarcal que determina una inequidad en la toma de decisiones en el ámbito sexual y conllevan a que adquiriera el diagnóstico de VIH y, una vez se enfrenta a la respuesta social encarnada en la medicina, esta se centra en los aspectos biológicos de su estado de enfermedad, y no en los elementos que constituyen su proceso de salud-enfermedad, entre ellos la inequidad de género con todos sus matices, entre ellos, la dependencia económica a su pareja masculina.

En el ámbito comunitario y estructural, una vez inicia el proceso de constitución y creación de la OSC se enfrentan a un campo de múltiples relaciones de poder, en las que, dependiendo del actor con el cual se están relacionando, pueden jugar con más o menos poder. Para lograr estar en este campo, es necesario que se constituyan como una empresa privada en búsqueda de la 'sostenibilidad'. Esto genera, por una parte, una fragmentación del proceso colectivo e individualiza las iniciativas de la sociedad civil y las pone a competir, lo cual les resta fortaleza para la exigibilidad de derechos, pero, por otra parte, entrar a funcionar como empresa privada les da una disposición y, poco a poco, una mejor posición social, la cual les permite entrar en los campos de la incidencia política. Una vez allí, sin embargo, la codominación ejercida por el saber-poder de la mirada medicalizada y epidemiológica y el poder del modelo económico capitalista e imperante, genera una 'independencia condicionada'. A pesar de todas las resistencias generadas en el campo de la salud, para lograr que el sistema de salud y los entes tomadores de decisión pongan en la agenda de prevención del VIH a las mujeres cisgénero y el VIH, más allá de las poblaciones claves, la salud pública colombiana debería tener una autonomía con respecto a dónde pone el recurso, dado que, como ya se ha mencionado, la financiación nacional para la prevención del VIH está supeditada a entes multilaterales globales. Estas entidades financiadoras poseen un capital económico elevado y sustenta su capital simbólico en la mirada medicalizada, que, en términos foucaultianos, es un dispositivo de poder para generar sujetos normalizados que sean operantes en el sistema capitalista. De esta forma, la mirada de riesgo desconoce toda inequidad social, porque individualiza los estados de enfermedad y se pierde la dialéctica de los elementos sociales que conforman el proceso de salud-enfermedad. De esta forma, la relación entre un saber hegemónico y un sistema económico se vuelve cíclico, pues el saber hegemónico es operante al sistema económico y, en la medida que es validado por los actores con capital económico, el saber adquiere poder y valor como capital simbólico para dominar el campo de la salud global del VIH.

## Discusión

A partir de estos resultados del análisis del caso de estudio, se observa entonces cómo operan y se encarnan en él las relaciones de poder en el campo de la salud global de VIH en el ámbito individual y estructural en Colombia, en tres escenarios específicos. Primero, en el ámbito individual este caso revela como la participante vive una inequidad de género que se encarna en el momento de adquirir el diagnóstico y experimenta las fuerzas del poder global en los procesos en los que la agenda pública define y determina las prioridades para la prevención del VIH en Colombia, invisibilizando a las mujeres cisgénero. Segundo, la participante y su OSC se enfrentan a unas exigencias en el campo de la salud en Colombia, que se relacionan con el sistema económico hegemónico (neoliberalismo) y el mercado regulado de la salud. En este espacio, dependiendo de con qué tipo de organización se relacionen (OMNU u ONG) y, por tanto, que tanta dominación se ejerza, la OSC logra trabajar por su agenda propia o por la constante búsqueda de la ‘sostenibilidad’ financiera de la organización. Tercero, una vez, la OSC de este caso tiene el espacio de abogar por la agenda de las mujeres y el VIH, el ejercicio de incidencia política se ve truncado porque debe luchar por hacer reconocer sus intereses ante los de una agenda nacional hegemónica, basada en la epidemiología, que invisibiliza a las mujeres.

### *La mirada epidemiológica del riesgo en VIH y la invisibilización de las mujeres*

Ahora bien, con respecto al resultado de cómo la mirada epidemiológica invisibiliza las necesidades y la realidad social de las mujeres; en la literatura, a partir de los textos de Sandra Harding y Donna Haraway, se han propuesto las ‘Epistemologías Críticas Feministas’ que cuestionan “el modo de producir y validar el conocimiento de la ciencia moderna que, en tanto producto y proceso social, favorecía la producción de un conocimiento androcéntrico, sexista, clasista, racista, coercitivo y al servicio del status quo” (79, p.1). De esta forma, se preguntan por la relación entre conocimiento y poder y su legitimación y reproducción en la sociedad patriarcal y su representación en el campo científico (79). Proponen las ‘epistemologías del *standpoint*’ que sugieren que las relaciones sociales de dominación han generado una ausencia de herramientas conceptuales para estudiar las opresiones de las mujeres y, por ello, se debería cambiar ‘el punto de vista’, de esta forma se busca transformar

la experiencia de las mujeres en saber (79). Para las ‘epistemologías del *standpoint*’ una ciencia feminista sería aquella que “luche, recupere y revalorice la visión de las mujeres de un nosotrxs inclusivo y diverso, que mire bajo la superficie de las relaciones de poder para desentrañarlas y modificarlas” (79, p. 9). Esta postura teórica, nacida en los años ochenta, va en consonancia con las experiencias que la participante del caso quien denuncia la invisibilización de las mujeres en el constructo teórico de la epidemiología del VIH, tanto en el ámbito global como en el nacional y de cómo se toman decisiones políticas a partir de ese saber totalizante específicamente. Considero que esta posición teórica da luces para lograr observar los fenómenos de salud desde una mirada más amplia, pues si el enfoque del riesgo en epidemiología no ha logrado reconocer y trabajar en las vulnerabilidades de las mujeres que viven con VIH, a pesar de su estudio e identificación (76), no se está logrando cumplir el objetivo de la política pública.

El estudio de la epidemia del VIH desde la perspectiva de género no es nuevo (80–86). La investigación de la relación entre inequidades de género y VIH empezó dos décadas después del inicio de esta epidemia, cuándo se reconoció la posibilidad y vulnerabilidad en el que estaban las mujeres para adquirir la infección (85). Por esta época, empezaron a surgir investigaciones que mostraban cómo las inequidades sociales generaban mayor riesgo para adquirir la infección por VIH. Farmer et al. (81) evidenciaron como la pobreza y la discriminación por género son factores de riesgo para el VIH, así como la dependencia económica y vivir en sociedad pro-natalistas hacía que las mujeres no tuvieran elementos para negociar relaciones sexuales seguras (81,85). Doyal et. al (80) recogieron múltiples textos que analizaban la problemática del VIH en las mujeres desde diferentes perspectivas: en la erótica de la promoción en salud, en la visibilidad e invisibilidad de las mujeres en los discursos del VIH o en la educación sexual (80). Posteriormente, otros investigadores se han preguntado por las intersecciones entre dominaciones que se generan en mujeres y diferentes regiones del mundo (82,84,86).

Todas estas investigaciones y las mencionadas en la introducción (10–16) develan que, a pesar de que las mujeres tengan una prevalencia menor de VIH que las poblaciones clave, la vulnerabilidad a la cual están expuestas es alta y lo ha sido de manera histórica. Bien lo

mencionaban en el año 2008 Viveros-Vigoya et al. (76) Al decir: “se puede mostrar que todas las mujeres son susceptibles a la infección, que esta situación compartida se agudiza cuando va acompañada de otras de vulnerabilidad y, por tanto, que deben emprenderse acciones para detener la epidemia independientemente de la cantidad de casos diagnosticados” (74, p.8). En comparación con los resultados del caso de estudio, se observa que sucede el mismo fenómeno en cuanto a que la participante llega a tener el diagnóstico determinada por las inequidades sociales de su entorno, pero, además, una vez inicia su proceso de salud-enfermedad con el VIH se agudizan esas vulnerabilidades previas. En últimas, considero que esta epidemia en las mujeres termina siendo un resultado más de la sociedad inequitativa y patriarcal que oprime a las mujeres y las pone en riesgo constante para enfermar o vivir. En términos de la medicina social latinoamericana (60), ser mujer que habita en una sociedad patriarcal es una condición desfavorable para el proceso de salud-enfermedad. Por ello, también es necesario observar el fenómeno a partir de las dominaciones de cada mujer en particular y del lugar que habita, pues es claro en la literatura que las vulnerabilidades en el VIH para las mujeres son mayores en países con inequidad sociales marcadas (ej. África subsahariana y Colombia) (76,87), así dentro de las categorías de análisis de la perspectiva interseccional debería estar también el país en el que se viva.

Observando que es inherente a la epidemiología que suceda este fenómeno excluyente, académicos como Inhorn y Whittle (85) proponen la concreción de una ‘epidemiología feminista’ emancipatoria que incorpore un enfoque feminista. Afirman que la epidemiología hegemónica, aunque pretende prevenir las inequidades sociales, lo que hace es reforzar las jerarquías basadas en género, raza y clase (85). Igualmente, definen los ‘sesgos antifeministas’ en la investigación epidemiológica en la salud de las mujeres, estos incluyen: “la definición del problema y la producción del conocimiento en la salud de las mujeres; la esencialización biológica de las mujeres como reproductoras; y, la descontextualización y despolitización de los riesgos de la salud de las mujeres” (85, p. 557). Sobre el último sesgo, destacan el caso del VIH y su investigación de género en los últimos años.

Por otra parte, Johnson (83) también propone una epidemiología feminista para las políticas y programas de salud del virus Zika, pues observa que la acción de la política pública se

enfoca en el mosquito, más que en las mujeres y no tienen en cuenta los aspectos sociales, políticos e históricos de este problema de salud pública (83). La propuesta de epidemiología feminista entonces es un abordaje para entender la injusticia social y sus relaciones con el riesgo de infección del virus Zika (83). En comparación a los resultados de este estudio de caso, llama la atención que, a pesar de que el problema biológico es diferente (Virus Zika/VIH), la visión epidemiológica se centra en el ‘vector’ (mosquito/modo de transmisión sexual) y no en las relaciones sociales que han llevado a que las personas adquieran la enfermedad. Esto aunado al hecho de que el sujeto de la política pública son mujeres, desconoce las inequidades sociales y las de género.

A mi modo de ver, estas investigaciones y propuestas teóricas, ponen en cuestión también la forma en que se hace la política pública en salud. Frente a esto, Rogers (88) presenta un análisis sobre la ética de la salud pública desde una mirada feminista, pues considera que el objeto central de la salud pública es la equidad en salud y que el abordaje feminista permite hacer las conexiones entre desventaja y salud, y la distribución del poder en el proceso de la salud pública, usando el género como una categoría de análisis (88).

De acuerdo con el análisis del caso de estudio y la literatura revisada (10,11,82–86,88,12–16,79–81) se observa como la epidemiología con un enfoque de riesgo invisibiliza a las mujeres, porque este saber es la concreción de un poder patriarcal. Considero entonces que es imperante un compromiso con una epidemiología desde *otro punto de vista* que pueda dar lugar a las experiencias experimentadas de las mujeres y una acción social que permita darle cabida en la política pública a otras narrativas científicas. Sin embargo, se debe reconocer que el paradigma epidemiológico adquiere ese poder porque logra sustentar las estructuras hegemónicas, en ese sentido, en la medida que el poder logre movilizarse hacia otras estructuras también las herramientas que se requieran serán diferentes.

### ***Las Organizaciones de la Sociedad Civil en la Arquitectura de la Salud Global***

Ahora bien, en el estudio de caso se observa cómo se constituye la OSC, con qué tipo de actores se relaciona y las exigencias y oportunidades que esta organización tienen según el actor con el que se está relacionando.

En la literatura se ha estudiado el rol de las OSC en el campo de la salud global (89–97). Se considera que juegan un importante papel por su función de control y vigilancia de entidades gubernamentales, su facilidad para conectarse y movilizar la sociedad civil, la provisión de dar servicios de salud y comunitarios a poblaciones vulnerables y marginalizadas, la participación en la formación y creación de políticas públicas que promueven la democracia (92,95). En el caso del VIH, han realizado un trabajo relevante en la monitorización de alianzas público-privadas y en agencias multilaterales, así como en fortalecer el compromiso global por la defensa de los derechos humanos (95).

Estos presupuestos han sido analizados por Doyle y Patel (92) al preguntarse por la legitimidad de las OSC, en tanto representantes de la sociedad civil, en el campo de la salud global. En primer lugar, Doyle y Patel (92) ponen en cuestión que exista una ‘sociedad civil global’ y mencionan que este intento de homogenización de la sociedad civil ha beneficiado a los financiadores-donadores occidentales, porque con solo la participación de algunas OSC se les confiere una legitimidad democrática en las decisiones políticas (92). Esta idea totalizante de una sola ‘sociedad civil’ desconoce las diversas problemáticas que se pueden presentar en el entramado social (92). El discurso de la representatividad democrática de las OSC ha servido para disfrazar la agenda real de algunas agencias de la salud global, para que los donadores y financiadores occidentales puedan hacer intervenciones directas, pasando los filtros y la soberanía gubernamental (92). En segundo lugar, Doyle y Patel (92) mencionan que desde los años ochenta “las OSC han sido despolitizadas y profesionalizadas a través de la dependencia en financiadores occidentales, haciéndolos agentes pasivos en una agenda neoliberal. Las OSC que desafían esta agenda y compiten con agencias nacionales e internacionales para influir en su política han sido marginalizadas” (92, p. 1932). Esta dependencia a financiadores externos ha generado que las OSC entren en los mecanismos de mercado y prioricen las intervenciones que pueden ser rentables, que generan una renovación contractual a corto plazo y con las que se puede demostrar la rentabilidad de la ‘inversión’

(donación) (92). Así, este mecanismo mercantil determina que las OSC estén preocupadas por su supervivencia financiera y promuevan soluciones homogeneizadas a los problemas de salud pública (92), que no siempre responden a las necesidades de específicas del grupo social al que representan, en especial cuando se comprende que existen diferencias individuales y colectivas en el proceso de salud-enfermedad de las personas y comunidades. Finalmente, Doyle y Patel (92) proponen la hipótesis de que “la habilidad de las OSC para cambiar la política de la salud global al beneficio del público se ve socavada por la cooptación por parte de organizaciones internacionales y agencias donantes” (92, p. 1935). Con relación a esta afirmación y postura académica de Doyle y Patel (92), los resultados de este estudio de caso muestran que esta aseveración teórica es afirmativa. Pues, desde el ejercicio de la OSC de MVVIH, la dependencia hacia los financiadores determinó en todo momento la libertad que tenían para trabajar y defender su propia agenda. Por una parte, al relacionarse con la OMNU, se fortalece la función operativa que busca dar soluciones homogeneizantes al problema de salud pública (toma de pruebas de VIH, distribución de condones, prestación de servicios de salud, etc.). Por otra parte, en su relación con la ONG religiosa, se fortalecen, además de la función operativa, la labor política y de empoderamiento.

Esta situación lo que me permite observar es que todos los actores de la salud global estudiados en este caso en particular, están enmarcados en el sistema capitalista con el régimen de acumulación neoliberal. Como demostraron los resultados del estudio de caso, el primer paso para que la OSC pudiera entrar en el campo de la salud del VIH fue constituirse como empresa privada. Esto genera que propuestas novedosas de organizaciones representativas de la sociedad civil no sean tomadas en cuenta lo suficiente.

A pesar de este panorama, históricamente, se han presentado casos en los que la unión y fortaleza de la sociedad civil ha generado cambios políticos y logrado influir en la política pública (94,98). Según Rich (98), la política de VIH en Brasil es muestra de ello, puesto que el país forjó una política nacional incluyente para el VIH desde el enfoque de salud como derecho fundamental y por lo tanto logró garantizar una atención digna a los pacientes. Lo anterior fue logrado por un adecuado funcionamiento de instituciones participativas y una alianza sociedad civil-Estado, en el marco de un sistema público de salud en Brasil, que es

único en América Latina (98). En este caso, existía un movimiento social que fue apoyado por burócratas en representación estatal y se fortalecieron las plataformas en las que los burócratas dependían del apoyo político de la sociedad civil, por lo cual promovieron la gobernanza participativa de las OSC permitiendo que estas últimas, pudieran ser participantes de la política pública (98). Rich (98) sugiere que esto fue resultado de un movimiento social fortalecido y una agenda compartida por parte de los burócratas (98). A la luz de los resultados de este estudio de caso, es interesante observar las relaciones que se producen entre la sociedad civil y el Estado, pues en el caso colombiano, la minimización del Estado, por las políticas neoliberales globales, representado en el sistema de salud hace que no haya un espacio claro para generar alianzas sociedad civil-Estado. Como hipótesis propongo que, incluso si se dieran estos espacios de alianzas, debido a la fuerte y extensa intervención multilateral internacional en el campo del VIH en Colombia, no es claro si se pudiera generar cambio en la política pública a corto o mediano plazo.

### ***El paradigma de la sostenibilidad en la Salud Global***

Finalmente, dentro de los resultados encontrados se encuentra una constante búsqueda y exigencia a la OSC de la ‘sostenibilidad’ financiera. Sin embargo, no es claro lo que este concepto hace referencia, ni si es una categoría homogénea para todos los actores del campo de la salud global (99,100). En la literatura se han encontrado investigaciones sobre el rol y significados del término ‘sostenibilidad’ (99–105).

La sostenibilidad es un término que cada vez se usa más, pero se comprende menos (100). En un primer momento, tomaba un significado para la política pública, en especial la de salud, desde las corrientes de los movimientos ecologistas y la ecología social (100,103). Ahora, “se ha visto su conceptualización como una estrategia de institucionalización divorciándose de su foco original y amplio en la protección de los recursos medioambientales, la renovabilidad, y la equidad intergeneracional” (100, p. 1). Así, este concepto se ha estado utilizando en la salud pública como sinónimo a la continuidad, mantenimiento, perduración o institucionalización de los programas y políticas en salud (99).

De manera específica, las herramientas mediante las cuales se ha evaluado la sostenibilidad son a partir de la ‘rutinización’ o los procesos de la organización y la ‘estandarización’ o la formación institucional (100,102). El constructo de la sostenibilidad se basa en tres parámetros: “la continuación de los beneficios en salud para sus individuos después de un programa inicial cuando la financiación se acabe, la continuidad de las actividades del programa entre una o más organizaciones, y la construcción de la capacidad comunitaria para desarrollar y llevar a cabo programas” (99, p. 2).

Cuando se observan los resultados del estudio de caso a la luz de este debate en la literatura, se encuentra que en la experiencia de OSC de MVVIH el concepto de ‘sostenibilidad’ ha estado ligado a la ‘estandarización’ al constituirse como empresa privada y, a la búsqueda por generar recursos económicos para mantener una continuidad en las actividades de la OSC, así como en la construcción de la capacidad comunitaria. El proceso para llegar a ser ‘sostenible’ inició con el primer ciclo de financiación de la OMNU cuando la agenda programática de esta institución era fortalecer los servicios comunitarios. En ese momento, la OSC de MVVIH logró crear y aprender de los procesos necesarios (contabilidad, financiera) para constituirse como una organización. Sin embargo, cuando inició el segundo ciclo de financiación de la OMNU y se decidió que el dinero sería invertido en los servicios de las subredes y la Secretaría de salud, a pesar de la ‘capacidad instalada’ y la formalización de la OSC no se logró mantener de la misma forma a las personas y a la organización. Esto nos permite observar que, al enfocar el mantenimiento de los programas de salud en la creación organizacional y fortalecimiento financiero, el fortalecimiento se socava cuando el capital económico se moviliza. Es decir, al construir y formalizar iniciativas de la sociedad civil como ‘empresa privada’ para lograr la ‘sostenibilidad’, esta última solo se conseguirá en la medida que logren mantener a sus ‘clientes’. Sin embargo, en el sistema de salud colombiano las OSC no han logrado ser parte del sistema nacional y, por ello, en el momento que la financiación externa migra o cambia de meta su inversión, los procesos construidos se diluyen en el mercado regulado de la salud.

Por ello, me sumo al llamado que hacen Hudson y Vissing (100) para “limitar el uso del concepto de sostenibilidad a cuestiones de salud pública y bienestar, en vez de usarlo para

referirse a la supervivencia de políticas y programas en salud”. Agregaría, además, la relevancia para que los entes financiadores consideren evaluar a las OSC a partir de la permanencia de los procesos de salud y no de la rentabilidad del control del riesgo del VIH.

## Conclusiones

Con este estudio de caso se lograron estudiar las relaciones de poder que se ejercen en el campo de la salud global del VIH, desde la experiencia de una mujer que vive con VIH y su Organización de la Sociedad Civil para mujeres que viven con VIH.

En primer lugar, se lograron articular los conceptos teóricos de campo social, relaciones de poder, hegemonía/resistencia, contrahegemonía e interseccionalidad en el estudio de caso de una situación en salud global. Considero que esta aproximación teórica permitió generar un análisis crítico para comprender el conjunto de relaciones estructurantes del campo de la salud global, y de la experiencia de una persona que vive en él. Adicionalmente, se rescata la riqueza que se puede hallar en la investigación cualitativa, así como la profundidad encontrada en el estudio detallado de un caso en específico. Al lograr situar el caso en su contexto, también se puede hacer un análisis de las relaciones sociales que este genera y las que lo generan.

Ahora bien, este caso de estudio mostró las intrincadas relaciones de poder que generan la dominación y las resistencias en el campo de la salud global. Como se explicó previamente, estas relaciones suceden paralelamente en un ámbito individual, comunitario y estructural. Con respecto al ámbito individual, se explicitó que en el momento recibir el diagnóstico del VIH, el personal en salud impone un discurso medicalizado que no logra dar respuesta a las necesidades que vive la mujer y, posteriormente, cuando se inicia el proceso con la OSC se impone el discurso epidemiológico limitante. Estos dos discursos originados en la ciencia totalizante no logran ver los matices de las experiencias que viven las personas en sus procesos de salud-enfermedad. Como profesionales de salud, salubristas e investigadores, esta investigación nos deja el reto de lograr integrar los ‘saberes de la gente’ en la construcción de política pública y en la atención de las personas. Pensar en cuerpo de saberes para la salud pública desde *otro punto de vista*, en términos de Sandra Harding (79), nos permitiría generar políticas públicas que logren articular la dialéctica de los procesos de salud-enfermedad y que reconozcan las diferentes categorías de dominación como el género, raza, etnia, capacidad, entre otros.

Con respecto a los ámbitos comunitarios y estructurales, se concluye que para que un actor de la salud global tenga el suficiente poder para influir en las agendas programáticas del VIH requiere de un alto capital simbólico y económico. En el caso estudiado, la OMNU es la que posee estos dos capitales; el Estado colombiano en lo referente a la salud pública del VIH posee un capital simbólico, pero menos capital económico; la ONG poseía menos capital económico pero un buen capital simbólico; y, la OSC inició sin tener un capital simbólico que fue construyendo por medio de las relaciones con otros actores del campo y su capital económico dependiente y supeditado a la financiación de otros actores.

Al pararnos desde el punto de vista de la OSC, esta distribución de poder nos permite observar que la libertad de esta organización está supeditada a la agenda de un actor hegemónico en el campo, pues, si bien hay un proceso de fortalecimiento y desarrollo colectivo, solo logran entrar en la lucha del campo cuando adquieren las mismas herramientas. Esto hace que la misma estructura del campo no permita que otros actores subviertan las relaciones de poder establecidas, ni las herramientas con las que se lucha para lograr la resistencia. En el momento que la OSC deje de ser una empresa privada y organizada, perderá el poder para lograr una incidencia política en el campo del VIH.

Esta situación, nos pone a las y los salubristas y a la academia en una encrucijada, pues si nos comprometemos con el objetivo de mejorar la salud de las personas es imperante lograr sociedades más equitativas y democráticas, donde la participación de la sociedad civil sea justa y no instrumentalizada según agendas económicas y de saberes hegemónicos. Para lograrlo, desde mi perspectiva considero que un primer paso es formar alianzas entre actores que tengan objetivos comunes y busquen construir procesos de salud, más que proyectos para mejorar estados de enfermedad. En un segundo momento, debemos conocer y reflexionar sobre el poder detrás del saber y los elementos ‘técnicos’ con los que trabajamos. En particular, para el debate de la sostenibilidad se deben repensar los elementos requeridos para acceder a las financiaciones y los indicadores con los que se evalúan estas intervenciones. Pensar la sostenibilidad como la capacidad que tiene un programa/política para mejorar la salud de la población intervenida, así como para poder dinamizarse si es lo requerido. Que

las intervenciones de salud queden supeditadas al fortalecimiento de instituciones u organizaciones, genera que los procesos de salud de los individuos queden al margen. Como reto y objetivo final se deben pensar modelos económicos que no centren el valor de la vida y la salud en la acumulación, sino en el valor de la dignidad, la justicia y los procesos de vida saludables.

## Bibliografía

1. World Health Organization. Summary of the global HIV epidemic, 2021 [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 1]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids>
2. Jahagirdar D, Walters MK, Novotney A, Brewer ED, Frank TD, Carter A, et al. Global, regional, and national sex-specific burden and control of the HIV epidemic, 1990–2019, for 204 countries and territories: the Global Burden of Diseases Study 2019. 2021 [cited 2022 Nov 1]; Available from: <http://ghdx.healthdata.org/>
3. ONUSIDA. Estrategia Mundial Contra el SIDA 2021-2026. Acabar con las desigualdades. Acabar con el SIDA. Ginebra; 2020.
4. Frescura L, Godfrey-Faussett P, Ali Feizzadeh A, El-Sadr W, Syarif O, Ghys PD, et al. Achieving the 95 95 95 targets for all: A pathway to ending AIDS. PLoS One. 2022 Aug 1;17(8 August).
5. Montana JF, Ferreira GRON, Cunha CLF, de Queiroz AAR, Fernandes WAA, Polaro SHI, et al. The HIV epidemic in Colombia: spatial and temporal trends analysis. BMC Public Health [Internet]. 2021 Dec 21;21(1):178. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10196-y>
6. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del VIH y sida en Colombia 2021. Bogotá D.C.; 2021.
7. UNAIDS. UNAIDS DATA 2021 [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 2]. Available from: <https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/unaids-aids-data-book-2021.pdf>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. 2021; Bogotá.
9. Cuenta de Alto Costo. Un mayor acceso a la terapia antiretroviral es posible: mejores resultados en cobertura y control del VIH en Colombia [Internet]. [cited 2023 Jan 11]. Available from: <https://cuentadealtocosto.org/site/vih/un-mayor-acceso-a-la-terapia-antiretroviral-es-posible-mejores-resultados-en-cobertura-y-control-del-vih-en-colombia/>

10. Sajadipour M, Rezaei S, Irandoost SF, Ghaumzadeh M, Salmani nadushan M, Gholami M, et al. What explains gender inequality in HIV infection among high-risk people? A Blinder-Oaxaca decomposition. Arch Public Heal [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2022 Nov 2];80(1):1–9. Available from: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13690-021-00758-2>
11. Gupta GR, Whelan D, Allendorf K, World Health Organization. Department of Gender W and H. Integrating gender into HIV/AIDS programmes : a review paper. Dept. of Gender and Women’s Health, Family and Community Health, World Health Organization; 2003. 53 p.
12. Richardson ET, Collins SE, Kung T, Jones JH, Tram KH, Boggiano VL, et al. Gender inequality and HIV transmission: a global analysis. J Int AIDS Soc. 2014 Jan;17(1):19035.
13. Mårdh O, Quinten C, Kuchukhidze G, Seguy N, Dara M, Amato-Gauci AJ, et al. HIV among women in the WHO European Region – epidemiological trends and predictors of late diagnosis, 2009-2018. Eurosurveillance [Internet]. 2019 Nov 11 [cited 2022 Nov 3];24(48):1. Available from: </pmc/articles/PMC6891943/>
14. Pulerwitz J, Gottert A, Kahn K, Haberland N, Julien A, Selin A, et al. Gender Norms and HIV Testing/Treatment Uptake: Evidence from a Large Population-Based Sample in South Africa. AIDS Behav [Internet]. 2019 Sep 1 [cited 2022 Nov 3];23(Suppl 2):162–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31359218/>
15. Quevedo-Gómez MC, Krumeich A, Abadía-Barrero CE, van den Borne HW. Social inequalities, sexual tourism and HIV in Cartagena, Colombia: an ethnographic study. BMC Public Health. 2020 Dec 8;20(1).
16. Collazos MF, Echeverry N, Molina AP, Canaval GE, Valencia CP. Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: no es cuestión de estrato socioeconómico. Vol. 36. Julio-Septiembre; 2005.
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las Hepatitis B Y C, Colombia, 2018-2021. 2018.
18. ONUSIDA. Informes nacionales sobre avances en respuesta al SIDA- Colombia. Monitorio Global del Sida. 2020.
19. Pharos Global Health Advisors. Colombia [Internet]. [cited 2021 Jun 1]. Available

- from: <https://pharosglobalhealth.com/projects/colombia/>
20. FONADE, Fondo Mundial. Convocatoria anual para VIH/SIDA. Bogotá; 2011.
  21. Mora DL. Entrevista: La actualidad del Mecanismo de Coordinación País en Colombia - Corresponsales Clave [Internet]. 2010 [cited 2022 Nov 5]. Available from: <https://corresponsalesclave.org/entrevista-la-actualidad-del-mecanismo-de-coordinacion-pais-en-colombia/>
  22. Mecanismo Coordinador País, Rada Londoño OA. Proyecto “Ampliación de la respuesta nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad 2022-2025” Acuerdo de Subvención No. COL-H-ENTerritorio 3038. Bogotá; 2022.
  23. Holst J. Global Health – emergence, hegemonic trends and biomedical reductionism. *Global Health*. 2020 Dec 6;16(1).
  24. Taylor S. “Global health”: Meaning what? Vol. 3, *BMJ Global Health*. BMJ Publishing Group; 2018.
  25. Rey J, Koplan P, Bond C, Merson MH, Reddy S, Rodriguez MH, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet* [Internet]. 2009;373:1993–5. Available from: <http://globalhealthedu.org/Pages/GlobalvsInt.aspx>
  26. MacFarlane SB, Jacobs M, Kaaya EE. In the name of global health: Trends in academic institutions. *J Public Health Policy*. 2008;29(4):383–401.
  27. Kickbusch I, Cassels A, Buse K, Tlou S, Poku N, Omaswa F, et al. Global Health Disruptors. *BMJ*. 2018;363.
  28. Fidler DP. *The Challenges of Global Health Governance*. Nueva York; 2010.
  29. The Graduate Institute. Discussing a definition of Global Health. *Glob Health Action*. 2010 Dec;3(1):5142.
  30. World Health Organization. 10 global health issues to track in 2021 [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/spotlight/10-global-health-issues-to-track-in-2021>
  31. Wood J. These are the 10 biggest global health threats of the decade [Internet]. World Economic Forum. 2020 [cited 2022 Dec 15]. Available from: <https://www.weforum.org/agenda/2020/02/who-healthcare-challenges-2020s-climate-conflict-epidemics/>
  32. Hoffman SJ, Cole CB. Defining the global health system and systematically

- mapping its network of actors. *Global Health*. 2018 Apr 17;14(1).
33. Kickbusch I, Szabo MMC. A new governance space for health. *Glob Health Action* [Internet]. 2014 [cited 2022 Dec 15];7(SUPP.1):23507. Available from: </pmc/articles/PMC3925805/>
  34. Pereira R. Processes of Securitization of Infectious Diseases and Western Hegemonic Power: A Historical-Political Analysis. *Glob Heal Gov* [Internet]. 2008;11(1). Available from: <http://www.ghgj.org>
  35. McInnes C, Kamradt-Scott A, Lee K, Roemer-Mahler A, Rushton S, Williams OD. Conclusion: The Transformation of Global Health Governance. In: *The Transformation of Global Health Governance*. Palgrave Macmillan; 2014.
  36. Mogedal S, Alverberg B, Pereira C. The global health architecture-for the benefit of all? *Tidsskr Den Nor legeförening*. 2011;1–6.
  37. Vos P De, Malaise G, Ceukelaire W De, Perez D, Lefèvre P. Participation and empowerment in Primary Health Care : from Alma Ata to the era of globalization. *Soc Med* [Internet]. 2009;4(2):121–7. Available from: <http://socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/viewArticle/269>
  38. De Ceukelaire W, De Vos P. Social movements are key towards universal health coverage. Vol. 374, *The Lancet*. Elsevier B.V.; 2009. p. 1888.
  39. De Ceukelaire W, De Vos P. Governments, civil society, and social determinants of health. *Lancet*. 2009;373(9660):298–9.
  40. Romero RV, Tovar MT. El papel de la sociedad civil en la construcción de sistemas de salud equitativos. *Rev Cuba Salud Publica*. 2011;37(2):145–54.
  41. Mathurapote N, Putthasri W. The rise of civil society. *BMJ*. 2018;363:14–5.
  42. Bourdieu P. Razones prácticas sobre la teoría de la acción. Cuarta edición. Barcelona: Editorial Anagrama; 2007.
  43. Foucault M. El poder, una bestia magnífica: sobre el poder, la prisión y la vida. In: *El poder, una bestia magnífica*. Buenos Aires: Siglo Ventiuno Editores; 2012. p. 29–46.
  44. Foucault M. Clase del 7 de enero de 1976. In: *Defender la sociedad Curso en el College de France (1975-1976)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2001. p. 15–32.

45. Foucault M. Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones. Madrid: Alianza Editorial; 2000.
46. Foucault M. Poder y saber. In: El poder, una bestia magnífica. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2012. p. 67–86.
47. Durey A. Antonio Gramsci and Pierre Bourdieu: ‘Whiteness’ and Indigenous Healthcare. In: The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine. London: Palgrave Macmillan UK; 2015. p. 191–204.
48. Varela N. Feminismo para principantes. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial; 2013.
49. Scott JW. Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *Am Hist Rev.* 1986 Dec;91(5):1053.
50. Viveros Vigoya M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Fem.* 2016 Oct;52:1–17.
51. La Barbera M. Interseccionalidad, un “concepto viajero”: orígenes, desarrollo e implementación en la Unión Europea. *Interdisciplina* [Internet]. 2016 [cited 2023 Jan 17];8:105–12. Available from: <http://www.miseal.org/>
52. Viveros-Vigoya M. La sexualización de la raza y la racialización de la sexualidad en el contexto latinoamericano actual. *Revista Latinoam Estud Fam.* 2009;1:63–81.
53. Quevedo-Gómez M-C. Covid-19: una valiosa oportunidad para la Salud Global. 2020. [agosto, 2020]. Universidad del Rosario, Bogotá.
54. Hoffman SJ, Cole CB, Pearcey M. Mapping Global Health Architecture to Inform the Future. *Cent Glob Heal Secur.* 2015;1–42.
55. Flybjerg B. Case study. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. California: SAGE Publications Inc.; 2011. p. 301–3016.
56. Creswell JW. Five Qualitative Approaches to Inquiry. In: *Qualitative Inquiry & Research Design*. California: SAGE Publications Inc.; 2007. p. 53–84.
57. Lupton D. Foucault and the medicalisation critique. In: Peterson A, Bunton R, editors. *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge; 1997. p. 94–111.
58. Quevedo V. E. El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. 1990.
59. Ospina JM, Manrique-Abril FG, Fernando Martinez-Martin A. La formación de

médicos generales según los requerimientos del sistema general de seguridad social en salud en Colombia. *Rev Colomb Anestesiol* [Internet]. 2012;40(2):124–6.

Available from:

<http://www.revcolanest.com.coel10/05/2012.Copiaparausopersonal,seprohíbelatransmisióndeestedocumentoporcuquiermedioofomato>.

60. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merhy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2002;12(2).
61. Laurell AC. La Salud-Enfermedad como proceso social \*. 1981.
62. Quiroga Díaz N. Economías feminista, social y solidaria. Respuestas heterodoxas a la crisis de reproducción en América Latina. *Íconos - Rev Ciencias Soc*. 2013;0(33):77.
63. Cancillería, Ministerio de Relaciones Exteriores de Colombia. Organización de las Naciones Unidas (ONU) | Cancillería [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 19]. Available from: <https://www.cancilleria.gov.co/organizacion-las-naciones-unidas-onu>
64. Cueto M, Brown T, Fee E. El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. *Apunt* 69. 2011;XXXVIII(69):129–56.
65. Kohlmorgen L. International Governmental Organizations and Global Health Governance: the Role of the World Health Organization, World Bank and UNAIDS. In: Hein W, Bartsch S, Kohlmorgen L, editors. *Global Health Governance and the Fight Against HIV/AIDS*. London: Palgrave Macmillan; 2007. p. 119–45.
66. Institute for Health Metrics and Evaluation. VizHub - Financing Global Health [Internet]. [cited 2023 Jan 19]. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/fgh/>
67. Yong Kim J, Ammann A. Is the “3 by 5” Initiative the Best Approach to Tackling the HIV Pandemic? *PLoS Med Debate*. 2004;1(2):097–100.
68. Anbazhagan S, A. S. Role of non-governmental organizations in global health. *Int J Community Med Public Heal*. 2016;17–22.
69. Bartsch S, Kohlmorgen L. The Role of Civil Society Organizations in Global Health Governance. In: Hein W, Bartsch S, Kohlmorgen L, editors. *Global Health Governance and the Fight Against HIV/AIDS*. London: Palgrave Macmillan ; 2007.
70. Fernández CAP. Reflexión del discurso del bienestar y el desarrollo en el

neoliberalismo. El caso en el sistema de salud colombiano. *Saúde em Debate* [Internet]. 2021 Aug 2 [cited 2023 Jan 21];45(129):275–86. Available from: <http://www.scielo.br/j/sdeb/a/wMLyT3mxssmHGJvmMzPvXKc/?lang=es&format=html>

71. Nieto Alzate C, Escobar Díaz SM, Mena Ortíz LZ, Ríos Osorio Z, Tirado Betancur LE. *Las Organizaciones Sociales y los Procesos de Incidencia, Participación y Gestión en marco del Sistema Nacional de Discapacidad: Cartilla de Trabajo*. Medellín; 2016.
72. El Fondo Mundial De lucha contra el SIDA la tuberculosis y la malaria, Pharos Global Health Advisors. *Ruta crítica para el plan de trabajo de transición Colombia* [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 21]. Available from: <https://pharosglobalhealth.com/wp-content/uploads/2021/01/Colombia-Final-Report.pdf>
73. Fernández CAP. Reflexión del discurso del bienestar y el desarrollo en el neoliberalismo. El caso en el sistema de salud colombiano. *Saúde em Debate*. 2021 Aug;45(129):275–86.
74. Roth-Deubel AN, Molina-Marín G. Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2013 [cited 2023 Jan 21];15(1):44–55. Available from: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rsap/v15n1/v15n1a05.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v15n1/v15n1a05.pdf)
75. Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *CONPES Social 147/2012: Instrumentos para la intersectorialidad a nivel local. Manual de incidencia política y abogacía: elementos conceptuales y prácticos*. Bogotá; 2014.
76. Viveros-Vigoya M, Abadía CE, Facundo Navia Á, Pinilla MY, Fiesco Neira J, Parra-García I, et al. *Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres*. Bogotá; 2008.
77. Palazzo Galo E. Michel Foucault y el saber poder. *Rev Humanismo y Cambio Soc*. 2014;3(2):95–100.
78. Fals Borda O. *Orígenes universales y retos actuales de la IAP. Análisis Político*.

- 1999;38:73–90.
79. Deharbe DC. Epistemologías críticas feministas. Breve aproximación a las teorías sobre una ciencia sucesora en Sandra Harding y Donna Haraway. El cardo [Internet]. 2020;16. Available from: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/567/5672422014/>
  80. Doyal L, Naidoo J, Wilton T. AIDS: Setting A Feminist Agenda. Routledge; 1994.
  81. Farmer P, Connors M, Simmons J. Women, poverty, and AIDS: sex, drugs, and structural violence. Common Courage Press; 1996.
  82. Jungar K, Oinas E. A Feminist Struggle? South African HIV Activism as Feminist Politics. Vol. 11, Journal of International Women’s Studies. 2010.
  83. Johnson C. Pregnant woman versus mosquito: A feminist epidemiology of Zika virus. J Int Polit Theory. 2017 Jun 1;13(2):233–50.
  84. Tallis V. Feminisms, HIV and AIDS: Subverting power, Reducing Vulnerability. London: Palgrave Macmillan; 2012.
  85. Inhorn MC, Whittle KL. Feminism meets the “new” epidemiologies: toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women’s health. Soc Sci Med . 2001;53:553–67.
  86. Bredström A. Intersectionality: A challenge for feminist HIV/AIDS research? In: European Journal of Women’s Studies. 2006. p. 229–43.
  87. De Cock KM, Jaffe HW, Curran JW. The evolving epidemiology of HIV/AIDS. Vol. 26, AIDS. 2012. p. 1205–13.
  88. Rogers WA. Feminism and public health ethics. J Med Ethics. 2006 Jun;32(6):351–4.
  89. Storeng KT, De Bengy Puyvallé A. Civil society participation in global public private partnerships for health. Health Policy Plan [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 23];33:928–36. Available from: <https://academic.oup.com/heapol/article/33/8/928/5085423>
  90. Gómez EJ. Civil society in global health policymaking: a critical review. Global Health [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 23];14(73):1–11. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0393-2>
  91. Lee K. Civil Society Organizations and the Functions of Global Health Governance:

- What Role within Intergovernmental Organizations? *Glob Heal Gov.* 2010;3(2).
92. Doyle C, Patel P. Civil society organisations and global health initiatives: Problems of legitimacy. *Soc Sci Med.* 2008 May;66(9):1928–38.
  93. World Health Organization. Strategic alliances: The role of civil society in health Civil Society Initiative. 2001.
  94. Greer S, Wismar M, Pastorino G, Kosinska M. Civil Society and Health Contributions and Potential [Internet]. Greer SL, Wismar M, Pastorino G, Kosinska M, editors. Copenhagen: World Health Organization; 2017 [cited 2023 Jan 23]. Available from: [www.healthobservatory.eu](http://www.healthobservatory.eu)
  95. Smith J, Mallouris C, Lee K, Alfvén T. The Role of Civil Society Organizations in Monitoring the Global AIDS Response. *AIDS Behav.* 2017;21:S44–50.
  96. Olafsdottir S, Bakhtiari E, Barman E. Public or private? The role of the state and civil society in health and health inequalities across nations. *Soc Sci Med.* 2014 Dec 1;123:174–81.
  97. Filc D. The role of civil society in health care reforms: An arena for hegemonic struggles. *Soc Sci Med.* 2014 Dec 1;123:168–73.
  98. Rich JAJ. Making national participatory institutions work: Bureaucrats, activists, and AIDS policy in Brazil. *Lat Am Polit Soc.* 2019 May 1;61(2):45–67.
  99. Walugembe DR, Sibbald S, Le Ber MJ, Kothari A. Sustainability of public health interventions: Where are the gaps? Vol. 17, *Health Research Policy and Systems.* BioMed Central Ltd.; 2019.
  100. Hudson CG, Vissing YM. Sustainability at the Edge of Chaos: Its Limits and Possibilities in Public Health. *Biomed Res Int* [Internet]. 2013 [cited 2023 Jan 23];2013. Available from: <http://dx>.
  101. Yang A, Farmer PE, Mcgahan AM. Sustainability’ in global health. *Glob Public Health* [Internet]. 2010 [cited 2023 Jan 23];5(2):129–35. Available from: <https://doi.org/10.1080/17441690903418977>
  102. Pluye P, Potvin L, Denis JL. Making public health programs last: Conceptualizing sustainability. *Eval Program Plann.* 2004 May;27(2):121–33.
  103. McMichael AJ. Population health as the “bottom line” of sustainability: a contemporary challenge for public health researchers. *Eur J Public Health* [Internet].

2006 [cited 2023 Jan 23];16(6):579–82. Available from:

<https://academic.oup.com/eurpub/article/16/6/579/587699>

104. Scheirer MA, Dearing JW. An Agenda for Research on the Sustainability of Public Health Programs. Vol. 101, American Journal of Public Health Scheirer and Dearing | Peer Reviewed | Framing Health Matters |. 2011.
105. Lapelle NR, Zapka J, Ockene JK. Sustainability of Public Health Programs: The Example of Tobacco Treatment Services in Massachusetts. Am J Public Health. 2006;96(8).
106. República de Colombia. Decreto número 2699 de 2007. Por el cual se establecen algunas normas relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. 2007.