

# **Desde el trabajo comunitario a la soberanía sanitaria**

## **El modelo “Tu Pana Te Cuida” en la protección de derechos de salud a personas migrantes LGBTIQ+**

*Jose Rafael Guillén y Nicolás Reyes Galindo*

Corporación Red Somos

En el presente texto, nos interesa poner en consideración del amplio público lo tratado en su momento en el III Congreso sobre Democracia y Derechos Humanos en América Latina, particularmente desde nuestra participación en la mesa sobre la protección de derechos en poblaciones vulneradas. Para ese propósito, quisiéramos introducir respecto a qué coyuntura propusimos y desarrollamos el diálogo en la mesa. Seguido de ello, proponemos hablar de la iniciativa que hemos venido implementando en respuesta del contexto anterior, terminando con una reflexión sobre el papel de las organizaciones sociales, las comunidades, el Estado y la cooperación internacional.

Con ello, nos hemos propuesto provocar desde una experiencia colectiva tanto particular como concreta, en la medida que ha logrado disputar la precarización, específicamente en torno al acceso de salud para personas migrantes LGBTIQ+. Todo ello a partir de la consolidación del modelo de atención “Tu Pana Te Cuida”: no sólo como una oferta de servicios de salud y acompañamiento psicosocial, sino como una forma de soberanía, participación y de defensa de derechos.

### **Falta de respuesta institucional en salud a la población LGBTIQ+ y migrantes en Colombia**

Comencemos por una revisión de las condiciones que anteceden y persisten ante la conformación del modelo. En primer lugar, Colombia, como muchos países de América Latina, enfrenta una crisis estructural en su sistema de salud, una que parece ser “interseccional” por la efectividad en que los efectos de las barreras para su acceso se suman o se multiplican. Así parece que, para quienes son trans, migrantes, racializadas, o viven con VIH, la salud no es un derecho, sino un proyecto de demarcar una frontera: entre quienes se les serán vulnerados sus derechos o no.

Con todo, parece irónico, por cuanto hemos visto la consolidación de un modelo que se disputa entre el complejo médico-industrial y el capital financiero de manera tal que a la expansión de la medicalización de los problemas se le superpuso una necesidad internalizada de vigilancia y control sobre sí mismo (Iriart & Merhy, 2017). En un proceder tanto ahistórico como renuente a considerar las dimensiones socioculturales de la experiencia y la socialización de la enfermedad y las poblaciones vulneradas, la responsabilidad sobre la salud ha tendido a caer sobre quien sufre su paso de manera diferencial.

En ese sentido, consideramos que el estigma y la discriminación aparecen por medio de mecanismos institucionales, a pesar de los avances normativos al respecto. Así, la negación de servicios por parte de personal de salud, su renuencia a acatar o actualizar sus protocolos para una atención diferencial, y la ausencia de políticas públicas con enfoque diferencial al menos plenamente implementadas, hacen parte de las maneras en que se han pasado por alto las necesidades particulares de ciertos sectores de la población. Si a ello le adicionamos el recorte de la capacidad pública y la privatización de estos servicios, por no mencionar el fortalecimiento de discursos antiderechos al que nos referiremos más adelante, se profundizan entonces las barreras para ejercer plenamente un derecho tan básico como la salud.

En la mesa, los ejemplos aportados fueron varios, todos ellos en perspectiva de la designación de una parte de la población como diferente, divergente, disidente o, incluso, desterrada. En ello, encontramos la aplicación sistemática de mecanismos de exclusión y vulneración de derechos en las derivadas de las crisis migratorias de los últimos años. Según Migración Colombia (2025), a corte de mayo de este año se estima 2,8 millones migrantes venezolanos en el país, contando con más de 790 mil en situación migratoria irregular o en proceso de trámite. Recordemos que en este aspecto la actuación del Estado es limitada: si bien la atención por urgencias está asegurada, la barrera persiste al no poder acceder a consultas médicas regulares, hospitalización o tratamientos prolongados, lo cual resulta crítico en la salud sexual y reproductiva, particularmente en la prevención y el tratamiento del VIH. Además, como hemos insistido en otros escenarios, la llegada a la supresión viral es menos probable cuando se cuenta con un estatus migratorio irregular (Wirtz et al., 2023).

En estas circunstancias, la exclusión parece multiplicarse en relación con los marcos de referencia que han regido, formulado y visibilizado ciertas formas de identificación (Arriaga Ornelas, 2024; Correa Montoya, 2017; Woolford, 2001), que varían desde la situación migratoria hasta la identidad de género y la orientación sexual. Así, es posible considerarla como una operación sistémica bajo la cual ciertos cuerpos han sido jerarquizados y relegados tanto a la enfermedad, como al estigma.

## Modelo de atención a personas LGBTIQ+ migrantes desde la soberanía sanitaria de Red Somos



Frente a tal situación, han surgido innumerables respuestas que han apostado por seguir construyendo algo común —lo que podríamos coincidir en llamar “comunitario”. En cierto sentido, hemos de reconocer que es precisamente en tal vulneración de derechos que la proliferación de organizaciones sociales es posible, al menos por cuanto entran a ocupar una falencia en la capacidad estatal y privada. Igualmente, en historias particulares, como la de la respuesta ante el VIH/sida, llama la atención el llamado a la acción colectiva, que no sólo se promocionan desde lo diferencial, sino que involucran

en su ideación, planeación, implementación y evaluación a los sectores de una población más afectados por la problemática a atender.

Y es aquí donde hablamos del modelo “Tu Pana Te Cuida”, creado por Red Somos, organización con casi 20 años de trabajo en Colombia. Como tal, es una estrategia integral de acciones comunitarias en salud y protección social que se formula en respuesta a las múltiples formas de exclusión, violencia y desprotección que enfrentan personas migrantes, refugiadas y retornadas, especialmente las pertenecientes al sector LGBTIQ+, así como personas que viven con VIH. Este modelo parte de lo dicho, del reconocimiento de que estas poblaciones han sido sistemáticamente sometidas a abusos, explotación y estigmatización, en un contexto de precariedad estructural y omisión institucional.

Nuestra experiencia con el modelo ha llevado a combinar acciones de apoyo social directo, como la entrega de kits de higiene, alimentación, transporte y vestuario, y apoyo indirecto mediante referenciación y acompañamiento a servicios institucionales, gestionado por equipos de profesionales de salud, trabajadoras sociales y voluntarios pares. En este sentido, hemos buscado tanto atender necesidades inmediatas, como estabilizar condiciones de vida y promover la autonomía, con énfasis en el acceso efectivo y libre de discriminación a servicios médicos, atención en salud mental, prevención de ITS y entrega de medicamentos.

Por su parte, un punto clave de esto ha sido la participación de personas que hacen parte de las poblaciones que motivan el modelo. En este sentido, se ha consolidado como una estrategia que se renueva con, por y para personas migrantes LGBTIQ+, promoviendo la protección y garantía de derechos como un ejercicio de autorreconocimiento, autodeterminación y justicia social desde la apropiación de conocimientos, medios y recursos necesarios para llegar a un acompañamiento integral y oportuno.



En esta línea, la atención orientada y brindada por pares, en un esfuerzo de demostrar que la atención en salud, psicosocial y jurídica puede fundarse en prácticas de cuidado desde el trabajo articulado entre diferentes sectores y el fortalecimiento técnico de y por las poblaciones mismas. En lo cual no se pretende reemplazar las responsabilidades del Estado. Más bien, estas experiencias buscan interpelarlo proponiendo alternativas devenidas en modelos que muestran que otra forma hacer salud es posible.

### **Entre un colonialismo sanitario a la ampliación democrática: lo comunitario como actor político**

Con todo, estas experiencias no están a salvo. Hoy, las organizaciones comunitarias enfrentan una nueva amenaza: la reducción del financiamiento internacional y el avance de discursos antiderechos. Fondos que antes sostenían programas de salud sexual y prevención están siendo recortados como medio de castigo político a las agendas que promueven la garantía de, entre otros, derechos sexuales y reproductivos. De ello, hoy se proyecta más hasta 10 millones de infecciones de VIH y 3 millones de muertes entre 2025 y 2030 si no se revierte esta tendencia (Brink et al., 2025).

Por supuesto, las organizaciones sociales también han sido afectadas. En una encuesta que realizamos junto a la Universidad Jhon Hopkins a 40 organizaciones de América Latina y el Caribe —y que está pronta a publicarse—, encontramos que 24 declararon haber recibido financiación del gobierno estadounidense, y de las cuales un 87% informó tener una suspensión o congelación de la financiación. Asimismo, más de la mitad indicó que sus programas de atención podrían no continuar. Entretanto, los servicios de diagnóstico de VIH, asistencia humanitaria y acompañamiento jurídico fueron los más afectados, mientras que las principales poblaciones afectadas fueron personas trans, trabajadores sexuales, personas que viven con VIH, hombres que tienen sexo

con otros hombres, migrantes y mujeres.

Este recorte no es inocente. Más bien, advertimos que, más que un punto crítico, es una muestra de una dinámica “neocolonial”, si se nos permite el término, en donde ciertos países del Norte ejercen una presión en nuestros mecanismos de atención sanitaria y participación ciudadana. En este sentido, no es inapropiado hablar de cómo se ha venido imponiendo qué vidas merecen inversión y cuáles no, lógica que se debate entre el ajuste financiero y las disputas geopolíticas vigentes.

Al respecto, llamamos la atención sobre el papel que tiene esto un tanto de lo “comunitario”, siempre que lo concretemos en liderazgos, colectivos, asociaciones, redes de apoyo y organizaciones, entre otros tantísimos agentes involucrados. Con modelos como “Tu Pana Te Cuida” no sólo se apunta a soluciones locales, sino que se proponen otras formas de hacer política que no se agotan en el Estado y ni en la cooperación internacional. Más bien, son formas de incidir políticamente que se construyen desde la frontera entre quienes son parte o no de la ciudadanía, frontera desde la que existimos a pesar de los fallos de nuestras democracias.

Los retos son múltiples, y señalamos apenas algunos. En primer lugar, la autonomía de estas organizaciones muchas veces depende de los intereses de gobiernos del Norte por brindar financiamiento hacia el Sur. No sólo eso, que tal movimiento también tiende a la concentración de recursos, de manera que lo “comunitario” corre el peligro de ser cooptado por los esfuerzos de replicar sin una lectura adecuada de los contextos. No dudamos que, en ello, la posición misma de Red Somos tenga que ser autocrítica, si bien en ello vemos aún trabajo por hacer para pasar de la competencia por el financiamiento a la articulación y el apoyo mutuo. Si este llegara a ser el caso, podríamos notar que nuestras resistencias nuevamente se unen en lo que siempre han sido: una búsqueda colectiva de un convivir mejor.

## **Bibliografía**

Arriaga Ornelas, J. L. (2024). Figuración antropomórfica del virus y la enfermedad VIH/sida. *Anthropologica*, 42(53), 48-70.  
<https://doi.org/10.18800/anthropologica.202402.003>

Brink, D. T., Martin-Hughes, R., Bowring, A. L., Wulan, N., Burke, K., Tidhar, T., Dalal, S., & Scott, N. (2025). Impact of an international HIV funding crisis on HIV infections and mortality in low-income and middle-income countries: A modelling study. *The Lancet HIV*, 12(5), e346-e354.  
[https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(25\)00074-8](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(25)00074-8)

Correa Montoya, G. A. (2017). *Raros: Historia cultural de la homosexualidad en Medellín, 1890-1980* (1.a ed.). Ed. Universidad de Antioquia. Facultad

de Ciencias Sociales y Humanas.

Iriart, C., & Merhy, E. E. (2017). Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(63), 1005-1016. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0808>

Migración Colombia. (2025, junio 27). Migrantes venezolanos en Colombia. Tableau Public. <https://public.tableau.com/app/profile/migracion.colombia/viz/MigrantesvenezolanosenColombia-Junio2024/MigrantesvenezolanosenColombia>

Wirtz, A. L., Guillén, J. R., Stevenson, M., Ortiz, J., Talero, M. Á. B., Page, K. R., López, J. J., Porras, D. M., Correa, J. F. R., Núñez, R. L., Fernández-Niño, J. A., & Spiegel, P. B. (2023). HIV infection and engagement in the care continuum among migrants and refugees from Venezuela in Colombia: A cross-sectional, biobehavioural survey. *The Lancet HIV*, 10(7), e461-e471. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(23\)00085-1](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(23)00085-1)

Woolford, A. (2001). Tainted space: Representations of injection drug-use and HIV/aids in Vancouver's Downtown Eastside. *BC Studies*, 129, 27-50.