



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

JENNIFER KATERINE MALDONADO CARTAGENA

**Implicações do neoliberalismo na política nacional de resposta ao HIV/AIDS na  
Colômbia**

Recife  
2021

JENNIFER KATERINE MALDONADO CARTAGENA

**Implicações do neoliberalismo na política nacional de resposta ao HIV/AIDS na Colômbia**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social, orientada Profa. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira e coorientação Prof. Dr. Evandro Alves Barbosa Filho.

Recife-PE

2021

Catlogação na Fonte  
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

C322i Cartagena, Jennifer Katherine Maldonado  
Implicações do neoliberalismo na política nacional de resposta ao  
HIV/AIDS na Colômbia / Jennifer Katherine Maldonado Cartagena. - 2021.  
102 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof. <sup>a</sup> Dra. Ana Cristina de Souza Vieira e Coorientador  
Prof. Dr. Evandro Alves Barbosa Filho  
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de  
Pernambuco, CCSA, 2021.  
Inclui referências.

1. Política de saúde. 2. Guerra civil. 3. Neoliberalismo. I. Vieira, Ana  
Cristina de Souza (Orientadora). II. Barbosa Filho, Evandro Alves  
(Coorientador). III. Título.

361 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2021 – 100)

JENNIFER KATERINE MALDONADO CARTAGENA

IMPLICAÇÕES DO NEOLIBERALISMO NA POLÍTICA NACIONAL DE RESPOSTA  
AO HIV/ AIDS NA COLÔMBIA.

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Serviço Social da  
Universidade Federal de Pernambuco –  
PPGSS/UFPE para a obtenção do título de  
Mestre em Serviço Social.

Aprovada em: 30/08/2021

**BANCA EXAMINADORA**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Cristina de Souza Vieira  
(Orientadora e Examinadora Interna)  
Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. Evandro Alves Barbosa Filho  
(Coorientador e Examinador Interno)  
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Laura Susana Duque Arrazola  
(Examinadora Externa)  
Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Solange Guerra Rocha  
(Examinadora Externa)

University of Cape Town (UCT)

Dedico este trabajo a la persona que me apoya, ama y motiva a crecer, a construir y a aprender: Esteban Clavijo.

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar as implicações do neoliberalismo no *Plan nacional de respuesta ante las Infecciones de transmisión sexual, el VIH, la Coinfección Tuberculosis/ VIH y las Hepatitis B y C, Colombia, 2018- 2021*. Para esta investigação se utiliza a perspectiva do materialismo histórico-dialético como ferramenta analítica, que oferece elementos para a compreensão e apreensão da realidade, do contraditório e da complexidade das políticas sociais na contemporaneidade como processo histórico. Assim, realizou-se a análise de documentos oficiais, como o Plano Nacional de Resposta ao HIV/Aids, o Informe Epidemiológico e a Meta 90-90-90 da UNAIDS. Com base nas análises realizadas, identificou-se o uso do discurso da guerra como elemento de legitimação e expansão do neoliberalismo gerando a precarização das condições de vida e invisibilização da população mais vulnerável na Colômbia. Isto é refletido no atual sistema de saúde, constituído sob a efetivação da racionalidade neoliberal cujo maior expoente foi o Banco Mundial. Assim, o direcionamento da política em resposta ao HIV/Aids responde aos interesses de mercado, limitando as respostas através de medidas biomédicas que dirigem estratégias e recursos à contenção de riscos e custos que aprofundam as desigualdades por classe, gênero e raça, se afastando de medidas que apontem uma resposta às demandas reais da população chave (homens que fazem sexo com homens, mulheres transgênero, mulheres trabalhadoras sexuais, população de rua, pessoas que se injetam drogas e população carcerária ) e prioritária (gestantes, pessoas com diagnóstico de tuberculose, de hepatite B e C, adolescentes e jovens, mulheres em situação de vulnerabilidade, população vítima do conflito armado, população deslocada ou migrante, consumidores de substâncias psicoativas, pessoas com diagnóstico de DST, população com deficiência, população indígena e afro descendente) na Colômbia.

Palavras-chave: enfrentamento ao HIV/Aids; política de saúde na Colômbia; guerra civil; neoliberalismo.

## ABSTRACT

This work aims to analyze the implications of neoliberalism for the Plan nacional de respuesta ante las Infecciones de transmisión sexual, el VIH, la Coinfección Tuberculosis/ VIH y las Hepatitis B y C, Colombia, 2018- 2021. For this research, the perspective of historical-dialectic materialism is used as an analytical approach, which offers elements for the understanding and apprehension of reality, from the contradictory and complexity of contemporary social policies as a historical process. Thus, a review of official documents, such as the Plano Nacional de Resposta ao HIV/Aids, the Informe Epidemiológico and the Meta 90-90-90by UNAIDS was carried out. The study recognized the use of the war discourse as an element of legitimization and expansion of neoliberalism, generating the precariousness of living conditions and the invisibility of the most vulnerable population in Colombia. This affects the current healthcare system, constituted under the effectuation of the neoliberal rationality, whose greatest exponent was the World Bank. In this way, the focus of the policy in response to HIV/Aids obey market interests, limiting the biomedical responses that conduct strategies and resources toward the risk and cost containment that deepen inequalities given the social status, gender, and race, moving away from measures that point out a response to actual demands from the essential population (men who have sex with men, transgender women, female sex workers, homeless people, people who inject drugs and prison population) and priority ones (pregnant women, people diagnosed with tuberculosis, B and C hepatitis, teenagers and young people, women under conditions of vulnerability, victim population of armed conflict, displaced or migrant population, psychoactive substance consumers, people diagnosed with DST, population with disabilities, indigenous population, and afro-descendants) in Colombia.

Keywords: HIV/Aids confrontation; health policy in Colombia; civil war; neoliberalism

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa físico da Colômbia.....	21
Figura 2 – Identificação geográfica da população negra na Colômbia.....	24
Figura 3 – Campanha da direita neoliberal contra o plebiscito.....	35
Figura 4 – Sistema de Proteção Social .....	42
Figura 5 – Estrutura do <i>sistema general de seguridad social en salud</i> (SGSSS) na Colômbia.....	48
Figura 6 – Barreiras identificadas.....	57



## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Gráfico de casos de violência sexual por grupos etários .....	37
Gráfico 2 – Gasto promoção dos direitos sexuais e reprodutivos 2012- 2016 em pesos colombianos .....	68
Gráfico 3 – Testagem de HIV e cascata do tratamento 2019 .....	87
Gráfico 4 – Cobertura de terapia antirretroviral entre pessoas vivendo com HIV e cobertura universal de saúde na América Latina em 2019 .....	88

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Eixo promoção da saúde .....	58
Quadro 2 – Eixo gestão do risco em saúde .....	59
Quadro 3 – Eixo gestão da saúde pública.....	60
Quadro 4 – Fundamentação normativa do Plan Nacional de Respuesta ante las Infecciones de Transmisión Sexual, el VIH, la Coinfección Tuberculosis/ VIH y las Hepatitis B y C .....	62
Quadro 5 – Distribuição proporcional do custo do Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, 2018-2021..	68
Quadro 6 – Número de casos de violência contra pessoas LGBT, 2019 .....	72

## LISTA DE SIGLAS

ARV	Antirretroviral
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EAPB	Entidad Administradora de Planes de Beneficios
HR	Habitante de Rua
HSH	Homens que fazem sexo com homens
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
MIAS	Modelo Integral en Salud
MST	Mulheres Tabalhadoras do Sexo
MT	Mulher transgênero
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PB	Plano de Beneficios
PVV	Pessoas que vivem com HIV
OPS	Organização Panamericana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
VIH	Virus da Imunodeficiência Humana
CAC	Cuenta de Alto Costo
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
UPC	Pago por capitación
CNOA	Conferencia Nacional de Organizaciones Afrocolombianas
GMH	Grupo de Memória Histórica
UNAIDS	Programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
FARC	Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia
PRT	Partido Revolucionario de los Trabajadores
EPL	Ejército Popular de Liberación

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>NEOLIBERALISMO: UMA APROXIMAÇÃO A SEUS POSTULADOS.....</b>	<b>16</b>
1.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA COLÔMBIA.....	20
1.2	PRINCIPAIS REFORMAS NEOLIBERAIS NA COLÔMBIA.....	26
1.3	TENDÊNCIAS DA DIREITA COLOMBIANA NA ERA NEOLIBERAL .....	31
<b>3</b>	<b>SEGURIDADE SOCIAL E SAÚDE NA COLÔMBIA .....</b>	<b>38</b>
3.1	A PROTEÇÃO SOCIAL PÓS- CONSTITUCIONAL .....	39
3.2	SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: A SAÚDE COMO MERCADORIA.....	44
<b>4</b>	<b>CENÁRIO COLOMBIANO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS.....</b>	<b>52</b>
4.1	ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS, NORMATIVAS E CONCEITUAIS DO PLANO NACIONAL DE RESPOSTA DIANTE DAS DST, O HIV, COINFECÇÃO TB/HIV E HEPATITES B E C NA COLÔMBIA, ENTRE OS ANOS DE 2018 E 2021 56	
4.2	SUSTENTAÇÃO NORMATIVA DO PLANO .....	61
<b>5</b>	<b>MODERNIZAÇÃO CONSERVADORA: DA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO NA RESPOSTA NACIONAL AO HIV/AIDS.....</b>	<b>66</b>
<b>6</b>	<b>GESTÃO INTEGRAL DO RISCO EM SAÚDE: MEDICALIZAÇÃO À RESPOSTA AO HIV/AIDS .....</b>	<b>76</b>
<b>7</b>	<b>OS DEIXADOS PARA TRÁS: A CONTÍNUA INVISIBILIZAÇÃO E ELIMINAÇÃO DAS POPULAÇÕES CHAVE E VULNERÁVEIS NA COLÔMBIA .....</b>	<b>84</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>90</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>93</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse em discutir a resposta nacional à epidemia de HIV/AIDS na Colômbia foi sendo construído paralelamente à aproximação à Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE, às discussões das aulas de que participei anteriormente a meu ingresso no Mestrado em Serviço Social e a minha aproximação à rede de *Jovens Positivos de Colômbia* no decorrer do mestrado.

Durante esse processo, percebi que a resposta de cada país às necessidades sociais se inscreve em sua história econômica, política e social. Na Colômbia, o conflito armado oriundo do incipiente sistema capitalista, a meados da década 1920, tem sido, um elemento fundamental para a continuação e legitimação deste modo de produção estendendo-se às políticas sociais, atualmente marcadas pelo neoliberalismo.

A epidemia de HIV/AIDS na Colômbia é construída em meio a essa realidade, inserindo-se na frágil segurança social que se estende à população colombiana. Dessa forma, nesta investigação, pretende-se conhecer o movimento de construção do direito à saúde de pessoas com HIV/AIDS na Colômbia.

A crise estrutural do sistema capitalista e suas transformações decorrentes marcaram o início do domínio do capital financeiro na década de 1970. A reprodução deste sistema e o domínio do capital portador de juros só se tornaram possíveis por meio de estratégias políticas em coexistência com um sistema de valores, ideologias e discursos atualmente hegemônicos e radicalizados denominados neoliberalismo.

Desde o consenso de Washington, o projeto neoliberal tem servido de diretriz política e governamental na Colômbia com sua instauração formal na Constituição Nacional de 1991, que colocou como eixo central as reformas constitucionais orientadas à ancoragem e expansão do neoliberalismo, por meio da privatização de empresas públicas e serviços sociais e da mercantilização e restrição de direitos sociais, atuando como seu solo jurídico e sua racionalidade política.

Estas reformas no país andino acompanham um Estado autoritário aliado a movimentos conservadores que utilizam a guerra como ferramenta e justificativa para a continuação deste projeto. Nesse sentido, de acordo com Harvey (2014), o Estado tem a função de “criar condições favoráveis à acumulação lucrativa do capital [...] as

liberdades que ele encarna refletem os interesses dos detentores de propriedade privada, dos negócios, das corporações multinacionais e do capital financeiro” (p.17).

Como consequência, tem-se, por exemplo, a privatização direta e indireta da saúde como um dos principais nichos de acumulação de capital, respondendo aos interesses econômicos do capitalismo tardio e repercutindo no acesso e na qualidade dos serviços de saúde da população colombiana, especialmente a fração que não consegue se inserir no mercado de trabalho formal, assim como a população que, sob manutenção de velhas estruturas como o racismo e o patriarcado, se mantém em condição de extrema subalternidade ao sistema capitalista.

Mesmo nesse cenário, a Colômbia se destaca como um dos países latino americanos que tem conseguido se aproximar às metas estabelecidas pelo Programa das Nações Unidas para HIV/AIDS, a chamada Agenda 90-90-90. Esta agenda visa que 90% das pessoas com HIV conheçam seu estado sorológico; 90% das pessoas com conhecimento sobre seu diagnóstico recebam terapia antirretroviral; e 90% da população com terapia antirretroviral consiga supressão da carga viral, ficando com o vírus indetectável. Portanto, a Colômbia vem apresentando avanços e se aproxima das metas estabelecidas.

Segundo a Conta de Alto Custo, das 150.056 pessoas (0,31% da população colombiana) que vivem com HIV, 72,64% (109.056 pessoas vivendo com HIV) conhecem o seu diagnóstico (CAC, 2020). Considerando as 109.056 pessoas identificadas, 85,63% estão em terapia antirretroviral e 72,09% das pessoas em tratamento conseguiram a supressão viral (CAC, 2020).

Por isso, se faz necessária uma aproximação à essência do real, indo além da aparência do fenômeno, conhecendo, compreendendo e saturando as múltiplas determinações presentes no mesmo. Dessa forma, o objetivo principal da pesquisa é analisar as implicações do neoliberalismo sobre a política nacional de resposta à epidemia de HIV/AIDS na Colômbia.

Os seguintes questionamentos nortearam o processo de pesquisa: Qual é a relação entre o conflito social e armado, as estruturas de raça, classe e gênero e suas implicações na resposta nacional da Colômbia à HIV/Aids? O Estado, por meio de um sistema de saúde residual e aberto ao mercado, está garantindo às populações vulneráveis o acesso à saúde? As populações mais vulneráveis, de acordo com as características históricas e sociais do país, e as populações-chave estão incluídas nas respostas materializadas ao HIV/Aids? A Colômbia está perto de atingir a eliminação

da Aids? Ou existe uma invisibilização programática da população historicamente explorada, expropriada e discriminada que impede o acesso real do direito à saúde?

Adotou-se, nesta investigação, a perspectiva do materialismo histórico-dialético como método estruturante da análise, que ofereceu elementos, durante todo o processo da pesquisa, para a compreensão e apreensão da realidade, do contraditório e da complexidade das políticas sociais na contemporaneidade como processo histórico. Nas palavras de Behring e Boschetti: “[...] as políticas sociais como processos sociais inscritos na sociedade burguesa devem ser compreendidas em sua múltipla causalidade, bem como em sua múltipla funcionalidade no âmbito da totalidade concreta, como princípio estruturante da sociedade.” (2011, p. 40).

Desta forma, o uso desse método tem por base a sua capacidade de criar mediações entre elementos distintos de uma mesma totalidade, estabelecendo causalidades entre os fenômenos. Como consequência, será possível pensar o concreto e estabelecer relações entre o singular, o particular e o universal do objeto estudado.

Para tais fins, a fundamentação na construção teórica e análises do objeto estudado realizaram-se a partir do pensamento de autores marxistas como: David Harvey, Reinaldo Carcanholo e Marcelo Braz, Montanho e Duriguetto que auxiliaram no entendimento do neoliberalismo, principalmente como projeto político e econômico. Da mesma forma, autores como Jairo Estrada e Victor Manuel Moncada nos situam a respeito das particularidades assumidas pelo projeto neoliberal na Colômbia e o papel do Estado.

No entanto, para a compreensão do neoliberalismo não apenas como um projeto econômico, mas também como um sistema de pensamentos e valores, os aportes das autoras Melinda Cooper e Wendy Brown forneceram elementos para a compreensão da racionalidade neoliberal contemporânea.

Nesse sentido, focalizando as particularidades da Colômbia e, portanto, as formas – estratégias políticas, econômicas e racionalidades – que o projeto neoliberal assume de acordo com o momento sócio-histórico, o espaço geográfico e a participação do país no complexo sistema capitalista, se realizaram leituras da realidade a partir de organizações afrodescendentes e organizações LGBT colombianas que poderão, assim, nos aproximar à essência do real.

Enquanto ao processo metodológico, se faz uso da pesquisa bibliográfica composto por: livros, trabalhos monográficos e artigos de revista das ciências sociais

e humanas disponíveis em português que abordam a temática da pesquisa com o intuito de realizar uma aproximação teórica e das determinações que compõem o objeto de estudo, tendo em vista as seguintes questões: neoliberalismo; Estado; Conflito social e armado; política nacional de HIV/AIDS; política de seguridade social e de saúde.

Ademais disso, em resposta ao objetivo de pesquisa e sob a perspectiva crítico-dialética, se faz necessária a análise documental através de documentos oficiais públicos e levantamentos estatísticos, com o intuito principal de, segundo Bardin (1977, p. 46), atingir “o armazenamento sob uma forma variável e a facilitação do acesso ao observador, de tal forma que tenha o máximo de observação”. Os documentos analisados serão o *Plan Nacional de Respuesta ante las Infecciones de Transmisión Sexual, el VIH, la Coinfección Tuberculosis/ VIH y las Hepatitis B y C* (COLÔMBIA, 2018); O informe de caracterização ao HIV/AIDS realizado pela *Cuenta de Alto Costo*; e dados estatísticos proporcionados pelo DANE.

É importante mencionar algumas dificuldades durante o levantamento documental como a escassez de acesso livre a documentos essenciais que deveriam ser de domínio público, como os planos e programas nacionais de resposta ao HIV e documentos de caracterização das populações chave. Tendo isso em mente, trabalhou-se com dados dos planos nacionais de resposta ao HIV/Aids disponíveis a partir do ano de 2006, dados de organismos internacionais como a UNAIDS, do *Departamento Administrativo Nacional de Estadística*, documentos levantados do *Ministerio de Salud y Protección Social*, entre outros.

Este processo se construiu a partir de três etapas: exploratória e de identificação de textos, compilação e finalmente a realização de fichas bibliográficas para o tratamento dos textos.

As análises e discussões dos resultados da pesquisa estão organizadas em três capítulos, descritos brevemente a seguir:

**Capítulo 1 – Neoliberalismo: uma aproximação a seus postulados.** No desenvolvimento deste capítulo realiza-se uma aproximação às características do pensamento neoliberal e de seu desenvolvimento na Colômbia, descrevendo as principais reformas e características da racionalidade neoliberal de acordo com as particularidades do país inserido dentro de uma totalidade.

Ainda neste capítulo, pode-se compreender e evidenciar a relação e a importância que a manutenção do conflito social e armado no país, em coexistência



com as velhas estruturas de classe, raça, gênero para a própria manutenção do sistema capitalista, representam para o projeto neoliberal.

**Capítulo 2 – Segurança social e saúde na Colômbia.** Este capítulo visa a compreensão e a apreensão das bases teóricas e racionalidades do neoliberalismo na construção do sistema de segurança social no país, seus efeitos/implicações, o enraizamento da sua racionalidade no sistema de saúde e suas implicações no acesso ao direito à saúde pela população colombiana.

**Capítulo 3 – Cenário colombiano da epidemia de HIV/Aids:** Procura-se no último capítulo captar a essência do fenômeno estudado, entendendo, compreendendo e analisando a relação das determinações que estão presentes nele como fenômeno social, político, econômico e cultural e evidenciando as contradições e implicações na população colombiana.

## **2 NEOLIBERALISMO: UMA APROXIMAÇÃO A SEUS POSTULADOS**

Na década de 1970, o sistema de produção capitalista sofre uma crise que, diferente das anteriores, foi estrutural e caracterizada pela tendência à queda das taxas de lucro. Em um primeiro momento, esta crise parecia ter sido superada sob a dominação do capital financeiro (CARCANHOLO, 2009). No entanto, no ano de 2008, a crise do capital atingiu todos os blocos econômicos e demonstrou a seus defensores não só a incapacidade da restauração do sistema de produção atual, mas também a inviabilidade do modo de produção em si.

Portanto, como afirma Carcanholo (2009, p. 51):

A atual etapa capitalista como especulativa e parasitária, presidida pela insuficiente capacidade do capital produtivo de gerar o necessário excedente econômico real para atender às exigências de remuneração do chamado capital “financeiro” e do capital em seu conjunto. E isso apresenta não só consequências na relação intracapitalista, mas também na que existe entre capital e o trabalho.

O neoliberalismo desde o final da década de 1970 tem se tornado a resposta à crise capitalista. Segundo Harvey (2014, p. 12):

O neoliberalismo é em primeiro lugar uma teoria das práticas político-econômicas que propõe que o bem-estar humano pode ser mais bem promovido liberando-se as liberdades e capacidades empreendedoras individuais no âmbito de uma estrutura institucional caracterizada por sólidos

direitos à propriedade privada, livres mercados e livre comércio.

Ainda que o neoliberalismo tenha se consolidado nos anos 1970, suas origens remontam a 1944, quando um dos fundadores do pensamento neoliberal, Friedrich August Von Hayek, publica o livro “O caminho da servidão” (BARBOSA FILHO; ROCHA, 2018, p. 39), estabelecendo os alicerces da corrente que se tornaria mundialmente hegemônica décadas depois. Em 1947, Hayek, junto com intelectuais como Ludwig Von Mises e Milton Friedman, entre os mais destacados, fundaram a *Mont Pelerin Society* ou Sociedade de Mont Pelerin, sendo radicais opositores do marxismo, do socialismo e da planificação econômica (HARVEY, 2014, p. 22). Esses intelectuais tinham o objetivo de se posicionar frente ao marxismo, socialismo e intervencionismo keynesiano para fundamentar uma corrente política, ideológica e teórica que garantisse as liberdades individuais, o que, para Hayek, apenas o livre mercado poderia assegurar. Para a *Mont Pelerin Society*, a crescente intervenção estatal na economia e na sociedade, mesmo que bem intencionada, resultaria em crises ou em mais obstáculos para o livre desenvolvimento:

As decisões do Estado estavam fadadas à tendenciosidade política, que dependia da força dos grupos de interesse envolvidos (como os sindicatos, os ambientalistas ou os grupos de pressão corporativos). As decisões do Estado em questões de investimento e acumulação do capital estavam fadadas a ser erráticas porque as informações à disposição do Estado não podiam rivalizar com as contidas nos sinais do mercado (HARVEY, 2014, p.30).

Contudo, antes da implementação das políticas neoliberais e a tomada do Estado por seus defensores, o descontentamento da população trabalhadora e dos movimentos urbanos com o desemprego e com a inflação apontava a saída da crise para a alternativa socialista, assim denominada por Harvey (HARVEY, 2014, p.24).

Diante desse cenário, foi necessária, para a elite intimidada, a implementação de uma série de medidas e, segundo Harvey (2014, p. 23):

o mundo capitalista mergulhou na neoliberalização como a resposta por meio de uma série de idas e vindas e de experimentos caóticos que na verdade só convergiram como uma nova ortodoxia com a articulação, nos anos 1990, do que veio a ser conhecido como o Consenso de Washington<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Segundo Montaño e Duriguetto, o consenso de Washington foi uma reunião realizada em 1989 por organismos financeiros internacionais (Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional, Banco Internacional para a Reconstrução e desenvolvimento), governantes e economistas latino-

O que significou a ascensão do neoliberalismo como resposta às crises? Para uma aproximação ao complexo modelo neoliberal é importante conhecer as orientações das estratégias que dão resposta à crise. Conforme Montaña e Duriguetto (2011, p. 193), “o projeto/processo neoliberal [...] se desdobra basicamente em três frentes: a ofensiva contra o trabalho (atingindo as leis e direitos trabalhistas e as lutas sindicais e da esquerda) e as chamadas reestruturação produtiva e a (contra)reforma do Estado”. É com estas estratégias que o capitalismo encontra sua sobrevivência e traz em seu processo de implantação e de aplicação o que Harvey (2014, p. 13) chama de “destruição criativa”.

Neste processo, o Estado cumpre um papel importante no seu desenvolvimento. E, assim, como se pode perceber nas palavras de Harvey (2014, p. 12), o papel do Estado:

[...] é criar e preservar um quadro institucional apropriado a tais práticas. O Estado deve preocupar-se com a qualidade e a integridade da moeda. Ele também deve estruturar aquelas funções militares, de defesa, policiais e funcionamento livre dos mercados. Ademais, se não há mercados (em áreas como educação, saúde, previdência social ou poluição ambiental) eles devem ser criados pelo Estado.

O primeiro país a servir como laboratório das políticas neoliberais foi o Chile no início da década de 1970, sob a ditadura de Pinochet - patrocinada pela elite chilena, por corporações dos Estados Unidos da América (EUA), pela CIA e pelo então Secretário de Estado Henry Kissinger. Já a consolidação do neoliberalismo entre os países de capitalismo central ocorreu nas décadas de 1980 e 1990, nos governos de Margareth Thatcher, no Reino Unido e de Ronald Reagan, nos EUA (HARVEY, 2014).

A América Latina vivenciou o início do neoliberalismo a partir de 1970 com as experiências do Chile, da Argentina e do Uruguai o qual atingiu a sua expansão e hegemonia na região na década de 1990.

De acordo com Martins (2011, p. 314):

---

americanos, e também com a presença do Governo Estadunidense (2011). O intuito desta reunião foi a imposição das contrarreformas, da disciplina fiscal; da redução de gastos públicos; da reforma tributária; dos juros de mercado; do regime cambial de mercado; da abertura comercial; da eliminação de controle sobre o investimento direto estrangeiro; da privatização; da desregulação das leis trabalhistas e da institucionalização da propriedade intelectual (MONTAÑO, DURIGUETTO, 2011. p. 211).

A forma como a América Latina se estrutura nos primeiros períodos vai estar fortemente articulada aos sinais que partem do centro hegemônico. Durante a década de 1980, o neoliberalismo vai atuar sobre a região, principalmente a partir dos efeitos que as políticas estadunidenses vão ter sobre a economia mundial.

E continua:

Em geral, se manterá uma forte estrutura protecionista para apoiar a geração de superávits destinados ao pagamento dos juros e dos serviços da dívida externa. Mas, a partir dos anos 1990, a região muda a sua arquitetura macroeconômica. A estrutura protecionista é dissolvida em favor da liberalização comercial, financeira e da fixação/valorização do câmbio (MARTINS, 2011, p. 314).

Para a consolidação do neoliberalismo na região foram fundamentais a ofensiva aos movimentos populares na América Latina através de governos ditatoriais e a imposição das contrarreformas orientadas pelos Estados Unidos da América (MARTINS, 2011). Este processo de neoliberalização esteve marcado pelo aprofundamento da desigualdade, periferização, pela destruição dos recursos naturais e pela superexploração da classe trabalhadora.

No entanto, para a compreensão deste processo é imperativo fazer uma leitura do neoliberalismo, reconhecendo as interligações entre a economia, a política e as questões de raça e gênero. Para a hegemonia do neoliberalismo como senso comum, são criadas estratégias para garantir o sucesso da acumulação capitalista, uma dessas é o desenvolvimento de determinados valores. Nesse sentido, Cooper (2017, p. 19) identifica o que chamou de “o novo conservadorismo social”:

Por novo conservadorismo social, refiro-me ao espectro de movimentos conservadores que surgiram no final dos anos 1960 ou depois, muitas vezes em resposta ao mesmo conjunto de preocupações que mobilizou os neoliberais para a ação. Sob este termo genérico, incluo o movimento neoconservador como tal (que em sua primeira encarnação estava quase exclusivamente preocupado com questões sociais domésticas), a nova direita religiosa compreendendo católicos conservadores e evangélicos, o novo paternalismo de Lawrence Mead (o principal arquiteto americano de programas de bem-estar e trabalho) e o movimento comunitário na previdência social. Embora outros tenham usado o termo "neoconservador" para se referir a esta ampla coalizão de correntes conservadoras, eu prefiro usar o termo mais genérico 'novo conservadorismo social' para abordar a especificidade dos neoconservadores reais dentro desta coalizão (tradução nossa).

O novo conservadorismo social como ferramenta ideológica é resultado da aliança entre neoliberais e conservadores na procura do reestabelecimento e

manutenção das velhas estruturas de classe, raça, gênero e da família como “a principal fonte de segurança econômica e uma alternativa abrangente ao Estado de bem-estar” (COOPER, 2017.p.9, tradução nossa).

Cooper (2017) parte do pensamento de Marx ao reconhecer que a injunção capitalista de autovalorização:

[...] leva além das barreiras e preconceitos nacionais tanto quanto além do culto à natureza, bem como todas as satisfações tradicionais, confinadas, complacentes e incrustadas de necessidades presentes e reproduções de antigos modos de vida (MARX, 1939, p. 410 *apud* COOPER, 2017 p. 16).

Para Cooper o pensamento de Marx deve ser radicalizado, não só pensando nos aspectos econômicos, mas também em seu caráter social e cultural, e afirma que:

se a história do capital moderno parece, por um lado, regularmente minar e desafiar as ordens existentes de gênero e sexualidade, também implica a reinvenção periódica da família como um instrumento de distribuição de riqueza e renda (COOPER, 2017, p. 17).

Assim, para que consigamos nos aproximar à compreensão do atual estágio capitalista e do seu projeto neoliberal, ora na defesa do livre comércio e concorrência econômica, ora na preocupação por reviver e manter valores tradicionais para a sobrevivência do sistema capitalista, é necessário entender suas múltiplas determinações sociais.

## 1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA COLÔMBIA

A República da Colômbia está localizada no noroeste da América do Sul, fazendo limite pelas fronteiras terrestres com Venezuela, Brasil, Peru, Equador e Panamá e compartilhando fronteiras marítimas com Costa Rica, Nicarágua, Honduras, Jamaica, República Dominicana e Haiti; conforme demonstra a Figura 1.

Figura 1 – Mapa físico da Colômbia



Fonte: Instituto Geográfico Agustín Codazzi, 2012

Segundo o Departamento Administrativo Nacional de Estatística da Colômbia (DANE, 2018a), no ano de 2018, 48.258.494 de pessoas habitavam o país, sendo

77,1 % em *cabeceras municipales*<sup>2</sup>, 7,1 % em *centros poblados*<sup>3</sup> e 15,8% em meio *rural disperso*<sup>4</sup>.

Em relação à composição étnico-racial, o DANE (2019a) informou que na Colômbia há 2.982.224 de pessoas que se reconhecem pertencentes a um grupo étnico-racial minoritário assim distribuídas: Raizal<sup>5</sup>, 25.515; palenqueros<sup>6</sup>, 6.637; e negros e população afrodescendentes, 2.950.072. No ano de 2005, a Colômbia era o segundo país da América Latina com maior população de origem africana (4.311.757 de negros e negras) ficando atrás apenas do Brasil.

Entretanto, a *Conferencia Nacional de Organizaciones Afrocolombianas* (CNOA) rejeitou os dados apresentados pelo DANE, alertando que estes não representam dados reais da composição étnico-racial populacional na Colômbia. O CNOA (2019, não paginado, tradução nossa), afirma:

Os dados fornecidos pelo DANE mostram o "Genocídio Estatístico" que a população afro-colombiana volta a enfrentar após 14 anos (Censo de 2005), perpetuando a invisibilidade estatística. Há um subregistro populacional e, portanto, a ausência de dados reais permite uma verdadeira transformação das comunidades étnicas e, portanto, ratifica o racismo estrutural que atinge a população negra, afro-colombiana, raizal e palenquera.

E continua:

Diante da apresentação dos resultados do DANE sobre a questão do autorreconhecimento, afirmamos que esta não pode ser tratada como uma

---

<sup>2</sup> “É a área geográfica definida por um perímetro urbano, cujos limites são fixados por convênios da Câmara Municipal. Corresponde ao local onde está localizada a sede administrativa de um município.” (DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE), [20--], p. 1, tradução nossa).

<sup>3</sup> “É definida como a concentração de pelo menos 20 (vinte) casas contíguas, vizinhas ou anexas localizadas na área rural de um município ou de um ‘corregimiento departamental’. Essa concentração possui características urbanísticas como a delimitação de vias de veículos e pedestres.” (DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE), [20--], p. 1, tradução nossa).

<sup>4</sup> “É caracterizada pela disposição dispersa das casas e fazendas nela existentes. Não possui *layout* ou nomenclatura de ruas, estradas, avenidas e outros. Além disso, geralmente não tem serviços públicos e outros de instalações típicas de áreas urbanas.” (DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE), [20--], p. 1, tradução nossa).

<sup>5</sup> “Uma pessoa com traços culturais afro-anglo-antilhanos, com forte identidade caribenha, que possui características culturais próprias, entre as quais se destaca sua língua inglesa, “bandé”, que se mistura com a língua espanhola.” (DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE), 2005 [s.d.], não paginado, tradução nossa).

<sup>6</sup> “Pertencente à população afro-colombiana de San Basilio de Palenque, no município de Mahates, departamento de Bolívar, que possui características culturais próprias, entre as quais se destaca a língua “creol” com substrato espanhol e mistura de dialetos africanos. Declarado patrimônio imaterial da humanidade pela UNESCO.” DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE), [2005], não paginado, tradução nossa).

simples avaliação subjetiva, pois para o povo afro-colombiano significa o reconhecimento constitucional de fazer parte de um país multiétnico e multicultural. Da mesma forma, representa uma garantia para o cumprimento dos direitos humanos. Saber quantos somos? Onde estamos? E como vivemos? Faz parte do exercício da exigibilidade como sujeitos de direitos, historicamente e estruturalmente violados de múltiplas formas (CNOA, 2019, não paginado, tradução nossa).

De acordo com Rodriguez Garavito *et al.* (2009), a cifra de população negra seria maior se o DANE adotasse as projeções e recomendações feitas por especialistas e organizações afro-colombianas. O autor identifica a falta de quantidades reais referentes à questão de autorreconhecimento presente no formato utilizado para o *censo*<sup>7</sup> como um dos problemas, considerando que a pergunta referente a esse dado é excludente: “Excluiu nomes comuns com os quais são reconhecidos setores da população afro-colombiana que preferem não se identificar com o termo ‘negro’ por sua conotação histórica negativa” (RODRIGUEZ GARAVITO *et al.*, 2009, p. 50).

Na Colômbia, 60% da população negra vive em situação de pobreza (RODRIGUEZ GARAVITO *et al.*, 2009, p. 59) e concentra-se nos seguintes departamentos (equivalentes aos Estados no Brasil): Valle del Cauca (25,3%), Antioquia (13,8%), Bolívar (11,5%), Chocó (6,6%), Nariño (6,3%), Atlântico (5,3%) e Córdoba (4,5%).

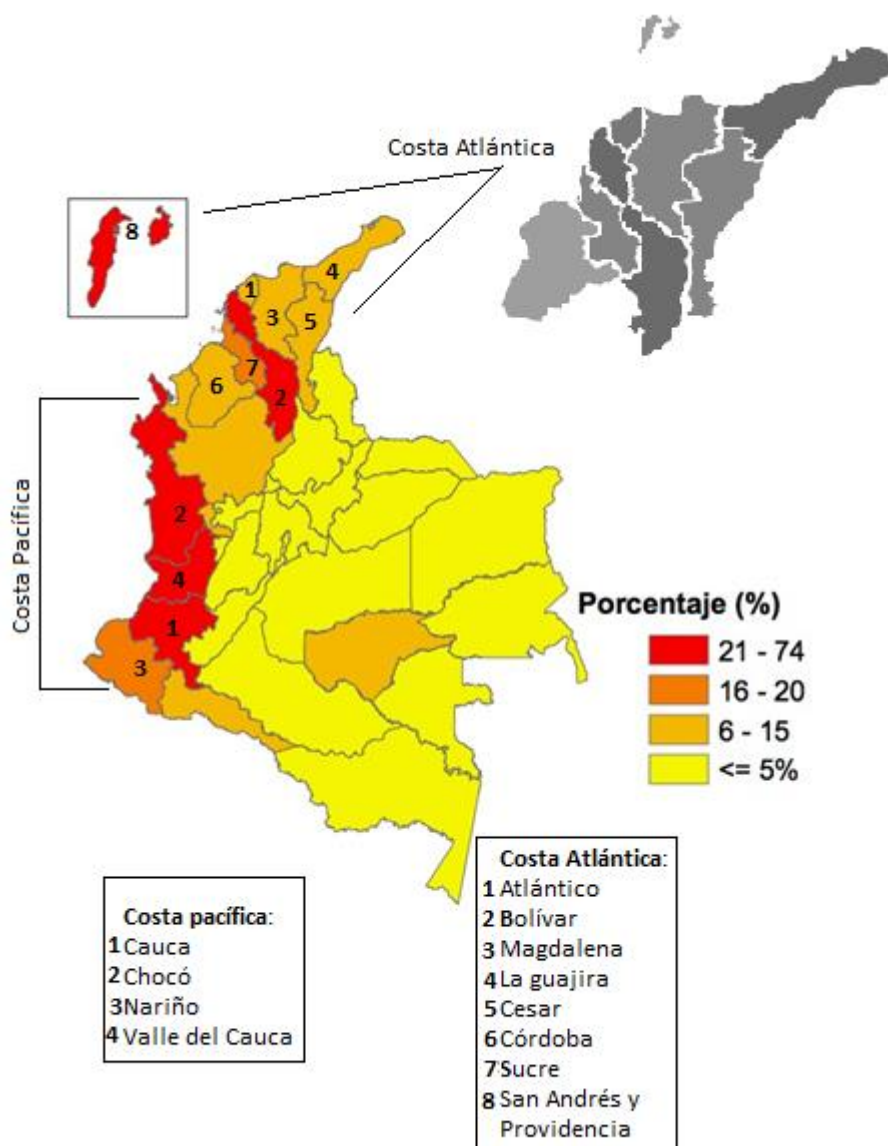
Na figura 2 pode-se observar que geograficamente a população negra se concentra principalmente nas costas do Pacífico e do Atlântico. No entanto, apenas nos departamentos de Chocó (82,12%) e San Andrés y Providencia (57%) a população negra é maioria.

---

<sup>7</sup> “Por meio do censo, o país obtém dados em primeira mão sobre o número de habitantes, sua distribuição no território e suas condições de vida. Assim, o censo não é apenas uma ‘fotografia’ do país em um determinado momento, mas permite a geração de informações estatísticas que são utilizadas por diferentes órgãos públicos e privados do país para planejar e tomar decisões sobre políticas públicas, desenvolvimento econômico, bem-estar social, emprego, habitação, saúde, migração, entre outros” (DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (DANE), 2018, não paginado, tradução nossa).



Figura 2 – Identificação geográfica da população negra na Colômbia



Fonte: adaptado de Rodriguez Garavito *et al.*, 2009.

De acordo com a caracterização feita pelo DANE (2019b; 2019c) no ano de 2018, Chocó é o departamento com maior pobreza monetária<sup>8</sup> (61,1%) e o quinto departamento com maior pobreza multidimensional<sup>9</sup> (45,1%).

No entanto, a falta de dados confiáveis e a negativa do Estado em admitir o

<sup>8</sup> Pobreza monetária: mede o percentual da população com renda abaixo da renda mínima mensal definida como necessária para cobrir suas necessidades básicas (DNP, 2017, p. 1, tradução nossa)

<sup>9</sup> Pobreza Multidimensional: calculada com o Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), que mede famílias carentes em 5 dimensões básicas de bem-estar, além da falta de renda: 1) condições educacionais do lar, 2) condições da infância e juventude, 3) trabalho, 4) saúde, e 5) serviços públicos domiciliares e habitação (DNP, 2017, p. 1, tradução nossa).

racismo apenas evidenciam a herança escravocrata na Colômbia refletida na limitação e na criação de obstáculos para a garantia e usufruto de direitos:

de fato, uma das respostas mais recorrentes do Estado colombiano às críticas à situação dos afro-colombianos é apontar que não é devido à existência de discriminação racial, mas ao fato de que os negros na Colômbia vivem em lugares inóspitos (RODRIGUEZ GARAVITO *et al*, 2009, p. 53, tradução nossa).

A carência e a precarização na coleta de dados para a caracterização e identificação da população colombiana de origem africana demonstram o racismo no país, refletindo na invisibilização das populações negras, ocultando e reproduzindo as desigualdades sociais e raciais.

No entanto, a pobreza e a negligência estatal não atingem apenas a população afro-colombiana, mas também a população indígena. Segundo o informe do DANE, em 2005, na Colômbia, viviam 1.392.623 indígenas, o que representa 3,43% da população colombiana. Ademais, “63% da população indígena está abaixo da linha da pobreza, dos quais 47% estão abaixo da linha da pobreza extrema” (MOSQUERA, 2018, não paginado, tradução nossa). Além disso, entre os anos de 2005 e 2010, 52.521 indígenas foram obrigados a deixar seus territórios, sendo que no ano de 2010 foram assassinados 122 indígenas (UNHCR, 2011). De acordo com o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (UNHCR) esta situação de deslocamentos forçados “se deve à presença de agentes armados irregulares, plantações ilícitas nas reservas, [...] confrontações armadas que esses povos indígenas estão enfrentando no contexto do conflito armado” (2011, não paginado, tradução nossa).

Em relação ao sexo da população do país, 51,2% da população corresponde ao sexo feminino e 48,8% ao masculino (DANE, 2018b). De acordo com o DANE (2020), a porcentagem de mulheres pobres na Colômbia é 18% maior em relação aos homens. Além disso, segundo a DANE (2020), ainda que 54% das mulheres na Colômbia possuam educação superior, isto não é refletido nos seus salários e em igualdade de oportunidades trabalhistas; e em 2019 foram registrados 1.001 assassinatos de mulheres.

Os dados expostos acima nos aproximam da realidade vivida por algumas das populações mais afetadas no país. Estas, por questões de raça, classe social e gênero, estão mais expostas à violência característica do conflito armado, assim como

ao ataque de seus direitos e ao esquecimento seletivo de um Estado que precisa manter a dominação destas populações a fim de garantir a produção e reprodução do capital no território colombiano.

## 1.2 PRINCIPAIS REFORMAS NEOLIBERAIS NA COLÔMBIA

Para compreender a orientação contemporânea das políticas sociais na Colômbia a partir de uma abordagem crítica, é importante reconhecer como marco histórico o conflito armado colombiano, que tem mais de 50 anos e que, segundo os pesquisadores associados ao Grupo de Memória Histórica (GMH, 2013)<sup>10</sup>, entre os anos 1958 e 2012, deixou mais de 220.000 mortos e mais de 60.000 desaparecidos. Destas mortes, 81,5% correspondem a civis e 18,5% a combatentes.

Segundo a Agência da ONU para os Refugiados (YACOUN, 2009), a Colômbia é, depois do Sudão, o país com o maior número de pessoas no mundo deslocadas de seu país pela violência, com 4,3 milhões de pessoas nessa situação. Não há consenso a respeito da origem do conflito armado no país, este é um elemento central para a compreensão das diretrizes, tendências e modelos das políticas sociais existentes no país andino.

No entanto, adota-se a tese apresentada por Victor Manuel Moncayo por captar a causalidade e a dinâmica do conflito armado. Para este autor, a origem desse conflito remete à violenta passagem do regime senhorial burguês ao sistema capitalista na Colômbia (MONCAYO, 2015, p. 11, tradução nossa):

A ordem capitalista em suas fases de transição, assentamento, consolidação e desenvolvimento gera necessariamente conflitos que, no caso colombiano, tem significado historicamente expressões de insurgência ou subversão que tem transitado pelas vias da normalidade institucional ou tem assumido modalidades que supõem o exercício da violência, por oposição à violência que se afirma como legítima, monopolizada pelo Estado, da mesma ordem. Esta ordem não é o resultado de decisões subjetivas nem do consenso, nem apenas uma construção institucional, mas um produto histórico que se enraizou na Colômbia, como em diferentes espaços e grupos do planeta, em diferentes épocas, com características relativamente comuns, mas com

---

<sup>10</sup> “O Centro Nacional de Memória Histórica é um estabelecimento público de ordem nacional, vinculado ao Departamento de Prosperidade Social (DPS), que tem por objetivo a recepção, recuperação, conservação, compilação e análise de todo o material documental, depoimentos orais e aqueles que são obtidos por qualquer outro meio, relativo às violações ocorridas durante o conflito armado interno colombiano, por meio de pesquisas, museus e atividades educacionais, entre outros que contribuam para estabelecer e esclarecer as causas de tais fenômenos, conhecendo a verdade e ajudar a evitar sua repetição no futuro.” (CNMH, 2019, não paginado, tradução nossa).

especificidades importantes e significativas.

Durante a década de 1990, a Colômbia esteve marcada pelas constantes alianças entre poder público, paramilitares e narcotraficantes; o fortalecimento militar das *Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia* (FARC); a desmobilização do M-19<sup>11</sup>; a expansão pelo país dos grupos paramilitares e os constantes enfrentamentos entre o Estado e as guerrilhas do *Ejército de Liberación Nacional* (ELN) e das FARC (GMH, 2013). Também foi marcante a presença de organismos internacionais desde a década de 1980 pressionando o país por reformas de orientação neoliberal, utilizando o controle da dívida pública como argumento.

É nesse contexto que as reformas neoliberais entram na sociedade colombiana sob o governo de Virgilio Barco (1986-1990) e são aprofundadas no governo de Cesar Gaviria (1990-1994), ambos pertencentes ao Partido Liberal<sup>12</sup>.

A Colômbia tem seguido, de forma obediente, a aplicação destas reformas pelos governos. Segundo Jairo Estrada Álvarez (2006), os anos 1990 e 1991 se caracterizaram pela construção e implantação de reformas estruturais para a desregulação da economia. Por meio da Lei Nº 50 de 1990 cria-se a Reforma Trabalhista orientada à flexibilização e precarização do trabalho, assim como as Leis Nº 7 de 1991 e a Lei Nº 49 de 1990, que enfraquecem o comércio nacional frente ao mercado internacional, diminuindo os impostos de exportação. A Lei Nº 45 de 1990 facilitou a privatização dos bancos estatais ou nacionalizados. Por sua vez, a Lei Nº 9 de 1991, eliminou o controle Estatal do mercado cambial e a Lei Nº 49 de 1990, segundo Estrada Álvarez (2006, p. 151): “estabeleceu incentivos à inversão estrangeira; estimulou repatriação de capitais (do narcotráfico) e gerou incentivos ao mercado das ações.”

No ano de 1991, foi promulgada a nova Constituição Política. Em troca de participar de sua construção, os atores armados do M-19 e do *Ejército Popular de Liberación* (EPL) se desmobilizaram. Este momento refletiu um processo de disputa de projetos, um em defesa e ampliação de direitos e outro liderado pelo presidente Cesar Gaviria, na aplicação do neoliberalismo.

---

<sup>11</sup> O M-19 foi um grupo guerrilheiro urbano e rural, criado nos anos 1970 sob orientação insurrecional e adotando pressupostos “foquistas guevaristas”. Sobre isto ver: Narváez Jaimes (2021).

<sup>12</sup> O Partido Liberal, segundo o intelectual liberal David Roll, foi fundado por Ezequiel Rojas. O partido desde sua criação defendia a abolição do trabalho escravo, separação da igreja e Estado e liberdade de indústria, ideias influenciadas pela revolução francesa. Sobre isto ver: Roll (2002).

Na Assembleia Constituinte participaram setores como: *Alianza Democrática M-19*; movimentos ex-guerrilheiros *Esperanza, Paz y Libertad* (EPL); representantes das vertentes tradicionais liberal e conservadora; *Partido Revolucionario de los Trabajadores* (PRT); o *Movimiento Indigenista Quintín Lame*; organizações Indígenas; e representantes da *Unión Cristiana*. Todos eles representavam diversos interesses, seja pela expansão dos direitos como os movimentos indígenas e partidos ex-guerrilheiros, ou pela manutenção do *status quo*. No entanto, a intervenção do governo de Cesar Gaviria foi a favor da implementação do modelo neoliberal (BOHORQUES MONTOYA, 2001).

Ainda que diversos atores tivessem participação na construção da Constituição, o resultado foi a construção híbrida da nova Constituição Nacional, submetendo os direitos sociais e políticos ao mercado, garantindo a ele prioridade no pagamento da dívida pública, na focalização da política social e na privatização de serviços que anteriormente eram prestados pelo Estado: saúde, água e saneamento básico, eletricidade, gás, entre outros (ESTRADA ÁLVAREZ, 2006; HERNANDEZ RODRIGUEZ, 2004).

No artigo 1º da Constituição Colombiana se define o Estado como “Estado social de direito” (COLÔMBIA, 1991), descentralizado e com autonomia de suas entidades territoriais. Para Mantilla Valbuena (2012, p. 55), esta descentralização surge da necessidade do Estado Nacional de diminuir suas responsabilidades como regulador, provedor e financiador das políticas sociais.

No sentido do desmonte do braço social do Estado se iniciou a apologia à *ineficiência do Estado* na administração das empresas públicas, o que tornou possível a criação do Artigo Nº 336 da Constituição a favor da privatização: “O governo [...] liquidará as empresas monopolísticas do Estado e outorgará a terceiros o desenvolvimento de sua atividade quando não cumpram os requisitos da eficiência” (COLÔMBIA, 1991, p. 86, tradução nossa).

Quanto à seguridade social, no Artigo Nº 48, esta é denominada como um serviço prestado sob domínio do livre mercado e, ao contrário da seguridade social, a livre concorrência é um direito constitucional estabelecido no artigo Nº 333 da Constituição: “a livre concorrência econômica é um direito que supõe responsabilidades” (COLÔMBIA, 1991, p. 84, tradução nossa). O Artigo Nº 365 dá continuidade à tendência privatista, pois abre a possibilidade às empresas privadas de prestarem os serviços públicos sendo o papel do Estado controlar, regular e vigiar.

A Constituição também permite que se outorgue atribuições a organismos internacionais com a finalidade de “promover ou consolidar a integração econômica com outros Estados” (COLÔMBIA, 1991, p. 32, tradução nossa). Para Ahumada Farietta (2011), é a partir desta norma que o país fica submetido às decisões da Organização Mundial do Comércio (OMC) e se aceita a criação dos Tratados de Livre Comércio em tribunais privados, de forma que as transnacionais puderam, a partir daí, demandar o cumprimento do papel do Estado colombiano em garantir a segurança ao investidor capitalista.

Mas estas reformas não só resultaram na materialização do projeto neoliberal na Colômbia. Elas também provocaram o aprofundamento do conflito armado e a construção de uma proteção social voltada ao livre mercado e à privatização dos serviços de bem-estar social. No ano de 2000, durante o governo de Andrés Pastrana, foi implementado o Plano Colômbia com um investimento de mais de 7,5 milhões de dólares, em sua maioria provenientes de créditos externos, além da *ajuda* dos Estados Unidos e da Espanha, em menor proporção (OCHOA MALDONADO, 2013).

Este Plano, que teve uma duração de 15 anos, segundo o *Departamento de Planeación Nacional* (DNP, 2006), foi uma estratégia dos governos da Colômbia e dos EUA, na época sob presidência de Bill Clinton, e continuada pelos governos que os sucederam. O principal objetivo desta estratégia foi a luta contra as drogas e os grupos armados. Para este objetivo foram destinados 57,5% dos recursos; o fortalecimento das instituições do Estado, com 26,6% dos recursos; a mitigação da assistência para a população mais pobre, para a qual se destinou 16% dos recursos; e, por último, o apoio ao processo de desmobilização e desarme dos grupos armados ilegais (PND, 2006, p. 10-11).

De acordo com Braz (2012), a indústria de artefatos bélicos e equipamentos de segurança é um dos nichos onde o mercado capitalista consegue se valorizar. Na Colômbia, com o aumento da violência e com o Plano Colômbia em curso, foi evidente e grande a oportunidade para a indústria armamentista, pois a maioria dos recursos do fundo público e das *ajudas* internacionais foram destinados para os provedores de armamentos bélicos, como afirma Sarmiento Anzola (2001, não paginado, tradução nossa):

Bell-Textro e United Technologies Sikorsky Aircraft assinaram contratos para enviar 18 novos helicópteros ‘Black Hawks’ e 42 renovados ‘Super Huey II’, e existe a solicitação de 14 mais por parte do Ministério de Defesa Colombiano,

garantindo aos fabricantes de helicópteros um negócio redondo por mais de US\$ 600 milhões; também, a companhia de assessores militares, Military Personnel Resources INC, trabalha com as Fuerzas Armadas colombianas. A tendência a condicionar a assistência financeira à compra de material bélico a empresas norte-americanas e a usar empresas privadas e assassinos para avançar na política exterior dos Estados Unidos não é nova.

O interesse de intervenção dos Estados Unidos da América na Colômbia, para alguns pesquisadores, vai além da *procura pela paz* e do combate às drogas. Nas palavras de Moreno (2000, não paginado, tradução nossa):

O mundo está no reajuste – com o desajuste concomitante - e a guerra contra as drogas no solo colombiano é uma das várias frentes investidas pelos Estados Unidos para consolidar seu poderio, propagar a democracia de mercado e garantir a satisfação de uma necessidade, aparentemente insaciável de recursos.

Outro benefício da continuação da violência armada para o capitalismo é a acumulação por expropriação de terras. Segundo o informe do *Centro de Investigación y Educación Popular* (QUINTERO SUÁREZ *et al.*, 2020, p.128), 95% das terras do território da propriedade coletiva da população negra pertencente ao Conselho da Larga e Tumaradó (COCOLATU) foram expropriados por empresários. No entanto, o informe afirma que alguns destes empresários trabalham em colaboração com grupos paramilitares e instituições públicas, refletindo no aumento da violência à população que interfere nos objetivos do mercado (QUINTERO SUÁREZ *et al.*, 2020).

O censo do 2005 indagou se a população colombiana foi forçada a se deslocar durante os 5 anos anteriores. Ainda que a formulação desta pergunta limite o período, impedindo conhecer a problemática do deslocamento forçado desde seus primórdios, esta evidenciou que o deslocamento forçado afeta particularmente os afrodescendentes: 1,44% dessa população foi deslocada, seguida também pela grande proporção de indígenas (1,27%) e mestiços (0,68%) (RODRÍGUEZ GARAVITO; ALFONSO SIERRA, 2009, p. 53, tradução nossa).

Neste ponto é evidente um dos muitos exemplos deste tipo de *ajuda*, não só do governo estadunidense, mas também de organismos como o Banco Mundial (BM) e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Estes organismos, sob a retórica da luta contra as drogas e o inimigo interno, as guerrilhas, – que, segundo estes, o fraco Estado colombiano não tem a força para enfrentar –, justificam os créditos aos organismos internacionais, a presença militar do governo imperialista estadunidense

no território colombiano e a adoção de contrarreformas que favorecem o mercado e implicam na redução da parcela do fundo público para o investimento em políticas sociais, além da retórica da procura pela paz por meio da guerra armada.

### 1.3 TENDÊNCIAS DA DIREITA COLOMBIANA NA ERA NEOLIBERAL

A Colômbia passou, historicamente, por longos governos de direita, cada um com suas particularidades, se adaptando às necessidades temporais do capital interno e externo e à dinâmica de coerção e consenso das lutas entre as classes e grupos sociais. No entanto, de acordo com os objetivos desta pesquisa se descreverá e identificará apenas algumas tendências da “nova direita” colombiana com a chegada do neoliberalismo na década de 1990.

Afonso (2007, p.13) define a nova direita como:

uma espécie de *meltingpot* político, econômico e cultural que se traduziu na fusão (conjuntural) de valores e interesses contraditórios, de origem (neo) liberal e (neo) conservadora, os quais acabaram tendo expressão concreta em muitas medidas e decisões de caráter híbrido e heterogêneo, assumidas por diferentes governos deste período.

Dois momentos de inflexão podem ser identificados na história política e econômica da Colômbia: a implementação de contrarreformas econômicas e políticas neoliberais representada pelo governo de Cesar Gaviria (1990-1994) e o amadurecimento do neoliberalismo instaurado e continuado, liderado pelo governo de Alvaro Uribe (2002-2010).

O projeto neoliberal se instaurou na Colômbia com ventos “vanguardistas” por meio do discurso de Cesar Gaviria, com sua proposta de modernização da economia colombiana. O ex-presidente Gaviria percebeu a oportunidade de legitimação do projeto neoliberal, adotando uma postura de diálogo com o M-19, o que levou a um subsequente acordo e desarmamento do movimento. Esta legitimação também se fez garantindo a participação de diversos setores da sociedade na construção da Carta Magna de 1991.

Entretanto, desde o início do governo de Uribe (2002-2010), a “nova direita” colombiana vem se construindo por meio, claramente, das políticas neoliberais. Porém, a nova direita também foi crescendo baseando-se no discurso da “segurança democrática” e na continuação e endurecimento da luta contra o terrorismo em aliança



com os EUA, baseado no discurso da existência de um inimigo interno. Além disso, essa nova direita cresceu na Colômbia por meio da censura a setores da oposição, da intensificação do deslocamento forçado e dos falsos positivos<sup>13</sup> com a participação na criação de grupos paramilitares.

Esse discurso de uma parte da nova direita baseado na existência de um inimigo interno camuflou e negou a existência de um conflito no país. Ao alegar que existe terrorismo na Colômbia, esse setor tira a responsabilidade do Estado como participante desse conflito e revela uma definição perigosa, reducionista e a-histórica da realidade colombiana.

Para seus objetivos neoliberais e bélicos, a nova direita adota discursos racistas, machistas e xenofóbicos:

Decidir se dividiremos o departamento [Estado] em dois. Um, indígena, para que façam suas greves, suas manifestações e suas invasões, e um com vocação para o desenvolvimento onde possamos ter estradas, se promovam investimentos e onde haja empregos decentes para os Caucanos (VALENCIA, 2015, não paginado *apud* REDACCIÓN NACIONAL, 2015, não paginado, tradução nossa).

Esta velha e forçada justificativa vem se modernizando através de novos conceitos. Um deles foi o apelo a chamada “ideologia de gênero”, utilizado com o intuito de minar o processo de paz com as FARC, alegando a ameaça à família tradicional.

O plebiscito realizado no ano 2016 com a pergunta: “Apoia o acordo final para a conclusão do conflito e a construção de uma paz estável e duradoura?” (¿APOYA..., 2016, não paginado) é chave para a compreensão do propósito no uso de “ideologia de gênero” trazido à cena pelos setores conservadores, partidos políticos e setores religiosos em um momento histórico marcado pela negociação dos acordos de paz.

No ano de 2014, o jovem ativista estudantil Sergio David Urrego Reyes de 16 anos, gay, se suicidou devido a vários episódios de violência de natureza homofóbica: intimidações, pressões psicológicas e perseguições pela sua orientação sexual por parte de profissionais da instituição escolar em que estudava. A violência institucional praticada por profissionais do Colégio foi aprofundada depois de tomarem

---

<sup>13</sup> Segundo a Federação Internacional de Direitos Humanos (2012), entre os anos de 2002 e 2008, a política de segurança democrática ocasionou 3.345 assassinatos extrajudiciais. Esta prática foi conhecida como “falsos positivos”, para se referir ao assassinato pelas forças militares da população civil para ser apresentada como objetivos militares guerrilheiros.

conhecimento que Sérgio Reyes havia denunciado condutas inapropriadas de docentes e diretores, como cobrança indevida de taxas e ausências injustificadas. A revelação das motivações do suicídio foi o início de uma árdua luta dos pais de Sergio Urrego para o reconhecimento e reparação aos direitos que foram violados e negados ao jovem.

Finalmente, em 2015, a Corte constitucional, por meio da sentença T- 478, ordenou ao Ministério de Educação que desenvolvesse ações de respeito à diversidade sexual nas escolas no marco do *Programa para la Educación Sexual y Construcción de la Ciudadanía* (COLÔMBIA, 2015b).

Nesse sentido, no ano de 2016, como resposta a esta sentença, o Ministério da Educação, juntamente com o Fundo de População das Nações Unidas (Unicef) e o programa das Nações Unidas para o desenvolvimento, tinha a proposta de realizar a cartilha “Ambientes escolares livres de discriminação. Orientações sexuais não hegemônicas e identidades de gênero na escola” (COLÔMBIA; UNFPA, 2016). Ainda que este material pedagógico não tenha sido publicado e difundido, *fake news* sobre cartilhas que não correspondiam ao projeto do Ministério da Educação circularam em diversos meios de comunicação e nas redes sociais.

A *Confederación Evangélica de Colombia* (CEDECOL) foi um dos setores a se pronunciar:

O Cedecol também centrou a sua contenda na questão da “cartilha” do Ministério da Educação, destacando que se tratava de uma imposição do Governo e da violação dos direitos da criança, através do recurso a uma ideologia de gênero contrária ao desenho original criado por Deus (ESGUERRA MUELLE, 2017, p. 187, tradução nossa).

Além disso, o atual embaixador da Colômbia na Organização dos Estados Americanos (OEA), Alejandro Ordoñez, afirmou em 2016: “Estamos diante do desenho de um instrumento institucional que visa doutrinar nossa infância na ideologia de gênero” (REDACCIÓN EDUCACIÓN, 2016, não paginado, tradução nossa).

De fato, a guerra à chamada “ideologia de gênero”, serviu como argumento contrário aos diálogos entre o Governo de Juan Manuel Santos e as FARC–EP. Isto porque o acordo adota o enfoque de gênero que reconhece às mulheres e à população LGBTI, vítimas de ataques e violência, tratamento diferenciado e tem o fim de reparar e reconhecer as vítimas do conflito:

Implementar o enfoque de gênero na Jurisdição Especial para a Paz (JEP) implica identificar, de maneira diferente, as causas e consequências nas quais o conflito armado afetou mulheres, meninas, meninos e pessoas com orientações sexuais e identidade de gênero diversas; reconhecendo as exacerbações da exclusão e discriminação com base na etnia, condições de deficiência, idade ou situações de vulnerabilidade nos territórios (COLÔMBIA, 2020a, p. 4, tradução nossa)

Certamente, a palavra “gênero” foi usada pelos setores conservadores e neoliberais para espalhar terror na população sobre o *Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera*, uma vez que os beneficiados com o conflito armado para mobilizar a população afirmaram que o acordo com as Farc-EP trazia consigo a violação dos mandatos divinos em relação ao sexo e gênero, à família, assim como promovia o aborto, como pode-se evidenciar na figura 3 em que são expostas algumas das ideias que motivaram as mobilizações:

Figura 3 – Campanha da direita neoliberal contra o plebiscito



Fonte: a) SUÁREZ RAMIREZ, 2016 apud ESGUERRA MUELLE, 2017, p. 188.  
 b) BERMUDEZ, 2016, p. 15 apud ESGUERRA MUELLE, 2017, p. 189.  
 c) SAN ELIAS, 2016 apud ESGUERRA MUELLE, 2017, p. 188.

De acordo com Esguerra Muelle (2017, p.191, tradução nossa):

a citação recorrente da nação (bandeira), da nação mestiça, da fé como fonte de soberania suprema sobre a vida e a equivalência entre desobediência, terrorismo e depravação. Por outro lado, um elemento discursivo frequente é que a família, "célula primordial" da sociedade, e o projeto nacional (colonial, cristão, racista, heterocentrado, androcêntrico) estão em perigo.

Assim, no cenário de violência na Colômbia, o controle e a dominação dos

corpos das mulheres são fundamentais para a expropriação das populações:

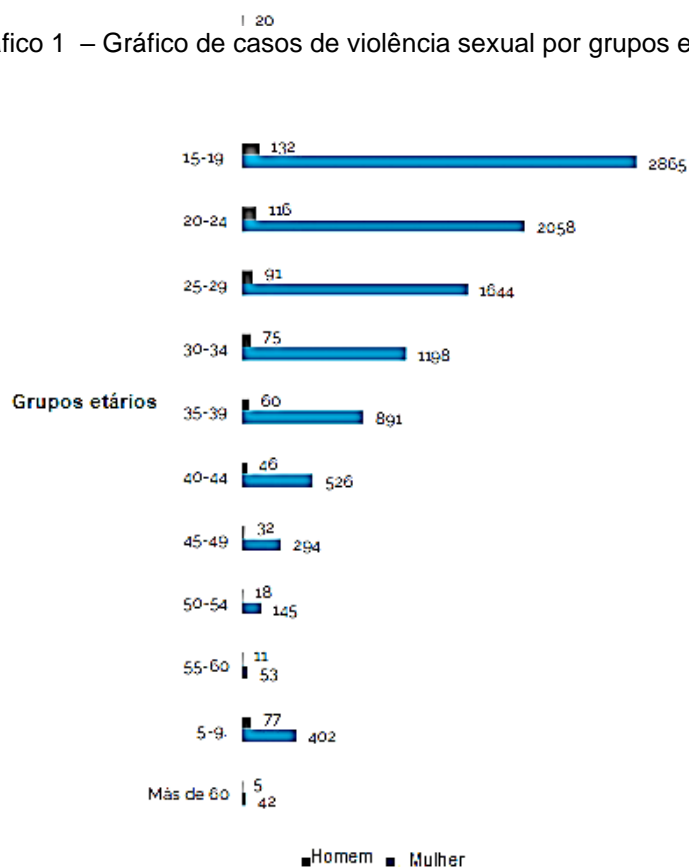
A violência não apenas empurra as populações para o deslocamento, mas também quer acabar com a possibilidade de retorno e reconstrução das comunidades. Seu objetivo é destruir as raízes das populações em seu meio ambiente para dar lugar à exploração dos recursos naturais com altos níveis de lucro. Esta violência que visa separar a população civil da terra atua deliberadamente contra as mulheres porque são um elemento fundamental para que a vida se dê em condições de humanidade. Para atingir esse objetivo, a violência está voltada para as mulheres, pois são elas que historicamente têm mantido, e continuam mantendo, as condições de humanidade entendidas como padrões mínimos de qualidade de vida (abrigo, alimentação, higiene, educação, etc.) necessário para sustentar as pessoas (RUTA PACIFICA DE LAS MUJERES, 2013, p. 34, tradução nossa).

Assim, a imposição da heteronormatividade é usada por grupos armados estatais, guerrilheiros e paramilitares para o controle e poder nos territórios. A Corte Constitucional da Colômbia reconheceu a violência de gênero como uma das ferramentas perpetradas pelos grupos armados legais e ilegais (ALIANZA 5 CLAVES, 2019). No entanto, apesar da violência ser perpetrada em maior proporção entre as mulheres, esta não atinge somente essa população, mas também a população LGBT:

as agressões sexuais até agora documentadas contra pessoas LGBT mostram uma estreita ligação entre a concepção binária de gênero e a violência imposta a essas vítimas. A atribuição de papéis e obrigações sociais de acordo com o gênero inclui a heterossexualidade compulsória, a atribuição de tarefas públicas ou privadas de acordo com o gênero determinado no nascimento e outras características físicas, sexuais, identitárias e políticas que a matriz de inteligibilidade heterossexual impõe (LEÓN AMAYA, 2019, p. 35, tradução nossa).

Segundo o Centro Nacional de Memória Histórica, no ano de 2018, 15.076 pessoas foram vítimas de violência sexual, sendo 91,6% de mulheres (CNMH, 2018, p. 46). Desse total de vítimas, 1.197 são mulheres afro-colombianas e 1% população LGBT. É importante destacar que os principais alvos são as crianças e jovens, como evidencia o gráfico da Figura 1:

Gráfico 1 – Gráfico de casos de violência sexual por grupos etários



Fonte: Centro Nacional de Memória histórica (2017, p. 29)

Ainda que a instauração e a implementação do projeto neoliberal tenham sido propostas sob o discurso de modernização da economia, este projeto viu-se ameaçado com o processo de paz, pois reforçou o fortalecimento das velhas estruturas capitalistas de classe, raça e gênero junto com a pedra angular mais usada pelas elites colombianas: o inimigo interno.

### 3 SEGURIDADE SOCIAL E SAÚDE NA COLÔMBIA

A seguridade social na Colômbia sofre influência dos seguros da Alemanha implementados pelo Chanceler Otto Von Bismarck, no século XIX. Nessa perspectiva, em 1945, foi criada a *Caja Nacional de Previsión* para empregados do setor público, sob a Lei Nº 5 de 1945.

No ano seguinte, por meio da Lei Nº 90 de 1946, foi criado o *Instituto Colombiano de Seguros Sociales*, dirigido aos trabalhadores do setor privado. A afiliação dos trabalhadores públicos e privados era obrigatória e atendia às seguintes prestações de serviços: previdência social, aposentadoria por invalidez, subsídio/ajuda por doença, assistência médica, farmacêutica, cirúrgica, hospitalar e gastos indispensáveis de falecimento. Este sistema de seguros só contemplava os trabalhadores formais e seus dependentes diretos, excluindo os trabalhadores informais e a população rural (RODRÍGUEZ SALAZAR, 2001).

A entrada dos seguros na Colômbia se deu em um contexto marcado pela repressão ao movimento operário e início do período da *Violência*, entre 1948 e 1958 (ARCHILA, 1991 *apud* RODRÍGUEZ SALAZAR, 2001). Este período, além da batalha entre partidos políticos, foi marcado pela manifestação da disputa de interesses econômicos e por um processo de acumulação violenta da propriedade rural (ZUBIRÍA SAMPER, 2015, p. 40).

Em 1961 se realizou no Uruguai a Reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social com o intuito de orientar, através de uma perspectiva liberal, os sistemas de saúde dos países latino-americanos. Assim, buscava-se combater a expansão da Revolução Cubana e das experiências comunistas através da intervenção da Organização Pan-americana de Saúde – OPS (HERNÁNDEZ ALVAREZ *et al.*, 2002). Este pacto foi chamado de Aliança para o Progresso com perspectiva liberal da política social, sob a liderança dos Estados Unidos da América e subordinada aos interesses deste país e das elites dominantes (HERNÁNDEZ ALVAREZ *et al.*, 2002).

Desta maneira, na década de 1970, com orientação da OPS, foi criado o Sistema Nacional de Saúde, que considerava que:

além de seu valor intrínseco, a saúde é um meio para a realização pessoal e coletiva. Constitui, portanto, um índice do sucesso alcançado por uma sociedade e suas instituições do governo na procura do bem-estar que é a

finalidade do desenvolvimento (OPS, 1992, p. 75 *apud* BORRERO RAMIREZ, 2008, p. 53-54, tradução nossa).

Portanto, para a OPS, através da saúde, a população pode desenvolver suas capacidades e contribuir no desenvolvimento do país. O sistema era configurado por três subsistemas: assistência pública (focalizada nos pobres); privado (pessoas com altos rendimentos/ingressos financeiros); e a seguridade social (orientada às pessoas com emprego formal). Os três administrativamente organizados a nível nacional, estadual e local. Com esta estrutura se pretendia superar a fragmentação do Sistema Nacional de Saúde e melhorar a qualidade de vida da população (PRADA SANABRIA, 2012).

A proposta era orientada à integração orgânica dos subsistemas com o objetivo da universalidade na cobertura da saúde. Não obstante, no Congresso Nacional, se fazia oposição a esta integração. Desta forma, se propôs a integração funcional, ou seja, a coordenação entre subsistemas, preservando a autonomia jurídica, administrativa e financeira de cada um deles (HERNÁNDEZ ALVAREZ *et al.*, 2002).

Embora tenha se ampliado a seguridade social, os problemas não foram superados, como a falta de qualidade e a baixa cobertura, por exemplo. Este sistema funcionou até 1993. Prada Sanabria (2012, p. 60) afirma ainda que: “o problema do Sistema Nacional de Saúde se apresentou na agenda como originado na ineficiência do Estado para administrar os recursos do setor, a pouca qualidade dos serviços e a falta de cobertura”. Este argumento foi utilizado para a entrada das empresas privadas encarregadas da Seguridade Social, como defendido pelos organismos multilaterais, como o Banco Mundial, e defendido pela Constituição Política de 1991.

### 3.1 A PROTEÇÃO SOCIAL PÓS- CONSTITUCIONAL

A Constituição Nacional de 1991 (COLÔMBIA, 1991, p. 8) no Artigo Nº 48 define a Seguridade Social como: “serviço público, de caráter obrigatório que se prestará sob direção, coordenação e controle do Estado”. Este serviço, no entanto, é prestado por instituições privadas e públicas. Assim, é somente com a Lei Nº 100 de 1993 que se cria o Sistema de Seguridade Social Integral como um:

Conjunto de instituições, normas e procedimentos que dispõem a pessoa e a



comunidade para usufruir de uma qualidade de vida, através do cumprimento dos planos e programas que o Estado e a sociedade desenvolvem para proporcionar a cobertura integral das contingências, especialmente as que deterioram a saúde e a capacidade econômica, dos habitantes do território nacional, com o intuito de garantir o bem-estar individual e a integração da comunidade (COLÔMBIA, 1993b, p. 1, tradução nossa).

A Lei Nº 100 (COLÔMBIA, 1993b) é composta, dessa maneira, pelos sistemas de previdência social, saúde, riscos profissionais e os serviços sociais complementares (ajudas econômicas para os mais vulneráveis). Os componentes são orientados pelos seguintes princípios:

**Eficiência:** Melhor utilização social e econômica dos recursos administrativos, técnicos e financeiros disponíveis para que os benefícios a que dá direito à seguridade social sejam prestados em forma adequada, oportuna e suficiente; b) **Universalidade:** é a garantia da proteção para todas as pessoas, sem nenhuma discriminação, em todas as etapas da vida; c) **Solidariedade:** é a prática da mútua ajuda entre as pessoas, gerações, os setores econômicos, as regiões, as comunidades sob princípio do mais forte para o mais fraco. É dever do Estado garantir a solidariedade no regime de Seguridade Social através da sua participação, controle e direção do mesmo. Os recursos provenientes do fundo público no Sistema de Seguridade Social se aplicarão sempre aos grupos de população mais vulneráveis; d) **Integralidade:** é a cobertura de todas as contingências que afetam a saúde, a capacidade econômica e em geral as condições de vida de toda a população. Para este efeito cada um contribuirá segundo a sua capacidade e receberá o necessário para atender suas contingências amparadas pela lei; e) **Unidade:** é articulação de políticas, instituições, regimes, procedimentos e prestações para alcançar os fins da seguridade social; f) **Participação:** é a intervenção da comunidade através dos beneficiários da seguridade social na organização, controle, gestão e fiscalização das instituições e do sistema em seu conjunto (COLÔMBIA, 1993b, p. 2, tradução nossa).

Estes princípios direcionam e priorizam a eficácia por meio da rentabilidade dos recursos e a visão de um sistema de proteção que oriente os sujeitos, a comunidade, as famílias, as ONGs, entre outros, a se tornarem empreendedores, autônomos, à procura de oportunidades, atitudes e competências que ajudem a diminuir as desigualdades existentes.

Para o Banco Mundial, o enfoque tradicional da seguridade social, caracterizado pelas intervenções públicas do Estado, deve ser superado. Segundo Holzmann e Jørgensen (2003, p. 5-6), entre as questões problemáticas mais destacadas deste enfoque, estão a excessiva relevância às intervenções públicas e o gasto de recursos com estratégias que têm baixa efetividade na redução da pobreza.

Os autores ainda apontam que o BM defende a proteção social sob o enfoque de gestão social de riscos que tem como objetivo a assistência a indivíduos, famílias

e comunidades para melhorar a gestão do risco e apoiar pessoas em pobreza extrema. Estes riscos têm diferentes origens: naturais (como os furacões, inundações e doenças) ou produzidos pelo homem (como o desemprego, a destruição ambiental e a guerra) (HOLZMANN; JORGENSEN, 2003, p. 4, tradução nossa): “Estes eventos afetam as pessoas, comunidades e regiões de uma maneira imprevisível ou não podem se evitar, desta forma, geram e aprofundam a pobreza”.

As estratégias defendidas pelo Banco Mundial para gerir os riscos estão orientadas especificamente em três modelos: Primeiro) estratégias preventivas, orientadas à redução de riscos como políticas de saúde pública e meio ambiente, capacitação, entre outras; Segundo) estratégia de mitigação para diminuir o futuro risco; Terceiro) estratégias de superação para aliviar o impacto do risco (HOLZMANN; JORGENSEN, 2003).

Os principais atores deste sistema de proteção sob enfoque do manejo de risco são os indivíduos e as famílias, sendo a resolução de grande parte do risco social atribuída à unidade formada por família-comunidades, ONGs, instituições de mercado e governo.

Acatando esta lógica, no ano de 2002, foi criado o *Sistema de Protección Social*, por meio da Lei Nº 789 (COLÔMBIA, 2002, p. 1, tradução nossa) como “um conjunto de políticas orientadas a melhorar a qualidade de vida dos colombianos, especialmente dos mais vulneráveis”. Assim, “este sistema apresenta uma dualidade no desenvolvimento da seguridade social, por um lado associada ao trabalho formal e por outro, às políticas orientadas ao enfrentamento da pobreza” (DNP, 2015, p.10).

Portanto, segundo o *Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018* (DNP, 2018), o sistema de proteção social colombiano, sob orientação da gestão do risco, está composto pelos seguintes sistemas:

- a) o *Sistema de Promoção Social*, orientado à população em pobreza extrema, contribuindo para a construção das capacidades de pessoas com o intuito de mitigar e prevenir os riscos, ofertando os mínimos vitais para alcançar a mobilidade social<sup>14</sup> sendo a promoção social “transversal às diferentes estratégias

---

<sup>14</sup> “Mobilidade Social: situação em que as pessoas, independentemente de suas características e circunstâncias sociais, econômicas, físicas ou pessoais, têm as mesmas oportunidades e podem concorrer em igualdade de condições no mercado laboral, ou âmbito que desejem, sendo retribuídos de acordo como nível de seu esforço e talento”. (DNP, 2015. p. 267, tradução nossa).

de atenção e componentes do Sistema de Proteção Social” (DNP, 2014, p. 279, tradução nossa);

- b) *Seguridad Social Integral* dividido em dois tópicos: o acesso universal à saúde e ao emprego; e seguridad social, estabelecendo os mecanismos para preservar o “capital humano”, dando garantias contra os riscos;
- c) a formação do capital humano permite aumentar os ingressos da população diante do incremento da sua produtividade, competências e desenvolvimento de capacidades para o enfrentamento ao risco e;
- d) acesso a ativos, com o melhoramento de serviços como água potável, saneamento básico, entre outros, se promove a obtenção de recursos físicos de forma autônoma (DNP, 2014, p. 279-280); conforme demonstra a figura 4.

Figura 4 – Sistema de Proteção Social



Fonte: DNP, 2015, p. 278.

É importante destacar que durante o governo Gaviria (1990-1994) houve a mudança da organização que orienta o sistema de proteção na Colômbia, deixando de ser a Organização Pan-americana de Saúde, organismo sob direção dos Estados Unidos e especializada na saúde, passando a ser o Banco Mundial.

A pesquisa de Camila Potyara Pereira (2013) proporciona elementos para identificar e analisar a orientação da proteção social que foi implantada na Colômbia com o que ela chama de Matriz Residual, a qual faz referência a:

um padrão de proteção social mínima, focalizada nos extremadamente pobres, descolada do status de direito e que se constrói e desenvolve com

relutância por parte de governos, legisladores, gestores e executores dos países onde ela se processa. Países estes que, como não poderia deixar de ser, constituem os principais lócus de reprodução da ideologia burguesa e de rejeição a toda e qualquer medida pública de restrição à liberdade do mercado e ao direito individual de propriedade privada; e ainda, onde o atendimento das necessidades de lucro incessante do capital tornou-se imperativo meritório, que destrói qualquer veleidade de satisfação de necessidades humanas como questão de direito socialmente legitimado (PEREIRA, 2013, p. 77).

Este tipo de proteção social tem seus alicerces na teoria funcionalista, na teoria da convergência e na ideologia da nova direita. Entre os interesses dessas teorias que mais se destacam, está a defesa de um sistema de produção capitalista natural que não dependa das ações humanas, a defesa de um tipo de proteção residual, que seja focalizado, não orientado a eliminar a pobreza, pois para os defensores deste tipo de proteção há *males necessários* que estimulam a competência e as capacidades individuais na adaptação ao meio ambiente (PEREIRA, 2013).

Em suma, este tipo de proteção social, além de procurar a criação de novos nichos de acumulação na mercantilização e expansão do mercado em áreas que deveriam configurar direitos da população, defende uma intervenção mínima e focalizada no Estado para a proteção social, a fim de garantir a sobrevivência da população colombiana, atribuindo ao indivíduo, à família e à comunidade os papéis de principais atores na mudança de sua situação de pobreza, tendo estes a responsabilidade de se capacitar para concorrer no mercado de trabalho.

Também, é evidente a relação de dependência e subordinação do país orquestrada pelos governos da Colômbia junto aos Estados Unidos da América (EUA) e aos organismos financeiros internacionais, não só no âmbito econômico, mas na política social, o que revela os interesses econômicos e políticos ocultos, ficando a proteção social restrita à cobertura básica ou mínima e ao financiamento restrito ou nas mãos do capital privado, por meio de processos totais ou parciais de privatização.

Além disso, pode se destacar também, a defesa da continuidade da guerra civil na Colômbia para garantir não só a hegemonia da ideologia e das práticas políticas neoliberais e o imperialismo dos Estados Unidos na região latino-americana, mas também a legitimação do precário gasto do fundo público na política social, aprofundando a contradição capital/trabalho.

### 3.2 SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD: A SAÚDE COMO MERCADORIA

A partir da década de 1990, as transformações internacionais orientadas pelo projeto neoliberal demarcaram novas pautas políticas, econômicas, culturais e sociais. O Banco Mundial, como um dos atores internacionais mais atuantes na aplicação deste projeto nos países periféricos, cumpriu um papel importante na estruturação do sistema de saúde colombiano por meio das “recomendações” do relatório denominado: “*O financiamento dos serviços de saúde nos países em desenvolvimento agenda para a reforma*” publicado em 1987.

Nesse documento, que segue as indicações do Consenso de Washigton, o Banco Mundial propõe um enfoque “alternativo” de financiamento para a saúde por meio de quatro reformas: cobrança de tarifas pelos serviços de saúde, provisão de seguros obrigatórios para os empregados do setor formal, uso eficiente dos recursos não governamentais através de estímulos ao setor não governamental e descentralização dos recursos governamentais para a saúde (BANCO MUNDIAL, 1987).

Esta mudança, tanto da organização que participa na construção do sistema de saúde, quanto das estratégias propostas, é importante para entender o aprofundamento na lógica de mercantilização das políticas sociais, processo que Ernest Mandel (1987) denominou de supercapitalização e classificou como inerente ao capital em sua etapa tardo-financeira.

No livro II da Lei Nº 100 de 1993 (COLÔMBIA, 1993b, p. 62) se define o *Sistema General de Seguridad Social em Salud*, como um conjunto de instituições, normas e procedimentos que têm como função garantir aos habitantes do território nacional: a segurança contra riscos à saúde, o acesso equitativo de um pacote mínimo de serviços de saúde de qualidade e os benefícios da promoção e proteção da saúde pública.

No desenvolvimento deste serviço público, deverão ser realizadas atividades de fomento à saúde, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação da doença. Contudo, é apenas com a Lei Nº 1751 de 2015, que a saúde se estabelece legalmente como um direito fundamental (COLÔMBIA, 2015a). Alguns princípios e Artigos presentes na Lei Nº 1751 evidenciam os limites da universalidade do Sistema Nacional de Saúde da Colômbia:

- b) Pro homine. Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas;
- c) Equidad. El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección; (COLÔMBIA, 2015a, p. 3).

Enquanto o princípio *Pro homine* deixa o entendimento do funcionamento do Sistema de Saúde aberto às interpretações dos seus atores, dos quais as empresas privadas e mistas também fazem parte, o princípio da equidade, como descrito na Lei, deixa clara a intencionalidade de focar as políticas públicas de saúde nos grupos sociais mais vulneráveis, o que aponta para a focalização desta política. Em outros Artigos, como o 14, fica claro que a universalidade da assistência em saúde está restrita aos atendimentos de emergência.

Assim, o Sistema de Saúde na Colômbia é caracterizado pela lógica dos planos de saúde sob a diretriz da livre concorrência para estimular a qualidade nos serviços. O sistema é composto por dois regimes que pretendem assegurar a cobertura de toda a população. Estes são:

- a) Regime Contributivo: este seguro é dirigido à população com emprego formal e suas famílias, também para trabalhadores independentes<sup>15</sup> e aposentados. No regime contributivo, tanto o trabalhador independente, o empregado formal, quanto o empregador, têm que pagar uma taxa que contribui para o financiamento do sistema;
- b) Regime subsidiado: neste regime está vinculada a população sem capacidade de contribuição e sem pagamento direto, trabalhadores informais, indígenas, entre outros, considerados socialmente vulneráveis. Este regime é financiado a partir da contribuição do regime contributivo, do fundo público e pelos estados e municípios. Para a administração dos recursos arrecadados foi criado o *Fondo de Solidaridad y Garantia* (FOSYGA). Os afiliados ao sistema Contributivo ou Subsidiado poderão eleger livremente as Entidades Promotoras de Saúde.

O critério para a inserção em um dos dois regimes, além do emprego formal,

---

<sup>15</sup> O trabalhador independente é “toda a pessoa física que exerça uma atividade econômica ou preste os seus serviços pessoalmente e por sua conta e risco, por meio de contratos civis, comerciais ou administrativos, exceto laborais” (COLOMBIA, 2003b, não paginado, tradução nossa).

é julgado pelo Sistema de Identificação de Potenciais Beneficiários de Programas Sociais (Sisbén), através da pontuação da população de acordo com as suas condições socioeconômicas. Essa classificação, além disso, ajuda de maneira objetiva ao processo de reconhecimento da população vulnerável, objetivo principal da *inversão social* (COLOMBIA, 2017).

As Entidades Promotoras de Saúde (EPS), públicas e privadas, são encarregadas pela arrecadação das cotizações, mas também pela promoção e organização das afiliações ao sistema de saúde tanto no regime contributivo como no subsidiado e pela compra e gestão dos serviços de saúde através das Instituições Prestadoras de Serviços (IPS) públicas e privadas. Estas, por sua vez, têm a finalidade de prover os serviços de saúde, como hospitais e clínicas.

Os organismos encarregados da direção, vigilância e controle do sistema de saúde e dos atores que gerenciam o Sistema Colombiano de Saúde são:

- a) o Ministério de Proteção Social, encarregado da direção e regulação do sistema de saúde;
- b) a Comissão de Regulação de Saúde, a qual define o valor da Unidade de Pagamento por Captação (UPC) e do Plano de Benefícios da Saúde (PBS), incluindo o estabelecimento de uma lista de medicamentos essenciais e genéricos, as cotas moderadoras<sup>16</sup> e os copagamentos<sup>17</sup>;
- c) a Superintendência Nacional de Saúde, cuja função é supervisionar, vigiar e controlar os atores que participam do sistema.

A *Unidad de Pago por Capitación* (UPC) é o valor anual que se reconhece por cada um dos afiliados ao *Sistema General de Seguridad Social em Salud* (SGSSS) para cobrir as prestações do Plano de Benefícios da Saúde (PBS) nos regimes contributivo e subsidiado.

Segundo o Ministério da Saúde e Proteção social, o Plano de Benefícios da Saúde corresponde ao pacote de serviços básicos nas áreas de recuperação da saúde, prevenção da doença e cobre ingressos de maneira transitória (ajudas

---

<sup>16</sup> “As cotas moderadoras têm por objeto regular a utilização do serviço de saúde e estimular seu bom uso [...] No regime contributivo se criam com o fim de que os usuários não desbordem os serviços de saúde e moderem a utilização destes” (VEGA; GUZMÁN, 2012, tradução nossa).

<sup>17</sup> “Os copagamentos [...] são aportes em dinheiro que correspondem a uma parte do custo do serviço demandado e têm como finalidade ajudar a financiar o sistema” (VEGA; GUZMÁN, 2012, tradução nossa).

econômicas<sup>18</sup>) quando o usuário ou usuária apresenta incapacidade de trabalhar por doença, acidentes ou pela maternidade.

Uma das barreiras ao usufruto do direito à saúde era, até 2015, a diferenciação nos regimes dos planos de seguros obrigatórios (POS- Contributivo e POS - Subsidiado), pois isto gera desigualdade nos serviços oferecidos para cada regime. No ano de 2010, o pacote de serviços do POS subsidiado só atingia 60% do pacote de serviços que usufruía o regime contributivo (AGUDELO CALDERÓN *et al.*, 2011).

No entanto, a Sentença T-760 de 2008 emitida pela Corte Constitucional (COLÔMBIA, 2008) ordenou a unificação gradual dos planos. De acordo com Barrera (2015), este tem sido um dos maiores avanços em relação ao sistema de saúde colombiano, pois foi um precedente para a criação da Lei N° 1438 de 2011 que dispõe sobre a unificação do Plano de benefícios, o que tradicionalmente se chamava Plano Obrigatório de Saúde.

Outra característica do sistema é a descentralização da saúde, promovida pelos organismos financeiros como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. A descentralização é parte importante do Sistema de Saúde Colombiano, desenvolvida pelas leis: N° 10 de 1990<sup>19</sup> e a N° 60 de 1993<sup>20</sup> (COLÔMBIA, 1990, 1993a) na procura da eficiência e eficácia para garantir uma maior cobertura na saúde.

Na Colômbia, com a descentralização da saúde, o Estado delegou funções não só às EPS e IPS, mas também aos entes territoriais, governos subnacionais, que assumiram responsabilidades administrativas no processo de garantia do direito à saúde.

Na figura 5 é possível observar a estrutura do Sistema de Saúde na Colômbia,

---

<sup>18</sup> “Todos os filiados para quem for definida deficiência temporária receberão subsídio equivalente a 100% do valor do salário base de contribuição, calculado a partir do dia seguinte ao da ocorrência do acidente de trabalho e até o momento de sua reabilitação ou cura, ou a declaração de sua deficiência parcial permanente, invalidez ou morte. O pagamento será feito nos períodos em que o trabalhador recebe regularmente seu salário” (COLOMBIA, 2002, não paginado, tradução nossa).

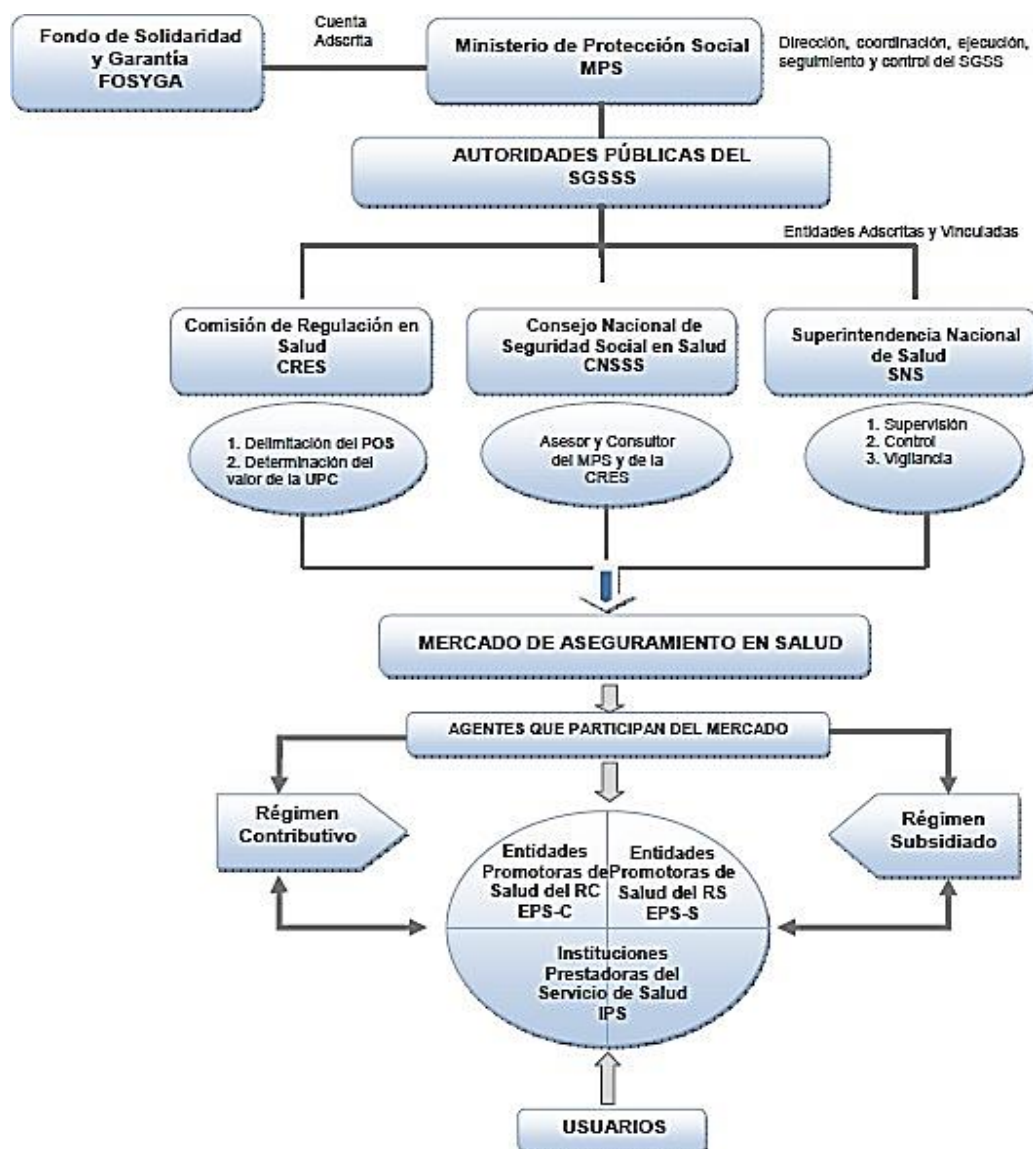
<sup>19</sup> “A prestação de serviços de saúde, a todos os níveis, é um serviço público a cargo da Nação, gratuito em serviços básicos para todos os habitantes do território nacional e administrado em associação com as entidades territoriais, suas entidades descentralizadas” (COLOMBIA, 1990, não paginado, tradução nossa).

<sup>20</sup> “Compete aos Municípios, através das dependências do seu órgão central ou das entidades municipais descentralizadas competentes, na qualidade de principais executores de ações em matéria social, dirigir, prestar ou participar diretamente na prestação de serviços, quanto à lei, às normas técnicas nacionais, às portarias e aos respectivos acordos municipais” (COLOMBIA, 1993a, não paginado, tradução nossa).



os atores responsáveis pela vigilância e controle sanitário e a posição das empresas públicas e privadas encarregadas da prestação da saúde.

Figura 5 – Estrutura do *sistema general de seguridad social en salud* (SGSSS) na Colômbia



Fonte: Barrera, 2015, p. 36.

Ainda que a Colômbia tenha seguido ortodoxamente as orientações das agências internacionais neoliberais acerca da construção e direção do sistema, pesquisas como as de Barrera (2015) e Gomez-Arias e Nieto (2014), evidenciam que a concepção da saúde como mercadoria não tem melhorado o acesso real aos serviços de saúde, mas sim aprofundado a precarização, as desigualdades sociais e o domínio do mercado, criando obstáculos e impedindo o usufruto desse direito.

Barbosa Filho e Rocha (2018) partem do pensamento de Bob Deacon ao afirmar que as diretrizes dessas agências internacionais assumem uma postura neoliberal ao mesmo tempo que:

Essas entidades internacionais, na maioria das vezes, se relacionam de forma harmônica com os interesses dos Estados e grupos econômicos que exercem a hegemonia no mundo, que passam a construir seus modelos de políticas sociais de acordo com as regras e normas concebidas por essas organizações, mas também influenciando a concepção dessas políticas (DEACON, 2007 *apud* BARBOSA FILHO & ROCHA, 2018, p.62).

Estudos como os de Barrera (2015) e Gomez-Arias e Nieto (2014) mostram que uma das principais causas dos problemas no sistema de saúde da Colômbia são as EPS, que estão sob a lógica do mercado neoliberal e do princípio da eficiência gerencialista dentro do Sistema de Saúde. Essa é uma das principais causas desses problemas pois, embora estas empresas sejam encarregadas por garantir o acesso ao direito pela população, visam o lucro e a contenção/racionalização de gastos e investimentos em saúde.

Estas Entidades Prestadoras de Serviços (EPS) recebem um pagamento por cada afiliado, denominado unidade de pagamento por captação, sem importar se o usuário passou ou não pela prestação de serviço. Barrera (2015) afirma que com o dinheiro que recebem, as EPS procuram rendimentos financeiros, fazendo uso de estratégias como a demora no repasse dos pagamentos às IPS pelos serviços prestados, negando-os, desestimulando a dispersão das unidades de atenção à saúde, entre outras estratégias que permitem aumentar a sua lucratividade. A autora também questiona a utilidade das seguradoras de saúde para garantir o acesso à saúde, pois é evidente a preservação dos interesses econômicos destas quando o afiliado não acessa seu direito.

Entre o ano de 1999 e junho de 2002 se apresentaram mais de 500.000 reclamações sobre serviços de saúde negados pelas EPS. No ano de 2012 se registraram 454.000 reclamações, das quais 25% correspondiam a impedimentos para acessar o direito à saúde (GOMEZ-ARIAS; NIETO, 2014).

Nessa perspectiva, no ano de 2013 foram registradas 115.147 tutelas – mecanismo jurídico de proteção dos direitos fundamentais- e no ano 2014 se registraram 118.281, 64% das tutelas reclamavam serviços incluídos no Plano Obrigatório de Saúde sendo a Antioquia, Guajira e Chocó os departamentos com mais

reclamações (REDACCIÓN EL TIEMPO, 2016).

Com relação ao acesso aos serviços, o estudo feito por Ayala García (2014) mostra que ainda que a cobertura do asseguramento entre os anos 1997 e 2012 tenha aumentado de 56,9% a 90,8%, o acesso real dos serviços da saúde diminuiu no mesmo período, passando de 79,1% a 74,5%. Nesse sentido, a filiação a uma seguradora de saúde não garante o acesso aos serviços de saúde, embora, a tutela seja uma das ferramentas legais da população para obrigar os atores encarregados a garanti-los.

De acordo com a OPS e com a OMS as causas da fragmentação da saúde não só na Colômbia, mas também na região da América Latina, são as seguintes:

A segmentação do sistema de saúde; a descentralização dos serviços de saúde que fragmenta os níveis de atenção; a predominância de programas voltados para doenças, riscos e populações específicas; a separação dos serviços públicos de saúde dos de cuidados pessoais; o modelo de atenção centrado na doença, atenção aguda e gestão intra-hospitalar; a fraqueza da capacidade de governo da autoridade sanitária; problemas na quantidade, qualidade e distribuição dos recursos; e culturas organizacionais contra integração. Mas, no geral, o mercado cumpre a função de “fragmentação” devido ao seu desejo de individualização (OPS, 2008, p. 9, tradução nossa).

Embora o Sistema de Saúde da Colômbia tenha uma cobertura de mais de 95% da população, esta porcentagem esconde a realidade. Nessa realidade, a população mais negligenciada é a rural, que tem que percorrer longas distâncias para ser atendida em um centro de saúde devido à carência e precariedade dos centros de saúde nas áreas rurais. Segundo o Ministério de Saúde e Proteção Social (2018), há brechas na cobertura que se concentram nas zonas rurais da Colômbia, na qual municípios como Cumbitara (Departamento de Nariño) e Medio San Juan (Departamento de Chocó) só atingiram uma cobertura de saúde de 45% e 46% respectivamente, no ano de 2018.

Estas são algumas das razões que evidenciam a necessidade de mudança estrutural do sistema de saúde, uma vez que, da maneira como está estruturado, é destrutivo, pois prioriza o lucro em detrimento da vida e da garantia de direitos previstos na Constituição Política do Estado Colombiano. Além disso, embora a cobertura em geral seja alta, a população encontra muitos obstáculos no acesso aos serviços.

Este panorama é enfrentado não só pelos colombianos, mas também pelos imigrantes, especialmente os venezuelanos, pois segundo o Ministério de Relações

Exteriores, estima-se que, no mês de outubro de 2019, existiam na Colômbia 1.729.537 refugiados venezuelanos. Destes refugiados, 719.180 estão classificados como regulares, ou seja, cumprem ou têm a documentação necessária em vigência para estar na Colômbia e 911.719 não cumprem com a exigência dos documentos ou carecem dos documentos necessários que lhes permitam estar no país.

Apenas quem está no país como pessoa regular ou com a permissão necessária pode utilizar o serviço de saúde pública de urgência e emergência. Assim, para ser “beneficiário” dos serviços da saúde, o processo para obter o Sisbén deve ser realizado.

No entanto, segundo González Roza (2018), na prática, a população encontra barreiras no momento de acessar esses serviços, como: o tipo de permissão com o qual entrou ao país; o desconhecimento do pessoal da área de saúde sobre os documentos que permitem aos venezuelanos usufruírem do direito à saúde pública, ocasionando a negação dos serviços; a falta de recursos econômicos para pagar os medicamentos que não estão estabelecidos no Plano Obrigatório de Saúde, entre outros.

O panorama piora para os venezuelanos que se encontram no país como irregulares, uma vez que, ainda que possam receber o serviço de urgência, estarão expostos a sanções, deportações, entre outras medidas punitivas.

Em suma, o sistema de saúde tem se construído sob alicerces contrários aos direitos que diz defender e garantir. A mercantilização da saúde tem ampla legitimidade junto ao Estado Colombiano, sendo empresas capitalistas do setor saúde, responsáveis, inclusive pela oferta e gestão dos serviços de seguridade social e de saúde.

Tendo em vista o exposto até aqui, é importante questionar: O Estado, por meio de um sistema de saúde residual e aberto ao mercado, está garantindo às populações vulneráveis o acesso à saúde? As populações mais vulneráveis, de acordo com as características históricas e sociais do país, e as populações-chave estão incluídas nas respostas materializadas ao HIV/Aids? A Colômbia está perto de atingir a eliminação da Aids? Ou existe uma invisibilização programática da população historicamente explorada, expropriada e discriminada que impede o acesso real do direito à saúde?

#### 4 CENÁRIO COLOMBIANO DA EPIDEMIA DE HIV/AIDS

O primeiro caso de *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (Aids) na Colômbia foi registrado em 1983. A epidemia entra no debate público e político colombiano através do Movimento de *Liberación Homosexual*<sup>21</sup> criado ao final da década de 1970. Entre as ações que orientam o movimento estão: a luta pela conquista de direitos da população gay, visibilização e reconhecimento da Aids por meio da criação de um grupo de ajuda mútua e informação, assim como a luta por uma resposta estatal frente à epidemia e a participação em eventos internacionais (VELANDIA MORA, 2000).

Os anos seguintes ao primeiro caso de Aids na Colômbia se caracterizam pelas escassas ações estatais para o enfrentamento da epidemia (OPS, 2002). É apenas em 1987 que o Ministério da Saúde cria o primeiro Programa de Nacional Contra a Aids, direcionado a atividades de prevenção e diagnóstico, vigilância epidemiológica e controle do HIV.

Por meio deste programa se construiu o *Comité Nacional de Lucha Contra el SIDA*, contando com a participação de funcionários do Ministério, do Instituto Nacional de Saúde e de um delegado da OPS/OMS (HERNÁNDEZ ALVAREZ *et al.*, 2002). A finalidade deste Comitê era apoiar tecnicamente uma Comissão Nacional de Trabalho, a qual tinha entre suas funções a implementação do Programa, procurar apoio financeiro para a concretização do plano e criação de comitês setoriais (HERNÁNDEZ ALVAREZ *et al.*, 2002).

No ano de 1988 é proposto um plano nacional em resposta à epidemia: o Plano Nacional de Prevenção e Controle da Aids, liderado pelo Ministério da Saúde. As ações deste plano contemplavam atividades de educação orientadas aos trabalhadores da saúde e líderes de comunidades, assim como para o controle de bancos de sangue e hemoderivados, vigilância epidemiológica e de laboratórios.

Assim, consecutivamente, no ano de 1994 formula-se o *Plan Intersectorial a Mediano Plazo* o qual tinha por objetivo a “coordenação intersectorial, a participação comunitária e a descentralização encaminhadas ao proceder tradicional da OPS” (OPS, 2002, não paginado). Segundo a OPS (2002, não paginado), os objetivos deste

---

<sup>21</sup> O *Movimiento de liberación Homosexual* foi um dos primeiros movimentos LGBT na Colômbia. Um dos principais fundadores foi León Zuleta, reconhecido ativista pelos direitos sexuais e criador da revista: *el otro*, primeira revista gay do país (SERRANO AMAYA, 2012).

plano eram “fomentar no indivíduo, na família e na sociedade conhecimentos e práticas preventivas, promover valores, atitudes e comportamentos sobre sexualidade responsável.”

No entanto, neste momento histórico em que foram vistas as primeiras respostas estatais para o enfrentamento da epidemia, se intensificaram as tensões entre o direcionamento da OPS e as novas diretrizes do sistema de saúde em conformidade com as orientações do Banco Mundial. Segundo Hernández Alvarez *et al.* (2002, p. 309, tradução nossa):

Em meio à nova concepção de “saúde pública” e a preponderância do mercado segurador, os programas de cooperação técnica iniciaram uma difícil acomodação e não isenta de tensões institucionais e pessoais entre os órgãos e funcionários do MS e da OPS. Mas nem todos os projetos e linhas de cooperação foram afetados da mesma forma. Alguns desapareceram, outros foram fortalecidos e outros se adaptaram com sucesso.

Assim, há a tensão entre esses dois projetos: um baseado no discurso da saúde pública e no reconhecimento dos fatores que nela intervêm; e o outro, representado pelo Banco Mundial e o neoliberalismo instaurado entre o final da década de 1980 e início da década de 1990 na Colômbia, baseado no entendimento da saúde como mercadoria.

Durante os anos 2000 novos compromissos foram assumidos, criando-se, por exemplo, o Plano Estratégico Nacional 2000-2003, o qual incorporou as orientações da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o HIV/Aids no ano de 2001. O Plano assumiu os seguintes compromissos internacionais e nacionais:

Liderança no tema, promoção e prevenção, atenção, apoio e tratamento, direitos humanos, redução da vulnerabilidade, cuidado na infância afetada pelo HIV/AIDS, mitigação dos efeitos sociais e econômicos, pesquisa e desenvolvimento; e intervenção nas regiões afetadas pelos conflitos e desastres naturais; mobilização de recursos e avaliação e seguimento das ações desenvolvidas (COLÔMBIA, 2018, p. 13, tradução nossa).

O informe da avaliação do plano demonstrou que o apoio de atores internacionais como a ONU-AIDS, também conhecida como UNAIDS<sup>22</sup>, propiciou ao mesmo um avanço no enfrentamento do HIV/Aids, o progresso em programas de

---

<sup>22</sup> O Programa Conjunto das Nações Unidas criada para desenvolver ações que respondam a epidemia por HIV tem suas origens em 1994. Atualmente que se une ao esforço global de acabar com a epidemia de AIDS até 2030 como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

prevenção, entre outros. Este documento também evidenciou o desinteresse do Governo, destinando 0,44% do gasto total em saúde para o desenvolvimento das ações e programas para a epidemia (ABADIA-BARRERO, 2004, p. 136).

O sistema de saúde implementado no final da década de 1990 impactou negativamente o desenvolvimento do Plano dos anos 2000 a 2003. De acordo com Abadía-Barrero (2004), a precária resposta ao enfrentamento da epidemia pelo:

Estigma ainda persistente, as limitações do sistema do mercado de seguros que implantou a Lei número 100 de 1993 - que debilita a capacidade de resposta do Estado diante aos problemas de saúde pública - da qual a saúde deixou de ser direito para se transformar num serviço público dirigido por meio de seguros privados (ABADIA-BARRERO, 2004, p. 137, tradução nossa).

Posteriormente, o Plano Intersetorial de Resposta Nacional de 2004 a 2007 se estruturou mediante três eixos de trabalho: coordenação intersetorial; monitoramento e avaliação; promoção, prevenção e atenção (COLÔMBIA, 2018). Em 2006, foi elaborado o Modelo de Gestão Programática HIV/Aids, sob a perspectiva de direitos e equidade de gênero com a finalidade de determinar a prestação de serviços através de programas de atenção por meio de quatro objetivos: conter a epidemia; detectar rapidamente a infecção; deter o desenvolvimento do HIV para a AIDS; e o surgimento de resistências ao Tratamento Antirretroviral (ARV) (COLÔMBIA, 2018).

Atualmente, o HIV/ Aids é considerado na Colômbia como uma doença de alto custo, segundo a Conta de Alto Custo<sup>23</sup>, ou seja, se “tem mais risco de complicações, morte e consumo de recursos” (CAC, 2019c, não paginado, tradução nossa). Desta forma, o HIV, é abordado principalmente, sob o enfoque de gestão de risco para diminuir o impacto da carga da doença<sup>24</sup> (CAC, 2019b).

O Ministério da Saúde estima que na Colômbia há 150.000 pessoas infectadas pelo HIV (CAC,2020). No entanto, em janeiro de 2019 foram identificadas

---

<sup>23</sup> “A *Cuenta de Altos Costos* (CAC) é um órgão técnico não governamental do Sistema Geral de Previdência Social em Saúde da Colômbia criado pelo Decreto 2.699 de 2007 que obriga os EPS de ambos os regimes e demais EOC (Entidades Obrigadas a Compensar) se associarem para enfrentar o Alto Custo e atua como Fundo auto gestor que contribui para a estabilização do sistema de saúde, garantindo o real funcionamento da solidariedade e desestimulando a seleção e discriminação da população por meio de um ajuste de risco nos casos de alto custo” (CAC, 2019a, não paginado, tradução nossa).

<sup>24</sup> A carga de uma doença, segundo a Organização Mundial da Saúde, é um indicador que pode ser calculada por DAYLYs (the disability-adjusted life-year). “Os DALYs para uma doença ou condição de saúde são calculados como a soma dos Anos de Vida Perdidos (YLL) devido à mortalidade prematura na população e os Anos Perdidos por Incapacidade (YLD) para pessoas que vivem com a condição de saúde ou suas consequências (WHO, 2013, não paginado, tradução nossa).

109.056 pessoas que vivem com HIV (PVH) pelas Empresas Administradoras de Planos de Benefícios e registradas à Conta de Alto Custo. Além disso, 57,48% dos casos encontram-se afiliados ao regime contributivo.

Segundo a classificação por sexo, 75,80% dos casos reportados são homens, 24,16%, mulheres e 0,01% intersexuais<sup>25</sup>. A maior concentração dos casos por idade se evidencia na faixa etária de 20 a 29 anos - 18,27% no sexo masculino e 4,18% no sexo feminino. Por sua vez, das 109.056 pessoas identificadas como infectadas pelo vírus, 56,40% se encontravam vivendo com Aids no momento do diagnóstico (CAC, 2020) evidenciando um diagnóstico tardio ou dificuldades com o início ao tratamento.

Da população com HIV, 4,11% é população negra, 3,90% identificam-se como palenqueros, 0,70%, indígenas, 0,02%, raizal e 0,02%, ciganos<sup>26</sup>. No entanto, o Cuenta de Alto Costo, principal órgão de coleta de dados a respeito da epidemia, não faz distinção entre população branca e mestiça no informe.

Em 2019, as mortes por Aids foram de 1.802, classificadas da seguinte maneira: “34,07% corresponderam a morte pela Aids, e 14,59% considerou-se morte por outra doença não definidora da Aids. Desconhece-se a causa da morte de 21,59% dos casos” (CAC, 2020, p. 76, tradução nossa). O informe indica, ainda, que 61,71% das mortes aconteceram no regime subsidiado e 36,13% ocorreram no regime contributivo (CAC, 2020, p. 84). Esta porcentagem evidencia o aumento significativo das mortes da população afiliada ao regime subsidiado em comparação, ao ano de 2018, no qual, 41,1% de mortes foram do regime subsidiado e 57,4%, do contributivo (CAC, 2018). Esses dados evidenciam a letalidade da Aids por extrato de classe, adoecem e morrem de Aids homens e mulheres mais pauperizados.

O país tem avançado na implementação e aproximação da Estratégia 90-90-90, estimulada pela UNAIDS, que objetiva que 90% das pessoas que vivem com HIV conheçam seu estado sorológico, 90% das pessoas que conhecem seu diagnóstico recebam terapia antirretroviral e 90% da população que recebe terapia antirretroviral consigam supressão viral, tornando-se indetectável e, conseqüentemente, não

---

<sup>25</sup> “É uma variação orgânica sob a qual o desenvolvimento do sexo cromossômico, gonadal ou anatômico não corresponde aos dois sexos tradicionalmente atribuídos. É uma condição biológica e, em alguns casos, política, pois algumas pessoas constroem sua identidade a partir da não identificação com os dois sexos - masculino e feminino - que se constituem cultural e socialmente” (COLÔMBIA, 2020a, p. 10, tradução nossa).

<sup>26</sup> “Descendente de povos ciganos originários da Ásia, de tradição nômade, com normas de organização e características culturais próprias como a língua romena” (DANE, 2005, não paginado, tradução nossa).



transmitindo o HIV. Segundo a Conta de Alto Custo, das 150.056 pessoas (0,31% da população colombiana) que vivem com HIV, 72,64% (109.056 PVV) das pessoas conhecem o seu diagnóstico (CAC, 2020). Considerando as 109.056 pessoas identificadas, 85,63% estão em terapia antirretroviral e 72,09% das pessoas em tratamento conseguiram a supressão viral (CAC, 2020).

O informe não só invisibiliza a diferença racial entre mestiços e brancos, mas também não faz uma caracterização da epidemia na população LGBT. Esta perspectiva reducionista fragiliza os dados que seriam importantes para se ter uma aproximação da realidade da epidemia no país e dar uma resposta oportuna e adequada.

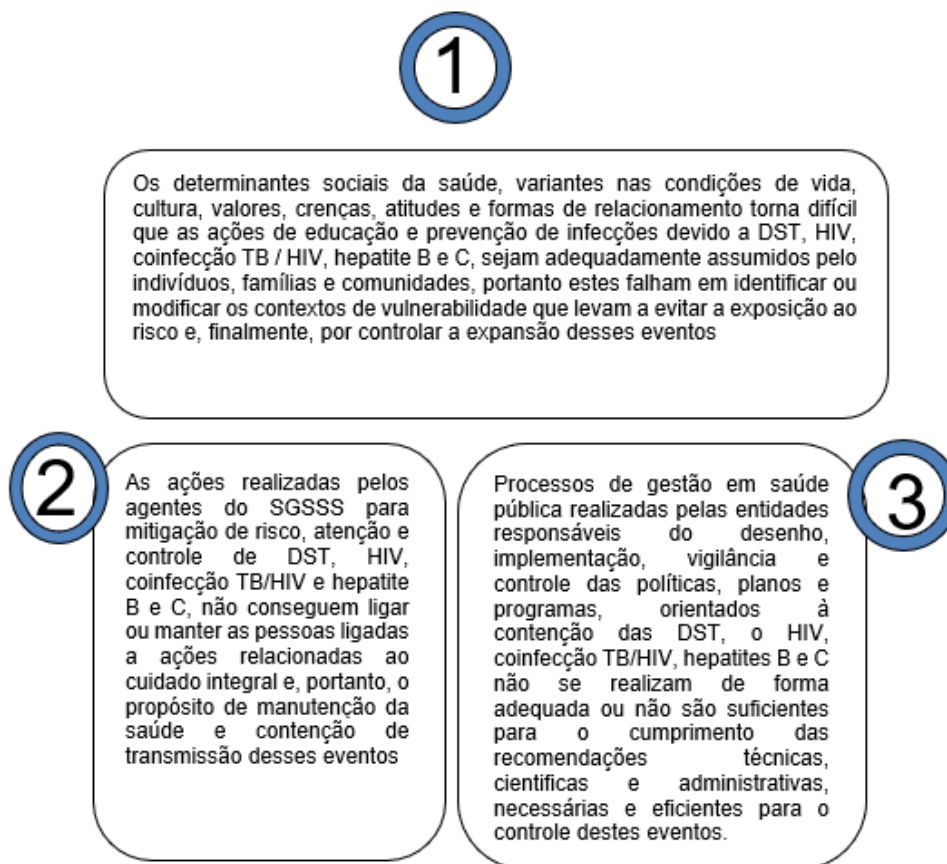
#### 4.1 ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS, NORMATIVAS E CONCEITUAIS DO PLANO NACIONAL DE RESPOSTA DIANTE DAS DST, O HIV, COINFECÇÃO TB/HIV E HEPATITES B E C NA COLÔMBIA, ENTRE OS ANOS DE 2018 E 2021

Assim, identificando as expressões do neoliberalismo no sistema de saúde, nos seus atores e nas instituições, se faz imperativa a identificação e análise das diretrizes do Plano Nacional de resposta diante das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), o HIV, coinfeção entre tuberculoses (TB) e HIV e hepatites B e C, na Colômbia, no período entre 2018 e 2021.

A construção do Plano contou com a participação de diferentes atores, dos quais 45% dos participantes foram representantes de organizações da sociedade civil, 28% de instituições governamentais e 25,6% de empresas seguradoras de saúde.

Um dos elementos centrais para a construção do plano foi a identificação das barreiras para o combate ao HIV/Aids na Colômbia. Conforme apresenta a figura 6, os três problemas centrais identificados pelo plano foram:

Figura 6 – Barreiras identificadas



Fonte: Adaptado de Ministerio de Salud y protección social, 2008.

A partir do conhecimento dos problemas centrais, o Plano se propõe a identificar as suas causas e criar objetivos que norteiem as ações executadas durante o período de 2018 a 2021. Estes objetivos alinham-se aos três eixos definidos no plano: Eixo de promoção da saúde; Eixo gestão do risco em saúde; e Eixo gestão da saúde pública. Isso fica claro nos quadros 1, 2 e 3 seguintes:

Quadro 1 – Eixo promoção da saúde

Linha operativa de promoção e prevenção	
Causas do problema	Objetivos
A prevalência do HIV em populações-chave é variável entre os diferentes grupos populacionais, evidenciada em estudos de prevalência, uma vez que em algumas populações há aumento, como no caso de HSH e MT e em outras diminui significativamente, como no MTS e o HR.	<b>Obj.1</b> Promover a implementação da estratégia de prevenção combinada <sup>27</sup> .
O acesso universal a preservativos e seu uso não alcançam níveis de cobertura e consistência úteis para prevenção em algumas populações-chave.	<b>Obj.2</b> Aumentar o uso de preservativos masculinos/femininos e suprimentos preventivos em populações-chave e prioritárias, como uma estratégia de prevenção para DST, HIV, hepatite B e C.
A captação de populações-chave e prioritárias para diagnóstico não está progredindo tão rapidamente quanto o esperado.	<b>Obj.3</b> Aumentar a triagem e o diagnóstico de DST, HIV, coinfeção TB / HIV, hepatite B e C
Os padrões e diretrizes técnicas para cuidados materno-infantis e Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) não são atendidos nos aspectos relacionados às DST / HIV / Aids e hepatite B.	<b>Obj.4</b> Eliminar a transmissão vertical (TV) do HIV, sífilis e hepatite B, cumprindo as normas e protocolos estabelecidos no SGSSS.
Falta de conhecimento sobre a cobertura da vacina contra hepatite B para populações-chave e grupos prioritários.	<b>Obj.5</b> Facilitar o acesso à vacina contra hepatite B às populações priorizadas na diretriz nacional.
O desconhecimento da realidade das IST, HIV e hepatites B e C pela população leva à persistência de ações estigmatizantes e discriminatórias contra a garantia de direitos e respeito às pessoas.	<b>Obj.6</b> Reduzir o estigma e a discriminação (E&D) em relação a pessoas em condição vulnerável ou vivendo com HIV, coinfeção TB / HIV, hepatite B ou C.

Fonte: Adaptado de COLÔMBIA, 2018, p. 38-39.

<sup>27</sup> “Prevenção combinada (definida como a combinação de uma variedade de métodos para reduzir o risco de infecção pelo HIV compreende um conjunto de intervenções, promovendo comportamentos saudáveis, com base em evidências e direitos humanos, com foco no atendimento às necessidades das pessoas e comunidades) que fortalece intervenções comportamentais e estruturais com enfoque de direitos e focalização” (COLÔMBIA, 2018, p. 45).

Quadro 2 – Eixo gestão do risco em saúde

Linha operativa atenção integral	
Causas do problema	Objetivos
<p>Baixa adesão dos agentes do SGSSS aos atuais marcos regulatórios técnicos.</p> <p>As evidências indicam que os prestadores não seguem integralmente os protocolos de diagnóstico e atenção integral, portanto, os percentuais de cumprimento das metas do 90-90-90 não são os ideais.</p> <p>Fragilidade na implementação efetiva dos mecanismos existentes para a retenção de pessoas com diagnóstico de HIV na atenção integral à saúde.</p> <p>Persistem barreiras de acesso à atenção em saúde que dificultam o cumprimento da rota de atenção integral.</p> <p>As diretrizes de prática clínica de HIV ainda definem os critérios de iniciação de ARV</p> <p>Fraqueza na aplicação e divulgação das diretrizes para hepatites virais.</p> <p>Ações de coordenação transetoriais limitadas no âmbito da resposta nacional</p>	<p><b>Obj.7-</b> Garantir atendimento abrangente e oportuno e acesso ao tratamento para pessoas com DST, HIV, coinfeção TB / HIV e hepatite B e C crônica, seguindo as normas, diretrizes, protocolos e diretrizes atuais.</p>

Fonte: adaptado de COLÔMBIA, 2018, p. 40.

Quadro 3 – Eixo gestão da saúde pública

Linha operativa, planejamento participativo e fiscalização cidadã <sup>28</sup>	
Causas do problema	Objetivos
Fraqueza nas estruturas e capacidades das organizações da sociedade civil que limitam suas ações na participação do Plano Nacional de Resposta para a incidência política e a implementação efetiva para respostas contra o HIV, DST, coinfeção TB / HIV, hepatites B e C.	<b>Obj.8-</b> Integrar a sociedade civil nos processos de planejamento, avaliação, incidência e fiscalização cidadã, em nível nacional e territorial, dar resposta às DST, HIV, coinfeção TB / HIV, hepatite B e C.
Linha operativa sustentabilidade da resposta	
Causas do problema	Objetivos
As ações coletivas contempladas no plano de resposta não têm recursos claramente garantidos para o seu desenvolvimento e financiamento por meio dos mecanismos fiscais do país.	<b>Obj.9-</b> Gerar mecanismos de mobilização de recursos e criação de alianças que facilitem a sustentabilidade das ações do Plano Nacional de Resposta às DST, HIV, coinfeção TB / HIV, hepatites B e C.
Linha operativa monitoramento, avaliação e gestão	
Causas do problema	Objetivos
Deficiências na estrutura e procedimentos de coleta, processamento, análise de dados, produção e divulgação de informações	<b>Obj.10</b> Gerar, consolidar e ter informações relacionadas à situação das DST, HIV, coinfeção TB / HIV, hepatites B e C no país, para identificar lacunas, formular estratégias, fazer modelagens e estimativas, monitorar e avaliar para acompanhar o progresso da resposta nacional.
Fraqueza nos processos de monitoramento e avaliação, padronização, vigilância e controle do andamento da resposta nacional às IST, HIV, coinfeção TB / HIV, hepatites B e C.	<b>Obj.11 Gerar</b> evidências locais e nacionais que respondam pela dinâmica das epidemias de DST, HIV, hepatite B e C e a eficácia das respostas estabelecidas

Fonte: Adaptado de COLÔMBIA, 2018, p. 40-41.

O plano identifica dois tipos de populações foco alvo de suas ações. No primeiro a população-chave que faz referência:

[...] à população mais propensa a ser exposta ao HIV ou transmiti-lo: homens que fazem sexo com homens, mulheres transgênero, mulheres trabalhadoras sexuais, população de rua, pessoas que se injetam drogas e população carcerária (COLÔMBIA, 2018, p 42, tradução nossa).

E no segundo, populações prioritárias se referindo a pessoas em uma

<sup>28</sup> A Lei Nº 850 de 2003 define a fiscalização cidadã como: “o mecanismo de representação democrática que permite aos cidadãos ou diversas organizações comunitárias exercerem a vigilância da gestão pública, no que se refere aos órgãos administrativos, judiciais, eleitorais, legislativos e de controle, bem como às entidades públicas ou privadas, organizações não governamentais de caráter nacional ou internacional que operam no país, encarregadas da execução de um programa, projeto, contrato ou prestação de serviço público”(COLÔMBIA, 2003a, não paginado, tradução nossa).

situação de vulnerabilidade sujeita à pressão de natureza social ou circunstâncias sociais que as tornam mais vulneráveis (COLÔMBIA, 2018, p. 42):

gestantes, pessoas com diagnóstico de tuberculose, pessoas com diagnóstico de hepatite B, pessoas com diagnóstico de hepatite C, população adolescente e jovem, mulheres em situação de vulnerabilidade, população vítima do conflito armado, população deslocada ou migrante, consumidores de substâncias psicoativas (SPA), pessoas com diagnóstico de DST, população com deficiência, população indígena e afrodescendente.

As ações do plano estão orientadas a estas duas populações contemplando as populações-chave recomendadas pela UNAIDS e identificando as populações prioritárias, tendo em conta as particularidades sociais e históricas da Colômbia.

#### 4.2 SUSTENTAÇÃO NORMATIVA DO PLANO

O plano fundamenta seus objetivos e ações a partir de um marco normativo internacional e nacional. O marco normativo internacional que o orienta é composto pelo informe da Conferência Sobre a População, realizada no Cairo em 1994; pelos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) de 2016.

O *Fast Track commitments to end AIDS by 2030* também faz parte dos compromissos adotados pela Colômbia. Este documento é orientado a acelerar as ações para o fim da Aids até o ano de 2030. Para isso, o documento se alinha com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável ao reconhecer que para o fim da epidemia é necessário “abordar os determinantes de vulnerabilidade e as necessidades integrais das pessoas em situação de risco e que vivem com o HIV” (UNAIDS, [2015], p. 16).

Finalmente o plano contempla a Estratégia Mundial do Setor Saúde contra o HIV elaborada pela OMS para o período de 2016 a 2021 buscando o fim da Aids. Este projeto tem ênfase na resposta do setor da saúde para contribuir com as metas globais para erradicação da Aids, aderindo às estratégias propostas pela UNAIDS e nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (UNAIDS, [2015]).

Da mesma forma, o plano também se fundamenta no marco normativo nacional sintetizado no quadro 4 a seguir.

Quadro 4 – Fundamentação normativa do Plan Nacional de Respuesta ante las Infecciones de Transmisión Sexual, el VIH, la Coinfección Tuberculosis/ VIH y las Hepatitis B y C  
(continua)

Normativas	Descrição
Constituição Política da República da Colômbia	Estabelece a vida como direito fundamental, reconhece o direito de todas as pessoas à intimidade pessoal e familiar e estabelece a saúde e a seguridade social como serviços públicos a cargo do Estado.
Lei 100 de 1993	Estabeleceu o atual Sistema Geral de Saúde e Seguridade Social e definiu a seguridade social como um serviço público essencial. Este sistema define as normas que garantam a atenção em saúde através da vinculação da população a um dos regimes: contributivo ou subsidiado.
Lei 972 de 2005	Permitiu a adoção de normas para a melhoria da atenção à população que padece de doenças catastróficas <sup>29</sup> , especialmente HIV/AIDS. Esta lei declarou como prioridade para o país a atenção integral estatal na luta contra o HIV/Aids.
Lei 1122 de 2007	Reformou parcialmente a lei 100 facilitando os medicamentos para as doenças de alto custo através da aprovação pelos comitês técnicos e científicos.
Lei 1438 de 2011	Instaurou a obrigação da formulação de um Plano Decenal de Saúde Pública através de um processo amplo de participação social, intersetorial e no marco da estratégia de atenção primária de saúde.
Lei 1482 de 2011	Instaurou a obrigação para a proteção dos direitos das pessoas ou grupos que são vulnerabilizados através de atos de racismo ou discriminação, ferramenta que tem sido utilizada pelas pessoas que vivem com HIV para defender os seus direitos.
Lei Estatutária em Saúde 1751 de 2015	Define a saúde como direito fundamental e estabelece seus mecanismos de proteção, define este direito como autônomo e irrenunciável e compreende o acesso aos serviços de saúde de forma oportuna, eficaz e com qualidade para a preservação, o melhoramento e promoção da saúde.
Plano Nacional de Desenvolvimento (2014-2018)	O Ministério de Saúde e Proteção Social, no marco da lei 1751 de 2015, como também nas leis vigentes, definirá a política em saúde que receberá a população residente no território colombiano, que será obrigatório seu cumprimento para os integrantes do SGSSS e instituições que tenham ações em saúde.

<sup>29</sup> As doenças catastróficas são “[...] aquelas que representam alta complexidade técnica em seu manejo, alto custo, baixa ocorrência e baixo custo efetividade em seu tratamento” (COLOMBIA, 1994, p.4, tradução nossa).

Quadro 4 – Fundamentação normativa do Plan Nacional de Respuesta ante las Infecciones de Transmisión Sexual, el VIH, la Coinfección Tuberculosis/ VIH y las Hepatitis B y C  
(Conclusão)

Normativas	Descrição
Política de Atención Integral em saúde	Política que pretende gerar melhores condições de saúde para a população através da regulação da intervenção setorial e intersectorial; se fundamenta na Atención Primária em Saúde (APS), com abordagem na saúde familiar e comunitária, o cuidado, a gestão integral do risco e o enfoque diferencial para os distintos territórios e populações.
Modelo Integral de Saúde	Concebido de forma alternativa para a solução dos problemas do sistema de saúde retomando estratégias como Atención Primária em Saúde com abordagem familiar e comunitária, e cuidado e gestão integral do risco e abordagem diferencial, procurando realizar a articulação e harmonização para garantir a segurança, prestação de serviços de saúde e o desenvolvimento das políticas e programas em saúde pública, através de processos de gestão social e política intersectorial.
Plano Decenal de Saúde	O plano propõe 3 objetivos: avançar na garantia ao usufruto do direito à saúde, melhorar as condições de vida e saúde dos habitantes e manter zero tolerância com a mortalidade e deficiência evitáveis. Através de abordagem como a saúde como direito, o enfoque diferencial, o enfoque populacional e o modelo conceitual de determinantes sociais.
Decreto 1543 de 1997	Pelo qual se regulamenta o manejo da infecção pelo HIV, /Aids e as outras doenças de transmissão sexual.
Resolução 3422	Cria o modelo de gestão programática, o qual inclui as ações para o desenvolvimento de programas, planos e projetos necessários para dar resposta à epidemia do HIV/Aids.
Resolução 0459 de 2012	Adota o Protocolo e Modelo de Atención Integral em Saúde para Víctimas de Violência Sexual, contemplando a vacinação contra hepatites B e aplicação de gamaglobulina anti-hepatites B em vítimas de violência sexual.
Resolução 2338	Estabelece diretrizes para facilitar acesso ao diagnóstico da infecção por HIV e outras infecções de transmissão sexual e para o treinamento sobre aplicação de testes rápidos de HIV, sífilis e outras DST.
Resoluções 4725 de 2011 e 783 de 2012	Definem a periodicidade, forma e conteúdo da informação que devem reportar as EAPB à Conta de Alto Custo, no seu componente HIV.
Lei 1257 de 2008	Adotou os conceitos de violência e danos contra a mulher e promulgou uma série de medidas para garantir uma vida livre de violência nos âmbitos público e privado e o exercício dos seus direitos.
Circular 031 de 2014	Estabelece diretrizes para garantir a vacinação contra hepatites B às vítimas de violência sexual.



O quadro 4 demonstrou o avanço na Colômbia referente à luta contra HIV/Aids, o progresso na adoção da abordagem de gênero<sup>30</sup>, mesmo sob funcionamento de um sistema de saúde executado por meio de parcerias público-privadas, que estratifica cidadãos a partir da inserção produtiva (formal, informal e independente) e administrado de acordo com práticas gerencialistas, ou seja, inspirados nas práticas gerenciais das organizações do mercado capitalistas: centradas no lucro, no aumento da exploração da força de trabalho e comprometida com a privatização (BARBOSA FILHO & ROCHA, 2018).

No entanto, evidencia-se a férrea intenção de manter este sistema de asseguramento a partir do Plano Decenal de Saúde (COLÔMBIA, [2013]). O Plano afirma que 80% dos usuários estão *satisfeitos* com os serviços de saúde e que pelo menos 76% deles consideram a saúde na Colômbia *boa* ou *muito boa*. Por outro lado, um informe realizado pelo mesmo Ministério, através do Instituto Nacional de Saúde, evidencia a realidade na efetivação do direito à saúde do sistema colombiano e destaca que 53% das mortes entre 1998 e 2011 eram evitáveis (INS; ONS, 2014, p. 57).

Dessa forma, destaca-se, baseando-se no Plano Decenal de Saúde, a negativa do Estado em reconhecer o fracasso do sistema de saúde neoliberal em responder às demandas da população pobre, migrante e rural. Também nessa perspectiva, fica evidente a recusa de superação deste modelo que tem priorizado os interesses do capital investidos em seguros e apostado em qualquer manobra a fim de garantir maior lucratividade, inclusive, se o preço for a perda de vidas humanas para o cumprimento de tal finalidade.

As contradições do sistema capitalista são cada vez mais visíveis, sendo que os sistemas de saúde cumprem um papel importante na reprodução da força do trabalho. No entanto, o atual estágio neoliberal do sistema capitalista precisa destes novos nichos para a acumulação. De acordo com Boschetti (2016), a expropriação dos direitos como estratégia neoliberal pode se dar através de três mecanismos:

---

<sup>30</sup> “A perspectiva de gênero é um instrumento de análise social que tem por objetivo tornar visíveis as desigualdades e iniquidades no contexto das relações sociais de poder, dominação e exclusão, estabelecidas entre homens e mulheres. Essa perspectiva também leva em conta as experiências, realidades, lutas e necessidades das pessoas que estão localizadas fora dos marcos normativos nos quais as identidades de gênero e sexualidades são socialmente organizadas” (COLÔMBIA, 2011, p.16, tradução nossa).

ao restringir o uso do fundo público para as políticas sociais que são privatizadas ou minimizadas, desloca parcela do fundo público, que constitui parte da riqueza socialmente produzida, para a acumulação, por meio de subvenções aos fundos de pensões públicos (regimes fechados de aposentadoria administrados por fundos de funções) e privados (regimes abertos de aposentadorias instituídos majoritariamente por bancos ou seguradoras privadas), que já constituem as principais agências de financeirização, e também para os planos privados de saúde. [...]

ao suprimir ou restringir os direitos sociais de saúde e previdência, obriga a classe trabalhadora a dispendar parte de seu salário com a compra de bens e serviços no mercado, operando a transformação dos direitos do cidadão em mercadorias e criando a figura do “cidadão consumidor” (MOTA, 1995, 2008a). Opera-se aqui uma múltipla subsunção ao capital: a subtração de direitos sociais de subsistência que obriga os trabalhadores a disponibilizar no mercado sua força de trabalho e a mercantilização de direitos que passam a ser mercadorias disponíveis no mercado; [...]

ao suprimir ou reduzir os direitos de aposentadoria, seguro-desemprego, seguro-saúde obriga o trabalhador a oferecer sua força de trabalho a qualquer custo e em qualquer condição e, ainda, obriga-o a se submeter às regras vexatórias para acessar a assistência social (BOSCHETTI, 2017, p. 13)

Outro dos fundamentos normativos importantes no Plano de Resposta ao HIV é a Política de Atenção Integral Saúde (PAIS) e o Modelo Integrado de Atenção em Saúde (MIAS). Através desta política direcionam-se as ações em saúde, modificando superficialmente o sistema objetivando sua manutenção estrutural, assim como a sua expansão. De acordo com Useche Aldana (2017, p. 35), o propósito destas duas diretrizes foram:

A nova PAIS e MIAS renunciam a planejar e implementar programas reais e de impacto em atenção primária baseados em ações intersetoriais: moradia, nutrição, emprego e outros setores fundamentais em saúde das populações e na ampla e democrática participação comunitária. Pelo contrário, o novo modelo entrega às EPS a porta de entrada aos outros níveis de atenção do sistema, o qual fica sob o controle quase total das seguradoras e outros agentes da intermediação financeira (USECHE ALDANA, 2017, p. 38, tradução nossa).

O plano repousa dentro das limitações normativas de algumas leis cujo pilar é a continuidade do sistema de mercado em saúde aprofundado nas diretrizes dos organismos multilaterais sob a abordagem de gestão de riscos.

## 5 MODERNIZAÇÃO CONSERVADORA: DA PREVENÇÃO E PROMOÇÃO NA RESPOSTA NACIONAL AO HIV/AIDS

Diante das colocações anteriormente levantadas, pode-se evidenciar que na década em que os primeiros casos de AIDS foram registrados na Colômbia, o país estava atravessando expressivas transformações sociais, tais como: a desmobilização de alguns grupos armados ilegais, com destaque ao M-19; a Constituição de 1991, a instauração do neoliberalismo, a estruturação do sistema de proteção e a constituição do Sistema Nacional de Saúde.

Atualmente, a epidemia na Colômbia caracteriza-se por ser concentrada, ou seja, a prevalência da infecção pelo HIV é superior a 5% em alguns dos subgrupos considerados populações-chave: homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis. No entanto, pelo contexto socio-histórico e cultural do país foram reconhecidas as populações que pelos determinantes são mais vulneráveis à infecção pelo vírus, denominadas como populações prioritárias.

Segundo o informe do órgão técnico não governamental *Cuenta de Alto Costo – CAC* (2019), no ano de 2019, das 109.056 pessoas com HIV, 100.733 estavam vivas e afiliadas ao sistema de saúde. Além disso, 85,63% desta população recebe tratamento antirretroviral, sendo que 72,09% das pessoas asseguradas estão recebendo tratamento e atingiram supressão viral. Vale destacar que são as mulheres a população com a menor cobertura no tratamento e na supressão viral.

Ainda que a Colômbia tenha avançado nas metas 90-90-90, é importante a análise dessas informações de forma detalhada, uma vez que podem esconder a realidade de uma violência contínua a afetar a mesma população historicamente alvo de massacres e da negação dos seus direitos. Nesse sentido,

a pandemia de AIDS vem assumindo uma tendência de expansão e concentração entre os grupos mais precarizados, explorados e subalternizados: homens e mulheres que vivem em áreas rurais e grupos populacionais mais empobrecidos das áreas urbanas (BARBOSA FILHO & ROCHA, 2016, p.38).

Portanto, é importante apontar que o HIV/AIDS não deve caracterizar apenas uma preocupação clínica ou restrita ao setor saúde, mas também deve ser considerada um complexo problema social, compreendendo que, segundo Castro (2017):

No que tange à AIDS, doença imunológica causada pelo vírus HIV, desde meados da década de 1980 tem se mostrado uma doença social, não apenas por ter se alastrado tão rapidamente nos diferentes países do mundo, mas também por trazer consigo o estigma à população contaminada pelo HIV e por acentuar antigos preconceitos, como por exemplo, a homofobia (CASTRO, 2017, p.19).

Historicamente, a população LGBT colombiana tem sido alvo de violências não só perpetradas pelas guerrilhas para impor relações de poder heteronormativas, mas também nas áreas urbanas pelos sujeitos conservadores, incluindo o Estado patriarcal colombiano por meio da negação dos direitos (ARIAS *et al.*, 2020, p.51).

Ainda que a Colômbia tenha avançado no campo jurídico para a proteção da população LGBT, há obstáculos para sua concretização e, portanto, não ocorrem a esperada “diminuição da discriminação e da violência, nem [o] maior acesso à justiça” (ARIAS *et al.*, 2020, p.51, tradução nossa). No mesmo documento, os autores afirmam que:

A persistência de preconceitos, a presença dos grupos armados e a exclusão socioeconômica que muitas pessoas LGBT enfrentam devido à sua orientação sexual ou identidade de gênero as tornam mais vulneráveis a múltiplas violações de seus direitos e atos de violência. (ARIAS *et al.*, 2020, p. 51-52, tradução nossa).

E continua:

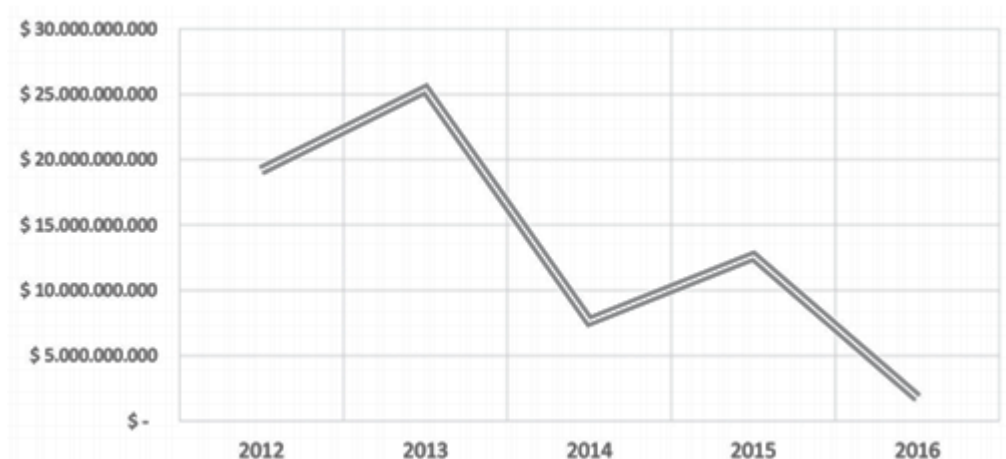
Entre 2009 e 2017, 1.005 pessoas LGBT foram assassinadas na Colômbia. Pelo menos 318 foram homicídios motivados por preconceito à orientação sexual ou identidade de gênero das vítimas. Em geral, as investigações sobre esses crimes não progredem e os responsáveis não são identificados ou punidos. Do total de homicídios ocorridos, há informações de 733 processos penais (ARIAS *et al.*, 2020, p.52, tradução nossa).

Desta forma, atores como a UNAIDS vêm reconhecendo a importância de ir além do binômio saúde-doença para a prevenção do HIV, destacando a relevância dos governos intervirem nos determinantes sociais de saúde para o fim da epidemia de Aids até 2030.

No entanto, assim como os demais serviços de saúde, a fragilização da prevenção, da promoção em saúde em HIV/AIDS e doenças sexualmente transmissíveis na Colômbia é um projeto que vem se evidenciando por meio da redução do orçamento previsto. Como se pode observar no gráfico 2, o gasto da

promoção e prevenção em pesos colombianos entre os anos de 2012 e 2016 vem se reduzindo alarmantemente.

Gráfico 2 – Gasto promoção dos direitos sexuais e reprodutivos 2012- 2016 em pesos colombianos



Fonte: COLÔMBIA, 2018, p. 94

Para o *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, 2018-2021*, a porcentagem usada para a concretização das ações de prevenção e promoção é de apenas 2,9%, conforme o Quadro 5.

Quadro 5 – Distribuição proporcional do custo do Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, 2018-2021.

Distribuição Proporcional do custo do Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021		
Eje	Costo total	%
Promoção da saúde	\$ 112.760.906.141	2,9
Gestão do risco	\$ 3.783.182.571.169	96,5
Gestão da saúde pública	\$ 23.902.673.362	1
<b>Total</b>	<b>\$ 3.919.846.150.672</b>	<b>100</b>

Fonte: COLÔMBIA, 2018, p. 94.

Sob este panorama, impera conhecer e compreender o papel desempenhado pelo Estado no controle e no combate à epidemia, assim como as orientações das políticas sociais que norteiam estas ações, as políticas econômicas, o papel do conflito

armado e da sociedade civil, que nos permitam entender a realidade da epidemia, das respostas nacionais e as experiências das populações que vivem com HIV/AIDS.

Conhecer a situação da AIDS em um país é saber como operam todos esses marcadores da diferença que posicionam as pessoas em diferentes lugares no tecido da vida social e que criam oportunidades para que alguns se infectem e outros não, e que alguns, depois de infectados, tenham acesso aos benefícios do tratamento em sua integralidade, enquanto outros só conseguem um precário acesso a esses mesmos bens (PARKER; SEFFNER, 2016, p. 25).

Adotando os tratados propostos pela UNAIDS, a Colômbia faz uso da concepção de Prevenção Combinada no Plano Nacional de Resposta diante das DST, do HIV, coinfeção TB/HIV e das hepatites B e C na Colômbia entre os anos de 2018 e 2021 (COLÔMBIA, 2018), com referência à multiplicidade de métodos biomédicos e promoção de hábitos saudáveis que ajudem a evitar a transmissão do HIV.

Contudo, segundo o MSPS (COLÔMBIA, 2018), os casos de HIV entre a população de homens que fazem sexo com homens aumentaram de 12% no ano 2010 a 17% em 2016. Enquanto que em relação às mulheres trans, aumentou de 15%, no ano de 2012, a 21,3% em 2016. Embora exista um novo informe realizado pelo CAC em 2019, esta instituição, desde 2015, não realiza uma caracterização da epidemia nas populações-chave. Dessa forma, se desconhece as cifras reais de gestantes com HIV, por exemplo, pois há gestantes não captadas pelo sistema de saúde.

Conforme já discutido, o sistema de saúde, depois de 20 anos, continua sendo extremamente negligente com as populações mais vulneráveis ao contágio por HIV/AIDS. Por outro lado, a população na área urbana tem maior garantia no seu direito à saúde, uma vez que os serviços de saúde estão concentrados nessas regiões. Nessa realidade, o vislumbre do fim da AIDS ou, ao menos, o acesso ao tratamento e às ações preventivas entre as populações-chave encontram expressivos obstáculos.

No ano de 1990, com o projeto neoliberal iniciado, se criou a Lei nº 10 de 1990, a qual “procurou promover a descentralização política, administrativa e financeira do Estado para reduzir despesas no quadro da política de ajuste fiscal do momento” (BOGOTÁ, 2012, p. 34, tradução nossa). Para articulação entre os territórios, os atores públicos e privados e a comunidade, no início da década nos anos 1990 foram criados os *Sistemas Locales de Salud* (SILOS). Dessa forma, foi por meio dos SILOS que a Colômbia se aproximou de uma atenção básica integral, ou seja, profissionais das Ciências Sociais e epidemiologistas foram vinculados aos serviços

de saúde. Nessa perspectiva, a função de gestão desses serviços foi atribuída aos entes municipais com o objetivo de garantir sua universalidade.

Contudo, os alicerces no neoliberalismo ancorados no atual sistema de saúde por meio da lei 100 de 1993 tiveram implicações na atenção básica:

A reforma, que se baseava na mercantilização da saúde, reduziu a saúde pública a bens com altas 'externalidades positivas' incluídos no Plano Básico de Saúde (PAB) e designou as demais atividades de atenção à saúde das pessoas como bens privados ou mistos (incluídos no Plano Obrigatório de Saúde [POS]), e para o qual uma contribuição teve que ser paga. (BOGOTÁ, 2012, p. 35, tradução nossa).

Este panorama se acentua quando, através do *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*, outorgou-se às EPS a função de coordenação e intervenção nos programas de prevenção e promoção da saúde durante o governo neoliberal de Juan Manuel Santos (2010-2018), que, cabe destacar, embora tenha sido um dos precursores do processo de paz, deu continuidade às políticas neoliberais.

Foi no seu mandato que se criou o *Modelo Integrado de Atención* (MIAS) e a Política de Atenção integral em Saúde (PAIS) sob a falsa promessa de dar soluções às crises do sistema de saúde. Assim,

na prática, os novos PAIS e MIAS renunciam a planejar e implementar programas reais e de impacto na atenção básica a partir de ações intersetoriais: habitação, nutrição, emprego e outros setores fundamentais à saúde das populações; e na participação ampla e democrática da comunidade. Ao contrário, o novo modelo dá à EPS a porta de entrada para os demais níveis de atenção do sistema, que passa a estar sob controle quase total das seguradoras e demais agentes de intermediação financeira (USECHE, 2017, p.38, tradução nossa).

Nesse sentido, são estas as normas encarregadas de dar suporte às ações de prevenção e promoção do controle de doenças sexualmente transmissíveis - *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, 2018-2021* - ao anunciar em seu primeiro objetivo no eixo de prevenção e promoção: "O país tem uma estratégia de prevenção combinada implementada no âmbito do MIAS e a rota de atenção integral para DST, HIV, coinfeção HIV / TB, hepatites B e C" (COLÔMBIA, 2018, p. 44).

Assim, pode-se afirmar que os interesses capitalistas no sistema de saúde têm se espalhado e ancorado, limitando e impedindo ações, leis e acordos que estejam fora do risco financeiro calculado. Assim, por exemplo, a utilização de termos

no campo jurídico das políticas de saúde disfarça a essência das mesmas. Dessa forma, enquanto o objetivo do sistema de saúde for responder à lógica de gerar lucros do mercado, haverá contradição entre as propostas de intervenção dos governantes nos determinantes sociais da saúde e os interesses econômicos da racionalidade das seguradoras de saúde.

Segundo o CAC (2019), em 2019 ocorreram 16,52 mortes por 1000 pessoas com HIV. Isto evidencia o aumento do número de mortes em comparação a 2017, quando se registraram 10,19 mortes por 1000 pessoas. A maior letalidade está concentrada nos departamentos de Vaupés, Arauca, Amazonas, San Andrés, Guaviare e Putumayo. Além disso, a relação entre mortalidade e o tipo de afiliação pelo regime de saúde foi de 2,73 no regime contributivo e 5,55 para o regime subsidiado.

A população com HIV/AIDS vem enfrentando também os ataques do conservadorismo institucional que impede o avanço de medidas importantes para a resposta ao HIV/AIDS. No ano de 2019, por exemplo, foi revogado o Artigo 411 da Lei Nº 599 de 2000, que criminalizava e penalizava a transmissão do HIV. Essa é uma medida tardia para o nível de avanço dos acordos internacionais adotados, sobretudo ao se considerar que o Ministério da Saúde a cargo de Juan Pablo Uribe Restrepo (2018-2019) no governo de Iván Duque (2018 - atual) se posicionou a favor da manutenção do Artigo, alegando que este não se configura como discriminação à população soropositiva (JUSTICIA, 2019).

A chamada “ideologia de gênero” na Colômbia, usada pela direita uribista liderada pelo partido político do Centro Democrático, da qual o atual presidente, Iván Duque Márquez, é afiliado, aprofundou a discriminação contra a população LGBT ao afirmar que “sob o pretexto de cumprir uma sentença e uma lei, algumas cartilhas e manuais estão sendo usados para doutrinar nossos filhos na ideologia de gênero” (ORDOÑEZ<sup>31</sup>, 2016, não paginado *apud* REDACCIÓN, 2016, não paginado, tradução nossa). Assim como, outros partidos conservadores afirmavam se tratar de uma “colonização homossexual” (HERNANDEZ<sup>32</sup>, 2016, não paginado *apud* REDACCIÓN,

---

<sup>31</sup> REDACCIÓN EDUCACIÓN. ¿Qué hay detrás de falsas cartillas sobre educación sexual que achacan al Mineducación?. **El Espectador**. Bogotá, 8 ago. 2016. Nacional. Disponível em: <https://www.elespectador.com/noticias/educacion/que-hay-detras-de-falsas-cartillas-sobre-educacion-sexual-que-achacan-al-mineducacion/> Acesso em: 20 fev. 2021.

<sup>32</sup> REDACCIÓN EDUCACIÓN. ¿Qué hay detrás de falsas cartillas sobre educación sexual que achacan al Mineducación?. **El Espectador**. Bogotá, 8 ago. 2016. Nacional. Disponível em:



2016, não paginado, tradução nossa).

O cenário sociopolítico de ataque à agenda de equidade de gênero e de reconhecimento da cidadania LGBT entre a população colombiana, era o dos conflitos em torno do processo de paz com as FARC. Esse imbricamento no discurso conservador de: recusa ao processo de paz, em defesa dos papéis tradicionais de gênero e contra os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e LGBTs, visava promover a mobilização e o apoio da população conservadora das áreas urbanas que não são vítimas diretas das guerrilhas.

Conforme discutido no capítulo 1, o ataque à agenda de equidade gênero, protagonizado pelas forças neoconservadoras começou a censurar qualquer documento, população ou partido defensores de uma “ideologia” que problematize os valores cristãos e a família tradicional cis-heteropatriarcal. Estas ofensivas históricas contra a comunidade LGBT não só restringem o usufruto de direitos, mas também se traduzem em corpos vítimas de violência praticada por agentes estatais, atores ilegais quanto a população civil em geral.

No quadro 6 podem-se observar as cifras de violência exercida contra a população LGBT em 2019. Segundo a organização Colômbia Diversa, 33% dos casos de violência são por preconceito e discriminação. No entanto, 65% carecem de informação qualitativa que indiquem se tratar de violência por preconceito e discriminação.

Quadro 6 – Número de casos de violência contra pessoas LGBT, 2019

	Violencia Policial	Amenazas u Hostigamiento	Homicidio	Total General
Mujer Trans	43	16	35	94
Gay	15	32	47	94
LGBT sin determinar	37	38	9	84
Lesbiana	5	15	10	30
Hombre Trans	4	1	2	7
Hombre Bisexual	3	2	2	7
Mujer Bisexual	2	3	1	6
<b>TOTAL VÍCTIMAS</b>	<b>109</b>	<b>107</b>	<b>106</b>	<b>322</b>

Fonte: COLOMBIA DIVERSA, 2011, p. 70

O enfoque de gênero no processo de paz reconhece a violência que sofrem no conflito armado as mulheres, as crianças e qualquer pessoa que não entre no padrão heteronormativo. A censura ao termo “gênero” é muito útil à reprodução e expansão do sistema capitalista na Colômbia, contribuindo por um lado, com a manutenção do estado contínuo de guerra, e, por outro lado, sobrecarregando as mulheres, incumbidas, a partir dos papéis tradicionais de gênero, com o trabalho de cuidado com as famílias, lares, doentes e idosos e na responsabilidade pelo gerenciamento da crise humanitária gerada pelo conflito.

Estas condições colocam as mulheres em uma posição de extremo desamparo e exploração, radicalizando suas desigualdades e seu empobrecimento, tornando-as mais vulneráveis perante o HIV, assim como, a interromper o tratamento e à morte por Aids. Isto é evidenciado no informe da CAC (2019) como mencionado anteriormente, que as mulheres têm menor cobertura e supressão viral, quando comparadas aos homens.

A responsabilização dos indivíduos pelo Estado e a mercantilização direta ou indireta dos serviços sociais são características do sistema neoliberal, enraizadas e evidenciadas nos alicerces do sistema de proteção social residual da Colômbia, assim como no sistema de saúde, permeando as ações em resposta ao HIV e o pensamento a respeito da pandemia na Colômbia.

O informe de caracterização da população que vive com HIV conclui que o fato de que mais da metade da população com HIV não pertencer às populações-chave indica que as ações para a eliminação da epidemia devem estar dirigidas também à população em geral. Esta realidade também poderia ser o resultado da falta de “interesse das PVV de informar ao pessoal da saúde seus possíveis fatores de risco” (CAC, 2019, p. 155, tradução nossa). Atitude que pode ser entendida a partir dos estigmas em torno da sorologia e de todo um conjunto de visões sorofóbicas, que ressurgem com força em um cenário de restauração conservadora.

Assim, o Estado colombiano assume uma postural neoliberal no tratamento da epidemia, quando a caracteriza como uma doença de alto custo, abordada sob o enfoque de gestão de risco para diminuir o impacto que a AIDS pode ocasionar na economia . Nesse sentido,

O individualismo radical da teoria neoliberal também se revela na forma como são calculados ou discutidos os impactos econômicos da epidemia: em termos de perda de produtividade e de dias de trabalho, pois doenças como HIV/AIDS afetam a capacidade dos indivíduos venderem a sua força de trabalho efetivamente no mercado (BARBOSA FILHO; ROCHA, 2016, p. 51).

E continua:

Por meio do Daly e de outros indicadores elaborados pelo Banco Mundial, FMI e suas agências, o impacto da doença vem sendo medido e avaliado em termos de perdas geradas por dias afastados do trabalho, incapacidade provisória ou permanente ocasionada pela doença, queda de produtividade ocasionada pelo adoecimento, reduzindo, desta forma, as pessoas vivendo com HIV/AIDS a uma força de trabalho potencialmente disfuncional (BARBOSA FILHO; ROCHA, 2016, p.51-52).

O atual plano de resposta à epidemia reduz a prevenção e a promoção da saúde a uma abordagem biomédica, desconhecendo as populações-chave, assim como, as desigualdades existentes no país e as populações vítimas do conflito que, geralmente, são as populações negras, indígenas e pobres sem acesso a serviços como água potável, moradia, energia e educação.

Dentro das ações do Plano, insere-se o estudo para incluir outras tecnologias de prevenção combinada ainda não implementadas na Colômbia, como a profilaxia pré-exposição, circuncisão masculina e autoteste. Da mesma maneira que o fortalecimento das ações preventivas já implementadas como: “Aumentar o uso de preservativos masculinos/femininos e suprimentos preventivos em populações-chave e prioritárias” (COLÔMBIA, 2018).

É importante apontar que a estratégia de prevenção nomeada profilaxia pré-exposição (PrEP) atualmente não faz parte das estratégias biomédicas ofertadas pelas EPS. Para sua possível introdução como parte das estratégias foi desenvolvido um estudo no ano de 2019 com o objetivo de analisar o seu impacto econômico no sistema de saúde, concluindo que:

Como conclusão do presente estudo, a implementação de um programa de PrEP é recomendada em populações-chave, especialmente nos grupos de alto risco de infecção pelo HIV. Isso se baseia nas evidências reveladas nesta pesquisa, que sugere que nos cenários modelados com incidências de 4,5 por 100 pessoas/ano em HSH e mulheres trans, e 7,3 por 100 pessoas/ano em mulheres trans, realizar a estratégia preveniria o HIV casos em todos os anos analisados e, além disso, geraria economia de custos, mesmo a partir do segundo ano de implantação (DE LA HOZ-RESTREPO *et al.*, 2019, p. 44, tradução nossa).

Portanto, atualmente, o acesso à profilaxia pré-exposição no país é limitado pela capacidade econômica em pagar as instituições privadas responsáveis, como o laboratório farmacêutico Richmond, pioneiro na oferta mercantil da PrEP na Colômbia.

É importante reconhecer o avanço do país na adoção de medidas preventivas biomédicas. No entanto, se evidencia uma tendência em prevenir o HIV/Aids apenas por meio dessas ações, restringindo a resposta à epidemia ao binômio doença-saúde, centradas no comportamento individual, invisibilizando as relações de poder que determinam as condições de maior ou menor vulnerabilidade de certos grupos sociais desarticulando-o das pautas internacionais recentes como o *Fast Track commitments to end AIDS by 2030*, que considera a intervenção nos determinantes sociais imperativa para a prevenção e o fim futuro da AIDS.

Da mesma forma, as ações propostas no Plano Nacional de resposta às DST, o HIV, coinfeção TB/HIV e hepatites B e C na Colômbia entre os anos de 2018 e 2021 não têm uma orientação diferencial para garantir o acesso às ações de prevenção e promoção da saúde, reconhecendo a particularidade histórica do país e da pandemia, perpetuando dados que mostram que os departamentos com as porcentagens de pobreza multidimensional mais altas: Vaupes (59,4%), Vichada (55%), Chocó (45,1%) e Guaviare 33,5% (DANE,2019) lideram a lista de departamentos com menor cobertura do ARV no país (CAC, 2019).

Portanto, pode-se afirmar que o plano adota uma postura de modernização conservadora, seguindo parcialmente as agendas internacionais e sendo limitado pelos alicerces neoliberais do Sistema de Saúde Colombiano. O plano também revela a profunda orientação do país à resposta biomédica ao HIV/AIDS, evidenciando o desinteresse do Estado pelo reconhecimento das particularidades históricas do país, ignorando a dimensão estrutural da epidemia de HIV, elemento fundamental da perspectiva de prevenção combinada, acentuando a concentração da epidemia nas populações mais precarizadas e mais vulnerabilizadas na estrutura cis-heteropatriarcal capitalista.

## 6 GESTÃO INTEGRAL DO RISCO EM SAÚDE: MEDICALIZAÇÃO À RESPOSTA AO HIV/AIDS

O *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C*, 2018-2021 designa 96,5% (3.783.182.571.169 pesos colombianos) dos recursos ao Eixo de Gestão Integral do Risco em saúde (COLÔMBIA, 2018). A designação da maior parte dos recursos para estas estratégias gera grande interesse, pois significa a consideração dessa linha de ação como a mais importante na resposta nacional ao HIV e às doenças sexualmente transmissíveis.

Primeiramente, para o desenvolvimento deste eixo, o *Ministerio de Salud y Protección Social* define a atenção integral da saúde como “a resposta às necessidades de saúde individual, familiar e coletiva por meio da integração de ações intersetoriais e transeitoriais para a promoção da prosperidade em saúde” (COLÔMBIA, 2018, p. 58, tradução nossa).

No plano de resposta ao HIV/Aids 2014-2017, adota-se a definição acima sobre a atenção integral da saúde para se referir ao:

cuidado da atenção primária à saúde e, portanto, envolve a identificação adequada das necessidades de saúde dos pacientes e a disponibilidade de recursos para gerenciá-los. Esta disposição sobre o tema da atenção ao HIV / AIDS e DST implica o reconhecimento de uma visão integral do ser humano em suas dimensões biológica, psicológica e social, incorporando os avanços da pesquisa científica para responder aos requisitos associados à qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV / AIDS (COLÔMBIA; UNAIDS, 2014, p. 11, tradução nossa).

No entanto, este termo sofreu uma mudança no *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C*, de 2018-2021, ao ser redefinido como “gestão integral do risco em saúde”. Para entender e elucidar as implicações da mudança dos termos no plano é importante o destaque dos termos implicados e sua definição. Assim, o *Ministerio de Salud y Protección Social* define o risco na saúde como:

A probabilidade de ocorrência de um evento indesejado, evitável e negativo para a saúde do indivíduo, que também pode ser o agravamento de um quadro anterior ou a necessidade de maior consumo de bens e serviços que poderiam ter sido evitados (COLÔMBIA, 2013 *apud* COLÔMBIA, 2018, p. 6, tradução nossa).

Para o Ministério, este conceito também tem uma relação estreita com a perspectiva empresarial do risco entendida como “a probabilidade de geração de perdas econômicas pela ocorrência de um evento adverso derivado das atividades próprias do negócio” (COLÔMBIA, 2015c, p. 6, tradução nossa).

Finalmente, a adoção do termo “risco em saúde” no sistema de saúde é uma estratégia para “antecipar eventos de interesse de saúde pública, doenças e agravos para que não ocorram ou, caso ocorram, detectá-los e tratá-los precocemente para mitigar ou abreviar sua evolução e consequências” (COLÔMBIA, 2015c, p. 8, tradução nossa). Nessa perspectiva, segundo o Ministério de Saúde e Proteção Social, o objetivo desta estratégia “é alcançar um melhor nível de saúde para a população, uma melhor qualidade de vida para os usuários durante o processo de cuidado e custos compatíveis com os resultados obtidos” (COLÔMBIA, 2015c, p. 8, tradução nossa).

Destarte, ainda que o Plano mencione a atenção integral à saúde, na prática, esta fica subordinada ao entendimento de gestão de risco. Esta mudança de termos nos planos evidencia o deslocamento da procura de uma atenção integral da saúde mais ampla que reconhece a necessidade de responder às determinações sociais das populações, para uma estratégia que focaliza suas ações em torno de respostas biomédicas centradas na preocupação com os custos e os riscos financeiros das seguradoras de saúde com as chamadas doenças catastróficas ou ruinosas. Esse último entendimento, atrelado à gestão de risco, é adotado não só no plano de enfrentamento ao HIV/AIDS, mas também pelo sistema nacional de saúde.

A gestão social do risco foi proposta pelo Banco Mundial em 2003 para que os sistemas de proteção social orientem suas ações aos extremamente pobres. Assim, são orientados a oferecer oportunidades para as populações mais vulneráveis com objetivo de promover sua capacitação e, como última medida, provê-las com bens e serviços para que o indivíduo consiga concorrer no mercado de trabalho.

Para gerir esses riscos o Banco Mundial apresenta três estratégias específicas: 1) preventivas, que reduzem a probabilidade dos riscos, 2) de mitigação, que diminuem o potencial destrutivo de um futuro risco e 3) de enfrentamento, que aliviam o impacto de um risco quando este já tiver ocorrido. Cada uma destas estratégias pode ser executada em diferentes níveis de formalidade, desde o mais informal (casais, famílias, vizinhos), passando pelos acordos mercantis (serviços privados, bancos) até os regimes públicos, governamentais (assistência social, seguros e serviços públicos) (PEREIRA, 2013, p. 130).

De acordo com Pereira (2013), a incorporação do “risco”:

ao universo da proteção social vem transformando-a em mera técnica administrativa, da qual constam formas esquemáticas de prevenir, mitigar ou enfrentar riscos e não necessidades de fato. Embora geralmente passe despercebido, por trás deste rebaixamento da proteção social à pura função gerencial, reside uma intenção não explícita de supressão de termos básicos, associados ao processo de exploração capitalista, como *justiça social*, *direitos* e *necessidades* os quais, ao contrário do termo *risco*, carregam em si o imperativo de oferecer respostas a demandas reais (GOUGH; MCGREGOR, 2008 *apud* PEREIRA, 2013, p. 133).

Um dos problemas expostos pela avaliação feita ao plano de resposta ao HIV/Aids 2014-2017 (COLÔMBIA, 2014) foi a não implementação da estratégia *Test and treat* na Colômbia; a qual se baseia em um modelo matemático criado pela OMS no ano de 2009 com o propósito de aumentar a testagem e cobertura do tratamento (BRASIL, 2017). No entanto, o plano nacional de resposta ao HIV/Aids aponta que a não aplicação desta estratégia estaria provocando um tratamento tardio para a população com HIV. Este problema se torna a maior preocupação a ser solucionada por meio das ações do plano no eixo de Gestão Integral do Risco em Saúde.

É importante apontar, que esta estratégia de testar e tratar está “baseada em modelos matemáticos, cenários prospectivos em uma epidemia generalizada” que ainda que seja importante para um diagnóstico e tratamento oportuno, este não contempla as variantes sociais, ou seja os determinantes sociais relacionados ao vírus tais como o acesso real da saúde, políticas de prevenção e promoção, ações contra a discriminação e estigmatização da população, entre outros.

O eixo conta com um único objetivo: “garantir a atenção integral oportuna e o acesso ao tratamento das pessoas com DST, HIV, coinfeção TB/HIV e hepatites crônicas, seguindo as normas e guias, protocolos e lineamentos” (COLÔMBIA, 2018, p. 58, tradução nossa). Portanto, ações depreendidas deste objetivo estão orientadas principalmente ao cumprimento das metas 90-90-90, apoiando-se nos lineamentos e protocolos vigentes no país.

Dentre as ações desenvolvidas neste eixo não está contemplada a criação de programas sociais para as populações soropositivas, chaves e prioritárias, como recomendado pelo *Fast Track*, mas para o encaminhamento da população considerada vulnerável ou com TB/HIV aos programas de apoio social como (COLÔMBIA, 2020b):

- **Famílias em ação**, que direciona suas ações para a formação de capital

humano e a formação de competências cívicas e comunitárias de famílias em situação de pobreza, extrema pobreza e vulneráveis por meio de dois componentes estruturais: a) Entrega condicional de incentivos monetários, para melhorar o desempenho educacional e a saúde dos meninos, meninas e adolescentes pertencentes a essas famílias; b) Bem-estar Comunitário, por meio do qual são desenvolvidas ações de participação social e articulação institucional, que visam fortalecer as competências cidadãs e comunitárias e promover as capacidades individuais e coletivas, a fim de melhorar as condições de vida das famílias participantes do Programa. Assim, são entregues em torno de 100.000 e 175.000 pesos colombianos. Este programa cobre 0,88% (426.594) da população colombiana (48.258.494).

- **Jovens em ação** é um programa de transferência de renda orientado aos jovens entre 14 e 28 anos que estejam ao menos em um dos seguintes cadastros populacionais: Sisbén, Registro Único de Vítimas, listas de caracterização indígena, listas de caracterização do ICBF, rede de superação da pobreza extrema, Registro Administrativo do Programa Famílias em Ação com o benefício monetário entre 1000.000 – 1200.000 pesos colombianos. A cobertura do programa é de 4,64% (2244.348) da população total do país.

Considerando que, segundo o DANE, a pobreza monetária nacional na Colômbia é de 42% e a pobreza monetária extrema nacional é de 15%, os programas expõem que atingem apenas 5,52% da população colombiana, direcionando e focalizando os extremamente pobres.

Isto evidencia, que o plano de resposta ao HIV/Aids não contempla a criação de programas sociais orientados às pessoas com HIV/aids, como recomendado pela UNAIDS. Pelo contrário, a população soropositiva concorre por meio do critério focalizador do SISBEN para subsídios. Isso ocorre caso os indivíduos tenham registro no sistema de saúde. No entanto, 30% da população de mulheres trans, 13% de homens que fazem sexo com homens e 30% de usuários de drogas injetáveis não estão inscritos no sistema de saúde (COLÔMBIA, 2018).

De acordo com Barbosa Filho e Rocha (2018, p. 51):

Essa configuração hegemônica das respostas globais ao HIV, focalizadas no indivíduo e de não discussão sobre as desigualdades estruturais, promoveu e ainda promove o cenário ideal para as companhias farmacêuticas internacionais e corporações transnacionais do setor médico entrarem em



países africanos, asiáticos e latinos, transformando “corpos adoecidos” pela Aids e pela pauperização em mercados para as intervenções farmacêuticas.

Este tipo de ações que focalizam e homogeneizam a população, desconsideram fatores importantes para a adesão/vinculação ao tratamento antirretroviral, como o acesso e garantia a uma alimentação saudável para a população com HIV/Aids ao aportar que os:

nutrientes necessários como sua principal fonte de energia, fortaleçam o sistema imunológico para proteger o corpo contra infecções oportunistas e minimizem outros sintomas que às vezes podem ocorrer como efeito dos antirretrovirais (VARELA AREVALO; HOYOS HERNÁNDEZ, 2015, p. 531, tradução nossa).

Nesse sentido, foi criado o *Modelo de Gestión Programática em VIH/ SIDA*, como protocolo para gerar:

maior impacto positivo na saúde dos pacientes e obter uma maior eficácia na gestão dos recursos, definindo os conteúdos mais rentáveis para o cuidado destas patologias. Tudo isso levando em consideração as particularidades do sistema de saúde (COLÔMBIA, 2006, p. 15, tradução nossa).

O modelo não está orientado à garantia e ao acesso da população soropositiva ao direito a uma alimentação saudável, mas sim ao apoio à população por meio de um profissional de nutrição que lhes forneça conhecimentos, capacitações e recomendações nutricionais e de higienização no preparo dos alimentos (COLÔMBIA, 2006).

Embora estas ações de capacitação sejam importantes para a adesão e permanência no tratamento, são insuficientes e invisibilizam o contexto social de populações pobres:

Em cidades como Buenaventura, onde mais de 80% da população é afro-colombiana, doenças como malária, tuberculose, distúrbios digestivos, diabetes, dengue e doenças respiratórias prevalecem em uma população que não dispõe de serviços de saúde acessíveis, adequados e de qualidade. Em Tumaco, onde 89% da população é afro-colombiana, morrem cerca de 50 crianças com menos de 5 anos a cada ano. Uma em cada quatro dessas mortes tem causas evitáveis, como problemas nutricionais e problemas respiratórios. Na costa do Pacífico colombiano, a insegurança alimentar é cerca de dez pontos maior do que no resto do país (RODRÍGUEZ GARAVITO; ALFONSO SIERRA, 2009, p. 179, tradução nossa).

Além disso, ainda que o plano de resposta ao HIV atual mencione o enfoque

de gênero como parte da sua metodologia, este não questiona as relações desiguais de poder que determinam as assimétricas desigualdades de gênero ou relações sociais de sexo. O Plano direciona suas ações principalmente ao cuidado no processo de gestão do risco, a eliminação da transmissão vertical e a exposição ao vírus no caso de violência sexual.

A invisibilização no Plano, sobre o papel histórico da mulher colombiana no cuidado com as vítimas do conflito armado, no trabalho reprodutivo e nas desigualdades de poder as coloca em extrema vulnerabilidade programática. Arrivillaga Quintero *et al.* (2009) menciona algumas das barreiras que as mulheres enfrentam na garantia do direito à saúde:

A dependência de uma proporção significativa de mulheres as coloca em risco de falta de proteção em caso de morte, abandono, separação conjugal, mudanças na situação laboral dos cônjuges ou mudanças nos regulamentos relativos à cobertura de dependentes. O fato de mais de 30% dos domicílios da região serem chefiados por mulheres constitui um indicador da dinâmica conjugal contemporânea. Acesso limitado a benefícios de seguro saúde de longo prazo, devido a interrupções no trabalho causadas pela gravidez e criação dos filhos. Dificuldade nos deslocamentos aos centros de atendimento e os procedimentos administrativos impostos pelas seguradoras e prestadores afetando a pontualidade e a qualidade do atendimento (ARRIVILLAGA QUINTERO *et al.*, 2009, p. 68, tradução nossa).

Assim é evidente o uso da gestão do risco à saúde e, dessa forma, pode-se apontar que as orientações das ações do eixo não têm preocupação na intervenção nas determinações sociais da saúde. Pelo contrário, há uma preocupante tendência de aumento da medicalização das populações como a principal resposta ao HIV/Aids.

De 2014 até 2019, a maioria de mortes da população soropositiva ocorreu no regime subsidiado, aumentando de 322 mortes no regime subsidiado de 510 (63%), em 2014 (CAC, 2015) para 1.112 casos de mortes no regime subsidiado de 1.802 (61.71%), em 2019 (CAC, 2020). Estes dados evidenciam que as ações dos planos em resposta ao HIV não estão conseguindo atingir a maior parte da população mais exposta à epidemia.

A resposta colombiana à epidemia desconsidera grande parte das recomendações feitas pela UNAIDS no documento *Fast Track* 2016- 2021:

A resposta à AIDS não é exceção: a epidemia não pode terminar sem abordar os determinantes da saúde e vulnerabilidade, e as necessidades abrangentes das pessoas vulneráveis ao HIV e vivendo com HIV. Pessoas vivendo com HIV geralmente vivem em comunidades frágeis e são as mais afetadas pela

discriminação, desigualdade e instabilidade. Suas preocupações devem ser uma prioridade nos esforços de desenvolvimento sustentável (UNAIDS, 2015, p. 25).

A racionalidade dos organismos financeiros internacionais encontra-se arraigada no sistema de saúde, devido à contínua dependência da Colômbia por parte de seus governos neoliberais. Qualquer medida adotada que signifique um avanço nas políticas de resposta ao HIV/Aids é adaptada para se ajustar à estrutura neoliberal de mercado, para que não resultem em riscos financeiros às seguradoras de saúde.

Ainda que os documentos nacionais disfarcem muito bem suas intencionalidades e diretrizes que respondem a orientações internacionais, por meio da análise desses documentos é possível perceber que sua finalidade é garantir o direito a uma certa parcela da população, contanto que o mercado da saúde não seja afetado. Assim, resulta evidente que garantir a saúde, moradia e serviços básicos às populações mais empobrecidas do país significa perdas para as seguradoras. Com isso, a fim de garantir estabilidade ao mercado de saúde, resta ao Estado colombiano tentar controlar a epidemia por meio da medicalização, resumindo as populações com HIV a corpos adoecidos.

Na sociedade capitalista, por exemplo, o conceito de doença explícita está centrado na biologia individual, fato que lhe retira o caráter social. O conceito de doença oculta, quer dizer, que está subjacente na definição social do que é doença, refere-se à incapacidade de trabalhar, o que a coloca em relação com a economia e eventualmente com a criação da mais-valia e possibilidade de acumulação capitalista (LAURELL, 1982, p. 9).

Embora a Colômbia esteja avançando nas metas propostas pela UNAIDS, é importante indicar que a maioria da população a engrossar estes indicadores está localizada nas zonas urbanas: homens cisgêneros, população branca e com mais acesso aos centros de saúde. Pode-se afirmar que, o direcionamento de 90% dos recursos ao eixo de gestão de risco, que traduz a implementação principalmente de estratégias biomédicas, precariza estratégias importantes como o diálogo com as organizações da sociedade civil, como recomendado e priorizado pela UNAIDS.

Dessa forma, é evidenciada a vulnerabilidade programática do Estado Colombiano em criar programas que respondam às necessidades reais das populações-chaves, prioritárias e vulneráveis à epidemia, priorizando controlar o HIV/AIDS através de respostas biomédicas para enfrentamento/mitigação de riscos,

procurando contenção dos custos sem afetar os interesses da indústria farmacêutica, de aumento da medicalização.

Também é importante destacar que só há informação de caracterização da população com HIV/Aids disponibilizada na web, de domínio público, desde a criação no ano 2007 da *Cuenta de Alto Costo* como organismo encarregado da caracterização e gestão do risco das doenças de alto custo, entre elas o HIV. Esta obstaculização no acesso à informação antes do ano de 2006, impede o estudo, seguimento e conhecimento da evolução do comportamento epidemiológico e das orientações das políticas de controle da epidemia de HIV/AIDS.

## 7 OS DEIXADOS PARA TRÁS: A CONTÍNUA INVISIBILIZAÇÃO E ELIMINAÇÃO DAS POPULAÇÕES CHAVE E VULNERÁVEIS NA COLÔMBIA

Tendo por base o exposto nos tópicos anteriores, pode-se observar que a resposta à epidemia na Colômbia direciona-se a uma lógica político-econômica, fundamentada nas estruturas racionais e discursivas neoliberais, na qual os interesses privados capitalistas predominam, distanciando-se das demandas reais das populações mais afetadas pela epidemia.

Durante as análises dos documentos, incluindo o plano atual de resposta ao HIV, pôde-se identificar que estes respondem à racionalidade econômico-política dos sistemas de segurança social e de saúde que não só restringem os direitos das populações-chave e vulneráveis, mas também aprofundam as desigualdades existentes entre regimes contributivo e subsidiado e as desigualdades raciais e de gênero.

Um exemplo do exposto anteriormente é a precariedade de informação nos relatórios de caracterização da população com HIV/Aids realizados pela *Cuenta de Alto Costo*. O Plano Nacional de Resposta ao HIV/Aids 2018-2021 detalha essa falta de informação:

- a. O CAC oferece informações sobre as variáveis relacionadas ao atendimento à população assegurada em regime contributivo ou subsidiado; no entanto, não inclui a população não assegurada.
- b. A produção de informações do CAC depende de acordos e vontades, tanto para compartilhá-las em tempo hábil, quanto para fazer as modificações necessárias de acordo com as necessidades de gestão do país.
- c. Há deficiências nas informações sobre as ações de priorização dos grupos-chave para a mitigação da epidemia, o que limita o planejamento e a previsão de recursos suficientes para apoiar as ações de promoção e prevenção dirigidas a esses grupos nos níveis territoriais.
- d. As fontes de informação não fornecem dados discriminados de populações-chave e vulneráveis que permitam o reconhecimento de suas necessidades específicas (COLÔMBIA, 2018, p.92-93, tradução nossa).

Ainda que o Ministério da Saúde e de Proteção Social reconheça estas barreiras, depois de 4 anos de andamento do plano 2018-2021, não as superou. Além disso, os dados fornecidos pela *Cuenta de Alto Costo* carecem de informação real e confiável sobre a população com HIV. Isso ocorre, pois esta informação é gerida pelas EPS que, como exposto nos capítulos anteriores, são as principais fontes de geração de capital oriundos da negação do direito à saúde.

Com a clara identificação dos problemas que interferem no acesso ao direito à saúde pelas populações-chave e vulneráveis e sua continuação ao longo do tempo fica evidente o interesse do Estado em manter as estruturas que invisibilizam e eliminam essas populações. Não por acaso, portanto, desde 2016 foram assassinados 81 líderes afrodescendentes (GONZÁLEZ PERAFÁN, 2020, não paginado). Nessa perspectiva, em 2017 foram assassinadas 758 mulheres e 109 pessoas LGBT, dentre estas 36 mulheres trans (COLOMBIA DIVERSA, 2018, não paginado, tradução nossa).

A perseguição a estas populações continua sendo estratégica para o cumprimento do projeto neoliberal de apartá-las de seus direitos, pois convém ao sistema capitalista, na sua atual fase, manter velhas estruturas para o cumprimento da acumulação, expropriação e exploração. De acordo com Cooper:

Em seus esforços para superar todas as barreiras quantitativas à geração de riqueza, Marx observou que o capital transgride todas as formas estabelecidas de reprodução - isto é, todas as restrições costumeiras ou religiosas na organização do gênero, todas as restrições de status à mobilidade social, e todas as restrições nacionais à circulação de dinheiro. Mas não é também obrigado a reafirmar as instituições reprodutivas de raça, família e nação como uma forma de assegurar a distribuição desigual de riqueza e renda ao longo do tempo? Não é obrigado, em última instância, a restabelecer a família como a forma jurídica elementar de acumulação de riqueza privada? (COOPER, 2017, p.17, tradução nossa).

A efetivação deste projeto só é possível por meio de Estados autoritários. Nesse sentido, no contexto histórico da Colômbia, a apologia a um estado permanente de guerra contra o inimigo interno com a finalidade de perseguir não só aos opositores, mas também às populações mais exploradas, LGBT, indígenas e mulheres foi utilizada para a legitimação do projeto de expansão e aprofundamento da acumulação capitalista e da restrição dos direitos.

No ano de 2021, entre os departamentos de Guaviare e Caquetá, um bombardeio foi perpetrado pelas forças estatais, ocasionando a morte de uma adolescente de 16 anos, vítima de recrutamento armado pela guerrilha. Como justificativa para esta morte, o ministro da Defesa e ex-diretor do *Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*<sup>33</sup>, chamou a jovem de “máquina de guerra”, como afirmado em

---

<sup>33</sup> “O Instituto Colombiano de Bem-Estar da Família (ICBF) é a entidade do Estado colombiano que trabalha pela prevenção e proteção integral da primeira infância, infância e adolescência, fortalecimento dos jovens e famílias na Colômbia, prestando atenção especialmente àqueles em condições ameaçadoras, inobservância ou violação de seus direitos, atingindo quase 3 milhões de

seu pronunciamento: “Não estamos falando de alguém que aprende segundo o ICFES<sup>34</sup>, aqui o que temos é um terrorista transformando jovens em máquinas de guerra que atacam a sociedade colombiana [...]. Por isso é legítimo o uso da força.” (MOLANO,2021, não paginado, *apud* GONZALO SEGURA, 2021, tradução nossa).

Da mesma forma, em 2019, outro bombardeio na cidade de Caquetá foi cometido pelas forças militares do Estado, causando a morte de 8 jovens: Albimiller Morales, de 17 anos; Wilmer Alfredo Castro, de 17; Diana Medina, de 16; José Rojas, de 15; Jhon Edison Pinzón, de 17; e Ángela María Gaitán, de 12. A identidade de um dos jovens é desconhecida.

É importante afirmar que a racionalidade neoliberal procura atacar qualquer demanda de justiça social. Na Colômbia o uso da barbárie da força estatal e a retirada de direitos são justificadas pela procura da “paz” através da contínua guerra armada contra o inimigo interno, deixando como resultados exitosos para o projeto neoliberal na Colômbia a eliminação das populações mais exploradas, a legitimação, a continuidade e o aprofundamento da violência.

De acordo com Brown (2019):

Com a ascensão da razão neoliberal, o ataque ao social - a sua própria existência e a sua adequabilidade como uma província de justiça - tem sido tão significativo quanto as facetas mais familiares do neoliberalismo (por exemplo, o antiestatismo) para edificar o poder corporativo, legitimar a desigualdade e desencadear um novo e desinibido ataque aos membros mais vulneráveis da sociedade (BROWN, 2019, p.54).

Nesse sentido, a perigosa postura tomada pelas instituições como o Dane - suprimindo a população afrodescendente do país - e da *Cuenta de Alto Costo* - ao invisibilizar as características socioeconômicas da população com HIV - não só invisibiliza a perseguição à população vítima do conflito armado, como também retira do Estado a responsabilidade do extermínio e do desamparo desta população, perpetuando e justificando a postura que exclui e elimina as populações mais vulneráveis.

Esta racionalidade de exclusão e eliminação pode ser observada nos dados apresentados pela *Cuenta de Alto Costo* em relação às metas propostas pela UNAIDS

---

colombianos com seus programas, estratégias e serviços de atendimento com 33 sedes regionais e 215 centros em todo o país” (ICBF, 2021, não paginado, tradução nossa).

<sup>34</sup> O teste ICFES é uma avaliação aplicada pelo Ministério da Educação Nacional (MEN) com o objetivo de medir as competências adquiridas pelos alunos ao longo do ensino básico e secundário.

90-90-90. Segundo esta instituição, a Colômbia está perto de alcançar as metas ao afirmar que das 150.056 pessoas que vivem com HIV, 72,64% (109.056 PVV) das pessoas conhecem o seu diagnóstico (CAC, 2019). Considerando as 109.056 pessoas identificadas, 85,63% estão em terapia antirretroviral e 72,09% das pessoas em tratamento conseguiram a supressão viral (CAC, 2019).

Contudo, a UNAIDS afirma que na Colômbia aproximadamente 200.000 pessoas vivem com HIV, ou seja, 45,48% da população com HIV não está conseguindo acessar seu direito à saúde. A UNAIDS também afirma que 60% das pessoas conhecem o seu diagnóstico e 45% recebem Tratamento Antirretroviral (UNAIDS, 2020) como pode ser observado na figura 8.

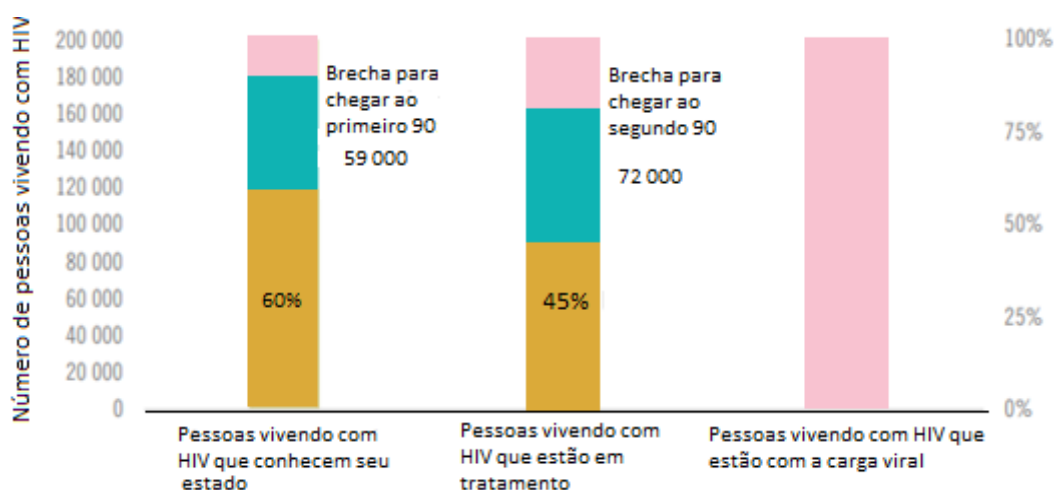


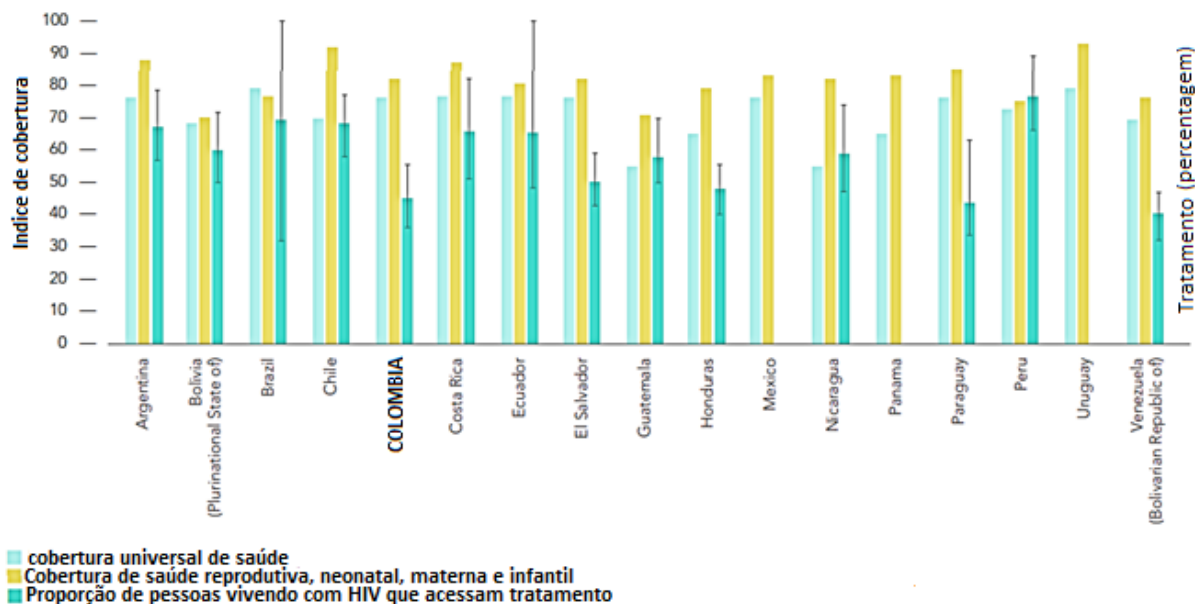
Gráfico 3 – Testagem de HIV e cascata do tratamento 2019

Fonte: UNAIDS, 2020, p. 237

Da mesma forma, pode-se evidenciar no gráfico 4, que a Colômbia está situada entre os três países da região latino-americana com menor cobertura no Tratamento antirretroviral no ano 2019. Ainda que o Ministério de Saúde e de Proteção Social afirme que a cobertura do sistema de seguros de saúde na Colômbia seja maior do que 90%, este sistema sob racionalidade gerencialista, não garante o acesso real do direito à saúde.



Gráfico 4 – Cobertura de terapia antirretroviral entre pessoas vivendo com HIV e cobertura universal de saúde na América Latina em 2019



Fonte: UNAIDS, 2020, p. 215

É importante destacar, que ainda que o plano reconheça a heterogeneidade das populações-chaves e vulneráveis, este homogeneiza as ações eliminando as particularidades entre populações criando ações que não conseguem atingir a população e grupos sociais que os organismos internacionais como UNAIDS determinam fundamentais para controlar a pandemia.

Além disso, a carência, por parte do Estado, de transparência nos valores e dados dificulta o acompanhamento da situação da pandemia pela sociedade civil. Um exemplo disto é a instabilidade da página web *Observatório Nacional de VIH e ITS*, a qual pretende ser:

Um espaço que o Ministério da Saúde e Proteção Social disponibiliza ao público para que todas as instituições públicas e privadas, organismos internacionais e a sociedade civil possam consultar sobre os aspectos relacionados às IST - HIV/AIDS. Por meio do observatório será possível acompanhar o andamento da implantação do Modelo de Gestão Programática em HIV/AIDS instituído pela resolução 3442 de 2006. O modelo serve como uma carta de navegação para o planejamento, implantação, desenvolvimento e avaliação dos diferentes planos, projetos, estratégias e atividades da área no âmbito de um sistema de planos seguros de saúde. Mas para além de ter um instrumento de monitoramento, o próprio observatório constitui um eficaz instrumento de assistência técnica e consulta permanente que permite dar um maior impulso às ações que estão a cargo dos diversos atores do Regime Geral de Segurança Social em Saúde, quer a nível nacional, estadual ou localmente. Por meio do observatório, consolida-se e se fortalece a gestão programática do HIV/AIDS na Colômbia, o que sem

dúvida, contribuirá para o cumprimento das metas estabelecidas para o HIV/AIDS nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (COLÔMBIA, 2021, não paginado, tradução nossa).

Esta ferramenta, criada para que a sociedade civil possa acompanhar a epidemia, obter informações essenciais e potencializar as ações realizadas pelos atores envolvidos, atualmente, não tem nenhuma informação. Isto demonstra a falta de compromisso estatal com a população e com os acordos nacionais e internacionais adotados.

A resposta nacional também prevê, entre as atividades propostas, três avaliações de seu andamento: uma avaliação anual; uma avaliação chamada de meio termo no ano de 2022 e outra finalizando o ano de 2022; e uma avaliação final do plano. No entanto, não se tem conhecimento se as avaliações anuais foram feitas, uma vez que não constam publicações referentes a elas em nenhum portal institucional.

Assim, as populações-chave e vulneráveis deparam-se com diversas barreiras que impedem a sua participação, o que fica evidente no plano de resposta ao HIV/Aids vigente ao afirmar que “as ações coletivas incluídas no plano de resposta não têm os recursos garantidos para o seu desenvolvimento e financiamentos por meio dos mecanismos fiscais do país” (COLOMBIA, 2018, p. 41, tradução nossa).

Este distanciamento entre Estado e sociedade civil na elaboração de estratégias para a resposta ao HIV/Aids é outra barreira com que população se depara, se tornando um problema estrutural ao se revelar que as instituições excluem e omitem informação na caracterização das populações, mas também na exclusão da participação de populações-chave e vulneráveis nas estratégias de combate à epidemia.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a ascensão do neoliberalismo tem se intensificado a precarização das condições de vida da população e o retrocesso nas conquistas dos trabalhadores e grupos sociais subalternizados pelo sistema cis-heteropatriarcal capitalista. Isto porque a sua consolidação possibilitou a implementação de políticas de reajuste fiscal, o achatamento de salários, a financeirização de capital, a intensificação do desemprego estrutural e novas relações de trabalho pautadas em jornadas intermitentes.

Estas estratégias só foram possíveis por coexistirem com o sistema hegemônico de valores neoliberais que procuram e representam os interesses do capital. De acordo com Dardot e Laval (2016),

o neoliberalismo é a razão do capitalismo contemporâneo, de um capitalismo desimpedido de suas referências arcaizantes e plenamente assumido como construção histórica e norma geral de vida. O neoliberalismo pode ser definido como o conjunto de discursos, práticas e dispositivos que determinam um novo modo de governo dos homens com o princípio universal de concorrência (p. 17)

Para a compreensão do desenvolvimento do projeto neoliberal na Colômbia foi imperativo analisar as suas particularidades socio-históricas que auxiliaram a desvendar as implicações, o direcionamento e a racionalidade do neoliberalismo no atual programa nacional de resposta ao HIV/Aids no país.

Como imperialismo exercido de fato, a história mostra uma forte relação de dominação dos Estados Unidos da América sobre a Colômbia, se expressando na obediência do país ao adotar não só as políticas econômicas e sociais impostas pelos Estados Unidos, mas também mantendo e fortalecendo as condições e estruturas sociais e culturais que sustentam o projeto neoliberal para a sua manutenção e legitimação.

Uma das principais condições para a continuação do sistema capitalista é a manutenção da guerra histórica contra o inimigo interno. Guerra esta que obedece também a interesses econômicos, pois, como foi demonstrado, sustenta a indústria armamentista principalmente estadunidense, além de legitimar a precarização, a

negação dos direitos, o sucateamento do fundo público e a perseguição da população que obstaculiza o projeto neoliberal.

De acordo Dardot e Laval (2016) os métodos do neoliberalismo divergem dependendo das “circunstâncias locais, das relações e forças e das fases históricas: podem tanto empregar a brutalidade do *putsch* militar como a sedução eleitoreira das classes médias [...]” (p.20). No caso colombiano, a guerra tem sido a pedra angular usada pelos detentores do capital, ora sob discurso militar, ora sob o discurso conciliador presente nos acordos de paz com a finalidade de cuidar zelosamente de seus interesses econômicos.

Assim, durante o desenvolvimento dessa pesquisa, ficou evidente a interligação e coexistência entre estratégias estatais de guerra e políticas econômicas bárbaras com discursos patriarcais e de eliminação institucional por raça, gênero e classe, que buscam legitimar as ofensivas do capital.

A eliminação institucional do povo colombiano por meio dos denominados pelas populações negras como “genocídios estatísticos” ocorre quando o Estado quer negar e ocultar as barbáries e a grave situação das populações mais vulneráveis, tentando projetar a Colômbia como um exemplo do falso sucesso do projeto neoliberal.

A *Cuenta de Alto Costo* encarregada da caracterização da população com HIV recusa-se a realizar um reconhecimento da população-chave e vulnerável da Colômbia, ocultando, dessa forma, a situação real da população soropositiva e as condições em que vive. Da mesma forma, o DANE se nega a reconhecer as populações negras. Assim, é conveniente para o Estado reduzir estas populações, na tentativa de ocultar o impacto da guerra na qualidade da vida, no sucateamento e precarização das suas condições de vida, assim como, minimizar a participação histórica do Estado na perseguição, na morte e no assassinato destas populações.

No que tange ao direito à saúde, se evidencia que a partir da década de 1990 este passa a ser gerenciado pelas seguradoras de saúde sob a racionalidade de mercado. Nesse sentido, as pautas internacionais de racionalidade neoliberal como as do Banco Mundial são seguidas para a constituição do sistema de saúde colombiano, ficando o direito à saúde subordinado aos interesses econômicos dos investidores das EPS. Em consequência, a população se depara com a obstaculização, a precarização e a mercantilização que impedem o seu acesso gratuito à saúde, gerido por meio de um sistema privado, aumentando a desigualdade

de classe, raça e gênero. Assim, devido à dependência histórica da Colômbia dos Estados Unidos e das agências internacionais, a perda de soberania quanto ao direito à saúde fica evidente, repercutindo com as severas diretrizes neoliberais da resposta colombiana ao enfrentamento ao HIV/Aids.

A resposta nacional caracteriza-se principalmente por sua intervenção biomédica, garantindo uma posição doméstica muito lucrativa ao mercado farmacêutico. Este, por sua vez, procura a contenção de custos intervindo nos riscos, ou seja, evitando que as pessoas soropositivas adoeçam e sejam uma carga econômica para o sistema. Contudo, não intervém nas determinações sociais da saúde, como promovido pela UNAIDS. Mesmo que se reconheçam os avanços biomédicos em resposta à epidemia, considera-se que sejam insuficientes.

Esta resposta à epidemia evidencia que, embora acordos internacionais como a meta 90-90-90 e a estratégia *Fast Track* sejam adotados, há negligência por parte dos governos com relação a estratégias além do enfoque biomédico da epidemia. Isso, por sua vez, expõe a prevalência das mortes por Aids no regime subsidiado, o diagnóstico tardio para mais do 50% dos novos casos e população chave especificamente mulheres trans e usuários de drogas, a falta de cobertura e da universalidade do direito à saúde da população-chave e LGBT, assim como a falta de adesão e início ao tratamento das mulheres e população pobre.

Ainda que a UNAIDS promova a criação de programas sociais orientados à população-chave e vulnerável, reconhecendo estas populações como parte da resposta à epidemia, as ações do plano visam conduzi-las a concorrer, principalmente pelo mecanismo focalizador do Sisbén, à inserção nos programas sociais orientados ao enfrentamento à pobreza extrema.

Da mesma forma, a resposta colombiana ao HIV/Aids não questiona as relações sociais de gênero. Assim, apesar do plano mencionar a adoção do enfoque de gênero para a criação de estratégia em resposta à epidemia, não inclui, ações para intervir na desigualdade das relações de gênero.

É importante destacar que o projeto neoliberal na Colômbia é exitoso, pois gera riqueza e acumulação, embora este sucesso apenas esteja orientado à elite colombiana e tenha sido construído sobre sangue, empobrecimento e uma perseguição histórica às populações mais vulneráveis, as mais expostas à epidemia de HIV/AIDS.

## REFERÊNCIAS

ABADIA-BARRERO, César Ernesto. Políticas y sujetos del sida en Brasil y Colombia. **Revista Colombiana de Antropología**, Bogotá, v. 40, p. 123-154, ene./dic. 2004.

AFONSO, Almerindo Janela. Estado, políticas educacionais e obsessão avaliativa. **Contra Pontos**, Braga, v. 7, n. 1, p. 11-22, jan./abr. 2007.

AGUDELO CALDERÓN, Carlos Alberto *et al.* Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2817-2828, jun. 2011.

AHUMADA FARIETTA, Juan. La constitución de 1991 y la emboscada neoliberal. **Deslinde**, n. 49, p. 2-11, septiembre-octubre 2011. Disponível em: <https://deslinde.co/la-constitucion-de-1991-y-la-emboscada-neoliberal/>. Acesso em: 7 mai. 2021.

¿APOYA usted el acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera? Bogotá: DAPRE, 30 ago. 2016. Disponível em: <http://es.presidencia.gov.co/noticia/160830-APOYA-USTED-EL-ACUERDO-FINAL-PARA-LA-TERMINACION-DEL-CONFLICTO-Y-LA-CONSTRUCCION-DE-UNA-PAZ-ESTABLE-Y-DURADERA>. Acesso em: 7 mai. 2021.

ARIAS, María Camila *et al.* Colombia. *In*: ARGUEDAS OLAVE, David Lino; OPORTO PATRONI, Gabriela. **Informe trinacional**: litigio estratégico de casos de violencia por prejuicio por orientación sexual, identidad y expresión de género en Colombia, Perú y Honduras. Lima: PROMSEX, 2020. cap. 2, p. 38-69. Disponível em: [https://colombiadiversa.org/c-diversa/wp-content/uploads/2020/04/publicaci%C3%B3n-4--Informe-trinacional-de-litigio-estrat%C3%A9gico-\\_Casos-de-violencia-por-prejuicio-a-personas-LGBT-en-Colombia-Honduras-y-Colombia.pdf](https://colombiadiversa.org/c-diversa/wp-content/uploads/2020/04/publicaci%C3%B3n-4--Informe-trinacional-de-litigio-estrat%C3%A9gico-_Casos-de-violencia-por-prejuicio-a-personas-LGBT-en-Colombia-Honduras-y-Colombia.pdf). Acesso em: 26 fev. 2021.

ARRIVILLAGA QUINTERO, Marcela; ALZATE POSADA, Martha Lucía; USECHE ALDANA, Bernardo. Políticas públicas, sistema de salud y mujeres con VIH/Sida en Colombia: un análisis crítico. **Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, D.C., v. 8, n. 16, p. 58-71, enero-junio 2009.

AYALA GARCÍA, Jhorland. **La salud en Colombia**: más cobertura pero menos acceso. Cartagena: CEER, 2014. 34 p. ISSN 1692 – 3715. (serie Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional, n. 204).

BANCO MUNDIAL. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. una agenda para la reforma. **Mesa Redonda**, Washington, DC, v. 6, n. 103, p. 695-709, 1987. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17647/v103n6p695.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 8 mai. 2021.

BARBOSA FILHO, Evandro Alves; ROCHA, Solange. Três décadas de neoliberalismo e de lutas contra a epidemia de HIV E AIDS na periferia capitalista: uma análise crítica da África do Sul, Brasil e Moçambique. *In*: ROCHA, Solange; VIEIRA, Ana Cristina de Souza; BARBOSA FILHO, Evandro Alves. (org.). **HIV AIDS e as teias do capitalismo, patriarcado e racismo**: África do Sul, Brasil e Moçambique. Recife: Editora UFPE, 2016. p. 27-156.

BARBOSA FILHO, Evandro Alves; ROCHA, Solange. Três décadas de neoliberalismo e de lutas contra a epidemia de HIV E AIDS na periferia capitalista: uma análise crítica da África do Sul, Brasil e Moçambique. *In*: ROCHA, Solange; VIEIRA, Ana Cristina de Souza; BARBOSA FILHO, Evandro Alves. (org.). **HIV AIDS e as teias do capitalismo, patriarcado e racismo**: África do sul, Brasil e Moçambique. Recife: Editora UFPE, 2016. p. 27-156.

BARRERA, Elsy Luz. **La salud en colombia**: entre el derecho a la salud y la racionalidad económica del mercado 1993-2015. 2015. 558 f. Tese (Doutorado em Direito) – Facultad en Derecho, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, D.C., 2015.

BOGOTÁ. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. **Atención primaria en salud**: un camino hacia la equidade. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá D. C., 2012. 245 p. Disponível em: [http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Equidad%20en%20Salud/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud\\_un%20camino%20hacia%20la%20equidad.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Equidad%20en%20Salud/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud_un%20camino%20hacia%20la%20equidad.pdf). Acesso em: 26 fev. 2021.

BOHÓRQUEZ MONTOYA, Juan Pablo. **Concepciones políticas em la constituyente de 1991**. Medellín: Delimiro Moreno, 2001. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/289507599\\_Concepciones\\_politicas\\_en\\_la\\_Constituyente\\_1991\\_-\\_Colombia](https://www.researchgate.net/publication/289507599_Concepciones_politicas_en_la_Constituyente_1991_-_Colombia). Acesso em: 7 mai. 2021.

BORRERO RAMIREZ, Yadira Eugenia. **La reforma del sector salud y los conflictos clasistas en Colombia**: el caso de la ley 100/93. 2008. 127 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Facultad de Ciencias Sociales y Economicas, Universidad del Valle, Santiago de Cali, 2008.

BOSCHETTI, Ivanete Salete. (2017). Supressão de direitos no capitalismo: uma forma contemporânea de expropriação? *In*: COLÓQUIO INTERNACIONAL MARX E O MARXISMO, 11, 2017, Niterói. **Anais [...]**: De O capital à Revolução de Outubro (1867 – 1917). Niterói: NIEP-Marx/UFF, 2017. p. 01-19. Disponível em: <https://www.niepmarx.blog.br/MManteriores/MM2017/anais2017/MC44/mc441.pdf>. Acesso em: 10 mai 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção combinada do HIV**: bases conceituais para profissionais, trabalhadores(as) e gestores(as) de saúde. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, 2017. 123 p. Disponível em: [https://apsredes.org/wp-content/uploads/2021/01/prevencao\\_combinada\\_-\\_bases\\_conceituais\\_web.pdf](https://apsredes.org/wp-content/uploads/2021/01/prevencao_combinada_-_bases_conceituais_web.pdf). Acesso em: 18 jun. 2021.

BRAZ, Marcelo. Capitalismo, crise e lutas de classes contemporâneas: questões e polêmicas. **Serviço Social y Sociedad**, São Paulo, n. 111, p. 468-492, jul./set. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n111/a05.pdf>. Acesso em: 7 mai. 2021.

BROWN, Wendy. **Nas ruínas do neoliberalismo**: a ascensão da política antidemocrática no ocidente. São Paulo: Politeia, 2019, p. 54.

CARCANHOLO, Reinaldo A. A atual crise do capitalismo. **Crítica Marxista**, Recife, v. 2, n. 29, p. 49-55, 2009. Disponível em: [https://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos\\_biblioteca/dossie55A%20atual%20crise%20do%20capitalismo.pdf](https://www.ifch.unicamp.br/criticamarxista/arquivos_biblioteca/dossie55A%20atual%20crise%20do%20capitalismo.pdf). Acesso em: 13 nov. 2019.

CASTRO, Mayara Gouveia de. **Política anti-HIV, novas diretrizes e SUS**. 2017. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017. Disponível em: <https://www.ufpe.br/documents/40086/1909822/Disserta%C3%A7%C3%A3o+-+Mayara+Gouveia+de+Castro.pdf/c725a6a5-b939-40d5-ba7a-2e015c0452c7>. Acesso em: 26 fev. 2021.

CENTRO NACIONAL DE MEMORIA HISTÓRICA – CNMH. **Contexto**. Bogotá: DPS, 2019. Disponível em: <https://centrodehistoriahistorica.gov.co/contexto/>. Acesso em: 7 mai. 2021.

CENTRO NACIONAL DE MEMORIA HISTÓRICA – CNMH. **Memoria histórica con víctimas de violencia sexual**: aproximación conceptual y metodológica. 1. ed. Bogota D.C.: CNMH, 2018. 140 p.

COLÔMBIA. Congreso de Colombia. Ley 10 de 10 de enero de 1990. Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. **Diario Oficial**, Bogotá, D.C., n. 39.137, 10 ene. 1990.

COLÔMBIA. Congreso de Colombia. Ley 60 de 12 de agosto de 1993. Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. **Diario Oficial**, Bogotá, D.C., n. 40.987, 12 ago. 1993a.

COLÔMBIA. Congreso de Colombia. Ley 789 de 27 de diciembre de 2002. Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo de Trabajo. **Diario Oficial**, Bogotá, D.C., n. 45.046, 27 dec. 2002. Disponível em: [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=6778](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=6778). Acesso em: 7 mai. 2021.

COLÔMBIA. Congreso de Colombia. Ley 850 de 18 de noviembre de 2003. Por medio de la cual se reglamentan las veedurías ciudadanas. **Diario Oficial**, Bogotá, D.C., n. 45.376, 19 nov. 2003a. Disponível em: [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0850\\_2003.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0850_2003.html). Acesso em: 10 mai. 2021.

COLÔMBIA. Congreso de la Republica de Colombia. Ley numero 100 de 23 de diciembre de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. **Diario Oficial**, Bogota, D.C., n. 41.148, 23 dec. 1993b.



Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>. Acesso em: 7 mai. 2021.

COLÔMBIA. Congreso de Colombia. Ley estatutaria nº 1751 de 16 de febrero de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. **Diario Oficial**, Bogotá, D.C., n. 49.427, 16 feb. 2015a. Disponível em: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf). Acesso em: 8 mai. 2021.

COLÔMBIA. [Constituição (1991)]. **Constitución política de Colombia 1991**. Online: Registraduría Nacional del Estado Civil, 1991. Disponível em: <https://wsr.registraduria.gov.co/IMG/pdf/constitucio-politica-colombia-1991.pdf>. Acesso em: 7 mai. 2021.

COLÔMBIA. Corte constitucional. Sentencia T-478 de 2015. Referencia: expediente T-4.734.501. Acción de tutela presentada por Alba Lucía Reyes Arenas, a nombre próprio y em representación de su defunto hijo Sergio David Urrego Reyes, contra el gimnasio Castillo Campestre y otros. Sala quinta de revisión. Magistrada ponente: Gloria Stella Ortiz Delgado, 3 ago. 2015b. Disponível em: [https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/T-478-15%20ExpT4734501%20\(Sergio%20Urrego\).pdf](https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/T-478-15%20ExpT4734501%20(Sergio%20Urrego).pdf). Acesso em: 7 mai. 2021.

COLÔMBIA. Corte constitucional. Sentencia T-760 de 2008. Referencia: expedientes T-1281247, T-1289660, [...]. Acciones de tutela instauradas por Luz Mary Osorio Palacio contra Colpatria EPS; Marlene Betancourt Mosquera contra SaludCoop EPS; [...]. Sala segunda de revisión. Magistrado ponente: dr. Manuel José Cepeda Espinosa, 31 jul. 2008.

COLÔMBIA. Ministerio de Educación Nacional; FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS – UNFPA. **Ambientes escolares libres de discriminación: orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas en la escuela. aspectos para la reflexión**. Bogotá D.C.: MEN; UNFPA; PNUD; Unicef, 2016. 99 p. Disponível em: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/ORIENTACIONES%20SEXUALES%20E%20IDENTIDAD%20DE%20GENERO%20EN%20LA%20ESCUELA.pdf>. Acesso em: 7 mai. 2021.

COLÔMBIA. Ministerio de la Protección Social. **Guía de prevención VIH/SIDA: mujeres en contexto de vulnerabilidade**. Bogotá, D.C.: MSPS; UNFPA, 2011. 136 p. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/guias-mujeres-vulnebrabilidad-vih.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2021.

COLÔMBIA. Ministerio de la Protección Social. **Modelo de gestión programática en VIH/Sida**. Bogotá: Editorial Scripto, 2006. 151 p. (Colección Publicaciones PARS).

COLÔMBIA. Ministerio de Salud. **El observatorio Nacional de la Gestión Programática en ITS –VIH / SIDA**. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud, 2021. Disponível em: [https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/observatorio\\_vih.aspx#:~:text=Es%20un%20espacio%20que%20el,las%20ITS%20%2DVIH%2FSIDA](https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/observatorio_vih.aspx#:~:text=Es%20un%20espacio%20que%20el,las%20ITS%20%2DVIH%2FSIDA). Acesso em: 16 abr. 2021.

COLÔMBIA. Ministerio de Salud y la Protección Social; UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS – UNAIDS. **Plan nacional de respuesta ante las ITS-VIH/SIDA Colombia 2014-2017**. Colombia: Nuevas Ediciones, 2014. 76 p.

COLÔMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. **Gestión Integral del Riesgo en Salud**: perspectiva desde el aseguramiento en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud. Bogotá: Dirección de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones, 2015c. 39 p.

COLÔMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. **Plan decenal de salud pública**. Bogotá, D.C.: MSPS, [2013]. 452 p. Disponible em: [http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/internacionales/CO0335\\_plan\\_decenal\\_salud\\_publica\\_2012-2021.pdf](http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/internacionales/CO0335_plan_decenal_salud_publica_2012-2021.pdf). Acceso em: 10 mai. 2021.

COLÔMBIA. 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**. Bogotá, D.C.: FONADE, 2018. 102 p. Disponible em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-nal-respuesta-its-vih-coinfeccion-tbvih2018-2021.pdf>. Acceso em: 10 mar. 2021.

COLÔMBIA. Presidencia de la República. Decreto 2800 de 2 de octubre de 2003. Por el cual se reglamenta parcialmente el literal b) del artículo 13 del Decreto-ley 1295 de 1994. **Diario Oficial**, Bogotá, D.C., n. 45.329, 3 oct. 2003b. Disponible em: <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1777254>. Acceso em: 8 mai. 2021.

COLÔMBIA. Subsecretaria Ejecutiva. **Lineamientos para la implementación del enfoque de género en la jurisdicción especial para la paz**. Bogotá: Departamento de Enfoques Diferenciales, 2020a. 63 p. Disponible em: <https://www.jep.gov.co/Control%20interno/Pregunta%20129/129.01%20Anexo%201.%20Lineamiento%20Enfoque%20de%20Ge%cc%81nero.%20en%20la%20JEP%2011122020.pdf#search=genero>. Acceso em: 7 mai. 2021.

COLÔMBIA. Prosperidad Social. **Informe Audiencia pública de Rendición de Cuentas 2020**. Bogotá: Gobierno de Colombia, 2020b. 105 p. Disponible em: <http://centrodedocumentacion.prosperidadsocial.gov.co/2021/Rendicion-de-Cuentas/Informes/Informe-RdC-2020-Prosperidad-Social.pdf>. Acceso em: 18 jun. 2021

COLOMBIA DIVERSA. **Todos los deberes, pocos los derechos: situación de derechos humanos de lesbianas, gay, bisexuales y transgeneristas en Colombia 2008 – 2009**. Bogotá: Colombia Diversa, 2011. 145 p. Disponible em: <http://colombiadiversa.org/colombiadiversa/documentos/informes-dh/colombia-diversa-informe-dh-2008-2009.pdf>. Acceso em: 18 jun. 2021.

COLOMBIA DIVERSA. **Primer caso de homicidio de una mujer trans que es reconocido como feminicidio en Colombia**. *Online*: Colombia Diversa. 2018. Disponible em: <https://colombiadiversa.org/blogs/primer-caso-de-homicidio-de-una-mujer-trans-que-es-reconocido-como-feminicidio-en-colombia/>. Acceso em: 16 abr. 2021.

CONFERENCIA NACIONAL DE ORGANIZACIONES AFROCOLOMBIANAS – CNOA. Secretaria Ejecutiva – Equipo Técnico C.N.O.A. **Comunicado a la opinión pública.** *Online*, 7 nov. 2019. Disponível em: <https://convergenziacnoa.org/comunicado-a-la-opinion-publica-3/>. Acesso em: 6 mai. 2021.

COOPER, Melinda. **Family values:** Between neoliberalism and the new social conservatism. New York: Zone Books, 2017. 448 p.

CUENTA DE ALTO COSTO – CAC. **Quiénes Somos – Líneas de acción.** Bogotá, 2019b. Disponível em: <https://cuentadealtocosto.org/site/quienes-somos/lineas-de-accion/>. Acesso em: 10 mai. 2021.

CUENTA DE ALTO COSTO – CAC. **Quiénes Somos.** Bogotá, 2019a. Disponível em: [https://cuentadealtocosto.org/site/quienes-somos/#:~:text="](https://cuentadealtocosto.org/site/quienes-somos/#:~:text=). Acesso em: 9 mai. 2021.

CUENTA DE ALTO COSTO – CAC. **Situación de VIH SIDA en Colombia – 2014.** Bogotá: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2015. 162 p.

CUENTA DE ALTO COSTO – CAC. **Situación del VIH/Sida en Colombia 2018.** Bogotá: CAC, 2019c. Disponível em: <https://cuentadealtocosto.org/site/vih/situacion-del-vih-sida-en-colombia-2018/>. Acesso em: 10 mai. 2021.

CUENTA DE ALTO COSTO – CAC. **Situación del VIH/Sida en Colombia 2019.** Bogotá, D.C.: CAC, 2020. 160 p. Disponível em: <https://cuentadealtocosto.org/site/wp-content/plugins/pdfjs-viewer-shortcode/pdfjs/web/viewer.php?file=https%3A%2F%2F%2F%2Fsite%2Fwp-content%2Fuploads%2F2020%2F08%2FVIH%2019.pdf&download>. Acesso em: 10 mai. 2021.

CUENTA DE ALTO COSTO. **Situación de VIH Sida en Colombia 2018.** Bogotá: CAC, 2018. Disponível em: [https://www.cuentadealtocosto.org/site/images/Libro\\_Situacion\\_del\\_VIH\\_SIDA\\_en\\_Colombia\\_2018.pdf](https://www.cuentadealtocosto.org/site/images/Libro_Situacion_del_VIH_SIDA_en_Colombia_2018.pdf). Acesso em: 18 jan. 2020.

DARDOT, Pierre; LAVAL, Christian. **A nova razão do mundo:** ensaio sobre a sociedade neoliberal. Tradução de Mariana Echalar. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2016. 416 p. Título original: La Nouvelle raison du monde. Essai sur la société néolibérale.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA – DANE. **¿Cuántos somos?** Bogotá, D.C.: Gobierno de Colombia, 2018b. Disponível em: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/cuantos-somos>. Acesso em: 6 mai. 2021.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA – DANE. **Autorreconocimiento de población negra, afrocolombiana, raizal y palenquera:** debate de control político de la Comisión I Cámara sobre CNPV 2018. Bogotá: Gobierno de Colombia, 2019a. 60 p. Disponível em: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-eticos/presentacion-grupos-eticos-poblacion-NARP-2019-debate-ctrl-politico-camara-rep.pdf>. Acesso

em: 06 mai. 2021.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA – DANE. **Boletín Técnico:** pobreza monetaria departamental, año 2018. Bogotá: Gobierno de Colombia, 2019b. 28 p. Disponible em: [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/pobreza/2018/bt\\_pobreza\\_monetaria\\_18\\_departamentos.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2018/bt_pobreza_monetaria_18_departamentos.pdf). Acceso em 6 mai. 2021.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA – DANE. **Censo nacional de población y vivienda.** Bogotá: Gobierno de Colombia, 2018a. 1 p. Disponible em: <https://www.dane.gov.co/files/censo2018/infografias/info-CNPC-2018total-nal-colombia.pdf>. Acceso em: 05 mai. 2021.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA – DANE. **Comunicado de prensa:** pobreza multidimensional departamental en colombia, año 2018. Bogotá: Gobierno de Colombia, 2019c. 6 p. Disponible em: [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/pobreza/2018/cp\\_pobreza\\_multidimensional\\_18\\_departamento.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2018/cp_pobreza_multidimensional_18_departamento.pdf). Acceso em: 6 mai. 2021.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA – DANE. **Glosario.** Bogotá: Gobierno de Colombia, 2005. 2 p. Disponible em: [https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/Glosario\\_etnicos.pdf](https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/Glosario_etnicos.pdf). Acceso em: 19 mai. 2021.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA – DANE. **Mujeres y hombres:** brechas de género en Colombia. Bogotá, D.C.: Gobierno de Colombia, 2020. 246 p. Disponible em: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/publicaciones/mujeres-y-hombre-brechas-de-genero-colombia-informe.pdf>. Acceso em: 6 mai. 2021.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN – DNP. **Balance plan colombia 1999 – 2005.** Bogotá: DNP, 2006. Disponible em: [https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/justicia%20seguridad%20y%20gobierno/bal\\_plan\\_col\\_espanol\\_final.pdf](https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/justicia%20seguridad%20y%20gobierno/bal_plan_col_espanol_final.pdf). Acceso em: 22 set. 2019.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN – DNP. **Bases del Plan Nacional de Desarrollo 2014 2018:** todos por un nuevo país – paz equidad educación. Bogotá: SITEAL, 2018. Disponible em: [https://siteal.iiiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/siteal\\_colombia\\_9001.pdf](https://siteal.iiiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/siteal_colombia_9001.pdf). Acceso em: 10 dez. 2019.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN – DNP. **Índice de pobreza multidimensional.** Bogotá: Gobierno de Colombia, 2017. 13 p. Disponible em: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/Portal%20Territorial/KitSeguimiento/Pobreza/Publicaci%C3%B3n%20Ipm%20deptal.pdf>. Acceso em: 6 mai. 2021.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN – DNP. **Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018:** todos por un nuevo país – paz, equidade, educación. Bogotá: DNP, 2015. Tomo 1. Disponible em: [https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Colombia\\_Plan\\_Nacional\\_de\\_Desarrollo\\_2014\\_2018.pdf](https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Colombia_Plan_Nacional_de_Desarrollo_2014_2018.pdf).

Acesso em: 7 mai. 2021.

ESGUERRA MUELLE, Camila. Cómo hacer necropolíticas en casa: Ideología de género y acuerdos de paz en Colombia. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, Rio de Janeiro, n. 27, p. 172-198, dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sess/n27/1984-6487-sess-27-172.pdf>. Acesso em: 7 mai. 2021.

ESTRADA ÁLVAREZ, Jairo. Orden neoliberal y reformas estructurales en la década de 1990. **Ciencia Política**, Bogotá, v. 1, n. 1, p.141-178, jan. 2006.

GÓMEZ-ARIAS, Rubén Darío; NIETO, Emmanuel. Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud? **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, Lima, v. 31, n. 4, p. 733-739, oct./dic. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342014000400019](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000400019). Acesso em: 20 dez. 2019.

GONZÁLEZ PERAFÁN, Leonardo. **Líderes afrodescendientes asesinados**. Indepaz. Bogotá, 13 ago. 2020. Disponível em: <http://www.indepaz.org.co/lideres-afrodescendientes-asesinados/>. Acesso em: 16 abr. 2021.

GONZÁLEZ ROZO, Laura Daniela. **El derecho a la salud de los migrantes venezolanos en Colombia**. 2018. 88 f. Monografía (Graduação em Direito) – Facultad de Derecho, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, D.C., 2018. Disponível em: [https://bdigital.uexternado.edu.co/bitstream/handle/001/1632/GAA-spa-2018-El\\_derecho\\_a\\_la\\_salud\\_de\\_los\\_migrantes\\_venezolanos\\_en\\_Colombia](https://bdigital.uexternado.edu.co/bitstream/handle/001/1632/GAA-spa-2018-El_derecho_a_la_salud_de_los_migrantes_venezolanos_en_Colombia). Acesso em: 20 jan. 2020.

GONZALO SEGURA, Luis. Colombia, el país que transforma a los niños en "máquinas de guerra". **RT**. Moscou, 16 mar. 2021, Opinión. Disponível em: <https://actualidad.rt.com/opinion/luis-gonzalo-segura/386604-colombia-pais-transformar-ninos-maquinas-guerra>. Acesso em: 16 abr. 2021.

GRUPO DE MEMORIA HISTORICA – GMH. **¡Basta ya!** Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Bogotá: Imprenta Nacional, 2013. Disponível em: <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/basta-ya-colombia-memorias-de-guerra-y-dignidad-2016.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2019.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações**. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2014. 256 p.

HERNÁNDEZ ALVAREZ, Mario *et al.* **La OPS y el Estado colombiano: cien años de historia – 1902-2002**. Bogotá: OPS, 2002. 399 p. Disponível em: [https://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=61-la-ops-y-el-estado-colombiano-cien-anos-de-historia&Itemid=688](https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=61-la-ops-y-el-estado-colombiano-cien-anos-de-historia&Itemid=688). Acesso em: 13 ago. 2019.

Hernández, Rodríguez. Las Privatizaciones En Colombia. **Apuntes Del Cenes**, V. 24, n.37, p. 55-92, junio 2004. Disponível em: <https://revistas.uptc.edu.co/index.php/cenes/article/view/153>. Acesso em: 17

jun.2021

HOLZMANN, Robert; JØRGENSEN, Steen. Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín, v. 21, n. 1, p. 1-38, enero-junio 2003. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12021106.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2019.

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR – ICBF. **¿Qué es el ICBF?** Bogotá, 2021. Disponível em: <https://www.icbf.gov.co/instituto>. Acessado em: 16 abr. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD – INS; OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD – ONS. **Tercer informe ONS: mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011.** Bogotá, D.C.: MSPS, 2014. 220 p. Disponível em: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/Informe3-ME-ONS-Definitivo.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2021.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS – UNAIDS. **On the Fast Track to end Aids by 2030.** Genebra: UNAIDS, [2015]. 124 p. (UNAIDS / 2016–2021 Strategy). Disponível em: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20151027\\_UNAIDS\\_PCB37\\_15\\_18\\_EN\\_rev1.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf). Acesso em: 10 mai. 2021.

JUSTICIA. Corte tumba artículo que penalizaba la propagación del VIH. **El Tiempo**, [s. l.], 6 jun. 2019. Disponível em: <https://www.eltiempo.com/justicia/cortes/corte-tumba-articulo-que-penalizaba-la-propagacion-del-vih-371710>. Acesso em: 26 fev. 2021.

LAURELL, Asa Cristina. A saúde-doença como processo social. Tradução de E. D. Nunes. **Revista Latinoamericana de Salud**, México, n. 2, p. 1-22, 1982. Título original: La salud-enfermedad como proceso social.

LEÓN AMAYA, Andrea Catalina (apoyo). **Conexidad entre la violencia sexual y el conflicto armado: un llamado al no retroceso en la jurisdicción especial para la paz.** [S. l.]: Alianza 5 Claves, 2019. 86 p.

MANTILLA VALBUENA, Silvia. economía y conflicto armado en colombia: los efectos de la globalización en la transformación de la guerra. **Latinoamérica**, Ciudad de México, n. 55, p. 35-73, dic. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/pdf/latinoam/n55/n55a3.pdf>. Acesso em: 19 mai. 2021.

MARTINS, Carlos. **Globalização, dependência e neoliberalismo na America Latina.** 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2011. 368 p.

MONCAYO, Víctor Manuel. **Hacia la verdad del conflicto: insurgencia guerrillera y orden social vigente.** Havana: Comisión Histórica del Conflicto y sus Víctimas – DHCV, 2015. 95 p. Disponível em: <https://ia600502.us.archive.org/25/items/ConflictoArmadoEnColombia/ContribucinAlEntendimientoDelConflictoArmadoEnColombia-ComisinHistricaDelConflictoYSusVctimas.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2021.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, Classe e Movimento**

**Social**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2011. 371 p.

MORENO, María Mercedes. El Plan Colombia, ¿El fin de la historia o la reconfiguración cultural. **Mama Coca**, Bogotá, n. 3, 2002. Disponível em: [http://www.mamacoca.org/feb2002/art\\_mmmoreno\\_plan\\_colombia\\_fin\\_de\\_la\\_historia.html](http://www.mamacoca.org/feb2002/art_mmmoreno_plan_colombia_fin_de_la_historia.html). Acesso em: 22 nov. 2019.

MOSQUERA, José E. **Los resguardos indígenas**: hambre y extrema pobreza en Colombia. *Online*, 5 fev. 2018. Disponível em: <https://www.filac.org/wp/comunicacion/actualidad-indigena/los-resguardos-indigenas-hambre-y-extrema-pobreza-en-colombia/>. Acesso em: 6 mai. 2021.

NARVÁEZ JAIMES, Ginneth Esmeralda. **La guerra revolucionaria del M-19 (1974-1989)**. 2012. 223 f. Dissertação (Mestrado em História) – Departamento de Historia, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 2012. Disponível em: [http://www.cedema.org/uploads/Narvaez\\_Jaimes-2012.pdf](http://www.cedema.org/uploads/Narvaez_Jaimes-2012.pdf). Acesso em: 17 jan. 2021.

NEMES, Maria Ines Baptistela. SCHEFFER, Mário. Desafios da assistência às pessoas que vivem com HIV e AIDS no Brasil. *In*: CORREA, Salvador (org). **Mitos vs Realidades**: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016. Rio de Janeiro: ABIA. p. 22-31. Disponível em: <http://abiAIDS.org.br/mito-vs-realidade-sobre-resposta-brasileira-epidemia-de-hiv-e-AIDS-em-2016/29228> Acesso em: 12 fev. 2021.

OCHOA MALDONADO, Omar Alfonso. Plan Colombia: una lectura retrospectiva. **Panorama**, v. 7, n. 12, p. 9-22, jan. 2013.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS. **Redes Integradas de Servicios de Salud**: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2010. 99 p. ISBN: 978-92-75-33116-3. (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4).

PEREIRA, Camila Potyara. **Proteção social no capitalismo**: contribuições à crítica de matrizes teóricas e ideológicas conflitantes. 2013. 307 f. Tese (Doutorado em Política Social) – Programa de Pós-graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15153/1/2013\\_CamilaPotyaraPereira.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15153/1/2013_CamilaPotyaraPereira.pdf). Acesso em: 23 mar. 2019.

PRADA SANABRIA, Clara Aleida. **Política de saúde na Colômbia**: agenda e formulação nos anos 90. 2019. 88 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Curso de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Bahia, Salvador, 2012.

QUINTERO SUÁREZ, Tatiana Andrea *et al.* **Violencia, racismo y conflictos socioambientales**: el despojo de tierras en el Consejo Comunitarios de los ríos La Larga y Tumaradó. 1. ed. Bogotá: Fundación Centro de Investigación y Educación Popular – Programa por la Paz CINEP-PPP – Programa Conflicto, Estado y Paz, 2020. 216 p.

REDACCIÓN EDUCACIÓN. ¿Qué hay detrás de falsas cartillas sobre educación sexual que achacan al Mineducación? **El Espectador**. Bogotá, 8 de agosto de 2016. Educación. Disponível em: <https://www.elespectador.com/noticias/educacion/que-hay-detras-de-falsas-cartillas-sobre-educacion-sexual-que-achacan-al-mineducacion/>. Acesso em: 20 fev. 2021.

REDACCIÓN EL TIEMPO. Cada 3,5 minutos se presenta una tutela por la salud. **El Tiempo**. Bogotá, 26 de diciembre de 2016. Salud. Disponível em: <https://www.eltiempo.com/salud/tutelas-por-vulnerar-el-derecho-a-la-salud-en-colombia-48516>. Acesso em: 9 mai. 2021.

REDACCIÓN NACIONAL. Paloma Valencia propõe dividir o departamento de Cauca. **El Espectador**. Bogotá, 16 mar. 2015. Nacional. Disponível em: <https://www.elespectador.com/noticias/nacional/paloma-valencia-propone-dividir-el-departamento-del-cauca/>. Acesso em: 30 jan. 2021.

RODRÍGUEZ GARAVITO, César Augusto; ALFONSO SIERRA, Tatiana; CAVALIER ADARVE, Isabel. **Raza y derechos humanos en Colombia**: informe sobre discriminación racial y derechos de población afrocolombiana. 1. ed. Bogotá, D.C: Ediciones Uniandes, 2009. 331 p. (Serie Justicia Global). ISBN: 978-958-695-439-6.

RODRÍGUEZ SALAZAR, Óscar. La difícil consolidación de un Estado de Bienestar. *In*: MISAS ARANGO, Gabriel. **Desarrollo económico y social en Colombia**: siglo XX. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2001. 541 p. p. 203-230.

ROLL, David. **Rojo difuso y azul pálido**: los partidos tradicionales en Colombia: entre el debilitamiento y la persistência. 1. ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Editorial UN, 2002. Disponível em: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/53382?show=full>. Acesso em: 17 jan. 2021.

SARMIENTO ANZOLA, Libardo. Conflicto, intervención y economía política de la guerra. *In*: ESTRADA ÁLVAREZ, Jairo (ed.). **Plan Colombia**: ensayos críticos. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2001. Primeira parte, cap. 2. Disponível em: <http://www.mamacoca.org/ed-especial1/tcap02.htm>. Acesso em: 7 mai. 2021.

SERRANO AMAYA, José Fernando. El olvido recobrado: sexualidad y políticas radicales en el Movimiento de Liberación Homosexual en Colombia. **CS**, Cali, n. 10. p. 19-54, jul.-dic. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/recs/n10/n10a02.pdf>. Acesso em: 9 mai. 2021.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS – UNAIDS. **On the Fast Track to end Aids**. Geneve: UNAIDS / 2016-2021 Strategy, 2015. 133 p. Disponível em: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf). Acesso em: 23 mar. 2021.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS – UNAIDS. **UNAIDS Data 2020**. Geneve: UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2020, 473 p. Disponível em: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2020\\_aids-data-book\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf). Acesso em: 12 abr. 2021.



UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES – UNHCR. **Colombia situation**: Colombia, Costa Rica, Ecuador, Panamá y Venezuela – Indígenas. *Online*: UNHCR, 2011. 4 p. Disponible em: [https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Colombia/Situacion\\_Colombia\\_-\\_Pueblos\\_indigenas\\_2011.pdf](https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Colombia/Situacion_Colombia_-_Pueblos_indigenas_2011.pdf). Acceso em: 6 mai. 2021.

USECHE ALDANA, Bernardo. La Política de Atención Integral en Salud (PAIS) Y el rol de las EPS. **Deslinde**, Bogotá, edición 60, p.34-43, mar./abr. 2017. Disponible em: <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://deslinde.co/wp-content/uploads/2017/05/Salud-EPS.pdf&hl>. Acceso em: 26 fev. 2021.

VARELA ARÉVALO, Maria Teresa.; HOYOS HERNÁNDEZ, Paula Andrea. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. **Revista de salud pública**, Bogotá, D. C. v. 17, n. 4, p. 528-540, ago. 2015.

VELANDIA MORA, Manuel Antonio. **Historia del Movimiento L&G Colombiano desde sus orígenes hasta la culminación del siglo XX**: una historia vista en primera persona. Alicante: Edição do autor, 2011. 28 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Disability-adjusted life years (DALYs)**. *Online*, [20??]. Disponible em: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/158>. Acceso em: 10 mai. 2021.

YACOUB, Natasha. **El número de desplazados internos en 2008 permaneció estable en 26 millones de personas**. New York: UNHCR, 4 mai. 2009. Disponible em: <https://www.acnur.org/noticias/noticia/2009/5/5b7e6fe423/el-numero-de-desplazados-internos-en-2008-permanecio-estable-en-26-millones-de-personas.html> Acceso em: 07 mai. 2021.

ZUBIRÍA SAMPER, Sérgio de. **Dimensiones políticas y culturales en el conflicto colombiano**. Bogotá: Espacio Crítico, 2015. 46 p.