



UNJu
Universidad
Nacional de Jujuy



FHyCS
Facultad de Humanidades
y Ciencias Sociales

UNIVERSIDAD NACIONAL DE JUJUY

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

CARRERA: LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

**Trabajo de Campo con Proyecto Final para la obtención del
Título de Licenciada en Educación para la Salud**

**“Acciones y liderazgo comunitario en la respuesta al
VIH y sida: Un análisis de las organizaciones, grupos y
redes en la provincia de Jujuy”**

Estudiante: Quiñones, Carla Daiana

Tutor: Mgter. Márquez Juan Carlos

San Salvador de Jujuy, Febrero 2026
Argentina

Dedicatoria

En primer lugar, le dedico el resultado de este trabajo a mis padres por su gran apoyo y su amor incondicional, quienes fueron mis pilares fundamentales para alcanzar mis sueños y lograr cumplir mis objetivos, quienes me enseñaron a ser la persona que soy, con valores y principios esenciales de la vida. A mis hermanos que siempre estuvieron apoyándome y dándome palabras de aliento y la motivación necesaria.

A mis amigos que creyeron en mí y en mis capacidades, por entender mis momentos de estrés y ansiedad, pero siempre estando presentes con palabras de apoyo para que no baje los brazos y celebrando junto a mí cada logro obtenido.

A mi tutor Juan Carlos Márquez, que siempre estuvo ahí a disposición con paciencia y voluntad a lo largo de este trayecto.

Y por último dedico este trabajo a mí misma por todo el esfuerzo y dedicación a lo largo de mi formación académica, por superar obstáculos y nunca rendirme siguiendo hacia adelante.

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todos aquellos que han contribuido de alguna manera a la culminación de mi trabajo de campo y proyecto final de licenciatura.

Agradecer especialmente a las y los referentes de las diferentes organizaciones, grupos y redes de la provincia de Jujuy, quienes me brindaron su tiempo y espacio para poder conocer más sobre sus acciones de trabajo comunitario y hacer posible esta investigación.

Nuevamente mostrar gratitud a mi tutor, el Mgter. Juan Carlos Márquez, que me fue guiando en cada paso de esta producción para la finalización de mi título de grado, quien con su aptitud docente fue ayudando a potenciar mis aptitudes y confianza para culminar esta parte de mi formación académica.

Así mismo no podía dejar de agradecer a la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la UNJu, la prestigiosa casa de estudio que me formó y me dio las herramientas para poder desenvolverme como profesional.

Resumen

El presente trabajo de campo con proyecto final tuvo como objetivo analizar las acciones desarrolladas por las organizaciones, grupos y redes de la provincia de Jujuy en la respuesta al VIH y sida, considerando su contribución a la prevención, la atención y la promoción de la salud, como así también el rol del liderazgo comunitario y las condiciones que influyen en la sostenibilidad de dichas acciones.

Es por esto que se llevó a cabo un estudio cualitativo de diseño descriptivo-exploratorio, con la necesidad de profundizar en las experiencias subjetivas y dinámicas del trabajo comunitario que requerían un abordaje más flexible y comprensivo, en el cual se utilizó como técnica de recolección de datos la entrevista en profundidad semiestructurada, aplicada a los referentes de las diferentes organizaciones participantes de este proyecto.

El estudio se inscribió en una perspectiva de Educación para la Salud, orientada a la producción de conocimiento situado y al reconocimiento de las comunidades como actores centrales en la construcción de respuestas sanitarias integrales, por lo cual los resultados evidenciaron que las organizaciones desarrollan una amplia gama de acciones orientadas a la prevención, el acompañamiento entre pares, la promoción de derechos y la reducción del estigma y la discriminación. Por otro lado, se identificaron barreras estructurales que limitan el alcance y la sostenibilidad de estas acciones, entre ellas la precariedad del financiamiento, la concentración de servicios de salud en la capital provincial, y las dificultades en la articulación formal con el sistema de salud y en la implementación efectiva de los marcos normativos vigentes.

Se concluye que las organizaciones, grupos y redes comunitarias constituyen actores estratégicos en la respuesta al VIH y sida en la provincia de Jujuy. El fortalecimiento de la participación comunitaria, la consolidación de mecanismos de articulación intersectorial y el reconocimiento efectivo del liderazgo comunitario emergen como desafíos clave para avanzar hacia respuestas más equitativas, integrales y sostenibles desde la Educación para la Salud.

Contenido

Introducción	1
Antecedentes	3
Fundamentación	7
Justificación.....	9
Objetivos.....	11
Objetivo General.....	11
Objetivos Específicos	11
Marco teórico	12
Hipótesis	27
Material y métodos	28
Tipo de estudio.....	28
Población.....	28
Muestra.....	29
Variables	30
Procedimientos para la recolección de la información	30
Consideraciones Éticas.....	31
Procedimientos para la interpretación de la información.....	31
Resultados.....	33
Discusión	62
Conclusiones.....	67
Referencias Bibliográficas	71
Anexos	76
 Proyecto de Intervención.....	 77
Introducción.....	78
Objetivos.....	79
Marco Conceptual.....	80
Propuesta Metodológica.....	82
Fases de la Intervencion.....	83
Descripción de las Actividades.....	83
Cronograma de Actividades.....	84
Sistema de Evaluación.....	85
Población Destinataria.....	85

Recursos.....	86
Bibliografía.....	88

Introducción

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) han constituido, desde su emergencia, uno de los principales desafíos para la salud pública a nivel mundial, debido a su impacto sanitario, social, económico y cultural. A lo largo de más de cuatro décadas, la respuesta frente al VIH y sida ha evolucionado desde modelos biomédicos centrados exclusivamente en la atención clínica, hacia enfoques integrales que incorporan la promoción de la salud, la prevención combinada, la defensa de los derechos humanos y la participación activa de las comunidades afectadas.

En este proceso, las organizaciones de la sociedad civil (OSC), los grupos comunitarios y las redes de personas con VIH y de poblaciones clave han desempeñado un rol fundamental. Estas organizaciones han contribuido de manera sostenida a la reducción del estigma y la discriminación, al acceso al diagnóstico y tratamiento, al acompañamiento de pares y a la incidencia en políticas públicas, especialmente en contextos donde las respuestas estatales resultaron insuficientes o desigualmente distribuidas. El liderazgo comunitario se consolidó, así como un componente estratégico para garantizar respuestas eficaces, pertinentes y sostenibles frente al VIH y sida.

En Argentina, la sanción de la Ley Nacional N.º 27.675 de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras Infecciones de Transmisión Sexual y Tuberculosis, en el año 2022, representó un avance significativo al reconocer explícitamente la participación comunitaria como un eje central de la política pública de salud. Sin embargo, la implementación de este marco normativo ha presentado desafíos a nivel provincial, especialmente en territorios con características geográficas, sociales y culturales heterogéneas, como la provincia de Jujuy.

La provincia de Jujuy presenta particularidades que inciden en la respuesta al VIH y sida, tales como la concentración de servicios especializados en la capital, las dificultades de acceso en zonas del interior, la persistencia del estigma y la discriminación, y la limitada integración formal de las organizaciones comunitarias en los dispositivos del sistema de salud. En este contexto, las organizaciones, grupos y redes comunitarias han desarrollado diversas acciones orientadas a la prevención, la promoción de la salud, el acompañamiento y la defensa de derechos, constituyéndose en actores clave para acercar las políticas públicas a las realidades locales.

El presente trabajo de campo con proyecto final tuvo como propósito analizar las acciones de trabajo que llevan a cabo las organizaciones, grupos y redes de la provincia de Jujuy en la respuesta al VIH y sida, considerando su relevancia en la prevención, la atención y la promoción de la salud. Asimismo, se buscó comprender el rol del liderazgo comunitario y las barreras estructurales que condicionaron la sostenibilidad y el alcance de dichas acciones, en el marco de los objetivos globales propuestos por ONUSIDA y de las políticas públicas vigentes en Argentina.

Desde una perspectiva de la Educación para la Salud, esta investigación se propuso aportar conocimiento situado sobre las dinámicas comunitarias en la respuesta al VIH y sida, visibilizando las experiencias, saberes y prácticas de los actores territoriales. De este modo, el estudio pretendió contribuir al fortalecimiento de la participación comunitaria y a la construcción de estrategias de intervención más equitativas, integrales y contextualizadas en la provincia de Jujuy.

Antecedentes

La respuesta al VIH y sida ha constituido históricamente un campo de intervención en el que confluyen políticas públicas, sistemas de salud y acciones comunitarias. A nivel internacional, diversos estudios han evidenciado que las estrategias centradas exclusivamente en el abordaje biomédico resultaron insuficientes para controlar la epidemia, particularmente en contextos atravesados por profundas desigualdades sociales, estigmatización y discriminación. En este marco, el fortalecimiento de las respuestas comunitarias emergió como un componente fundamental para ampliar el acceso a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, así como para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos humanos de las personas afectadas.

En las últimas cuatro décadas, el liderazgo comunitario ha desempeñado un papel transformador en la respuesta global al VIH y sida, este liderazgo se ha manifestado en múltiples dimensiones, incluyendo el trabajo preventivo, el acompañamiento de pares, la participación activa en investigaciones científicas, la integración en mesas de decisión política a nivel mundial y nacional, y la creación de redes de poblaciones clave tanto en Argentina como en Latinoamérica. Estas iniciativas han sido fundamentales para fortalecer la respuesta al VIH, asegurando que las comunidades más vulnerables tengan una voz activa en el diseño e implementación de políticas y programas que las impactan directamente. Según el informe 2024 de la Delegación de ONG ante la 55ª Junta Coordinadora del Programa (JCP) de ONUSIDA:

El liderazgo comunitario es esencial para garantizar una respuesta sostenible al VIH, ya que promueve la aceptación de los servicios y mejora los resultados de salud de las personas afectadas por el estigma y la discriminación. Este enfoque es clave para cumplir con el objetivo de poner fin al sida como una amenaza para la salud pública en 2030, de acuerdo con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3.3. (Delegación ONG ante la 55ª Junta Coordinadora del Programa [JCP] de ONUSIDA, 2024, p. 15)

Este informe destaca la importancia del liderazgo comunitario en alcanzar los objetivos 30-80-60, que buscan garantizar que las organizaciones dirigidas por comunidades realicen el 30% de las pruebas de laboratorio, ya sean pruebas rápidas o convencionales para la detección del VIH, y los tratamientos antirretrovirales; el 80% de las actividades de

prevención y el 60% de los programas de apoyo social. No obstante, estos objetivos enfrentan a nivel internacional, por tanto, también nacional y provincial, barreras significativas, entre ellas limitaciones estructurales, insuficiencia de financiamiento y restricciones sociales, lo que impide un progreso efectivo.

En esta línea, investigaciones promovidas por ONUSIDA señalaron que las organizaciones comunitarias cumplen un rol estratégico en la implementación de intervenciones culturalmente pertinentes, en la construcción de vínculos de confianza con las poblaciones clave y en la vigilancia social de las políticas públicas. El marco operativo desarrollado por Rodríguez-García et al. (2011) permitió sistematizar estas experiencias, identificando dimensiones centrales de las respuestas comunitarias, tales como las estructuras organizativas, las actividades desarrolladas, los actores involucrados, los factores contextuales y los mecanismos de participación e incidencia política. Desde este enfoque, se puso de manifiesto que la efectividad de las respuestas comunitarias depende tanto de las capacidades internas de las organizaciones como de las condiciones estructurales en las que desarrollan su labor.

En el contexto latinoamericano, diversos estudios han destacado que las organizaciones de la sociedad civil vinculadas al VIH y sida han desempeñado un papel clave en la ampliación del acceso al tratamiento antirretroviral, la promoción de la prevención combinada y la reducción del estigma, especialmente entre poblaciones históricamente vulnerabilizadas, como personas LGBTIQ+, mujeres trans, hombres que tienen sexo con hombres y personas que viven con VIH. Sin embargo, estas investigaciones también han identificado tensiones persistentes asociadas a la precariedad del financiamiento, la fragmentación de las políticas públicas y la limitada institucionalización de la participación comunitaria en los sistemas de salud (Villegas-Manrique, 2021; Fernández Silva, 2020).

En Argentina, la sanción de la Ley Nacional N.º 27.675 constituyó un antecedente normativo significativo al consolidar un enfoque integral e intersectorial en la respuesta al VIH. Esta normativa reconoce explícitamente el rol de las organizaciones comunitarias y de las personas con experiencia en la respuesta al VIH. No obstante, distintos trabajos advierten que la efectividad de este marco legal se encuentra condicionada por su nivel de adhesión e implementación en las provincias, así como por la existencia de dispositivos institucionales que garanticen una participación real, sostenida y vinculante de las organizaciones sociales en los procesos de toma de decisiones (Aguilar Idáñez, 2022).

En la provincia de Jujuy, los antecedentes empíricos disponibles evidencian una distribución desigual de los servicios especializados de atención del VIH, con una fuerte concentración en la capital provincial y una cobertura limitada en las localidades del interior. Asimismo, si bien se han registrado avances normativos, como la creación del Registro Provincial de Grupos, Organizaciones y Redes mediante la Resolución 591/23, la literatura académica y los informes institucionales no aportan información suficiente acerca del funcionamiento efectivo de los espacios de articulación intersectorial ni del impacto concreto de las acciones comunitarias en el territorio.

Desde el campo de la Educación para la Salud, se reconoce una vacancia de estudios que analicen de manera sistemática las acciones, estrategias y desafíos de las organizaciones comunitarias en la respuesta al VIH y al sida en la provincia de Jujuy, incorporando la perspectiva de los propios actores involucrados. En este sentido, el presente trabajo se propone recuperar y analizar dichas experiencias, con el objetivo de aportar evidencia empírica que permita comprender de qué modo el liderazgo comunitario y las respuestas locales se articulan —o se tensionan— con los lineamientos globales y nacionales en materia de VIH.

Esta perspectiva encuentra respaldo en estudios recientes. Chakrapani et al. (2024) señalan que la participación activa de las comunidades en todas las etapas de la investigación y la planificación contribuye a generar confianza, dignidad, respeto y reciprocidad (p. 45). Este enfoque favorece el desarrollo de proyectos a largo plazo orientados a la evaluación y prueba de nuevos métodos de prevención del VIH, aunque su sostenibilidad depende de la existencia de un sólido respaldo institucional y de recursos adecuados y continuos.

Por su parte, Restrepo Pineda (2024) enfatiza la importancia de consolidar redes de apoyo comunitario que promuevan espacios de confianza y acompañamiento emocional para poblaciones clave, como hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres transgénero. Estas poblaciones enfrentan barreras significativas en el acceso al sistema de salud, lo que vuelve indispensable una articulación efectiva entre las comunidades, los servicios de salud y los gobiernos locales.

Asimismo, Villegas-Manrique (2020) analiza el impacto negativo de los problemas estructurales, en particular la insuficiencia de financiamiento, en el trabajo de las organizaciones no gubernamentales. Esta situación limita la cobertura de los servicios ofrecidos y contribuye a la reproducción de desigualdades que afectan a grupos

vulnerables, como mujeres, adolescentes, trabajadores del sexo y personas privadas de libertad. Frente a este escenario, se vuelve urgente fortalecer el activismo comunitario y garantizar la sostenibilidad de las respuestas sociales.

Finalmente, Fernández Silva (2020) y Aguilar Idáñez (2022) coinciden en señalar la necesidad de avanzar hacia enfoques participativos que aseguren la representación efectiva de las comunidades en la gestión sanitaria y en los espacios de toma de decisiones. Superar los modelos técnicos tradicionales y promover la educación para la salud y la acción comunitaria se presentan, así, como condiciones indispensables para una respuesta integral y eficaz al VIH.

Fundamentación

La respuesta al VIH y sida se configuró, desde sus inicios, como un campo atravesado por tensiones entre enfoques biomédicos, determinantes sociales de la salud y luchas por el reconocimiento de derechos. En este marco, la participación comunitaria y el liderazgo de las organizaciones de la sociedad civil se constituyeron en pilares fundamentales para ampliar el alcance y la efectividad de las políticas públicas, especialmente en contextos caracterizados por desigualdades estructurales, estigmatización y barreras de acceso a los servicios de salud.

Desde una perspectiva de salud pública y Educación para la Salud, se reconoce que los procesos de prevención, atención y promoción de la salud no pueden comprenderse únicamente desde intervenciones técnicas o asistenciales, sino que requieren la incorporación activa de los saberes, experiencias y prácticas de las comunidades involucradas. El liderazgo comunitario permitió, en este sentido, la construcción de estrategias situadas, culturalmente pertinentes y orientadas a las necesidades reales de las poblaciones clave, favoreciendo la apropiación social de las políticas sanitarias y el fortalecimiento del derecho a la salud.

Diversos enfoques teóricos señalaron que las organizaciones comunitarias no solo actúan como prestadoras de servicios complementarios al Estado, sino también como actores políticos capaces de incidir en la formulación, implementación y monitoreo de políticas públicas. No obstante, esta capacidad de incidencia se vio condicionada por factores estructurales, tales como la precariedad del financiamiento, la fragmentación institucional y la persistencia de modelos de gestión sanitaria poco permeables a la participación social. En este contexto, analizar las respuestas comunitarias implicó indagar tanto en las acciones desarrolladas como en las condiciones que habilitaron o limitaron su sostenibilidad.

En la provincia de Jujuy, estas tensiones adquirieron particular relevancia debido a las características territoriales, sociales y culturales del contexto. La concentración de servicios de salud en áreas urbanas, las dificultades de accesibilidad en regiones del interior y la persistencia del estigma asociado al VIH influyeron de manera directa en la efectividad de las intervenciones sanitarias. Frente a este escenario, las organizaciones, grupos y redes comunitarias se constituyen en mediadoras entre el sistema de salud y las poblaciones más vulnerabilizadas, desarrollando estrategias de prevención, acompañamiento y promoción de derechos que no siempre encontraron un correlato institucional adecuado.

Asimismo, la sanción de la Ley Nacional N.º 27.675 y la creación de dispositivos provinciales de participación, como el Registro de Grupos, Organizaciones y Redes, plantean nuevos desafíos en relación con la implementación efectiva de la participación comunitaria. La mera existencia de marcos normativos no garantiza, por sí sola, la integración real de las organizaciones en los procesos de toma de decisiones, lo que refuerza la necesidad de analizar empíricamente cómo se materializan —o no— estos lineamientos en el territorio jujeño.

Desde el campo de la Educación para la Salud, la presente investigación se fundamentó en la necesidad de producir conocimiento situado que permitiera comprender las dinámicas locales de la respuesta al VIH y sida, visibilizando las prácticas comunitarias y los procesos de liderazgo social. Este enfoque resultó central para identificar oportunidades de fortalecimiento de la participación comunitaria, promover intervenciones más equitativas y contribuir al diseño de estrategias que articulen de manera efectiva las políticas públicas con las realidades locales.

En este sentido, el estudio se orientó a aportar insumos analíticos que favorezcan la construcción de respuestas integrales al VIH y sida, reconociendo a las organizaciones comunitarias no solo como ejecutoras de acciones, sino como actores clave en la producción de salud, ciudadanía y derechos en la provincia de Jujuy.

Justificación

La realización del presente trabajo de campo con proyecto final se justificó por la necesidad de profundizar el análisis de las respuestas comunitarias al VIH y sida desde una perspectiva integral, situada y crítica, en consonancia con los principios de la Educación para la Salud. En este campo disciplinar, la producción de conocimiento no se limita a la descripción de problemáticas sanitarias, sino que se orienta a comprender los procesos sociales, culturales y políticos que condicionan la salud de las poblaciones y la efectividad de las intervenciones.

Desde el punto de vista académico, el estudio aporta evidencia empírica sobre un área escasamente explorada en la provincia de Jujuy: el rol de las organizaciones, grupos y redes comunitarias en la respuesta al VIH y sida. La investigación permitió sistematizar experiencias locales, identificar prácticas de liderazgo comunitario y analizar barreras estructurales que inciden en la sostenibilidad de las acciones, contribuyendo así al desarrollo del conocimiento en el campo de la salud colectiva y la educación comunitaria. Este aporte resulta relevante para fortalecer el diálogo entre los marcos teóricos de la participación comunitaria y las prácticas concretas desarrolladas en el territorio.

En términos profesionales, la investigación se alineó con el perfil del Licenciado y la Licenciada en Educación para la Salud, quien se desempeña como agente de promoción, planificación y evaluación de intervenciones sanitarias con enfoque comunitario. El análisis de las acciones desarrolladas por las organizaciones permitió identificar estrategias educativas, comunicacionales y de acompañamiento que pueden ser replicadas, adaptadas o fortalecidas en futuros dispositivos de intervención. Asimismo, el estudio aporta herramientas analíticas para comprender los procesos de articulación —y las tensiones— entre el sistema de salud y los actores comunitarios, aspecto central para el ejercicio profesional en contextos de salud pública.

La justificación del trabajo también se sustenta en su relevancia social y sanitaria. En un contexto provincial caracterizado por desigualdades territoriales en el acceso a los servicios de salud y por la persistencia del estigma asociado al VIH, visibilizar el aporte de las organizaciones comunitarias resulta fundamental para reconocer su contribución a la promoción de derechos, la reducción de barreras de acceso y la construcción de respuestas más equitativas. El estudio permitió, además, identificar vacíos en la implementación de

políticas públicas y generar insumos que puedan orientar la toma de decisiones a nivel institucional.

Desde la perspectiva de la Educación para la Salud, el fortalecimiento del liderazgo comunitario se concibió como una estrategia clave para promover la autonomía, la participación social y el empoderamiento de las poblaciones afectadas. En este sentido, la investigación aporta elementos para repensar el rol de la educación como proceso transformador, capaz de incidir no solo en los comportamientos individuales, sino también en las estructuras sociales que reproducen desigualdades y exclusiones en el campo de la salud.

Finalmente, la justificación del estudio se vincula con su potencial de transferencia y aplicación. Los resultados obtenidos constituyen un insumo relevante para las organizaciones comunitarias, el sistema de salud y los organismos gubernamentales, al ofrecer un diagnóstico situado de las acciones existentes y de los desafíos pendientes en la respuesta al VIH y sida en Jujuy. De este modo, el trabajo se posicionó como un aporte significativo tanto para la formación académica como para el ejercicio profesional comprometido con la promoción de la salud, la equidad y los derechos humanos.

Objetivos

Objetivo General

Analizar las acciones desarrolladas por las organizaciones, grupos y redes de la provincia de Jujuy en la respuesta al VIH y sida, considerando su contribución a la prevención, la atención y la promoción de la salud, así como el rol del liderazgo comunitario y las condiciones que influyeron en la sostenibilidad de dichas acciones.

Objetivos Específicos

- Describir las principales acciones y actividades implementadas por las organizaciones, grupos y redes comunitarias en la provincia de Jujuy, así como los grupos poblacionales a los que estuvieron dirigidas.
- Analizar el rol del liderazgo comunitario y la participación de los actores clave en la planificación, ejecución y articulación de las acciones de respuesta al VIH y sida.
- Examinar los factores contextuales y barreras estructurales que influyeron en el alcance, la sostenibilidad y la articulación de las acciones comunitarias con el sistema de salud y las políticas públicas provinciales.

Marco teórico

1. Prevención combinada y respuesta comunitaria al VIH

La respuesta contemporánea al VIH y al sida se inscribe en un marco global que reconoce la complejidad del proceso salud–enfermedad–atención y la necesidad de estrategias integrales que trasciendan las intervenciones exclusivamente biomédicas. En este contexto, la prevención combinada emerge como un enfoque central en las políticas públicas de salud, alineado con los compromisos asumidos por los Estados miembros de las Naciones Unidas para poner fin a la epidemia del VIH como problema de salud pública hacia el año 2030 (ONUSIDA, 2021).

En Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación adhiere a las metas propuestas por ONUSIDA y, en consonancia con dicho marco, la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis publicó en 2022 el *Manual de prevención combinada del VIH y las ITS y recomendaciones para su implementación*. En este documento se conceptualiza la prevención combinada como un enfoque de respuesta integral que, por un lado, busca garantizar el acceso equitativo a servicios de salud adecuados a las realidades, necesidades y trayectorias de vida de las personas y, por otro, promover transformaciones político-estructurales orientadas a la reducción de desigualdades y vulnerabilidades sociales (Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

Desde esta perspectiva, la prevención combinada no se limita a la adopción de prácticas individuales de cuidado, sino que se fundamenta en la articulación de intervenciones biomédicas, estructurales y comportamentales, entendidas como dimensiones interdependientes de una misma estrategia. Tal como señala ONUSIDA (2021), ninguna intervención aislada resulta suficiente para modificar de manera sostenida el curso de la epidemia, especialmente en contextos atravesados por desigualdades sociales, estigmatización y barreras de acceso al sistema de salud.

El componente biomédico de la prevención combinada incluye un conjunto de tecnologías y prácticas con eficacia científicamente comprobada para reducir el riesgo de transmisión del VIH. Entre ellas se destacan el uso correcto y consistente de preservativos peneanos y vaginales, acompañados de lubricantes a base de agua; la Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) para personas VIH negativas con riesgo sustancial de exposición; la Profilaxis Post-Exposición (PEP) ante situaciones de exposición potencial al virus; el acceso a pruebas

diagnósticas oportunas y al tratamiento eficaz de las infecciones de transmisión sexual; la circuncisión masculina voluntaria; y el principio de Tratamiento como Prevención (TasP), basado en la evidencia de que las personas con VIH con carga viral indetectable no transmiten el virus (ONUSIDA, 2021; OMS, 2022).

No obstante, diversos estudios advierten que la efectividad de estas intervenciones depende en gran medida de las condiciones sociales, culturales y programáticas en las que se implementan. En este sentido, el componente estructural de la prevención combinada adquiere un rol central, ya que se orienta a intervenir sobre los determinantes sociales de la salud que inciden directamente en la vulnerabilidad al VIH. Este componente incluye acciones destinadas a la reducción del estigma y la discriminación, la promoción de los derechos humanos, el fortalecimiento de marcos legales protectores, la eliminación de normativas punitivas y la incorporación de abordajes integrales de las violencias de género y el uso problemático de sustancias (PNUD & ONUSIDA, 2021).

Desde el campo de la Educación para la Salud, estas intervenciones estructurales resultan especialmente relevantes, dado que permiten comprender al VIH no solo como un fenómeno biomédico, sino como una problemática socialmente determinada, atravesada por relaciones de poder, desigualdades de género, exclusión social y vulneración de derechos. Tal como plantea Menéndez (2009), las prácticas de salud deben analizarse en su contexto social, reconociendo que las condiciones de vida influyen decisivamente en las posibilidades reales de cuidado y autocuidado.

El componente comportamental, por su parte, se vincula estrechamente con los procesos educativos y comunicacionales. Incluye la educación sexual integral, el asesoramiento para la reducción de riesgos, el fortalecimiento de habilidades para la toma de decisiones informadas y el desarrollo de programas de educación entre pares. Estas estrategias buscan no solo transmitir información, sino también promover procesos de reflexión crítica, empoderamiento y construcción de autonomía, aspectos fundamentales en la prevención del VIH desde una perspectiva de derechos (Freire, 2005; Wallerstein et al., 2017).

En este marco, la respuesta comunitaria se configura como un eje transversal de la prevención combinada. Las comunidades afectadas por el VIH y aquellas que viven con el virus han sido históricamente protagonistas de la respuesta a la epidemia, participando activamente en la identificación de necesidades, el diseño de estrategias, la implementación de servicios y la evaluación de políticas públicas. ONUSIDA (2021) sostiene que las

respuestas lideradas por la comunidad son esenciales para garantizar intervenciones culturalmente pertinentes, accesibles y sostenibles, especialmente para las poblaciones más vulnerabilizadas.

Al respecto, Restrepo Pineda (2024) señala que la participación de las organizaciones de base social en la gestión de la salud redefine las relaciones tradicionales entre el sistema sanitario y la comunidad, desplazando a las personas de un rol pasivo hacia posiciones de agencia, corresponsabilidad y toma de decisiones sobre su propia salud. Desde esta lógica, la prevención combinada se convierte no solo en una estrategia técnica, sino en un proceso político-pedagógico que interpela a los sistemas de salud, a las instituciones educativas y a la sociedad en su conjunto.

Finalmente, el desafío de la prevención combinada y la respuesta comunitaria al VIH radica en la capacidad de articular de manera efectiva a los distintos actores involucrados — servicios de salud, niveles de gestión, organizaciones de la sociedad civil y comunidades— en modelos integradores que superen la falsa dicotomía entre respuestas estatales y comunitarias. Tal como advierte ONUSIDA (2021), reducir las desigualdades en la respuesta al VIH requiere un compromiso sostenido de recursos, fortalecimiento de capacidades y liderazgo comunitario, reconociendo a las comunidades como socias estratégicas e indispensables en la construcción de una respuesta sanitaria equitativa y centrada en las personas.

2. Estigma y discriminación asociados al VIH

El estigma y la discriminación vinculados al VIH constituyen uno de los principales obstáculos para una respuesta integral, equitativa y centrada en las personas. A pesar de los avances biomédicos, normativos y programáticos alcanzados en las últimas décadas, el VIH continúa estando fuertemente atravesado por representaciones sociales negativas, prejuicios morales y prácticas discriminatorias que impactan tanto en las trayectorias individuales como en la eficacia de las políticas públicas de prevención, diagnóstico y atención (ONUSIDA, 2021).

Desde una perspectiva teórica, el concepto de estigma remite a un proceso social mediante el cual ciertos atributos o condiciones son desvalorizados, produciendo la desacreditación de las personas y su relegación a posiciones de inferioridad social. Goffman (1963) definió el estigma como un atributo profundamente desacreditador que reduce a quien lo porta “de

una persona completa y usual a una marcada y disminuida”. En el caso del VIH, este proceso se articula históricamente con nociones de peligro, culpa y desviación moral, frecuentemente asociadas a determinadas prácticas sexuales, identidades de género, orientaciones sexuales, consumos de sustancias y formas de vida.

Estas representaciones no se limitan al plano simbólico, sino que se reproducen y refuerzan en instituciones centrales como el sistema de salud, el ámbito educativo, el mercado laboral y los dispositivos legales. En este sentido, diversos autores han señalado que el estigma relacionado con el VIH adopta múltiples expresiones, entre las que se distinguen el estigma percibido, el estigma internalizado y el estigma institucional (Herek, 2009). El primero refiere a la expectativa de rechazo o trato diferencial; el segundo implica la incorporación de los prejuicios sociales por parte de la propia persona; y el tercero se manifiesta a través de normas, prácticas y discursos institucionales que vulneran derechos o dificultan el acceso a servicios esenciales.

Cuando el estigma se traduce en acciones concretas, da lugar a prácticas de discriminación que afectan de manera directa el ejercicio de derechos fundamentales. ONUSIDA (2021) advierte que estas prácticas incluyen conductas de evitación, abusos verbales, rechazo social, humillaciones, violación de la confidencialidad y trato desigual en ámbitos clave como la salud, el trabajo y la educación.

Un aspecto particularmente relevante es el autoestigma o estigma internalizado, entendido como el proceso mediante el cual las personas que viven con VIH incorporan las representaciones sociales negativas y las dirigen hacia sí mismas. Este fenómeno se manifiesta en sentimientos de culpa, vergüenza, miedo y desvalorización personal, y suele derivar en el autoaislamiento, la autocensura y la postergación de la búsqueda de atención. Desde el campo de la Educación para la Salud, el abordaje del autoestigma resulta central, dado que afecta la capacidad de las personas para ejercer sus derechos, sostener prácticas de autocuidado y construir proyectos de vida significativos (Herek et al., 2013).

El impacto del estigma y la discriminación no es homogéneo, sino que se intensifica cuando interactúa con otros ejes de desigualdad, como el género, la clase social, la pertenencia étnica, la orientación sexual o la identidad de género. Esta perspectiva interseccional permite comprender cómo determinadas poblaciones —como mujeres trans, personas usuarias de drogas, trabajadores y trabajadoras sexuales o personas privadas de la

libertad— enfrentan formas agravadas de exclusión que incrementan su vulnerabilidad frente al VIH (Parker & Aggleton, 2003).

Numerosas investigaciones han documentado que el estigma constituye un factor estructural que limita la eficacia de la respuesta al VIH, al disuadir el acceso al testeo, retrasar el inicio del tratamiento y afectar negativamente la adherencia terapéutica. Asimismo, contribuye al deterioro de la salud mental, la reducción de las redes de apoyo y la profundización de desigualdades preexistentes, perpetuando el ciclo de vulnerabilidad social y epidemiológica (ONUSIDA, 2021).

En este sentido, la erradicación del estigma y la discriminación se configura como un componente estructural de la prevención combinada del VIH. No resulta suficiente garantizar la disponibilidad de tecnologías biomédicas si las personas no pueden acceder a ellas en condiciones de dignidad, respeto y confidencialidad. Por ello, los organismos internacionales y nacionales subrayan la necesidad de implementar políticas públicas orientadas a la protección de los derechos humanos, la revisión de marcos legales discriminatorios y el fortalecimiento de intervenciones comunitarias que promuevan entornos sociales inclusivos (ONUSIDA, 2021; Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

Desde una perspectiva pedagógica, la Educación para la Salud desempeña un rol estratégico en la desnaturalización del estigma, al promover procesos educativos críticos que cuestionen los discursos hegemónicos, fomenten la empatía y habiliten la construcción de sentidos alternativos en torno al VIH. Las intervenciones educativas basadas en la participación comunitaria, la educación entre pares y la valorización de las experiencias de las personas que viven con VIH han demostrado ser especialmente eficaces para transformar representaciones sociales y generar condiciones más favorables para una respuesta integral y equitativa.

3. Activismo en la respuesta al VIH y sida

El activismo en torno al VIH y sida constituye uno de los procesos de movilización social más significativos de la historia reciente de la salud pública. Desde los inicios de la epidemia, las personas afectadas por el virus y sus comunidades organizaron respuestas colectivas frente a la ausencia de políticas sanitarias adecuadas, el desconocimiento científico y el profundo estigma social que caracterizó los primeros años de la crisis. Este activismo no solo contribuyó a visibilizar la problemática, sino que transformó de manera

sustantiva las relaciones entre pacientes, profesionales de la salud, Estados e instituciones científicas.

El surgimiento del activismo por el sida se sitúa a comienzos de la década de 1980, principalmente en contextos urbanos de América del Norte, en el seno de comunidades de hombres gays que enfrentaban una enfermedad de etiología desconocida y con elevados índices de mortalidad. En este escenario, la amenaza biológica se combinaba con una intensa estigmatización social, produciendo lo que diversos autores han conceptualizado como una forma de “muerte social”, caracterizada por la exclusión, el silencio institucional y la negación de derechos básicos (Epstein, 1996).

Un hito fundacional del activismo en VIH fue la elaboración de los Principios de Denver en 1983, durante la Segunda Conferencia Nacional sobre el Sida en Estados Unidos. Este documento, redactado por personas que vivían con sida, entre ellas Bobbi Campbell y Michael Callen, constituye un manifiesto político y ético que rechaza explícitamente la concepción de los pacientes como víctimas pasivas y exige su reconocimiento como sujetos de derechos, capaces de participar activamente en las decisiones que afectan su salud y su vida. En palabras del propio documento, se afirma el derecho de las personas con sida a ser consideradas “participantes activos en todos los aspectos de su atención médica” (Denver Principles, 1983).

Los Principios de Denver introdujeron una transformación radical en el campo de la salud, al cuestionar el modelo biomédico tradicional y promover una relación más horizontal entre profesionales y pacientes. Asimismo, sentaron las bases para el concepto de participación significativa de las personas que viven con VIH, principio que posteriormente sería adoptado por ONUSIDA bajo la consigna de *Greater Involvement of People Living with HIV* (GIPA), y que continúa siendo un pilar de las respuestas contemporáneas a la epidemia (ONUSIDA, 2007).

Con el avance del conocimiento científico y la introducción de los tratamientos antirretrovirales, el activismo en VIH experimentó un proceso de transformación. Si bien en sus orígenes la lucha se centró en la supervivencia, el acceso a tratamientos experimentales y la denuncia del abandono estatal, en las décadas posteriores el activismo amplió su agenda hacia la defensa de la calidad de vida, la reducción del estigma, la salud mental, el envejecimiento con VIH y la equidad en el acceso a los servicios de salud. Este cambio de paradigma se expresa de manera clara en la Declaración de Madrid, presentada

en el marco del WorldPride, la cual actualiza los Principios de Denver para el contexto del siglo XXI.

La Declaración de Madrid introduce el concepto del “Cuarto 95”, ampliando las metas 95-95-95 hacia un objetivo centrado en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Este enfoque reconoce que alcanzar la supresión viral, si bien es fundamental, no resulta suficiente si las personas continúan experimentando sufrimiento psicosocial, discriminación o exclusión. De este modo, el activismo contemporáneo coloca en el centro una concepción integral de la salud, alineada con los principios de la Educación para la Salud y los derechos humanos (ONUSIDA, 2021).

Un avance histórico impulsado por el activismo es la consolidación del principio Indetectable = Intransmisible (I=I), basado en evidencia científica robusta que demuestra que las personas con VIH que mantienen una carga viral indetectable no transmiten el virus por vía sexual. Este principio no solo tiene implicancias biomédicas, sino que constituye una poderosa herramienta política y pedagógica para combatir el estigma, redefinir la responsabilidad ética y cuestionar las leyes que criminalizan la transmisión del VIH (Eisinger et al., 2019).

Asimismo, el activismo ha promovido una redefinición del rol de las personas que viven con VIH en la producción de conocimiento científico. A diferencia de las demandas iniciales centradas en ser consultados, las organizaciones activistas actuales exigen la participación activa en el diseño, implementación y evaluación de ensayos clínicos y políticas públicas. Este enfoque participativo interpela los criterios tradicionales de salud, desplazando el énfasis exclusivo en indicadores biomédicos hacia dimensiones subjetivas, sociales y relacionales del bienestar.

En América Latina, el activismo en VIH ha adquirido características propias, articuladas con luchas más amplias por la justicia social, los derechos sexuales y reproductivos y el acceso universal a la salud. Organizaciones comunitarias y redes regionales han desempeñado un papel central en la defensa del acceso gratuito a los tratamientos antirretrovirales, la denuncia de las desigualdades estructurales y la promoción de políticas públicas inclusivas. En contextos locales, como el argentino, estas experiencias han contribuido a consolidar marcos normativos basados en derechos y a fortalecer la participación comunitaria como eje de la respuesta al VIH.

Desde esta perspectiva, el activismo no puede entenderse únicamente como una estrategia de presión política, sino como un proceso educativo y emancipador que transforma subjetividades, genera conocimiento situado y fortalece el liderazgo comunitario. En el marco de esta investigación, el análisis del activismo resulta central para comprender cómo las organizaciones y las personas que viven con VIH producen sentidos, disputan poder y construyen respuestas colectivas frente a la epidemia, especialmente en territorios atravesados por desigualdades sociales persistentes.

4. Respuestas comunitarias y estrategias de acompañamiento entre pares en VIH

El acompañamiento entre pares constituye una estrategia central dentro de las respuestas comunitarias al VIH y sida, particularmente en contextos atravesados por desigualdades sociales, estigma y barreras de acceso al sistema de salud. Este enfoque se sustenta en la premisa de que las personas que comparten experiencias vitales, trayectorias sociales y contextos culturales similares poseen una capacidad singular para generar vínculos de confianza, transmitir información significativa y promover procesos de cuidado mutuo.

Desde la Educación para la Salud, el acompañamiento entre pares se inscribe en enfoques pedagógicos críticos y participativos que reconocen a los sujetos como productores de saberes y no meros receptores de información. A diferencia de los modelos tradicionales de educación sanitaria, esta estrategia valora el conocimiento situado, la experiencia vivida y la construcción colectiva de sentidos en torno a la salud, la enfermedad y el cuidado (Freire, 2005; Saforcada, 2011).

En el campo del VIH, la educación y el acompañamiento entre pares emergieron tempranamente como respuestas comunitarias frente al vacío institucional y a la desconfianza hacia los servicios de salud, especialmente entre poblaciones históricamente estigmatizadas. Diversos estudios señalan que los educadores pares cumplen un rol clave como mediadores entre las comunidades y el sistema sanitario, facilitando el acceso a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el acompañamiento psicosocial (Rodríguez-García et al., 2011).

El acompañamiento entre pares incluye un conjunto amplio de prácticas que abarcan la provisión de información sobre prevención combinada, el apoyo en el momento del diagnóstico, la orientación para la vinculación y permanencia en el sistema de salud, y el sostenimiento de la adherencia al tratamiento antirretroviral. Asimismo, estas acciones

contribuyen a la reducción del estigma y la discriminación, tanto a nivel individual como comunitario, al promover narrativas alternativas sobre el VIH basadas en el cuidado, la autonomía y los derechos humanos.

La evidencia internacional indica que las intervenciones lideradas por pares resultan particularmente efectivas para alcanzar a las poblaciones clave, ya que permiten abordar temas sensibles —como la sexualidad, el consumo de sustancias o la identidad de género— desde una lógica de confianza, empatía y horizontalidad. ONUSIDA (2021) destaca que los programas de acompañamiento entre pares mejoran significativamente la aceptación de los servicios, fortalecen la continuidad del cuidado y favorecen resultados positivos en salud.

Desde una perspectiva teórica, el acompañamiento entre pares puede comprenderse como una forma de liderazgo comunitario encarnado, en la que los educadores pares asumen un rol activo en la promoción de la salud y en la transformación de las condiciones que producen vulnerabilidad. Restrepo Pineda (2024) sostiene que la participación de las organizaciones de base social en la gestión de la salud redefine las relaciones entre comunidad e individuos, quienes dejan de ser objetos de intervención para convertirse en sujetos que conocen, participan y toman decisiones sobre su propia salud.

Asimismo, el fortalecimiento de redes de apoyo comunitario constituye un componente esencial del acompañamiento entre pares. Los grupos de autoapoyo para personas que viven con VIH permiten compartir experiencias, procesar emocionalmente el diagnóstico y construir estrategias colectivas de afrontamiento. Estas redes no solo aportan contención emocional, sino que también contribuyen a disminuir el aislamiento social y el autoestigma, factores que impactan negativamente en la adherencia al tratamiento y en la calidad de vida.

En territorios donde el acceso a los servicios de salud se encuentra limitado por barreras geográficas, institucionales o simbólicas, el acompañamiento entre pares adquiere una relevancia aún mayor. Al estar insertas en los territorios y mantener un contacto cotidiano con las comunidades, las organizaciones comunitarias pueden detectar tempranamente obstáculos, acompañar procesos complejos y articular respuestas más sensibles a las realidades locales. En este sentido, el acompañamiento entre pares se posiciona como una estrategia clave para avanzar hacia una respuesta al VIH centrada en las personas, equitativa y sostenible.

Desde el marco de esta investigación, el análisis del acompañamiento entre pares permite comprender cómo las prácticas comunitarias inciden en la prevención, el cuidado y la construcción de ciudadanía en salud. Asimismo, ofrece una base teórica sólida para interpretar los hallazgos empíricos vinculados a las trayectorias de las personas que viven con VIH y al rol de las organizaciones comunitarias en contextos territoriales específicos.

5. Poblaciones clave en el contexto del VIH e ITS

En el campo de la salud pública, el concepto de *poblaciones clave* refiere a aquellos grupos sociales que, debido a prácticas específicas y a condiciones estructurales de vulnerabilidad, presentan un riesgo significativamente mayor de exposición al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y a otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Este enfoque no se limita a una lectura epidemiológica del riesgo, sino que incorpora el análisis de los determinantes sociales, legales y culturales que configuran escenarios de desigualdad persistente (OMS, 2022).

ONUSIDA (2021) y la OMS (2022) coinciden en señalar que las poblaciones clave enfrentan barreras sistemáticas para el acceso a los servicios de salud, lo que incrementa su vulnerabilidad frente al VIH. Entre estos grupos se incluyen a hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres trans, personas que ejercen el trabajo sexual, personas usuarias de drogas inyectables y personas privadas de la libertad, entre otros colectivos que viven en contextos de alta exclusión social.

La mayor vulnerabilidad de estas poblaciones no puede explicarse únicamente por prácticas individuales, sino que se encuentra profundamente condicionada por factores estructurales como el estigma, la discriminación, la criminalización, la violencia institucional y la precarización de las condiciones de vida. Estos factores actúan como barreras que limitan el acceso oportuno al diagnóstico, a la prevención combinada y al tratamiento, reproduciendo ciclos de exclusión y enfermedad (PNUD & ONUSIDA, 2021).

Desde una perspectiva de derechos humanos, el estigma y la discriminación constituyen mecanismos sociales que producen y legitiman desigualdades en el acceso a la salud. ONUSIDA (2021) advierte que las actitudes estigmatizantes hacia las poblaciones clave se manifiestan en prácticas de evitación, rechazo social, abusos verbales y violencia simbólica, las cuales se intensifican cuando se intersectan con otras formas de

discriminación basadas en la identidad de género, la orientación sexual, el consumo de sustancias o el trabajo sexual.

Cuando estas actitudes se traducen en acciones concretas, dan lugar a prácticas discriminatorias que vulneran derechos fundamentales. En el ámbito social y familiar, se expresan a través del aislamiento, la ruptura de vínculos y la exclusión comunitaria; en el ámbito laboral y educativo, mediante la negación de oportunidades y la expulsión de espacios de formación; y en el ámbito sanitario, a través de la negación de servicios, el maltrato o la atención deshumanizada. Estas experiencias impactan de manera directa en la relación de las personas con el sistema de salud, generando desconfianza y alejamiento de los servicios (PNUD & ONUSIDA, 2021).

La relevancia de las poblaciones clave en la respuesta al VIH se sustenta en al menos tres dimensiones interrelacionadas. En primer lugar, presentan una mayor vulnerabilidad frente a la infección, asociada a determinantes sociales adversos y a marcos legales restrictivos. En segundo lugar, concentran una proporción significativa de las nuevas infecciones a nivel global y regional, lo que las convierte en actores centrales para el control de la epidemia. Finalmente, requieren servicios específicos, culturalmente adecuados y libres de discriminación, condición indispensable para garantizar una respuesta sanitaria efectiva y equitativa (OMS, 2022).

Desde la Educación para la Salud y la promoción de la salud, el abordaje de las poblaciones clave implica reconocerlas como sujetos de derechos y protagonistas de la respuesta, y no como meros objetos de intervención. En este marco, las estrategias de prevención combinada, el acompañamiento entre pares y el liderazgo comunitario se presentan como herramientas fundamentales para reducir las desigualdades, fortalecer el acceso a los servicios y promover procesos de empoderamiento individual y colectivo.

Desde el marco de esta investigación, el análisis de las poblaciones clave permite interpretar de manera crítica los resultados empíricos vinculados a las experiencias de acceso a la salud, al impacto del estigma y a la efectividad de las respuestas comunitarias en contextos territoriales específicos. De este modo, este apartado aporta una base teórica sólida para comprender las desigualdades observadas y para fundamentar propuestas orientadas a la equidad y la justicia social en la respuesta al VIH.

6. Determinantes estructurales, desigualdades sociales y respuesta al VIH

Desde sus inicios, el VIH ha estado profundamente implicado en las dinámicas de circulación de personas, bienes, capitales e información, propias del sistema mundial contemporáneo. En este sentido, diversos autores coinciden en señalar que el VIH es tanto un fenómeno biomédico como un hecho social global, atravesado por relaciones estructurales de desigualdad (Villegas-Manrique, 2021).

La globalización, entendida como un proceso multidimensional que reorganiza las relaciones económicas, sociales y culturales a escala planetaria, ha generado condiciones diferenciales para la propagación del VIH y para las respuestas frente a la epidemia. Wallerstein (2009), desde la teoría del sistema-mundo, sostiene que el capitalismo global produce y reproduce desigualdades estructurales entre países centrales, periféricos y semiperiféricos, lo que se traduce en asimetrías profundas en el acceso a recursos, tecnologías sanitarias y derechos sociales. Estas asimetrías se reflejan de manera directa en la distribución desigual del impacto del VIH y en las posibilidades de acceso al diagnóstico y tratamiento.

En las primeras décadas de la epidemia, los países de altos ingresos concentraron los avances científicos y el acceso a los tratamientos antirretrovirales, mientras que vastas regiones de África, América Latina y Asia enfrentaron tasas elevadas de mortalidad asociadas a la falta de medicamentos y a sistemas de salud debilitados. Tal como señalan Farmer et al. (2006), el VIH evidenció con crudeza cómo las desigualdades sociales “se inscriben en los cuerpos”, determinando quiénes enferman, quiénes acceden a cuidados y quiénes mueren.

Desde una perspectiva crítica, autores como Carcanholo y Nakatani (1999) y Behring (2008) advierten que las políticas neoliberales impulsadas en el marco de la globalización han debilitado el rol del Estado en la provisión de derechos sociales, promoviendo la mercantilización de la salud y la focalización de las políticas públicas. En este contexto, el VIH se convierte en un problema social agravado por la precarización laboral, la pobreza, la migración forzada y la exclusión social, factores que incrementan la vulnerabilidad de determinados grupos poblacionales.

No obstante, la globalización también ha habilitado procesos de articulación transnacional que han resultado clave en la respuesta al VIH. La circulación de saberes, experiencias y estrategias de incidencia política permitió la emergencia de un movimiento global de personas que viven con VIH, organizaciones comunitarias y activistas que cuestionaron el

monopolio de la industria farmacéutica y exigieron el acceso universal a los tratamientos. La reducción de los costos de los antirretrovirales y la incorporación de estos medicamentos en los sistemas públicos de salud constituyen logros concretos de estas luchas colectivas (ONUSIDA, 2020).

En América Latina, la respuesta al VIH se ha visto condicionada por las desigualdades estructurales propias de la región, caracterizada por altos niveles de concentración de la riqueza y segmentación de los sistemas de salud. Sin embargo, también se ha destacado por el protagonismo de las organizaciones de la sociedad civil y por la incorporación progresiva de enfoques de derechos humanos en las políticas públicas. La noción de respuesta integral al VIH, que articula prevención, atención, tratamiento y abordaje de los determinantes sociales, se inscribe en este marco regional (PAHO, 2019).

En el contexto argentino, y particularmente en provincias como Jujuy, las dinámicas globales se expresan de manera localizada. La condición de frontera, la presencia de flujos migratorios regionales, las desigualdades territoriales y las brechas en el acceso a servicios de salud configuran escenarios específicos de vulnerabilidad frente al VIH. En estos territorios, las políticas nacionales dialogan con realidades locales atravesadas por condiciones socioeconómicas desiguales, diversidad cultural y limitaciones en la capacidad estatal, lo que refuerza la centralidad del trabajo comunitario y del liderazgo de las organizaciones sociales.

Desde el campo de la educación para la salud, analizar el VIH desde la perspectiva de la globalización y las desigualdades implica reconocer que las prácticas de cuidado, prevención y acceso a derechos no dependen exclusivamente de decisiones individuales, sino de contextos estructurales que condicionan las posibilidades de elección. En este sentido, la educación para la salud se posiciona como una herramienta clave para visibilizar estas desigualdades, promover la reflexión crítica y fortalecer procesos de empoderamiento individual y colectivo.

En síntesis, la relación entre globalización, desigualdades y VIH y sida permite comprender la epidemia como un fenómeno social complejo, en el que confluyen determinantes estructurales, políticas públicas, dinámicas comunitarias y trayectorias individuales. Este enfoque resulta fundamental para analizar las respuestas locales al VIH y para diseñar estrategias educativas y comunitarias que, lejos de reproducir lógicas asistencialistas, contribuyan a la construcción de ciudadanía, equidad y justicia social.

7. Los objetivos 30-80-60 en la estrategia global: un marco para la acción comunitaria

La respuesta global al VIH y sida ha evolucionado significativamente, integrando un enfoque integral que reconoce que el fin de la epidemia requiere trascender lo meramente biomédico y abordar las profundas desigualdades sociales que la sostienen. Este paradigma se consolida en los Objetivos 30-80-60, adoptados por los Estados Miembros en la Estrategia Global contra el SIDA 2021-2026 de ONUSIDA y la Declaración Política de 2021 sobre el VIH/SIDA.

A diferencia de los anteriores objetivos centrados en cascadas de tratamiento, estas nuevas metas establecen que, para el año 2025, las organizaciones y redes comunitarias deben liderar la provisión del 30% de los servicios de pruebas y tratamiento, el 80% de los servicios de prevención para poblaciones clave, y el 60% de los programas para generar habilitadores sociales. Este giro estratégico posiciona a las comunidades, especialmente a las poblaciones clave y las personas que viven con el VIH, no como beneficiarias pasivas, sino como agentes esenciales y corresponsables de la prestación de servicios y la transformación del entorno social.

La fundamentación de estos objetivos radica en la evidencia acumulada de que las respuestas al VIH más efectivas, sostenibles y con mayor capacidad de llegar a las personas más vulnerables son aquellas que están arraigadas en la comunidad. Las organizaciones lideradas por la comunidad poseen una legitimidad, un conocimiento contextual y un acceso únicos, lo que les permite diseñar e implementar intervenciones culturalmente apropiadas y centradas en los derechos humanos. Por lo tanto, los objetivos 30-80-60 trascienden lo operativo para erigirse en un imperativo de justicia social y eficacia programática, que busca redistribuir poder, recursos y capacidad de decisión hacia quienes están en la primera línea de la epidemia.

En la práctica, la implementación de este marco se materializa a través de roles comunitarios concretos. Para cumplir con las metas del 30% y 80%, las organizaciones realizan actividades como la promoción de la salud, la alfabetización sanitaria, el ofrecimiento de pruebas rápidas de VIH e ITS, y la facilitación del acceso a la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y al tratamiento antirretroviral para quienes tienen resultado positivo para VIH. Para alcanzar el objetivo del 60% en habilitadores sociales, lideran iniciativas fundamentales como el Índice de Estigma hacia las Personas que Viven con VIH, que documenta experiencias de discriminación para informar políticas, y abogan por

marcos legales que protejan los derechos humanos y eliminen barreras estructurales. Además, ejercen una vigilancia comunitaria para evaluar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud, generando datos que permiten exigir rendición de cuentas a los sistemas de salud.

En conclusión, los objetivos 30-80-60 constituyen el núcleo del marco teórico contemporáneo para una respuesta al VIH que busca ser verdaderamente transformadora y equitativa. Sostenidos por evidencia y por consenso político internacional, articulan un modelo donde la cura social —entendida como la reparación del tejido comunitario, la eliminación del estigma y el ejercicio pleno de los derechos— es inseparable del éxito biomédico. Para una investigación en ciencias sociales o de la salud, analizar la adopción, implementación e impacto de estas metas ofrece una potente lente para comprender las dinámicas de poder, participación ciudadana y gobernanza en salud en el siglo XXI, destacando el papel irremplazable de la acción colectiva y la memoria comunitaria en la construcción de sistemas de salud más justos y resilientes.

Hipótesis

Las organizaciones, grupos y redes comunitarias de la provincia de Jujuy desempeñaron un rol relevante en la respuesta al VIH y sida, contribuyendo a la prevención, la promoción de la salud y el acompañamiento de las personas afectadas. No obstante, el alcance y la sostenibilidad de sus acciones estuvieron condicionados por barreras estructurales, tales como la limitada articulación con el sistema de salud, la precariedad del financiamiento y las dificultades para la implementación efectiva de los marcos normativos y políticas públicas vigentes.

Material y métodos

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo cualitativo con diseño descriptivo-exploratorio. Si bien el proyecto original contemplaba un enfoque mixto (cuantitativo-cualitativo), durante la fase de acercamiento a las organizaciones se identificó que la naturaleza sensible del tema, la necesidad de profundizar en las experiencias subjetivas y las dinámicas complejas del trabajo comunitario requerían un abordaje más flexible y comprensivo. Además, las organizaciones participantes manifestaron preferencia por un espacio de diálogo abierto que permitiera narrar sus trayectorias, desafíos y logros con mayor riqueza contextual, lo que condujo a optar exclusivamente por la estrategia cualitativa mediante entrevistas en profundidad.

En el proyecto inicial se contempló la realización de una prueba piloto del instrumento con organizaciones no incluidas en la muestra final, con el objetivo de evaluar la claridad de las preguntas, la duración de la entrevista y su capacidad para relevar información relevante. Sin embargo, dado el enfoque cualitativo finalmente adoptado y el carácter semiestructurado de la entrevista, la validación del instrumento se realizó de manera progresiva y reflexiva durante las primeras instancias del trabajo de campo.

En esta fase inicial, se entrevistó al menos a una organización por cada estrato organizacional identificado (asociaciones, redes y fundaciones), lo que permitió evaluar empíricamente la pertinencia de la guía de entrevista en relación con las dimensiones analíticas predefinidas. A partir de estas primeras entrevistas se realizaron ajustes menores en la formulación y el orden de las preguntas, priorizando la fluidez narrativa y asegurando que todas las dimensiones y variables de análisis fueran efectivamente abordadas en el discurso de los participantes.

Población

El universo teórico del estudio estuvo constituido por todas las personas referentes de los grupos, organizaciones y redes vinculadas al VIH registradas en el Registro Provincial creado por la Resolución 591/23 del Ministerio de Salud de Jujuy. Se consideró como unidad de análisis a las organizaciones, grupos y redes, y como unidad de observación a sus referentes o líderes comunitarios.

(<https://servicios.msaludjujuy.gov.ar/Registro/Secretariacg.aspx>).

Muestra

Se empleó un muestreo intencional estratificado por tipo de organización con el objetivo de garantizar la representación de las diferentes modalidades organizativas presentes en el registro provincial y captar la diversidad de experiencias dentro del ecosistema comunitario de respuesta al VIH en Jujuy. La muestra final se configuró considerando la estructura organizacional identificada en el Registro Provincial y mediante el mapeo inicial de actores.

La muestra estuvo compuesta por 8 organizaciones distribuidas de la siguiente manera:

- 2 Asociaciones Civiles (San Salvador de Jujuy y San Pedro)
- 2 Redes Comunitarias (San Salvador de Jujuy)
- 4 Fundaciones (San Salvador de Jujuy, Palpalá, Libertador Gral. San Martín)

Esta distribución reflejó la composición real del campo organizacional en la provincia, donde las fundaciones representaron la modalidad más frecuente, seguida por asociaciones y redes. Se priorizó la inclusión de organizaciones con diferentes tiempos de trayectoria, cobertura geográfica (capital e interior provincial) y poblaciones objetivo, con el fin de captar la máxima variación de experiencias.

El tamaño muestral se determinó mediante el principio de saturación teórica por estrato organizacional. El proceso de recolección de datos continuó hasta que, dentro de cada categoría organizacional (asociaciones, redes, fundaciones), las nuevas entrevistas dejaron de aportar información sustancialmente nueva o diferente respecto a las dimensiones de análisis predefinidas. Este criterio permitió alcanzar una comprensión profunda y matizada de cada tipo organizacional, garantizando al mismo tiempo la diversidad de perspectivas dentro del universo de estudio.

Proceso de selección:

- Se realizó un mapeo inicial de todas las organizaciones registradas, clasificándolas según su tipo legal y operativo.
- Se estableció contacto con al menos una organización de cada estrato para la fase piloto.
- Se amplió progresivamente la muestra dentro de cada estrato hasta alcanzar la saturación teórica.
- Se mantuvo un equilibrio entre organizaciones con sede en San Salvador de Jujuy y aquellas con operación en el interior provincial.

Todas las organizaciones contactadas cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar voluntariamente en el estudio, lo que permitió una tasa de participación del 100% dentro de la muestra definida estratégicamente.

Variables

Para el análisis se definieron las siguientes dimensiones y variables-guía, adaptadas del marco de Rodríguez-García et al. (2011):

1. Caracterización organizacional: Tipo de organización, tiempo de trabajo, ámbito de operación, fuentes de financiamiento.
2. Acciones y beneficiarios: Áreas de actividad principales, grupos beneficiarios, descripción de actividades.
3. Participación y liderazgo: Grado y formas de participación, mecanismos de influencia en políticas públicas, percepción del liderazgo comunitario.
4. Colaboraciones y redes: Tipo de alianzas, actores clave identificados, naturaleza de las colaboraciones.
5. Factores contextuales: Influencia de factores políticos, culturales, sociales y geográficos en el trabajo comunitario.
6. Sostenibilidad y desafíos: Sistemas de evaluación, principales obstáculos, estrategias de sostenibilidad.
7. Marco normativo: Conocimiento y aplicación de la Ley 27.675, participación en espacios institucionales, acceso a derechos.
8. Vinculación con el sistema de salud: Colaboración con CePAT, CAPS, hospitales y Ministerio de Salud.

Estas variables funcionaron como categorías analíticas orientadoras del proceso de codificación y análisis, permitiendo operacionalizar las dimensiones de las respuestas comunitarias al VIH y sida propuestas por Rodríguez-García et al. (2011). Si bien dichas dimensiones no se abordaron como variables cerradas, orientaron la construcción de la guía de entrevista y el análisis temático del material empírico, favoreciendo una lectura integral y situada de las prácticas comunitarias.

Procedimientos para la recolección de la información

La técnica principal de recolección de datos fue la entrevista en profundidad semiestructurada. Se elaboró una guía de entrevista basada en las dimensiones del marco teórico y los objetivos de investigación, que sirvió como herramienta flexible para orientar la conversación sin restringir el flujo narrativo de los participantes.

Procedimiento de recolección:

1. Contacto inicial: Se estableció contacto con las organizaciones a través de los datos del Registro Provincial, explicando los objetivos del estudio y solicitando su participación.
2. Coordinación: Se acordaron fecha, hora y lugar para la entrevista, priorizando espacios seguros y confortables para los participantes.
3. Ejecución de entrevistas: Cada entrevista tuvo una duración promedio de 60 a 90 minutos, fue grabada en audio con el consentimiento explícito del participante, y se tomaron notas de campo complementarias.
4. Transcripción: Todas las entrevistas fueron transcritas textualmente, respetando el lenguaje y las expresiones originales de los participantes, y eliminando cualquier dato identificador para preservar el anonimato.
5. Validación participativa: Se realizó una devolución preliminar de los principales hallazgos a un subgrupo de participantes para confirmar la fidelidad de la interpretación.

Consideraciones Éticas

El estudio se rigió por los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y la Ley Nacional 25.326 de Protección de Datos Personales. A todos los participantes se les presentó una Hoja Informativa detallada y se les solicitó su Consentimiento Informado por escrito, en el que se garantizó: la voluntariedad de la participación, la confidencialidad de los datos, el anonimato en las publicaciones, la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin consecuencias, y el uso exclusivo de la información con fines académicos y de mejora de políticas públicas.

Procedimientos para la interpretación de la información

El análisis de los datos se realizó mediante análisis de contenido temático siguiendo la propuesta de Braun y Clarke (2006), que consta de las siguientes fases:

1. Familiarización: Lectura repetida y exhaustiva de las transcripciones para una comprensión profunda del material.
2. Generación de códigos iniciales: Identificación sistemática de fragmentos de texto relevantes para los objetivos de investigación.

3. Búsqueda de temas: Agrupación de códigos en temas potenciales que capturan patrones significativos.
4. Revisión de temas: Refinamiento de los temas, verificando su coherencia interna y su relación con el conjunto de datos.
5. Definición y nominación de temas: Desarrollo de una descripción clara de cada tema y selección de extractos ilustrativos.
6. Elaboración del informe: Integración de los temas en un relato analítico que da respuesta a los objetivos de investigación.

El proceso de codificación y análisis se apoyó en el software especializado Atlas.ti 23, que facilitó la organización sistemática del material cualitativo. El análisis fue realizado de forma independiente por la investigadora y luego discutido con el tutor para triangular las interpretaciones y fortalecer la validez del análisis. Los resultados se presentan integrando citas textuales significativas de los participantes que ilustran y fundamentan los hallazgos.

Este enfoque permitió una comprensión más rica y matizada de las dinámicas del liderazgo comunitario y de las respuestas colectivas frente al VIH en Jujuy, posibilitando el análisis articulado de dimensiones como el liderazgo, la acción colectiva, la incidencia política, el acceso a servicios, la educación y la sostenibilidad, a través de variables analíticas que emergieron de manera transversal en los relatos de los actores comunitarios.

Resultados

La presente sección expone los resultados del análisis cualitativo de las entrevistas realizadas, organizado a partir de un enfoque interpretativo y relacional. El análisis se desarrolló mediante procesos de codificación y construcción de categorías, apoyados en el uso del software Atlas.ti, lo que permitió identificar recurrencias, relaciones y ejes transversales en los discursos de los actores comunitarios. La presentación de los resultados se estructura inicialmente a partir del análisis de cada entrevista, para luego integrar los hallazgos en redes conceptuales y visualizaciones analíticas que dan cuenta de la respuesta comunitaria al VIH y al sida en la provincia de Jujuy.

Análisis cualitativo de la Entrevista N.º 1

El análisis temático de la Entrevista 1 permitió identificar un conjunto de sentidos articulados en torno a la acción comunitaria frente al VIH, donde se entrelazan la trayectoria organizacional, las prácticas territoriales, las relaciones con el Estado y los desafíos para la sostenibilidad de las intervenciones. La entrevistada A, referente de una asociación civil con participación activa desde el año 2017, describe una organización sostenida principalmente por el trabajo voluntario de profesionales del ámbito de la salud y disciplinas afines. Esta modalidad de funcionamiento aparece como una fortaleza en términos de compromiso, pero también como una limitación estructural, tal como expresa al señalar que *“no es un trabajo en sí, sino que la voluntad de los asociados hace de que podamos hacer este tipo de intervenciones”*.

En el relato se reconoce que la organización surge a partir de una toma de conciencia colectiva respecto de la necesidad de generar respuestas comunitarias ante el VIH, especialmente en contextos donde la presencia estatal resulta insuficiente. La entrevistada atribuye a las organizaciones de la sociedad civil la capacidad de *“hacer una pequeña diferencia en el grupo”*, posicionándolas como actores clave en la promoción de la salud y la prevención, con un fuerte anclaje territorial y una orientación hacia las necesidades concretas de las poblaciones destinatarias.

Las acciones desarrolladas se caracterizan por su flexibilidad y adaptación a los contextos locales. La entrevistada menciona intervenciones vinculadas al testeo comunitario itinerante, inspiradas en el modelo CePAT, estrategias de acompañamiento y asesoría, así como actividades de capacitación permanente.

Aclara que si bien hay varios socios que están formados para testear, la organización no está acreditada como CePAT. Estas prácticas se redefinieron especialmente a partir de la pandemia, incorporando modalidades como la asesoría telefónica, que permitieron sostener el vínculo con las comunidades, particularmente con las personas con VIH. No obstante, se advierte que la existencia de una oferta de servicios no garantiza por sí sola la participación, ya que *“la demanda hay que estimularla”*, lo que implica un trabajo continuo de sensibilización y acercamiento.

En relación con las poblaciones destinatarias, el discurso da cuenta de una orientación prioritaria hacia grupos clave en el marco de la respuesta al VIH, aunque también se mencionan acciones específicas dirigidas a población de personas con diagnóstico positivo para VIH con las que tienen un contacto a partir de haberles brindado el servicio de asesoramiento para el acceso a las pensiones no contributivas que les reconoce la Ley Nacional 27675. La identificación de estos grupos no responde a una planificación rígida, sino que emerge del contacto directo con el territorio y de las demandas que los propios integrantes de la organización acercan desde sus espacios de inserción laboral y comunitaria, lo que refuerza el carácter situado de las intervenciones.

El vínculo con otros actores institucionales aparece atravesado por tensiones y asimetrías. La entrevistada señala que la iniciativa para la articulación intersectorial proviene mayormente de las organizaciones comunitarias, afirmando que *“siempre las organizaciones que estamos afuera del ministerio somos las que pedimos, convocamos reuniones”*. En este marco, los municipios son percibidos como aliados estratégicos para la implementación de acciones territoriales, mientras que el Ministerio de Salud es descripto como un actor distante, con escasa capacidad de articulación sostenida y limitada presencia en el acompañamiento de las iniciativas comunitarias.

El contexto político e institucional es caracterizado como adverso para el desarrollo de respuestas integrales y sostenibles frente al VIH. La entrevistada menciona la debilidad de las políticas públicas, la ausencia de unidades específicas de respuesta y la falta de continuidad en las gestiones, lo que genera una brecha entre el plano normativo y la práctica concreta. Esta situación se sintetiza en la afirmación de que *“el plan estratégico está en la letra escrita, pero en la práctica no se hace”*, evidenciando las dificultades para garantizar la implementación efectiva de las acciones previstas.

La participación comunitaria es concebida como un proceso que requiere tiempo, formación y un conocimiento profundo de las dinámicas socioculturales locales. La entrevistada enfatiza que no es posible promover una participación efectiva sin comprender a quiénes se dirige la intervención, señalando que *“si vos no conoces a la persona que quieres llegar, difícilmente se logre una respuesta adecuada”*. En este sentido, el diagnóstico previo del territorio y la construcción de vínculos de confianza aparecen como condiciones indispensables para el trabajo comunitario.

Las redes de colaboración constituyen un elemento central para la sostenibilidad de las acciones. La organización sostiene vínculos principalmente informales con otras organizaciones de mayor trayectoria, tanto a nivel nacional como internacional, que facilitan el acceso a datos, directrices y documentos, como también conocimiento sobre nuevos insumos preventivos, de testeo y medicamentos. La entrevistada señala que *“los insumos no vienen del ministerio, vienen de otras organizaciones”*, lo que pone de manifiesto la dependencia de apoyos externos para sostener intervenciones básicas y, al mismo tiempo, la fragilidad de un sistema que no garantiza estos recursos desde el ámbito estatal.

Finalmente, el análisis permite identificar barreras estructurales que limitan la efectividad de las acciones comunitarias, entre las que se destacan la falta de recursos, la burocracia administrativa y el control centralizado de las actividades por parte del Ministerio de Salud. La ausencia de insumos esenciales, como preservativos, es mencionada de manera explícita: *“no existe ni siquiera preservativos hoy por hoy”*, lo que representa una vulneración directa del derecho a la salud de las poblaciones destinatarias. A pesar de estas dificultades, la organización continúa desarrollando estrategias para sostener su trabajo, apoyándose en el compromiso voluntario, la formación constante y el fortalecimiento de redes comunitarias.

Tabla 1: Descripción de variables y categorías emergentes – Entrevista 1

Variable	Categorías
Tipo de organización	Organización de la sociedad civil, trabajo voluntario
Áreas de actividad	Prevención, promoción, testeo, acompañamiento, capacitación
Beneficiarios	Poblaciones clave, población infantil (enfoque específico)
Actores clave	OSC, municipios, CEPAT, organizaciones nacionales

Variable	Categorías
Factores contextuales	Debilidad de políticas públicas, desfinanciamiento, inestabilidad
Participación comunitaria	Pertenencia territorial, participación activa, investigación previa
Colaboraciones	Redes informales, relaciones de confianza
Barreras estructurales	Falta de insumos, burocracia, ausencia estatal

Análisis cualitativo de la Entrevista N.º 2

El análisis temático de la Entrevista 2 permite comprender la respuesta comunitaria frente al VIH desde una perspectiva situada, atravesada por la experiencia de vida, el género y las condiciones de exclusión social que estructuran las prácticas organizativas del colectivo entrevistado.

La entrevistada B se desempeña como referente de una organización comunitaria integrada por trabajadoras sexuales, con fuerte anclaje territorial en la provincia de Jujuy. Su trayectoria en la temática del VIH se vincula directamente con su experiencia personal y comunitaria, lo que configura una mirada integral de la problemática y orienta las acciones de prevención y acompañamiento desde una lógica de cercanía y cuidado entre pares.

La pandemia de COVID-19 aparece en el relato como un punto de inflexión que reactiva y fortalece la organización, profundizando su rol comunitario ante la ausencia de respuestas estatales adecuadas. En ese contexto, las acciones vinculadas a la prevención del VIH se articulan con demandas básicas de supervivencia, como el acceso a la alimentación y a la atención de la salud. La entrevistada describe este período como un momento en el que *“había que darle mercadería, había que velar por su salud, haciendo prevención... había que alimentarlas en medio de la pandemia”*, evidenciando una concepción ampliada de la salud que excede el enfoque biomédico y reconoce la interdependencia entre condiciones materiales de vida y prácticas preventivas.

El origen y la identidad de la organización se encuentran profundamente ligados a la historia de lucha de las trabajadoras sexuales y a la figura de una gran activista como referencia simbólica y política. Este legado se traduce en una forma de organización basada en la cercanía, la confianza y la presencia constante en el territorio. El liderazgo asumido por la entrevistada se construye desde la experiencia compartida y la legitimidad otorgada por las propias compañeras, más que desde estructuras formales o reconocimientos institucionales. No obstante, este liderazgo aparece tensionado por el desgaste acumulado

de años de militancia y por la falta de apoyos sostenidos, tal como expresa al señalar que, a pesar del cansancio, decidió continuar *“porque me conocen las chicas”*.

Las prácticas de prevención del VIH se desarrollan principalmente en el espacio callejero y se adaptan a las dinámicas propias del trabajo sexual. La entrega directa de preservativos, la promoción del testeo y el acompañamiento personalizado de las compañeras constituyen acciones centrales de la organización. Sin embargo, la escasez de insumos emerge como un obstáculo recurrente que limita la capacidad preventiva. La reducción drástica en la cantidad de preservativos disponibles es vivida como una expresión de abandono estatal y es relatada con indignación: *“antes nos daban cajas inmensas... ahora le tengo que dar 20 preservativos. ¿Qué nivel de miseria?”*. Esta situación no solo afecta la prevención, sino que refuerza la sensación de precariedad y desprotección.

Las destinatarias de las acciones son trabajadoras sexuales que, en muchos casos, atraviesan situaciones de pobreza, consumo problemático de sustancias y exclusión social. Frente a este escenario, la entrevistada construye una mirada integral de la salud que incluye el acompañamiento emocional, el seguimiento de la adherencia al tratamiento y el acceso efectivo a la medicación. El vínculo de confianza con las compañeras permite un seguimiento cercano de los casos de VIH, expresado en prácticas cotidianas como recordar controles médicos y retirar la medicación: *“tratamos de decirle, che, ¿te hiciste la analítica?, ¿fuiste a sacar tu pastillita?”*. Estas acciones refuerzan el carácter comunitario del cuidado y la centralidad del acompañamiento entre pares.

La articulación con el sistema de salud se configura de manera fragmentada y dependiente de relaciones personales más que de políticas institucionales consolidadas. La entrevistada identifica a algunos centros de salud barriales, como la *“Salita Alberdi”*, como espacios de referencia accesibles y empáticos, destacando el compromiso de profesionales específicos. En contraste, la relación con el Ministerio de Salud aparece atravesada por la burocracia, la rotación constante de funcionarios y la falta de continuidad en las políticas, lo que dificulta la planificación y sostenimiento de las acciones comunitarias.

Los factores contextuales que inciden en el trabajo de la organización son descritos como profundamente limitantes y vulneradores de derechos. La burocracia administrativa emerge como una barrera estructural que impacta directamente en la salud de las personas, especialmente en el acceso oportuno a la medicación antirretroviral. La entrevistada ilustra esta situación a partir de su propia experiencia, relatando las múltiples gestiones realizadas

para obtener sus pastillas, que implicaron recorrer diferentes instituciones durante varios días hasta lograr la entrega. Este relato pone en evidencia la distancia entre el reconocimiento normativo del derecho a la salud y su garantía efectiva en la práctica.

La participación comunitaria y el liderazgo aparecen atravesados por una fuerte tensión entre el compromiso sostenido y la soledad en la toma de decisiones. La entrevistada se reconoce como activista, pero expresa de manera reiterada el aislamiento y la sobrecarga que implica representar casi en exclusividad al colectivo: *“me siento sola, sola, sola... lidero como que yo sería la única trabajadora sexual que hay”*. Esta centralización del liderazgo, lejos de ser una elección estratégica, se presenta como una consecuencia de la falta de recursos, de la imposibilidad de delegar gestiones y de las exigencias burocráticas que recaen sobre una sola persona.

Las redes de colaboración con otras organizaciones sociales constituyen un sostén fundamental para la continuidad del trabajo comunitario. La entrevistada señala que el acceso a recursos depende casi exclusivamente de apoyos externos, principalmente de financiamiento internacional, ante la ausencia de aportes tanto provinciales como nacionales: *“de provincia no, nación tampoco... es extranjera”*. Esta dependencia refuerza la fragilidad de la organización y limita la sostenibilidad de las acciones, al tiempo que evidencia la falta de compromiso estatal con las respuestas comunitarias frente al VIH.

En síntesis, el análisis de la Entrevista 2 permite identificar una respuesta comunitaria profundamente comprometida, pero estructuralmente precarizada, sostenida por el trabajo militante, la experiencia compartida y las redes informales. A pesar de las múltiples barreras identificadas —falta de insumos, financiamiento insuficiente, burocracia y sobrecarga del liderazgo— la organización continúa desarrollando acciones de prevención y acompañamiento “a pulmón”, reafirmando la centralidad de las prácticas comunitarias en contextos donde el Estado no logra garantizar de manera efectiva el derecho a la salud.

Tabla 2: Descripción de variables y categorías emergentes – Entrevista 2

Variable	Categorías
Tipo de organización	Red de trabajadoras sexuales
Áreas de actividad	Prevención callejera, acompañamiento, testeo, asistencia social
Beneficiarios	Trabajadoras sexuales, Pc/VIH
Actores clave	Centros de salud barriales, organizaciones sociales

Variable	Categorías
Factores contextuales	Vulnerabilidad social, burocracia, falta de insumos
Participación comunitaria	Liderazgo personal, acompañamiento directo
Colaboraciones	Redes interorganizacionales, financiamiento internacional
Barreras estructurales	Falta de recursos, sobrecarga del liderazgo, escasa respuesta estatal

Análisis Entrevista N.º 3.

El análisis temático de la Entrevista 3 permite reconstruir un proceso de organización comunitaria que emerge como respuesta directa a experiencias de violencia, exclusión social y estigmatización hacia personas trans en contextos de alta vulnerabilidad. La entrevistada C se desempeña como referente de una organización comunitaria de base, cuya conformación se encuentra profundamente ligada a vivencias personales y colectivas de discriminación. En este sentido, el liderazgo comunitario se configura desde una experiencia situada, donde el activismo aparece como una estrategia de resistencia y de construcción colectiva frente a un entorno social hostil. La entrevistada relata que la organización surge en un contexto en el que *“nos sentíamos muy vulnerables en la sociedad”*, describiendo situaciones de persecución policial, agresiones físicas y simbólicas, y la necesidad cotidiana de *“andar escondiéndose”*, lo que impulsó la decisión de organizarse colectivamente para generar redes de protección y cuidado.

El liderazgo que se construye en el marco de esta organización se caracteriza por un fuerte componente afectivo y comunitario. Más que una estructura institucional formal, la organización se define como un espacio de contención cotidiana, donde los vínculos se construyen en términos de una familia ampliada. Esta lógica aparece de manera reiterada en el discurso de la entrevistada, quien afirma que *“somos familia, somos hermanas”* y que *el acompañamiento se sostiene las 24 horas del día*. El liderazgo se apoya así en la presencia constante, la disponibilidad emocional y la cercanía territorial, configurando una modalidad de conducción basada en el cuidado, la confianza y la experiencia compartida.

En relación con las acciones desarrolladas, la organización despliega prácticas orientadas a la prevención del VIH, el testeo a través del CePAT propio, el acompañamiento en salud y la contención social.

La existencia de un dispositivo comunitario de testeo y asesoramiento propio, abierto a la población en general, constituye un rasgo distintivo del accionar organizativo y un avance significativo en términos de acceso a la salud desde una perspectiva comunitaria. La entrevistada destaca que este espacio funciona de manera regular y que, ante resultados reactivos, se realiza el acompañamiento y la derivación correspondiente al sistema de salud, reforzando la idea de una práctica que no se limita al diagnóstico, sino que incluye el seguimiento y el cuidado integral de las personas.

Asimismo, la organización desarrolla actividades preventivas y formativas en el territorio, tales como charlas en escuelas secundarias, intervenciones comunitarias y acciones de difusión. Estas prácticas amplían el alcance del trabajo más allá de las personas directamente vinculadas a la organización y contribuyen a disputar sentidos en torno al VIH, la identidad de género y los derechos. En este marco, la entrevistada subraya la importancia de “*darse a conocer*” como una estrategia central para fortalecer el liderazgo comunitario, señalando que muchas de estas acciones aún son percibidas como “*algo nuevo*” tanto por la sociedad como por las instituciones.

La relación con el Estado aparece en el relato de manera ambivalente. Si bien la organización se encuentra formalmente inscripta en registros provinciales vinculados al VIH y ha participado en instancias de diálogo con áreas gubernamentales, estas instancias no siempre se traducen en respuestas concretas. La entrevistada expresa la sensación de ser escuchada sin que ello derive en acciones efectivas, lo que da cuenta de una participación de carácter más consultivo que decisorio. Esta situación se refuerza en el relato sobre la solicitud de insumos, donde se describen procedimientos burocráticos que dificultan el acceso oportuno a preservativos y otros recursos indispensables para sostener las acciones preventivas.

En relación con la implementación de políticas públicas vinculadas al VIH y a la identidad de género, la entrevistada reconoce ciertos avances, particularmente en el acceso a tratamientos y estudios como carga viral y CD4. No obstante, señala que el acompañamiento comunitario resulta clave para que estos derechos se materialicen efectivamente. Persisten, además, dificultades de orden administrativo y simbólico, especialmente en lo referido al reconocimiento de la identidad autopercebida en los sistemas de registro y atención en salud, lo que continúa generando situaciones de discriminación y maltrato institucional.

Al abordar la sostenibilidad del trabajo comunitario, la entrevistada identifica como principales barreras la falta de recursos económicos estables y la dependencia de financiamiento proveniente de organismos internacionales. A pesar de estas limitaciones, el compromiso militante y el legado de referentes históricas del activismo trans aparecen como motores fundamentales que sostienen la acción colectiva. La creación de un espacio comunitario concebido como refugio y ámbito de cuidado se presenta como una expresión concreta de este compromiso, orientada a dar respuesta a situaciones de extrema vulnerabilidad, especialmente de niñas y jóvenes trans atravesadas por múltiples formas de violencia.

En conjunto, el análisis de la Entrevista 3 evidencia un liderazgo comunitario fuertemente enraizado en la experiencia vivida, con una alta capacidad de contención, acción territorial e incidencia simbólica, aunque condicionado por la precariedad de recursos y por una articulación estatal aún insuficiente. Este caso aporta elementos centrales para comprender cómo las organizaciones comunitarias de base sostienen, en la práctica cotidiana, una parte sustantiva de la respuesta comunitaria frente al VIH en la provincia.

Tabla 3: Descripción de variables y categorías emergentes - Entrevista 3

Variable	Categorías
Tipo de organización	Organización de la Sociedad Civil, vinculadas a la diversidad.
Áreas de actividad	Prevención, testeo, acompañamiento, contención social, formación comunitaria
Beneficiarios principales	Personas trans, trabajadoras sexuales, población en situación de vulnerabilidad, comunidad en general
Actores clave	Líderes comunitarios, referentes de OSC, equipos de salud
Factores contextuales	Estigmatización, discriminación, violencia institucional, exclusión social
Participación comunitaria	Liderazgo comunitario activo, acompañamiento cercano, contención permanente
Colaboraciones	Vinculación con organismos internacionales, articulación parcial con el Estado
Barreras estructurales	Falta de financiamiento estable, burocracia estatal, acceso limitado a insumos

Análisis de la Entrevista N.º 4

El análisis temático de la Entrevista 4 permite reconstruir la trayectoria de una organización de la sociedad civil como una respuesta comunitaria organizada frente a la ausencia

histórica del Estado en la atención integral del VIH, particularmente hacia poblaciones de la diversidad sexual y sectores socialmente vulnerabilizados. La entrevistada D sitúa el origen de la organización en el año 2011, en un contexto marcado por el fallecimiento de personas de la comunidad LGBT sin acceso oportuno a atención sanitaria ni acompañamiento social, situación que operó como detonante para la conformación de una estrategia colectiva de cuidado y resistencia. En su relato, la organización surge cuando *“un montón de compañeros y compañeras de la comunidad LGBT iban falleciendo sin ningún tipo de respuesta por parte del hospital ni de la parte pública del Estado”*, evidenciando una experiencia temprana de vacío institucional.

Desde sus inicios, la organización se concibe con un enfoque integral y transversal del VIH, que excede una mirada exclusivamente biomédica. La entrevistada enfatiza que el VIH atraviesa múltiples dimensiones de la vida cotidiana y que no puede ser abordado únicamente desde lo sanitario. Esta perspectiva se expresa al señalar que *“no solamente abordábamos lo sanitario y nos olvidábamos de lo social”*, haciendo referencia a situaciones concretas en las que la falta de alimentación, vivienda digna o condiciones básicas de higiene obstaculizaban la continuidad de los tratamientos y agravaban el estado de salud de las personas. El abordaje comunitario se construye, así, desde una comprensión ampliada de la salud, anclada en las condiciones materiales y sociales de existencia.

El liderazgo comunitario emerge como un eje central del relato. A partir de 2013, la entrevistada asume la conducción de la organización, aportando una doble legitimidad basada en su pertenencia comunitaria y en su formación en el campo de la salud. Este posicionamiento fortalece los procesos de articulación con el sistema sanitario y con actores estatales locales, habilitando instancias de trabajo conjunto con hospitales, áreas municipales y programas de salud. En el discurso se identifican momentos de mayor institucionalización del vínculo con el Estado, que permitieron ampliar el abordaje hacia problemáticas sociales asociadas al VIH, como el acceso a la vivienda, la alimentación y las condiciones ambientales que inciden en la aparición de enfermedades oportunistas.

En relación con las prácticas desarrolladas, la entrevistada describe un conjunto amplio y sostenido de acciones que incluyen campañas de prevención, testeo rápido de VIH, sífilis y hepatitis, educación sexual integral en escuelas, acompañamiento post diagnóstico y derivación inmediata al sistema de salud.

Estas intervenciones se organizan bajo una modalidad territorial e itinerante, ya que la organización funciona como un dispositivo comunitario de testeo sin sede fija, desplazándose hacia los espacios donde la población lo requiere. En este marco, se destaca la implementación temprana de estrategias de prevención combinada, a partir de la articulación de hecho entre organizaciones comunitarias, el sistema de salud y el Estado local, incluso antes de su formalización a nivel nacional.

Un aspecto central del accionar comunitario que emerge del análisis es la estrategia comunicacional basada en el uso de un lenguaje coloquial, cercano y no técnico, orientado a generar confianza y accesibilidad. La entrevistada sostiene que la eficacia de las acciones radica en *“hablar el mismo lenguaje que la comunidad”*, respetando las formas locales de nombrar el cuerpo y la sexualidad, sin imponer categorías biomédicas o moralizantes. Esta modalidad favorece la apertura del diálogo, la detección de situaciones de abuso, desinformación y prácticas de riesgo, especialmente en niños, niñas y adolescentes, y refuerza el carácter territorial y situado de las intervenciones.

No obstante, el relato también da cuenta de fuertes tensiones y limitaciones estructurales. La entrevistada señala la persistencia de prácticas discriminatorias, maltrato institucional y barreras burocráticas dentro del sistema de salud y otras áreas del Estado, que impactan negativamente en la adherencia a los tratamientos y en la confianza de las personas hacia las instituciones públicas. Las experiencias de trato indigno hacia personas trans, adultas mayores o habitantes de zonas rurales aparecen como situaciones recurrentes que refuerzan el alejamiento del sistema sanitario. En este sentido, se subraya la necesidad de una implementación efectiva de las normativas vigentes y de la formación de los equipos de salud desde un enfoque de derechos.

Asimismo, se identifican dificultades significativas para la sostenibilidad del trabajo comunitario, principalmente asociadas a la falta de financiamiento, la ausencia de recursos propios y el carácter voluntario del trabajo organizacional. La reducción progresiva del número de integrantes y las dificultades para sostener campañas territoriales son señaladas como consecuencias directas de la escasa presencia estatal en el apoyo a las organizaciones comunitarias. A pesar de estas limitaciones, la organización continúa siendo un actor central en la respuesta local al VIH, sosteniendo redes de cuidado, detección temprana y acompañamiento integral que, en numerosos casos, suplen las falencias del Estado.

Finalmente, la entrevistada expresa una mirada crítica sobre el estado actual de las políticas públicas en VIH, señalando un retroceso en las estrategias de prevención, una creciente centralización de las acciones en espacios institucionales y una disminución de la presencia territorial. Desde su perspectiva, fortalecer la respuesta al VIH requiere recuperar el trabajo comunitario en el territorio, descentralizar el sistema de salud y reconocer a las organizaciones de la sociedad civil como actores estratégicos en el diseño e implementación de las políticas públicas.

Tabla 4: Descripción de variables y categorías emergentes – Entrevista 4

Variable	Categorías
Tipo de organización	Organización de la Sociedad Civil (OSC)
Área de Actividad	Actividades de forma integral y transversal, realizando articulaciones entre las dimensiones sanitarias, sociales y comunitarias.
Beneficiarios Principales	Comunidad LGTBIQ+, Trabajadoras sexuales.
Actores Claves	Personal de salud, áreas municipales y referentes de la OSC
Factores Contextuales	Burocracia, discriminación, falta de financiamiento y recursos.
Participación Comunitarias	Basadas en pares con Campañas, ESI, test rápidos, derivación clínica y apoyo social.
Colaboraciones	Trabajo con hospital, municipio, Ministerio de Salud y desarrollo humano.
Barreras Estructurales	Institucionales y estructurales como la discriminación y falta de recursos.

Análisis de la Entrevista N.º 5

El análisis temático de la Entrevista 5 permite reconstruir el proceso de conformación y consolidación de una organización comunitaria del interior de la provincia de Jujuy como respuesta emergente frente a una demanda local no atendida en torno al VIH. El entrevistado E sitúa el origen de la organización en el año 2016, a partir de la iniciativa de un pequeño grupo de estudiantes del campo de la salud que identificaron la ausencia de abordajes sistemáticos sobre la temática en la localidad. En su relato, la organización surge a partir de un diagnóstico comunitario inicial basada en la observación directa de una vacancia institucional, al señalar que *“la temática no estaba abordada acá”*, lo que evidencia la percepción de un territorio relegado de las políticas públicas en VIH.

En una primera etapa, las acciones se centraron en la realización de testeos comunitarios en espacios públicos, especialmente en fechas emblemáticas como el 1.º de diciembre. Estas intervenciones generaron tanto interés por parte de la comunidad como resistencias desde el sistema de salud local, debido a que el grupo aún no contaba con reconocimiento formal. El entrevistado refiere que estas prácticas fueron *“muy cuestionadas en ese momento”*, lo que pone de manifiesto las tensiones iniciales entre las iniciativas comunitarias emergentes y las estructuras sanitarias tradicionales. En este escenario, el acompañamiento de una organización internacional aparece como un factor clave para la continuidad del trabajo, al aportar insumos, respaldo técnico y legitimidad externa.

A lo largo del tiempo, la organización experimenta un proceso de crecimiento y diversificación, incorporando actores provenientes de distintas disciplinas del campo social y sanitario, así como personas que viven con VIH. Este recorrido da lugar a una redefinición del enfoque inicial, que deja de centrarse exclusivamente en el testeo para avanzar hacia un abordaje más integral, que incluye el acompañamiento post diagnóstico, la prevención combinada y la educación comunitaria. Como señala el entrevistado, *“no solamente queríamos realizar los test de VIH, sino también dar respuesta a las personas que daban diagnóstico positivo”*, marcando un desplazamiento hacia una lógica de cuidado continuo y no meramente instrumental.

La formalización de la organización se produce varios años después de iniciadas las acciones, tras un prolongado proceso de construcción colectiva. Este trayecto da cuenta de la precariedad estructural con la que suelen desarrollarse las respuestas comunitarias, sostenidas principalmente por el voluntariado y el compromiso militante. La ausencia de personería jurídica durante un largo período aparece como una de las principales barreras para la sostenibilidad del trabajo, limitando el acceso a financiamiento y obligando a cubrir gastos básicos con recursos personales. En este sentido, el entrevistado expresa que *“todo eso está saliendo de nuestro bolsillo”*, lo que evidencia una lógica de autogestión forzada que tensiona la continuidad de las acciones.

En relación con la articulación institucional, el relato distingue experiencias diferenciadas según el nivel del Estado. A nivel local, la organización ha logrado cierto reconocimiento y apoyo operativo, especialmente a partir de la participación en espacios vinculados a políticas internacionales de respuesta al VIH y en instancias de articulación municipal.

Sin embargo, esta participación es descripta como intermitente y condicionada, ya que las organizaciones no siempre son convocadas de manera sistemática a los espacios de planificación y toma de decisiones. A nivel provincial, la articulación aparece aún más limitada para las organizaciones del interior, debido a la centralización de las acciones en la capital y a las dificultades económicas para el traslado. La entrevistada sintetiza esta situación al afirmar que *“si no vamos a tocar la puerta, directamente no nos tienen en cuenta”*, lo que da cuenta de una participación comunitaria más reactiva que estructural.

El acceso a insumos constituye otro eje central del relato. Si bien la organización continúa recibiendo preservativos y test a través de redes externas y de su vinculación con dispositivos comunitarios de testeo, la burocracia asociada a estos circuitos es señalada como una limitación significativa. Los tiempos administrativos no siempre se corresponden con las dinámicas territoriales, dificultando la planificación flexible de las actividades. El entrevistado explica que, para realizar una acción en una fecha determinada, *“ya tendríamos que haber presentado todo meses antes”*, lo que restringe la capacidad de respuesta rápida ante demandas emergentes.

En cuanto al acompañamiento post diagnóstico, la organización despliega estrategias basadas en articulaciones informales pero efectivas con el sistema de salud, aprovechando la doble pertenencia de algunos integrantes como trabajadores sanitarios y referentes comunitarios. Aunque no existen protocolos escritos, se destaca la rapidez en la derivación a profesionales y el acompañamiento emocional brindado por pares, incluyendo personas que viven con VIH. Esta modalidad fortalece la confianza de la comunidad y humaniza el proceso de diagnóstico, al contemplar tanto los aspectos clínicos como los subjetivos y sociales.

El trabajo territorial se desarrolla tanto en dispositivos comunitarios de salud ubicados en barrios específicos como en actividades en plazas, instituciones educativas y zonas de alta vulnerabilidad social. El entrevistado subraya que la respuesta comunitaria suele ser mayor en los barrios periféricos que en las zonas céntricas, lo que refuerza la importancia de una estrategia descentralizada y situada. Asimismo, la participación en eventos comunitarios no específicamente vinculados al VIH es entendida como una oportunidad para trabajar la prevención y el autocuidado desde edades tempranas, ampliando el alcance del mensaje sanitario.

Finalmente, el análisis del discurso permite identificar una valoración positiva del liderazgo comunitario, aunque acompañada de una crítica sostenida a su escaso reconocimiento institucional. Desde la perspectiva del entrevistado, las organizaciones comunitarias sostienen gran parte de las acciones territoriales porque la comunidad confía más en ellas que en el Estado, especialmente frente a situaciones de estigma y discriminación. No obstante, se advierte que, sin apoyo económico sostenido, descentralización de las decisiones y fortalecimiento real de la participación comunitaria, la continuidad y el impacto de estas experiencias se encuentran seriamente amenazados.

Tabla 5: Descripción de variables y categorías emergentes - Entrevista 5

Variable	Categorías
Tipo de organización	Organización comunitaria / OSC en proceso de formalización
Áreas de actividad	Prevención, testeo, acompañamiento, educación comunitaria
Beneficiarios principales	Comunidad en general, poblaciones clave, Pc/VIH
Actores clave	Estudiantes, profesionales de salud, personas con VIH, OSC internacionales
Factores contextuales	Centralización, estigma, desigualdad territorial
Participación comunitaria	Alta, basada en voluntariado y trabajo en la comunidad
Colaboraciones	Municipios, sistema de salud, redes provinciales y nacionales
Barreras estructurales	Falta de personería jurídica, recursos limitados, falta de financiamiento

Análisis de la Entrevista N° 6

La Entrevista N.º 6 permite comprender la experiencia de una fundación de alcance nacional e internacional dedicada a la respuesta al VIH, cuyo trabajo se caracteriza por una fuerte impronta territorial y una lógica de intervención que se diferencia de las estructuras estatales tradicionales. La persona entrevistada, integrante del equipo de coordinación regional en el Noroeste Argentino, reconstruye su trayectoria personal y colectiva en el campo del VIH desde comienzos de la década de 2010, articulando militancia comunitaria, trabajo territorial y gestión institucional. Esta trayectoria prolongada otorga densidad al relato y permite situar las prácticas actuales como resultado de un proceso histórico de aprendizaje, adaptación y acumulación de saberes situados.

Desde una perspectiva histórica, el discurso vincula el origen de la fundación con la emergencia del VIH como epidemia altamente estigmatizada y mortal en los años ochenta, destacando que su creación respondió inicialmente a una lógica humanitaria orientada a garantizar condiciones dignas frente a la ausencia de respuestas estatales. La referencia a los primeros hospitales *“como un lugar digno para morir”* funciona como un marcador simbólico que da cuenta de un contexto de exclusión extrema, al tiempo que permite comprender la transformación posterior de la misión institucional hacia el cuidado integral de la salud, acompañando los avances biomédicos y las luchas por derechos.

En el caso argentino, la decisión de trabajar de manera descentralizada y no concentrar las acciones únicamente en grandes centros urbanos aparece como una estrategia política explícita, basada en el reconocimiento de las profundas desigualdades territoriales. En palabras del entrevistado, *“no es lo mismo el trabajo que se hace en Buenos Aires que el que se hace en el NOA”*, lo que pone en evidencia la necesidad de respuestas situadas que contemplen las particularidades culturales, sociales y geográficas de cada región.

El análisis del discurso permite identificar como uno de los principales logros de la fundación la transformación progresiva de las representaciones sociales en torno al testeo de VIH. La normalización del testeo en espacios comunitarios, plazas, marchas y universidades es presentada como un proceso de largo plazo, sostenido por la presencia constante en el territorio y por estrategias comunicacionales orientadas a desarmar el miedo y el estigma. El entrevistado señala que el impacto más significativo fue lograr que las personas se acerquen a realizarse un test *“como algo cotidiano”*, comparable a otros controles de salud, lo que da cuenta de un cambio cultural profundo que excede la dimensión estrictamente sanitaria. La mención del autotest y de experiencias internacionales refuerza esta idea de desplazamiento hacia un paradigma de mayor autonomía y accesibilidad.

La relación con el Estado emerge en el relato como un campo atravesado por tensiones persistentes. Si bien se reconocen instancias de articulación formal en determinados momentos, la vinculación actual es caracterizada como fragmentada, intermitente y fuertemente condicionada por lógicas burocráticas que dificultan la planificación y ejecución de acciones comunitarias oportunas.

El contraste entre la dinámica institucional estatal y la modalidad de trabajo de la fundación se expresa claramente cuando el entrevistado afirma que *“para el Ministerio todo es nota,*

sello, mesa de entrada; nosotros trabajamos por mail y WhatsApp”, evidenciando desfasajes temporales y culturales que impactan directamente en la eficacia de las intervenciones. Estas tensiones no se reducen a cuestiones administrativas, sino que también involucran disputas simbólicas sobre quiénes están legitimados para realizar acciones de prevención y testeo.

En este sentido, el entrevistado identifica resistencias institucionales vinculadas a una concepción restrictiva del rol sanitario, según la cual el testeo debería ser una práctica exclusiva del sistema de salud formal. Esta postura es interpretada como una barrera política y cultural que desconoce los avances normativos y tecnológicos, y que se manifiesta en lo que el entrevistado describe como “*celos institucionales*”. Desde esta mirada, la exclusión de las organizaciones comunitarias no solo limita el alcance de las políticas públicas, sino que también debilita las estrategias de acceso a poblaciones históricamente alejadas del sistema sanitario.

Las prácticas actuales de la fundación en la región se estructuran en torno a la prevención, el testeo comunitario, la provisión de insumos y la incidencia política, configurando una respuesta integral que busca cubrir vacíos dejados por el Estado. La distribución de preservativos y lubricantes, el uso de cupones para facilitar el acceso al testeo y el trabajo articulado con organizaciones locales son presentados como estrategias concretas para ampliar derechos en contextos de escasez. Asimismo, la incidencia política aparece como una dimensión central del trabajo, orientada a visibilizar la falta de insumos y a exigir el cumplimiento de las responsabilidades estatales en materia de salud pública.

El acompañamiento post diagnóstico se realiza principalmente a través de redes informales basadas en vínculos personales y de confianza contruidos a lo largo del tiempo. Si bien existen referentes sanitarios y dispositivos comunitarios con los que se trabaja de manera fluida, la ausencia de convenios formales vigentes limita la institucionalización de estas prácticas, volviéndolas dependientes de las personas y no de políticas sostenidas. Esta fragilidad estructural es señalada como un riesgo para la continuidad del acompañamiento, especialmente en contextos de recambio de autoridades o de deterioro de las condiciones laborales.

El relato también pone en evidencia una mirada crítica sobre la implementación de las políticas públicas en VIH en la provincia y la región. La falta recurrente de preservativos, reactivos y estudios fundamentales como carga viral y CD4 es identificada como una

vulneración grave de derechos, que impacta directamente en la calidad de vida de las personas que viven con VIH. A ello se suma la persistencia de prácticas discriminatorias dentro del sistema de salud, especialmente hacia personas trans y otras poblaciones históricamente estigmatizadas. El entrevistado menciona el uso de terminología obsoleta, la segregación en farmacias hospitalarias y la asignación incorrecta de pabellones como ejemplos de un sistema que *“sigue siendo estigmatizante”*, lo que refuerza el alejamiento de las personas de los servicios de salud.

En este contexto, el liderazgo comunitario se configura como una construcción progresiva, basada en la presencia sostenida en el territorio, la generación de vínculos y la acumulación de confianza social. Si bien se reconocen avances en el reconocimiento mutuo entre organizaciones comunitarias y algunos sectores del sistema de salud, el entrevistado advierte que este liderazgo continúa siendo frágil y altamente dependiente del esfuerzo militante. La falta de financiamiento, los costos de traslado, la disminución del voluntariado y la precarización del trabajo comunitario aparecen como amenazas constantes a la sostenibilidad de las acciones, que actualmente se sostienen *“a pulmón”*.

Finalmente, la entrevista plantea la necesidad de fortalecer la participación comunitaria como condición indispensable para una respuesta integral al VIH. La difusión y apropiación social de la Ley de VIH, la continuidad del trabajo territorial, el fortalecimiento de las organizaciones aliadas y el acceso a personerías jurídicas son señalados como desafíos prioritarios. Estas propuestas refuerzan la idea de que la respuesta al VIH no puede limitarse a la provisión de insumos o a la existencia de marcos normativos, sino que requiere de una comunidad organizada, empoderada y reconocida como actor central en el diseño e implementación de las políticas públicas de salud.

Tabla 6: Descripción de variables y categorías emergentes - Entrevista 6

Variable	Categorías
Tipo de organización	Fundación internacional con presencia nacional y regional
Áreas de actividad	Prevención, testeo, provisión de insumos, incidencia política
Beneficiarios principales	Comunidad en general y poblaciones claves
Actores Claves	Población en general, referentes de OSC.
Factores contextuales	Centralización, estigma, desigualdades territoriales

Variable	Categorías
Participación comunitaria	Alta, sostenida por organizaciones aliadas.
Colaboraciones	Trabajos en redes, acciones en espacios públicos.
Barreras estructurales	Falta de insumos, financiamiento y reconocimiento

Análisis de la Entrevista N.º 7

La entrevista realizada a una referente provincial de una red de mujeres que viven con VIH permite comprender un proceso organizativo profundamente atravesado por las desigualdades de género, la experiencia del diagnóstico y la persistencia de violencias estructurales en el acceso a la salud y a los derechos. El relato sitúa la conformación de la red como una respuesta colectiva frente a la insuficiencia de políticas públicas específicas, la falta de información sobre derechos y la invisibilización histórica de las mujeres con VIH dentro de las estrategias sanitarias tradicionales. En este sentido, la organización emerge como un espacio de articulación política, acompañamiento entre pares y construcción de demandas, orientado a dar respuesta a necesidades que no encuentran canalización en el Estado.

La entrevistada reconstruye el origen de la red a partir de un proceso nacional y regional, destacando que su creación se dio *“en función y en base a las necesidades de las mujeres con VIH y sida”*, lo que pone de manifiesto una lógica organizativa centrada en la experiencia vivida y en la producción de saberes situados. La llegada de la red a la provincia de Jujuy, entre los años 2018 y 2019, es presentada como un hito que permitió visibilizar problemáticas largamente relegadas en el ámbito local, especialmente aquellas vinculadas a la desigualdad de género, la violencia institucional y la falta de acceso a información clara y oportuna. Los encuentros nacionales y asambleas de mujeres con VIH aparecen en el discurso como espacios fundamentales de debate y toma de decisiones colectivas, donde se problematizaron la ausencia estatal, la exigibilidad de derechos y la necesidad de una nueva legislación en VIH, así como las prácticas discriminatorias persistentes en el sistema de salud.

El liderazgo comunitario femenino emerge como un eje transversal del relato, construido a partir del reconocimiento de la experiencia personal como fuente legítima de conocimiento y acción política. La elección de referentes provinciales y la participación en instancias de formación política y técnica fortalecieron las capacidades de incidencia de la

red y consolidaron su presencia territorial. La entrevistada destaca especialmente los espacios de formación de formadoras en VIH y diversidad sexual, desarrollados con el apoyo de organismos internacionales, señalando que estos procesos *“brindaron apoyo y empoderamiento a cada una de las referentes provinciales ante las tomas de decisiones en cuanto a políticas públicas”*. Este empoderamiento no se limita a la adquisición de conocimientos técnicos, sino que se vincula con la posibilidad de disputar sentidos, visibilizar desigualdades y posicionarse como interlocutoras válidas frente al Estado.

Las acciones desarrolladas por la red se orientan principalmente a la promoción de derechos, la prevención del VIH, la visibilización de las violencias de género que atraviesan a las mujeres con diagnóstico y el acompañamiento entre pares. El análisis del discurso muestra que el impacto de estas acciones no siempre puede ser medido en términos cuantitativos, debido al temor a la discriminación, al silencio que rodea al diagnóstico y a la baja visibilidad pública de muchas mujeres con VIH. Sin embargo, la entrevistada enfatiza el valor subjetivo y simbólico del acompañamiento, particularmente para aquellas mujeres que viven en zonas alejadas de los centros urbanos, donde la virtualidad se constituye como un espacio clave de contención y apoyo. En sus palabras, el objetivo central es que *“sobre todo no se sientan solas”*, lo que da cuenta de una concepción del cuidado que trasciende lo biomédico y se ancla en la dimensión emocional y relacional.

En relación con el vínculo con el Estado, el relato da cuenta de una articulación fragmentada, intermitente y poco sostenida. La entrevistada señala que, como red, no han sido convocadas de manera directa por el Ministerio de Salud, aunque reconoce que la articulación conjunta con otras organizaciones de la sociedad civil permitió, en algunos casos, obtener respuestas parciales. No obstante, predomina en el discurso una percepción de Estado ausente, especialmente frente a problemáticas urgentes como el faltante de medicamentos, reactivos y profilácticos, así como frente a las violencias que atraviesan a las mujeres con VIH en el ámbito sanitario y social. Esta ausencia estatal refuerza la necesidad de organización colectiva como estrategia de supervivencia y resistencia.

Desde una mirada crítica, la entrevistada plantea que las políticas públicas en VIH continúan reproduciendo un enfoque de universalidad que, en la práctica, no logra alcanzar de manera efectiva a las mujeres, particularmente a aquellas pertenecientes a sectores populares. El análisis permite identificar una tensión entre la existencia formal de derechos y las condiciones reales de acceso a los mismos.

En este sentido, la entrevistada enfatiza la necesidad de focalizar programas, fortalecer campañas específicas, garantizar el acceso oportuno al tratamiento y formar a funcionarios y equipos de salud desde una perspectiva de VIH con enfoque de género y derechos humanos, capaz de reconocer las desigualdades estructurales que atraviesan a las mujeres con diagnóstico.

Finalmente, el relato evidencia que una de las principales barreras que enfrenta la red es la falta de respuesta estatal frente a demandas vinculadas a la violencia de género, la maternidad, la lactancia y el derecho a una atención sanitaria libre de estigma y discriminación. Frente a este escenario, la organización se posiciona como un actor clave en la generación de estrategias comunitarias de cuidado, asesoría y acompañamiento integral, sosteniendo que la transformación de estas realidades no puede quedar únicamente en el plano de la visibilización, sino que requiere voluntad política, compromiso institucional y el reconocimiento efectivo de las mujeres que viven con VIH como sujetas de derecho y protagonistas en la construcción de las políticas públicas de salud.

Tabla 7: Descripción de variables y categorías emergentes - Entrevista 7

Variable	Categorías
Tipo de organización	Red internacional y nacional de mujeres con VIH
Área de Actividad	Promoción de derechos, la prevención del VIH, la visibilización de las violencias de género hacia las mujeres con diagnóstico y el acompañamiento entre pares
Beneficiarios Principales	Mujeres con VIH
Actores Claves	Referentes de las diferentes organizaciones, grupo de pares
Factores contextuales	Discriminación, desigualdad en acceso del sistema de salud, falta insumos
Participación Comunitaria	Acompañamiento comunitario, Formación de formadoras
Colaboraciones	Escasa y condicionada, baja respuesta institucional del Estado
Barreras Estructurales	Discriminación, estigma, Estado ausente

Análisis de la Entrevista N.º 8

La entrevista realizada a un referente técnico-político de una organización comunitaria de base territorial permite analizar una experiencia organizativa que aborda la respuesta al

VIH desde una perspectiva amplia de derechos humanos, empoderamiento ciudadano y comunicación política. A diferencia de otras organizaciones centradas exclusivamente en la temática del VIH, esta experiencia incorpora la problemática como parte de un entramado más amplio de desigualdades sociales, entendiendo que el acceso a la salud, la información y el ejercicio de derechos se encuentran profundamente condicionados por factores territoriales, socioeconómicos y políticos. Desde este encuadre, la acción comunitaria no se limita a la prevención biomédica, sino que se orienta a fortalecer capacidades ciudadanas para el ejercicio activo de derechos.

El relato sitúa el origen de la organización como una reterritorialización de trayectorias militantes previas vinculadas al trabajo en VIH, diversidad sexual y derechos humanos. La fundación surge cuando referentes con experiencia acumulada en organizaciones históricas deciden trasladar ese capital político y social al barrio en el que viven, en un contexto marcado por profundas desigualdades territoriales. En este sentido, el entrevistado señala que los derechos “*se diluyen*” en las periferias, lo que da cuenta de una lectura crítica del territorio como espacio donde las políticas públicas llegan de manera fragmentada o insuficiente. El empoderamiento aparece entonces como un acto político, entendido como el proceso mediante el cual las personas acceden a información, reconocen sus derechos y desarrollan herramientas para exigirlos.

Las actividades desarrolladas por la organización se orientan a una amplia diversidad de actores comunitarios, incluyendo vecinos y vecinas, familias, espacios culturales, organizaciones políticas y funcionarios municipales. Esta amplitud de destinatarios responde a una concepción integral de la intervención comunitaria, que reconoce que la transformación de las condiciones de vida requiere tanto el trabajo con la comunidad como la interpelación directa a quienes toman decisiones. Las acciones se organizan en torno a estrategias de sensibilización, concientización e incidencia política, articulando el trabajo territorial con la producción de discursos públicos y la participación en la agenda local.

En relación con el Estado, el análisis del discurso evidencia una mirada fuertemente crítica. La articulación con los distintos niveles gubernamentales es descrita como fragmentada y dificultosa, atravesada por lógicas de competencia institucional, escasa voluntad de cooperación y ausencia de interlocutores claros. A nivel nacional y provincial, predomina la percepción de lejanía y falta de respuesta, mientras que a nivel local se identifica una relación algo más fluida a partir de cambios recientes en la gestión. Esta variabilidad pone

de relieve el carácter altamente dependiente de las articulaciones comunitarias respecto de las decisiones políticas y los posicionamientos de las autoridades de turno.

Un aspecto relevante del relato es el rol activo que asume la organización en la construcción de políticas públicas a nivel local. El entrevistado destaca que la instalación de puntos de testeo en el territorio fue resultado de una insistencia sostenida de la organización ante las autoridades sanitarias, lo que muestra una dinámica en la que la sociedad civil no solo acompaña las políticas existentes, sino que las impulsa y las construye desde abajo. Sin embargo, esta incidencia requiere un esfuerzo permanente de gestión informal, presencia territorial y persistencia, lo que refuerza la idea de una relación asimétrica entre el Estado y las organizaciones comunitarias, donde la carga de la iniciativa recae mayoritariamente en estas últimas.

En cuanto a la participación comunitaria, el discurso identifica múltiples barreras estructurales que limitan su fortalecimiento. La falta de voluntad estatal para promover acciones colectivas reales, la escasa organización comunitaria de base y la precariedad material aparecen como obstáculos centrales. El entrevistado introduce una dimensión socioeconómica clave al señalar que el pluriempleo y la sobrecarga laboral reducen la disponibilidad de tiempo y energía para el compromiso comunitario sostenido, lo que impacta directamente en la construcción y continuidad del liderazgo comunitario.

Las acciones específicas vinculadas al VIH se desarrollan principalmente a través de estrategias comunicacionales accesibles, basadas en el uso de un lenguaje claro, cercano y no técnico. El entrevistado subraya la importancia de “traducir” la información para garantizar su comprensión, lo que se materializa en campañas en redes sociales, medios comunitarios y la distribución de materiales gráficos sobre prevención combinada y derechos contemplados en la Ley 27.675. Asimismo, la formación de promotores comunitarios de salud aparece como una estrategia central para multiplicar el alcance territorial y sostener la presencia comunitaria ante la escasez de recursos estatales.

La articulación con el sistema de salud se presenta como limitada y pragmática. Si bien no existe un trabajo directo y sostenido con centros de salud o dispositivos formales de testeo, la organización cumple un rol de nexo entre la comunidad y los servicios disponibles, aportando promotores y acompañamiento ante la falta de presupuesto estatal. Esta modalidad refuerza el papel de la sociedad civil como sustituto parcial de funciones

estatales, especialmente en contextos de retracción de políticas públicas y escasez de recursos.

En relación con el acompañamiento de personas con diagnóstico positivo, la organización opta por la derivación a redes especializadas de personas que viven con VIH, priorizando el acompañamiento entre pares y el respeto por la experiencia vivida. Esta estrategia reconoce los límites propios de la organización y, al mismo tiempo, pone en valor el trabajo en red como condición necesaria para una respuesta comunitaria integral y ética.

El análisis del discurso sobre las políticas públicas, y particularmente sobre la Ley 27.675, pone de relieve la brecha existente entre la sanción formal de la normativa y su apropiación social. El entrevistado sostiene que la existencia de una ley no garantiza su conocimiento ni su implementación efectiva, por lo que enfatiza *la necesidad de “militar” las políticas públicas, es decir, comunicarlas, explicarlas y convertirlas en herramientas concretas para la exigibilidad de derechos*. Esta perspectiva refuerza el rol pedagógico y político de las organizaciones comunitarias en la traducción de la normativa al territorio.

Finalmente, el liderazgo comunitario aparece atravesado por una tensión entre un acumulado histórico de experiencias y saberes, y barreras actuales que dificultan la acción colectiva. Si bien se reconoce un capital político significativo construido por la sociedad civil a lo largo del tiempo, el entrevistado señala: *el miedo al conflicto, a la confrontación política y a la diferencia como obstáculos crecientes que fragmentan a las organizaciones*. Frente a ello, se propone como horizonte la construcción de espacios de debate amplios y plurales, donde se prioricen los problemas comunes por sobre las diferencias ideológicas, entendiendo la participación comunitaria como una práctica necesariamente colectiva y sostenida en el tiempo.

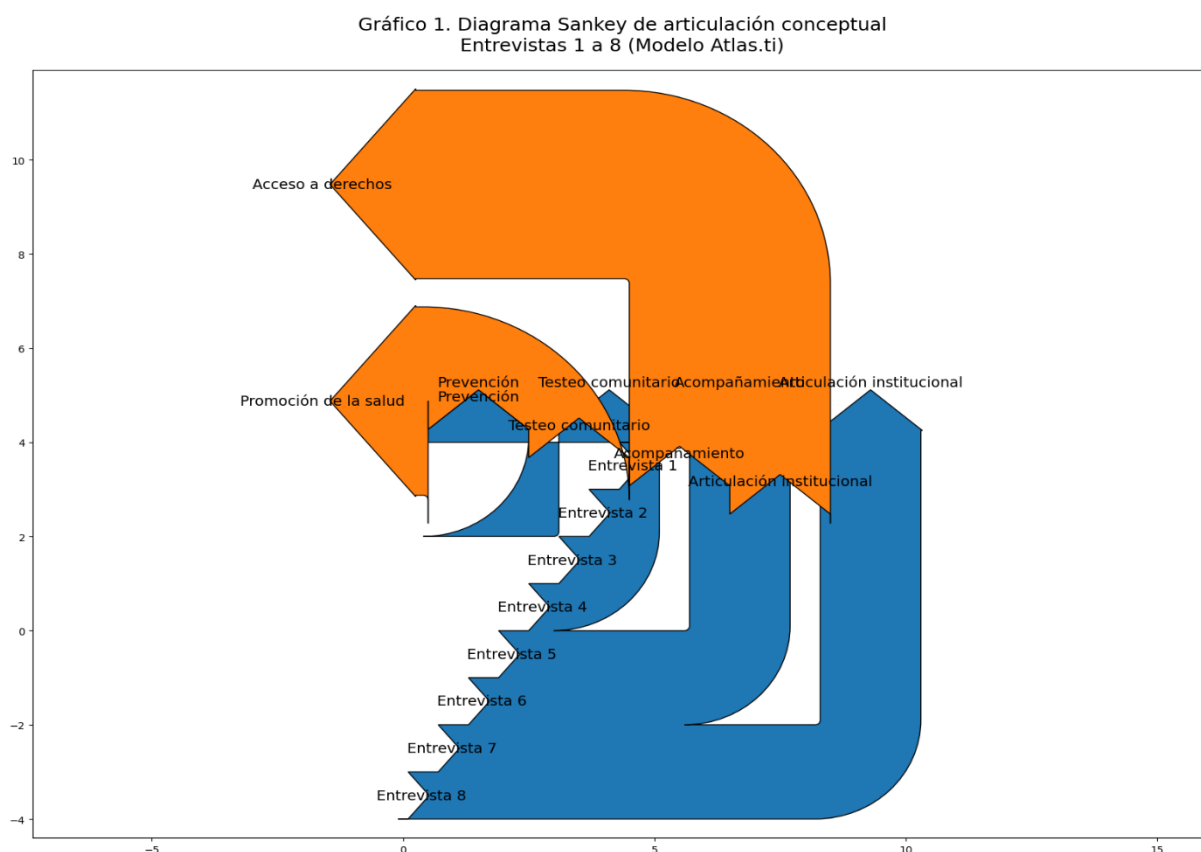
Tabla 8: Descripción de variables y categorías emergentes - Entrevista 8

Variable	Categorías
Tipo de organización	Fundación comunitaria territorial, con enfoque de derechos humanos
Área de actividad	Monitoreo, Campañas y capacitaciones, Prevención, testeo.
Beneficiarios Principales	Vecinos, familias y funcionarios
Actores Claves	Comunidad barrial y tomadores de decisiones.
Factores Contextuales	Falta de conocimiento social de los derechos.

Variable	Categorías
Participación Comunitaria	Comunicación, sensibilización e incidencia.
Colaboraciones	Actores comunitarios, familias, espacios culturales, organizaciones políticas y funcionarios municipales
Barreras Estructurales	Recursos, tiempo y miedo al conflicto

Gráfico 1. Diagrama Sankey de articulación conceptual

El Gráfico 1 presenta un diagrama Sankey elaborado a partir del análisis cualitativo de las entrevistas numeradas del 1 al 8, utilizando el modelo de visualización de redes del software Atlas.ti. El gráfico representa el flujo relacional entre las fuentes empíricas (entrevistas), las categorías analíticas y las dimensiones conceptuales emergentes del estudio, permitiendo visualizar de manera integrada cómo los discursos de los actores comunitarios se articulan con los ejes centrales de la respuesta comunitaria al VIH y al sida. Esta visualización facilita la identificación de concentraciones temáticas, convergencias discursivas y relaciones transversales entre categorías, constituyéndose en un recurso analítico complementario para la interpretación de los resultados.



Análisis transversal comparativo de las entrevistas

El análisis transversal de las ocho entrevistas realizadas permite identificar regularidades y tensiones que atraviesan a las respuestas comunitarias al VIH en distintos territorios y formatos organizativos. En conjunto, los relatos evidencian que las organizaciones comunitarias continúan cumpliendo un rol central e insustituible en la prevención, el testeo, el acompañamiento post diagnóstico y la promoción de derechos, especialmente en contextos donde la presencia estatal resulta fragmentada, intermitente o insuficiente. Las prácticas comunitarias analizadas se caracterizan por una fuerte impronta territorial, una lógica de cercanía con las poblaciones destinatarias y un enfoque integral de la salud que excede lo biomédico, incorporando dimensiones sociales, afectivas, económicas y simbólicas.

De manera transversal, las entrevistas dan cuenta de liderazgos comunitarios contruidos desde la experiencia vivida, la militancia sostenida y la presencia cotidiana en el territorio, más que desde estructuras formales o apoyos institucionales estables. Asimismo, se identifican problemáticas comunes vinculadas a la falta de financiamiento, la escasez de insumos preventivos, las barreras burocráticas y la precarización del trabajo comunitario, que en muchos casos se sostiene mediante voluntariado y recursos personales. La relación con el Estado aparece atravesada por ambivalencias: si bien existen instancias de articulación y reconocimiento parcial, persiste una percepción generalizada de participación consultiva más que decisoria, así como una brecha significativa entre el marco normativo vigente —particularmente la Ley 27.675— y su implementación efectiva en los territorios.

Al comparar las experiencias organizativas según su modalidad —redes, fundaciones y asociaciones civiles— emergen diferencias relevantes en términos de alcance, estrategias y formas de incidencia. Las redes, como la de mujeres que viven con VIH, se configuran principalmente como espacios de articulación política, empoderamiento colectivo y apoyo entre pares, con un fuerte anclaje en la experiencia compartida y en la construcción de liderazgo femenino. Su accionar se orienta prioritariamente a la visibilización de problemáticas específicas, la exigibilidad de derechos y la incidencia en agendas públicas, más que a la prestación directa de servicios. Estas redes muestran una alta capacidad de construcción simbólica y política, aunque enfrentan importantes limitaciones para traducir sus demandas en respuestas estatales concretas, especialmente a nivel provincial.

Las fundaciones, por su parte, presentan una estructura organizativa más formalizada y una mayor capacidad operativa, lo que les permite desarrollar acciones sistemáticas de prevención, testeo, provisión de insumos y, en algunos casos, gestión de dispositivos propios como CEPAT. Suelen contar con vínculos más estables con organismos internacionales, lo que garantiza cierta continuidad en el acceso a recursos, aunque también genera dependencia de financiamiento externo. En este grupo se observa una fuerte orientación a la incidencia política y a la producción de cambios culturales, particularmente en torno a la normalización del testeo y la promoción de derechos. No obstante, la relación con el Estado se mantiene tensionada, marcada por resistencias institucionales, disputas de legitimidad y obstáculos burocráticos que limitan la articulación sostenida.

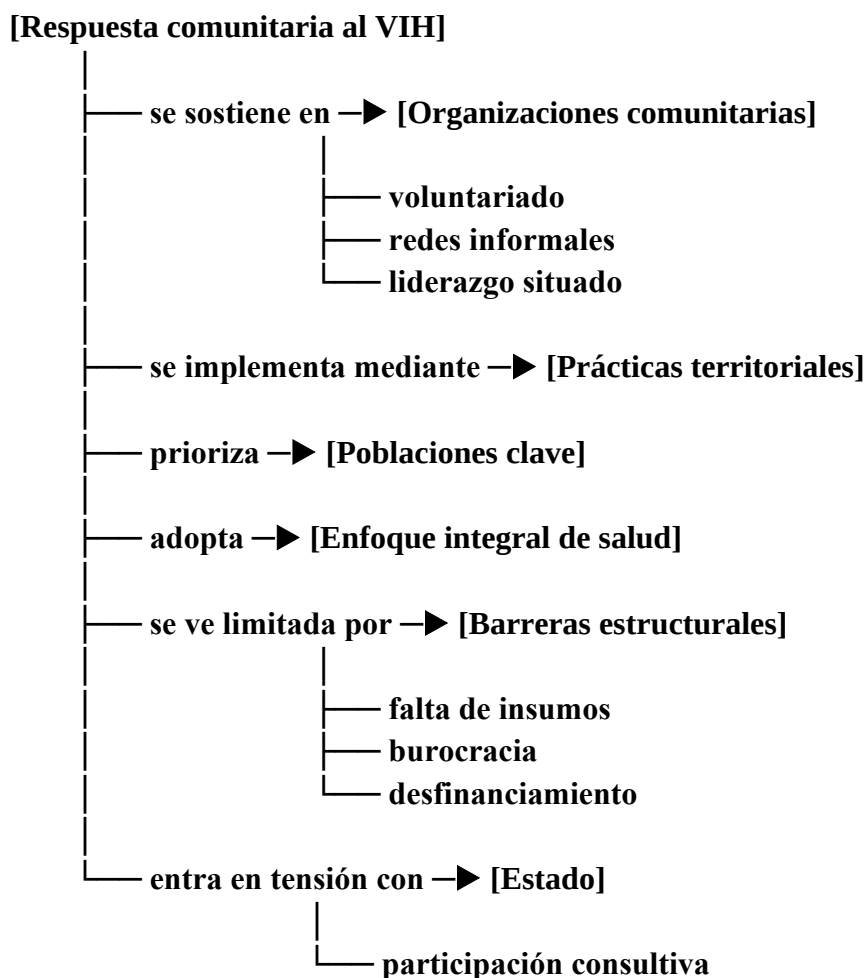
Las asociaciones civiles de base territorial se distinguen por su fuerte inserción local y su capacidad de respuesta directa ante demandas concretas de la comunidad. Estas organizaciones suelen surgir como reacción a vacancias institucionales específicas y desarrollan estrategias flexibles, adaptadas a las dinámicas del territorio y a las características de las poblaciones con las que trabajan. Su accionar combina prevención, acompañamiento personalizado, articulación informal con el sistema de salud y presencia constante en espacios comunitarios. Sin embargo, son también las más afectadas por la precariedad estructural, la falta de personería jurídica en algunos casos y la dependencia del compromiso individual de sus referentes, lo que impacta en la sostenibilidad a largo plazo.

En términos de participación y liderazgo, las redes tienden a promover formas más horizontales y colectivas, mientras que en fundaciones y asociaciones se observa con mayor frecuencia la concentración de responsabilidades en referentes específicos, lo que genera tensiones vinculadas a la sobrecarga y el desgaste. A pesar de estas diferencias, en los tres tipos organizativos se reconoce que la confianza construida con la comunidad constituye un capital central, especialmente frente a contextos de estigma, discriminación y desconfianza hacia las instituciones estatales.

En conjunto, el análisis comparativo muestra que, más allá de sus particularidades organizativas, redes, fundaciones y asociaciones comparten un posicionamiento común: la convicción de que la respuesta al VIH no puede reducirse a intervenciones sanitarias aisladas, sino que requiere una participación comunitaria activa, sostenida y reconocida como actor estratégico de las políticas públicas.

Las diferencias entre ellas no implican jerarquías, sino complementariedades, que podrían potenciarse mediante una articulación más sólida entre organizaciones y un mayor compromiso estatal en el fortalecimiento de la sociedad civil como pilar fundamental de la respuesta al VIH.

Figura 2. Red conceptual integradora transversal del estudio (nivel macro)



En la Figura 2 se presenta la *Red conceptual integradora transversal del estudio (nivel macro)*, construida con el apoyo del modelo de redes del software Atlas.ti. Esta red sintetiza e integra, en un nivel macro-analítico, las principales categorías, subcategorías y relaciones emergentes del estudio, permitiendo visualizar de forma articulada los ejes conceptuales que estructuran la respuesta comunitaria al VIH y al sida en la provincia de Jujuy. Su construcción responde a un proceso interpretativo que recupera las recurrencias, vinculaciones y jerarquías entre los conceptos, constituyéndose en un recurso analítico que

facilita la comprensión global del fenómeno investigado y fundamenta los resultados presentados.

Discusión

Los hallazgos de esta investigación se inscriben en un campo histórico de intervención atravesado por tensiones persistentes entre enfoques biomédicos, determinantes sociales de la salud y luchas por el reconocimiento de derechos en la respuesta al VIH y sida.

Desde los inicios de la epidemia, diversos estudios han evidenciado que las estrategias centradas exclusivamente en la dimensión clínica resultaron insuficientes para controlar su impacto, especialmente en contextos caracterizados por profundas desigualdades estructurales, estigmatización y barreras de acceso a los servicios de salud.

En este marco, la participación comunitaria y el liderazgo de las organizaciones de la sociedad civil se constituyeron en pilares fundamentales para ampliar el alcance y la efectividad de las políticas públicas y para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud de las personas afectadas. No obstante, los resultados muestran que, más allá de que en el discurso institucional provincial se haga referencia al enfoque de prevención combinada, su implementación en Jujuy es parcial e incompleta.

Desde el análisis de fuentes secundarias como el marco legal y los programas vigentes, así como de información pública disponible a nivel provincial, se identifican limitaciones significativas en la implementación efectiva de la estrategia de prevención combinada en Jujuy. En este sentido, la concentración del acceso a la Profilaxis Pre Exposición (PrEP) en un único consultorio a nivel provincial, las dificultades persistentes para garantizar el acceso oportuno a la Profilaxis Post Exposición (PEP) ante situaciones de emergencia y la ausencia de una oferta sistemática de estos insumos en los CePAT, permiten dar cuenta de una brecha entre el marco normativo vigente, los lineamientos técnicos nacionales y las prácticas concretas del sistema de salud.

Desde una perspectiva de salud pública y Educación para la Salud, los procesos de prevención, atención y promoción de la salud no pueden comprenderse únicamente como intervenciones técnicas o asistenciales, sino como prácticas sociales que requieren la incorporación activa de los saberes, experiencias y trayectorias de las comunidades involucradas. En este sentido, los resultados obtenidos confirman que el liderazgo comunitario permite la construcción de estrategias situadas, culturalmente pertinentes y orientadas a las necesidades reales de las poblaciones clave, favoreciendo tanto la apropiación social de las políticas sanitarias como el fortalecimiento de la ciudadanía

sanitaria. Sin embargo, esta potencialidad se ve limitada por la falta de institucionalización efectiva de la participación comunitaria.

Si bien existe un Registro Provincial de Grupos, Organizaciones y Redes con trabajo en VIH disponible en la página web del Ministerio de Salud, ninguna de las organizaciones entrevistadas confirmó la conformación de la Comisión Provincial en Respuesta al VIH prevista en la normativa vigente. En consecuencia, las organizaciones no participan de manera real en la toma de decisiones sobre las políticas públicas, tal como lo establece el Artículo 1 de la Ley Nacional N.º 27.675. Esta situación pone en evidencia que el reconocimiento formal no se traduce en participación sustantiva, aspecto central para una respuesta integral y democrática, tal como señalan Chakrapani et al. (2024) al destacar que la participación activa en todas las etapas de planificación e implementación es clave para generar confianza, reciprocidad y sostenibilidad.

En consonancia con este marco, el análisis transversal de las ocho entrevistas evidencia que las organizaciones, grupos y redes comunitarias que operan en la provincia de Jujuy no se limitan a ejecutar acciones aisladas, sino que encarnan procesos de construcción social donde el liderazgo emerge como respuesta a vacíos estatales y se consolida a partir de la experiencia vivida, el arraigo territorial y la legitimidad construida en los vínculos cotidianos.

Tal como lo plantea el marco operativo de Rodríguez-García et al. (2011), estas respuestas comunitarias se configuran de manera multidimensional, articulando estructuras organizativas, actividades concretas, actores diversos y factores contextuales que condicionan —y a la vez posibilitan— su efectividad. En este sentido, el liderazgo comunitario observado no es producto de una delegación institucional planificada, sino de procesos históricos de autoorganización frente a la ausencia o insuficiencia de políticas públicas sostenidas.

No obstante, los hallazgos también ponen de relieve que este liderazgo se ejerce en condiciones de marcada fragilidad estructural. En línea con lo señalado por Villegas-Manrique (2021) y Fernández Silva (2020), las organizaciones desarrollan su labor en contextos de precariedad financiera, fragmentación institucional y limitada institucionalización de la participación comunitaria.

En el caso de Jujuy, esta situación se expresa de manera concreta en el hecho de que el Ministerio de Salud, responsable de formar y acreditar la función de los CePAT, solo ha

otorgado formalmente dicha función a una fundación, a pesar de que la mayoría de las organizaciones entrevistadas realizan acciones de testeo y prevención en el territorio. Esta situación revela una contradicción persistente entre el reconocimiento discursivo del rol de la sociedad civil —expresado tanto en los marcos internacionales como en la Ley Nacional N.º 27.675— y las condiciones materiales concretas en las que las organizaciones deben sostener su trabajo.

La dependencia del voluntariado, la búsqueda constante de financiamiento esporádico y la autogestión de acciones que, desde el marco normativo, constituyen responsabilidades del sistema público de salud, refuerzan esta tensión estructural.

Desde un enfoque crítico, los resultados confirman que las organizaciones comunitarias no actúan únicamente como prestadoras de servicios complementarios al Estado, sino como actores políticos con capacidad de incidencia, vigilancia social y producción de sentidos en torno al VIH. Sin embargo, si bien la mayoría de las organizaciones centra sus acciones en poblaciones clave, ninguna de las ocho entrevistas da cuenta de dispositivos continuos y sistemáticos de acompañamiento para personas que viven con VIH, como grupos de pares o espacios regulares de encuentro.

Esta ausencia no puede leerse como una limitación de las organizaciones en sí mismas, sino como un efecto de la precariedad estructural y de la falta de políticas públicas que reconozcan y financien estas estrategias como componentes centrales de la respuesta integral. Tal como advierten Aguilar Idáñez (2022) y Restrepo Pineda (2024), la mera existencia de dispositivos normativos o registros formales no garantiza una participación sustantiva ni el desarrollo de acciones sostenidas, reproduciendo una brecha entre la participación reconocida y la participación efectivamente ejercida.

En el contexto específico de la provincia de Jujuy, estas tensiones adquieren particular relevancia debido a las características territoriales, sociales y culturales del escenario local. La concentración de servicios especializados en la capital provincial, las dificultades de accesibilidad en localidades del interior y la persistencia del estigma asociado al VIH influyen de manera directa en la efectividad de las intervenciones sanitarias. Al mismo tiempo, estas realidades explican la presencia activa de organizaciones y redes comunitarias en ciudades del interior como Palpalá, San Pedro de Jujuy y Libertador General San Martín, donde el sistema de salud presenta mayores limitaciones.

En estos territorios, las organizaciones se constituyen en mediadoras indispensables entre un sistema de salud centralizado y poblaciones históricamente vulnerabilizadas, desarrollando estrategias de prevención, acompañamiento y promoción de derechos que permiten construir confianza allí donde persisten barreras institucionales y simbólicas.

Asimismo, los testimonios analizados muestran que las organizaciones no solo complementan la respuesta estatal, sino que en muchos casos asumen funciones ausentes del sistema de salud, especialmente en el acompañamiento emocional, la defensa de derechos y la construcción de redes de apoyo para poblaciones clave como personas LGBTQ+, mujeres trans y personas que viven con VIH.

A la luz de los objetivos 30-80-60 de ONUSIDA, los hallazgos adquieren una relevancia particular, ya que las organizaciones comunitarias entrevistadas tienen mayor desarrollo en acciones vinculadas al objetivo 80, referido a la prevención en poblaciones clave, mientras que los objetivos 30 y 60 —relacionados con la provisión de servicios de testeo y tratamiento y con la generación de habilitadores sociales— se encuentran limitados por la falta de recursos, reconocimiento institucional y participación efectiva en la gobernanza sanitaria.

En relación con el marco normativo nacional, la investigación evidencia que la sanción de la Ley N.º 27.675 constituye un avance significativo al reconocer explícitamente el rol de las organizaciones comunitarias y de las personas con experiencia en la respuesta al VIH. Sin embargo, su implementación en el territorio jujeño se presenta de manera desigual y fragmentada. Si bien existieron proyectos en la Legislatura provincial orientados a ampliar la ejecución de varios de sus artículos, estos no fueron tratados ni aprobados, lo que limita la adecuación normativa a las realidades locales.

En este contexto, la creación del Registro Provincial de Grupos, Organizaciones y Redes representa un paso importante en términos de reconocimiento formal, pero no se traduce en espacios de participación vinculante ni en mecanismos de corresponsabilidad en la gestión de la política pública. De hecho, los testimonios indican que, en la mayoría de los casos, son las propias organizaciones las que solicitan reuniones con las autoridades, sin que exista una convocatoria sistemática por parte del Estado provincial.

Desde el campo de la Educación para la Salud, estos hallazgos refuerzan la necesidad de producir conocimiento situado que permita comprender las dinámicas locales de la respuesta al VIH, visibilizando las prácticas comunitarias y los procesos de liderazgo social

desde la voz de sus propios actores. Asimismo, ponen en valor la importancia del trabajo en organización y desarrollo comunitario como una incumbencia profesional central, ya que estas prácticas no solo contribuyen a la prevención y al cuidado, sino que fortalecen procesos de empoderamiento, participación y construcción de ciudadanía en salud.

En síntesis, la discusión permite afirmar que las organizaciones comunitarias en la provincia de Jujuy encarnan un liderazgo resiliente, situado y profundamente comprometido con la producción de salud, ciudadanía y derechos, especialmente en contextos de alta desigualdad territorial y social. Sin embargo, su potencial transformador se ve constreñido por un entramado de barreras estructurales —financieras, institucionales, geográficas y culturales— que reflejan tensiones persistentes entre el Estado, la sociedad civil y los modelos de gestión de la salud pública.

Superar estas tensiones requiere no solo ajustes operativos o legales, sino una transformación política y pedagógica que reconozca a las comunidades como actoras legítimas, corresponsables y necesarias en la gobernanza de la salud, condición indispensable para avanzar hacia una respuesta integral, equitativa y sostenible al VIH y sida en la provincia de Jujuy.

Conclusiones

La presente investigación, desarrollada desde el campo de la Educación para la Salud, se propuso analizar las acciones y el rol del liderazgo comunitario en la respuesta al VIH y sida en la provincia de Jujuy, atendiendo a su contribución a la prevención, la atención y la promoción de la salud, así como a las condiciones estructurales que inciden en su sostenibilidad. A partir de un diseño cualitativo basado en entrevistas en profundidad a referentes de organizaciones, grupos y redes comunitarias registradas, los hallazgos obtenidos permiten dar respuesta a los objetivos planteados, contrastar la hipótesis de trabajo y elaborar las siguientes conclusiones.

En primer lugar, se confirma la hipótesis central de esta investigación: las organizaciones comunitarias desempeñan un rol relevante y estratégico en la respuesta provincial al VIH, aunque su alcance, continuidad y potencial transformador se encuentran condicionados por barreras estructurales persistentes. Estas barreras —identificadas tanto en los antecedentes como en el análisis empírico— incluyen la concentración de servicios y recursos en la capital provincial, las desigualdades territoriales en el acceso a la atención, la precariedad financiera de las organizaciones, la dependencia del voluntariado, la fragmentación institucional y la implementación limitada de marcos normativos como la Ley Nacional N.º 27.675. En este escenario, la alineación efectiva entre los objetivos globales de la respuesta al VIH (30-80-60) y las necesidades locales aparece como parcial y desigual, lo que restringe la posibilidad de incidir de manera sostenida en indicadores estructurales como la cobertura de tratamiento y la supresión viral a escala provincial.

En segundo término, los resultados evidencian que las organizaciones comunitarias no se limitan a ejecutar acciones aisladas de prevención o testeo, sino que desarrollan prácticas integrales de producción de salud comunitaria. Estas incluyen la construcción de vínculos de confianza, la mediación cultural y territorial, el acompañamiento entre pares y la promoción activa de derechos, particularmente con poblaciones históricamente excluidas del sistema de salud —personas con VIH, colectivos LGBTIQ+, mujeres trans, trabajadoras sexuales y personas en situación de vulnerabilidad social—. Este rol mediador resulta clave para reducir barreras simbólicas e institucionales, y se corresponde con las dimensiones de liderazgo, acción colectiva y acceso a servicios propuestas por Rodríguez-García et al. (2011), así como con los enfoques que reconocen a las organizaciones de la

sociedad civil como actores políticos con capacidad de incidencia y vigilancia social (Villegas-Manrique, 2021; Fernández Silva, 2020).

No obstante, y en consonancia con lo anticipado en los antecedentes y el marco teórico, este liderazgo comunitario se ejerce en condiciones de marcada fragilidad estructural. La ausencia de financiamiento público estable, la escasez recurrente de insumos preventivos, la discontinuidad de políticas y la rotación frecuente de funcionarios configuran un contexto donde la sostenibilidad de las acciones depende, en gran medida, de la resiliencia organizacional y del compromiso militante de sus integrantes. Tal como advierten Behring (2008) y Aguilar Idáñez (2022), esta situación expresa una tensión estructural entre el reconocimiento discursivo de la participación comunitaria y su materialización efectiva en territorios atravesados por desigualdades históricas, reproduciendo una lógica de delegación informal de responsabilidades estatales hacia la sociedad civil.

En relación con las acciones concretas desarrolladas, el análisis permitió identificar prácticas que contribuyen a articular los objetivos globales con las necesidades locales, tales como el testeo comunitario con enfoque de derechos, la entrega territorializada de insumos preventivos, el acompañamiento para la adherencia al tratamiento y la articulación informal con efectores del sistema de salud para garantizar la continuidad del cuidado. Estas acciones resultan especialmente significativas para poblaciones clave como hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans, ya que se despliegan en espacios percibidos como seguros, con lenguajes inclusivos y desde una perspectiva que reduce el estigma y fortalece la autonomía. Sin embargo, el estudio también evidencia que estas prácticas se concentran principalmente en el eje del acceso y el acompañamiento (objetivo 80), mientras que los objetivos vinculados a la prevención estructural (30) y a la supresión viral (60) presentan mayores limitaciones, en tanto dependen de condiciones sistémicas que exceden la capacidad de acción de las organizaciones.

En tercer lugar, se concluye que la articulación entre el Estado provincial y las organizaciones comunitarias es fragmentaria, asimétrica y mayormente no vinculante. Si bien existen dispositivos formales como el Registro Provincial de Grupos, Organizaciones y Redes, y un marco legal nacional que reconoce explícitamente el rol de la comunidad en la respuesta al VIH, estos instrumentos no se traducen en espacios institucionalizados de participación con capacidad real de incidencia en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas públicas.

Las organizaciones suelen ser convocadas de manera esporádica o deben autogestionar los espacios de diálogo con las autoridades, lo que limita la posibilidad de construir respuestas integrales, sostenidas y territorialmente equitativas, especialmente en el interior de la provincia.

Desde la perspectiva de la Educación para la Salud, los hallazgos permiten afirmar que las organizaciones comunitarias actúan como agentes educativos y políticos clave. Sus prácticas no se reducen a la transmisión de información preventiva, sino que promueven procesos de empoderamiento, defensa de derechos y construcción de ciudadanía sanitaria, en línea con enfoques pedagógicos críticos y situados. En este sentido, las organizaciones no son meras ejecutoras de políticas diseñadas centralmente, sino actoras que producen conocimiento situado, interpelando la visión tradicional centrada solo en lo médico y generan alternativas frente a un sistema de salud fragmentado y centralizado. Este rol adquiere particular relevancia en el contexto jujeño, caracterizado por heterogeneidades territoriales, sociales y culturales que demandan respuestas flexibles y contextualizadas.

Asimismo, el estudio reconoce el potencial estratégico de la figura de la Persona con Experiencia en Respuesta al VIH (PAR) como dispositivo clave para mejorar la adherencia al tratamiento, reducir el estigma y fortalecer el acompañamiento integral. Si bien existen experiencias incipientes de trabajo entre pares, su implementación formal en la provincia enfrenta desafíos vinculados a la falta de institucionalización, financiamiento y reconocimiento profesional, lo que limita su expansión y sostenibilidad.

Entre las limitaciones del estudio, se destaca que la muestra se circunscribió a organizaciones registradas formalmente, lo que podría haber dejado fuera a colectivos informales con una presencia relevante en el territorio. Asimismo, la investigación se centró en las voces de referentes organizacionales; futuras líneas de investigación podrían incorporar las perspectivas de personas usuarias de los servicios comunitarios y de actores estatales, así como desarrollar estrategias de evaluación participativa que permitan medir el impacto de las acciones comunitarias en indicadores de salud pública.

Finalmente, en respuesta a la pregunta orientadora sobre las estrategias necesarias para garantizar la sostenibilidad de la respuesta comunitaria al VIH, se concluye que resulta imprescindible avanzar hacia un modelo de gobernanza democrática en salud que contemple: financiamiento público estable y descentralizado para las organizaciones; institucionalización de espacios de participación comunitaria con poder decisorio;

fortalecimiento de la descentralización de servicios e insumos en el territorio; formación continua del personal de salud en derechos humanos, género y diversidad; y profundización de enfoques de investigación acción-participativa que integren producción de conocimiento y transformación social.

En síntesis, este trabajo concluye que la respuesta al VIH y sida en la provincia de Jujuy se sostiene, en gran medida, sobre el capital social, la ética del cuidado y la expertise territorial de las organizaciones comunitarias. No obstante, para que esta respuesta sea verdaderamente integral, equitativa y sostenible, resulta indispensable transitar desde un modelo de gestión centralizado y burocrático hacia uno de corresponsabilidad y gobernanza democrática, en el cual el Estado asuma plenamente su rol de garante de derechos y las comunidades sean reconocidas como socias estratégicas en la producción de salud. Este constituye el principal desafío político, sanitario y pedagógico que la presente investigación contribuye a visibilizar desde el campo de la Educación para la Salud.

Referencias Bibliográficas

1. Aguilar Idáñez, JM (2022). Participación comunitaria en salud: Balance crítico sobre los consejos de salud y otras experiencias participativas en Atención Primaria. - Comuníquese Comunidad,24. <https://comunidad.semfyc.es/article/participacion-comunitaria-en-salud-balance-critico-sobre-los-consejos-de-salud-y-otras-experiencias-participativas-en-atencion-primaria-25>
2. Behring, E. R. (2008). *Brasil em contrarreforma: Desestruturação do Estado e perda de direitos*. Cortez.
3. Behring, E. R. (2008). Trabalho e seguridade social: o neoconservadorismo nas políticas sociais. São Paulo: Cortez.
https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/200988/DSS7121%20Politica%20Social_matutino.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Carcanholo, R. A., & Nakatani, P. (1999). *Capitalismo especulativo e alternativas para a América Latina*. CLACSO.
5. Chakrapani, V., Loganathan, V., Saha, P. et al. Participación de las comunidades vulnerables en la investigación sobre prevención del VIH en la India: una investigación cualitativa. *Res Involv Engagem* 10, 12 (2024).
<https://doi.org/10.1186/s40900-024-00542-w> Pág 12
6. Denver Principles. (1983). *The Denver Principles*. National Association of People with AIDS.
<https://napwa.org/denver-principles/>
7. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. (2022). Prevención combinada del VIH y las ITS. Ministerio de Salud de la Nación.
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/202208/Prevencion_combinada_del_VIH_y_las_ITS.pdf
8. Eisinger, R. W., Dieffenbach, C. W., & Fauci, A. S. (2019). HIV viral load and transmissibility of HIV infection: Undetectable equals untransmittable. *JAMA*, 321(5), 451–452. <https://doi.org/10.10marco01/jama.2018.21167>
9. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. (2023). *Estrategia 2023-2028: Combatir las pandemias y construir un mundo más sano y equitativo*. Ginebra. Disponible en: https://www.theglobalfund.org/media/13837/core_globalfundstrategy2023-2028_overview_es.pdf
10. Epstein, S. (1996). *Impure science: AIDS, activism, and the politics of knowledge*. University of California Press.
11. Farmer, P., Connors, M., & Simmons, J. (2006). *Women, poverty, and AIDS: Sex, drugs, and structural violence*. Common Courage Press.
12. Fernández Silva, R. (2020). Participación comunitaria y gestión sanitaria: Hacia un modelo integral de respuesta al VIH. *Revista de Salud Pública*, 45(3), 123-135.
13. Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido* (30.ª ed.). Siglo XXI Editores.

14. Gobierno de Jujuy. (2021). Adhesión a la Declaración de París. Recuperado 24 de enero de 2025 de <https://www.jujuy.gob.ar>
15. Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
16. Herek, G. M. (2009). Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: A conceptual framework. En D. A. Hope (Ed.), *Contemporary perspectives on lesbian, gay, and bisexual identities* (pp. 65–111). Springer.
17. Herek, G. M., Saha, S., & Burack, J. (2013). Stigma and psychological distress in people with HIV/AIDS. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(1), 41–54. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746606>
18. Honorable Legislatura de la Provincia de Chubut. (2024). Ley N° 783: Garantizar la participación activa de personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y tuberculosis. Provincia de Chubut, Argentina.
19. Maglio, I. (2015). Guía de buenas prácticas ético-legales en VIH y sida. Buenos Aires, Argentina. <https://huesped.org.ar/wp-content/uploads/2017/05/Guia-de-Buenas-Practicas-etico-legales-en-VIH-sida.pdf>
20. Menéndez, E. L. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en salud*. Lugar Editorial.
21. Ministerio de Salud de Jujuy. (2023). Resolución 591/23: Registro Provincial de Grupos, Organizaciones y Redes. Jujuy, Argentina. <http://www.msaludjujuy.gov.ar:8022/Registro/Registroformulario.aspx>
22. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2024). Boletín N° 41 de VIH y las ITS en Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/salud/vih-its/boletines-vih-its-hepatitis-virales-y-tuberculosis>
23. Ministerio de Salud de la Nación. (2022). Ley Nacional 27.675: Respuesta integral al VIH, Hepatitis Virales, ITS y Tuberculosis. Buenos Aires, Argentina. - <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27675-368130/texto>
24. Ministerio de Salud de la Nación. (2022). *Manual de prevención combinada del VIH y las ITS y recomendaciones para su implementación*. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Consultado el 11/10/2025 https://www.argentina.gonmb,,b.ar/sites/default/files/bancos/2022-08/Prevencion_combinada_del_VIH_y_las_ITS.pdf.
25. Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy. (2024). Centros de Promoción, Asesoramiento y Testeo (CePAT). <https://salud.jujuy.gob.ar/cepat/>
26. Naciones Unidas. (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf
27. Naciones Unidas. (2021). *Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: Acabar con las desigualdades y estar en condiciones de poner fin al sida para 2030*. Nueva York. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-political-declaration-on-hiv-and-aids_es.pdf

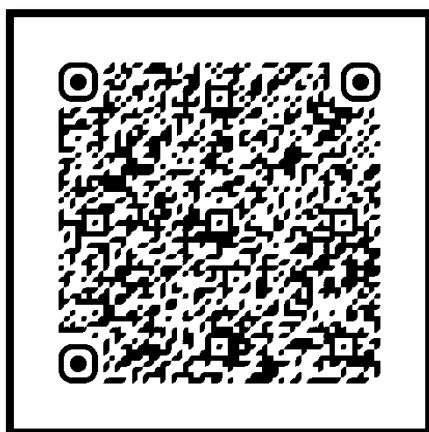
28. ONUSIDA y el Fondo Mundial. (2024). Marco estratégico de colaboración (2024-2028). Ginebra. Disponible en: https://www.theglobalfund.org/media/14109/un aids_globalfund_strategicframewor kcollaboration_2024-2028_en.pdf
29. ONUSIDA. (2007). Combination Prevention. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Preventi on_paper_en_0.pdf
30. ONUSIDA. (2014). Declaración de París: Acelerar la respuesta al VIH en las ciudades. Ginebra, Suiza. Recuperado el 15 de enero de 2025. https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/december/20141201_PR_citiesreport
31. ONUSIDA. (2014). Plan 90-90-90. Recuperado el 15 de enero de 2025. <https://www.unaids.org/es/90-90-90>
32. ONUSIDA. (2020). Claves para entender el enfoque de acción acelerada para poner fin a la epidemia de SIDA para 2030. Recuperado el 15 de enero de 2025 https://www.unaids.org/es/resources/documents/2015/201506_JC2743_Understanding_FastTrack
33. ONUSIDA. (2020). Informe global sobre la epidemia mundial de sida. Recuperado el 15 de enero de 2025. - <https://www.unaids.org/en>
34. ONUSIDA. (2021). Estrategia Global contra el SIDA 2021-2026: Poner fin a las desigualdades. Poner fin al sida. Ginebra. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-strategy-2021-2026_es.pdf
35. ONUSIDA. (2023). Informe global sobre el VIH: Financiación y liderazgo comunitario. Recuperado el 15 de enero de 2025. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2023WADreport_es.pdf
36. ONUSIDA. (2024). Informe global sobre la respuesta al VIH 2024. Recuperado el 15 de enero de 2025. https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2024/july/20240722_global-aids-update
37. ONUSIDA. (2024). Informe SP-PCB55-ONG. Recuperado el 12 de enero de 2025. <https://unaidspcbngo.org/wp-content/uploads>
38. Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2016). Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: En la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030. Recuperado el 16 de enero de 2025 https://www.unaids.org/es/resources/documents/2021/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids
39. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2012). Estrategia de la UNESCO sobre el VIH Y SIDA. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000193118_spa?posInSet=12&queryId=7a237f69-8879-4230-be72-8e582b5a2cb5

40. Organización Mundial de la Salud. (2022). *Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care*. OMS.
41. Organización Panamericana de la Salud. (2024). Declaración Alma-Ata. <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
42. Ortega Carpio, M. (1994). Las ONG y la crisis del desarrollo. Un análisis de la cooperación en Centroamérica. Madrid: IEPALA Editorial.
43. Pan American Health Organization. (2019). *HIV prevention in the context of the Sustainable Development Goals*. PAHO.
44. Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 57(1), 13–24. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00304-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00304-0)
45. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH Y SIDA (ONUSIDA). (2020). El informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida post COVID-19. https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/july/20200706_global-aids-report
46. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2007). *Greater involvement of people living with HIV (GIPA)*. ONUSIDA.
47. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2021). *Global AIDS strategy 2021–2026: End inequalities. End AIDS*. ONUSIDA.
48. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, & Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2021). *Confronting inequalities: Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS*. PNUD & ONUSIDA. https://pancap.org/pw/pcc/media/pancap_document/2021-global-aids-update_en.pdf.
49. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2021). Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado el 9 de febrero de 2025. <https://www1.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
50. Restrepo Pineda, J. (2024). Redes de apoyo comunitario para poblaciones clave en la respuesta al VIH. *Revista de Salud Pública*, 22(1), 78-92. <https://doi.org/10.1590/interface.230152>
51. Restrepo Pineda, J. E. (2024). Participación comunitaria y gestión social de la salud: Aportes para la construcción de sistemas sanitarios inclusivos. *Revista Latinoamericana de Salud Colectiva*, 20(1), 1–15.
52. Ríos Guardiola, Laura, Jean-Marie Le Gall, Beata Umubyeyi-Mairesse, COPIL du projet HIVCOBATEST, L'équipe du WP5. 2013. Programas comunitarios de dépistage du VIH: una guía para mejorar nuestras prácticas. Pantin: AYUDANTES.
53. Rodríguez García, R., Bonnel, R., N'Della, N., N'Jie, J., Olivier, J., Pascual, B., & Wodon, Q. (2011). Análisis de las respuestas comunitarias al VIH y al SIDA: Marco operativo y tipología. <http://econ.worldbank.org>
54. Saforcada, E. (2011). *Salud comunitaria y salud pública*. Paidós.
55. Villegas-Manrique, A. (2021). VIH, sida y globalización: Desigualdades, respuestas comunitarias y políticas públicas. *Salud Colectiva*, 17, e3456.

56. Villegas-Manrique, W. D. (2021). ONGs de VIH y sida en el marco de la globalización. Impacto en la política social de una pandemia que sigue viva. *Revista Estudios Culturales*, 14(27), 64-79. <https://orcid.org/0000-0001-9009-4976>
57. Wallerstein, I. (2009). *Análisis de sistemas-mundo: Una introducción*. Siglo XXI Editores.
58. Wallerstein, I. (2009). Mudando a geopolítica do sistema-mundo: 1945-2025. En Sader, E., & Santos, T. (Coords.), **A América Latina e os desafios da globalização: ensaios em homenagem a Ruy Mauro Marini**. São Paulo: Boitempo. Recuperado el 12 de enero de 2025.- <https://vdocuments.site/a-america-latina-e-os-desafios-da-globalizacao-ensaios-em-homenagem-a-ruy-mauro.html>
59. Wallerstein, N., Duran, B., Oetzel, J. G., & Minkler, M. (2017). *Community-based participatory research for health: Advancing social and health equity* (3rd ed.). Jossey-Bass.

Anexos

Con el propósito de garantizar la transparencia del proceso de investigación y facilitar el acceso a la documentación respaldatoria, en el Anexo se pone a disposición el conjunto de materiales producidos durante el trabajo de campo, tales como las transcripciones completas de las entrevistas, el modelo de consentimiento informado y la guía de entrevistas utilizada. Dado el volumen de estos documentos y considerando criterios de pertinencia, sostenibilidad y accesibilidad, se optó por no incorporarlos de manera impresa en el cuerpo del informe. En su lugar, se habilitó un acceso digital mediante un código QR, a través del cual las personas lectoras podrán consultar de forma íntegra y ordenada la documentación mencionada, escaneando el código incluido en esta sección.





UNJu
Universidad
Nacional de Jujuy



FHyCS
Facultad de Humanidades
y Ciencias Sociales

UNIVERSIDAD NACIONAL DE JUJUY

FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

CARRERA: LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD

PROYECTO FINAL

“Fortalecimiento de capacidades comunitarias para una respuesta sostenible al VIH en la provincia de Jujuy: un proyecto piloto de gestión territorial y acompañamiento entre pares desde la Educación para la Salud.”

Estudiante: Quiñones Carla Daiana

Tutor: Mgter. Márquez Juan Carlos

San Salvador de Jujuy, Febrero 2026

Argentina

1. Introducción

La respuesta al VIH y sida continúa representando un desafío complejo para los sistemas de salud, particularmente en contextos atravesados por profundas desigualdades sociales, territoriales y culturales. A pesar de los avances biomédicos y del desarrollo de marcos normativos que reconocen el derecho a la salud y promueven estrategias integrales como la prevención combinada, persisten brechas significativas entre las políticas formuladas y su implementación efectiva en los territorios. Estas brechas se expresan en el acceso desigual a servicios, en la persistencia del estigma y la discriminación, y en la limitada participación de las comunidades en los procesos de planificación y gestión de las respuestas sanitarias, factores que inciden directamente en la calidad de vida de las personas que viven con VIH y de las poblaciones clave.

En la provincia de Jujuy, estas tensiones adquieren particular relevancia debido a la centralización de servicios especializados, las dificultades de accesibilidad en localidades del interior y la fragilidad de los dispositivos institucionales de participación comunitaria. En este escenario, las organizaciones de la sociedad civil y los liderazgos comunitarios emergen como actores estratégicos en la producción de salud, desarrollando prácticas de prevención, acompañamiento y promoción de derechos que permiten reducir barreras simbólicas e institucionales y construir respuestas situadas.

Desde el campo de la Educación para la Salud, el presente proyecto propone una intervención comunitaria orientada a fortalecer capacidades locales, institucionalizar prácticas de acompañamiento entre pares y mejorar la articulación territorial con el sistema de salud, contribuyendo a una respuesta al VIH más integral, participativa y sostenible.

2. Fundamentación

La evidencia acumulada en el campo de la salud pública y de la Educación para la Salud demuestra que las respuestas al VIH que se apoyan exclusivamente en enfoques biomédicos resultan insuficientes para garantizar el acceso equitativo, la continuidad del cuidado y la sostenibilidad de las políticas sanitarias. En este sentido, la participación activa de las comunidades y de las organizaciones de la sociedad civil constituye un componente central para el diseño, la implementación, el monitoreo y la evaluación de las políticas públicas en VIH, tal como lo reconocen los marcos internacionales y la legislación nacional vigente. La Ley Nacional N.º 27.675 establece de manera explícita la corresponsabilidad del Estado y de las comunidades en la respuesta al VIH, reconociendo el valor de la

experiencia vivida, el rol de las organizaciones comunitarias y la necesidad de generar espacios de participación sustantiva que incidan en la toma de decisiones. Sin embargo, tal como se desprende de los diagnósticos realizados en la provincia de Jujuy, este reconocimiento normativo no se traduce de manera efectiva en prácticas institucionalizadas de participación, lo que limita el impacto y la apropiación social de las políticas sanitarias.

Asimismo, la estrategia global impulsada por ONUSIDA, expresada en los objetivos 30-80-60, refuerza la centralidad de los habilitadores sociales y comunitarios como condición indispensable para alcanzar resultados sostenibles en prevención, acceso a servicios y supresión viral. En este marco, la participación comunitaria no solo contribuye a mejorar la pertinencia cultural y territorial de las intervenciones, sino que resulta clave para fortalecer los mecanismos de monitoreo social, evaluación participativa y rendición de cuentas de las políticas públicas. Desde esta perspectiva, el presente proyecto se fundamenta en la necesidad de fortalecer capacidades comunitarias y dispositivos de acompañamiento entre pares como estrategias pedagógicas y políticas que permitan articular los objetivos globales con las realidades locales, promoviendo una gobernanza democrática en salud que reconozca a las comunidades como actoras legítimas y corresponsables en la producción de una respuesta integral, equitativa y sostenible al VIH en la provincia de Jujuy.

3. Objetivos

Objetivo General

Fortalecer la participación comunitaria y las capacidades organizacionales de las organizaciones de la sociedad civil para contribuir a una respuesta al VIH más integral, participativa y sostenible, mediante el desarrollo de dispositivos comunitarios de acompañamiento entre pares y el fortalecimiento de la articulación territorial con el sistema de salud, en el marco de la aplicación de la Ley Nacional N.º 27.675 y los objetivos 30-80-60.

Objetivos Específicos

- Desarrollar un proceso de formación situada dirigido a referentes comunitarios y personas con experiencia en respuesta al VIH, orientado al fortalecimiento de capacidades en VIH, derechos humanos, participación comunitaria y Educación para la Salud, durante el período de implementación del proyecto.

- Diseñar e implementar, de manera participativa, un dispositivo piloto de acompañamiento comunitario entre pares para personas que viven con VIH, que favorezca el acceso, la continuidad del cuidado y la reducción del estigma en los territorios de intervención.
- Promover instancias de articulación territorial entre organizaciones comunitarias y efectores del sistema de salud para mejorar la coordinación de acciones de prevención, acompañamiento y seguimiento, así como para fortalecer mecanismos de participación, monitoreo y evaluación comunitaria de las políticas públicas en VIH.

4. Marco Conceptual

4.1. El VIH como problemática socio-sanitaria compleja

El VIH y el sida constituyen una problemática de salud pública que excede ampliamente el plano biomédico, en tanto se inscribe en tramas sociales atravesadas por desigualdades estructurales, estigmatización, barreras de acceso a los servicios de salud y disputas por el reconocimiento de derechos. Tal como se señala en el documento de referencia, las estrategias centradas exclusivamente en la dimensión clínica han demostrado ser insuficientes para controlar el impacto de la epidemia, especialmente en contextos caracterizados por desigualdad territorial y fragmentación institucional, como la provincia de Jujuy. Desde una perspectiva de Educación para la Salud, el proceso salud–enfermedad–atención–cuidado debe comprenderse como una construcción social, histórica y política, en la que intervienen no solo tecnologías sanitarias, sino también saberes comunitarios, trayectorias vitales, relaciones de poder y condiciones materiales de existencia. En este sentido, el VIH visibiliza con particular claridad la interdependencia entre determinantes sociales, políticas públicas y prácticas comunitarias.

El presente marco teórico propone un análisis multidimensional del VIH, entendiéndolo no solo como un evento biológico, sino como una problemática socio-sanitaria compleja. Esta complejidad exige una transición desde modelos biomédicos tradicionales hacia enfoques integrales que reconozcan la interdependencia entre determinantes sociales, políticas públicas y el rol protagónico de la sociedad civil.

4.2. Prevención Combinada y Ciudadanía Sanitaria

La Prevención Combinada constituye el paradigma rector contemporáneo, promovido por ONUSIDA y la Ley Nacional N.º 27.675. Este enfoque articula tres dimensiones fundamentales:

- Biomédica: Acceso a diagnóstico, tratamiento, PrEP (Profilaxis Pre-Exposición) y PEP (Profilaxis Post-Exposición).
- Comportamental: Procesos pedagógicos orientados a la autonomía y la reducción de vulnerabilidades.
- Estructural: Intervenciones sobre los factores sociales y normativos que condicionan el riesgo.

La brecha detectada en Jujuy —donde la oferta de insumos como la PrEP permanece centralizada— evidencia que la prevención combinada no es solo un protocolo clínico, sino un ejercicio de ciudadanía sanitaria. La EpS interviene aquí para transformar la "transmisión de información" en una "apropiación social" de las políticas de salud.

4.3. Liderazgo y Respuestas Comunitarias

Siguiendo a Rodríguez-García et al. (2011), las respuestas comunitarias son procesos multidimensionales que integran liderazgo, acción colectiva, incidencia política y sostenibilidad. En entornos donde el Estado presenta limitaciones, las OSC emergen como actores clave que cubren vacíos estatales mediante la legitimidad territorial.

Sin embargo, este liderazgo enfrenta una fragilidad estructural: la dependencia del voluntariado y la falta de financiamiento ponen en riesgo la sostenibilidad. Por ello, la participación comunitaria no debe ser solo consultiva, sino sustantiva y vinculante, permitiendo que las OSC participen activamente en la toma de decisiones y la gobernanza de la salud.

4.4. Estigma y el Dispositivo de la Persona con Experiencia en Respuesta (PAR)

El estigma y la discriminación persisten como las principales barreras para la adherencia al tratamiento. Ante esto, surge la figura de la Persona con Experiencia en Respuesta (PAR) como un dispositivo pedagógico y estratégico. La PAR actúa como una mediación pedagógica entre el sistema de salud y el usuario, aportando:

- Conocimiento situado: Basado en la experiencia vivida.

- Acompañamiento entre pares: Una práctica política que genera espacios de confianza que el sistema formal a menudo no logra proveer.

4.5. Sostenibilidad Organizacional y Fortalecimiento

Finalmente, la sostenibilidad de las respuestas al VIH no es un mero ajuste técnico, sino una transformación política. Desde la EpS, se plantea la necesidad de fortalecer las capacidades de gestión de las OSC y promover su institucionalización. El reconocimiento formal de las organizaciones debe traducirse en condiciones materiales concretas que permitan pasar de la "participación reconocida" a la "participación efectivamente ejercida", garantizando así una gobernanza democrática y una respuesta integral, equitativa y sostenible en el tiempo.

5. Propuesta Metodológica

El presente proyecto adopta un enfoque metodológico cualitativo, participativo y territorial, inscripto en los principios de la Educación para la Salud y de la investigación–acción participativa. La intervención se orienta tanto a la implementación de acciones comunitarias concretas como a la construcción colectiva de conocimientos, capacidades y dispositivos que fortalezcan la participación comunitaria y la corresponsabilidad en la respuesta al VIH.

En este marco, las organizaciones de la sociedad civil y las personas con experiencia en respuesta al VIH son concebidas como sujetas activas del proceso, involucradas en las distintas etapas de planificación, ejecución y evaluación. Como modelo de planificación y gestión se adopta el enfoque PRECEDE–PROCEDE, que permite articular de manera sistemática el diagnóstico participativo con la acción y la evaluación, integrando dimensiones sociales, educativas, organizacionales y administrativas. La fase PRECEDE recupera y valida participativamente los diagnósticos previamente construidos, posibilitando la priorización de problemas, la identificación de recursos y la definición de estrategias pertinentes al contexto territorial y cultural.

La fase PROCEDE se orienta a la implementación y evaluación progresiva de la intervención a lo largo de un período de seis meses, organizada en tres momentos metodológicos articulados: validación diagnóstica y formación de referentes comunitarios; diseño e implementación de un dispositivo piloto de acompañamiento comunitario entre

pares, junto con instancias de articulación territorial con el sistema de salud; y evaluación participativa con sistematización de la experiencia. Las estrategias metodológicas incluyen talleres de formación situada, espacios de reflexión colectiva y planificación participativa, sustentadas en una pedagogía crítica basada en el diálogo de saberes y el aprendizaje colectivo.

6. Fases de la intervención

La intervención se organiza en tres fases metodológicas secuenciales y articuladas, que responden a la lógica del modelo PRECEDE–PROCEDE y permiten integrar diagnóstico, acción y evaluación de manera progresiva.

La **primera fase**, correspondiente al cierre operativo del PRECEDE, se orienta a la validación participativa del diagnóstico y al fortalecimiento inicial de capacidades comunitarias. En esta etapa se recuperan los principales hallazgos del diagnóstico previo, se los pone en diálogo con las experiencias territoriales actuales y se priorizan líneas de acción factibles para el período de intervención. Esta fase cumple una función pedagógica central, ya que permite construir acuerdos, generar apropiación del proyecto y consolidar el rol de los referentes comunitarios como actores estratégicos del proceso.

La **segunda fase**, correspondiente al PROCEDE en su dimensión de implementación, se centra en el desarrollo de las acciones de intervención propiamente dichas. Incluye la formación situada, el diseño participativo y la puesta en marcha del dispositivo piloto de acompañamiento comunitario entre pares, así como las instancias de articulación territorial con efectores del sistema de salud. Esta fase constituye el núcleo del proyecto y busca traducir los diagnósticos y objetivos en prácticas concretas de producción de salud comunitaria.

La **tercera fase**, correspondiente al PROCEDE en su dimensión evaluativa, se orienta a la evaluación participativa y a la sistematización de la experiencia. En esta etapa se analizan los procesos desarrollados, los resultados alcanzados y las dificultades emergentes, con el objetivo de producir aprendizajes colectivos, fortalecer capacidades evaluativas comunitarias y generar insumos para la sostenibilidad e incidencia en políticas públicas.

7. Descripción de actividades

Durante la primera fase se desarrollan encuentros de validación del diagnóstico y talleres de formación dirigidos a referentes comunitarios y personas con experiencia en respuesta

al VIH, abordando contenidos vinculados a VIH y derechos humanos, participación comunitaria, Educación para la Salud, acompañamiento entre pares y gobernanza sanitaria.

En la segunda fase se lleva a cabo el diseño participativo del dispositivo piloto de acompañamiento comunitario entre pares, definiendo colectivamente criterios de funcionamiento, roles, alcances y estrategias de articulación con el sistema de salud. Posteriormente, se implementan acompañamientos comunitarios piloto en los territorios seleccionados, priorizando a personas que viven con VIH y poblaciones clave. De manera complementaria, se desarrollan instancias de articulación territorial con efectores de salud, orientadas a mejorar la coordinación de acciones, el acceso a servicios y el seguimiento de las trayectorias de cuidado.

En la tercera fase se realizan encuentros de evaluación participativa, en los que se recuperan las percepciones de las personas participantes, se analizan los logros y las dificultades del proceso y se identifican aprendizajes colectivos. Asimismo, se elabora una sistematización de la experiencia que permita documentar el proceso, producir conocimiento situado y formular recomendaciones orientadas a la sostenibilidad y posible institucionalización del dispositivo de acompañamiento entre pares.

8. Cronograma de actividades

El proyecto tiene una duración total de seis meses y se organiza de acuerdo con el siguiente cronograma orientativo:

Fase	Actividades principales	Meses
Fase 1: Validación y formación	Validación participativa del diagnóstico; talleres de formación situada; acuerdos operativos	1–2
Fase 2: Implementación	Diseño participativo del dispositivo de pares; acompañamientos comunitarios piloto; articulación con efectores de salud	3–5
Fase 3: Evaluación	Evaluación participativa; sistematización de la experiencia; elaboración de recomendaciones	6

9. Sistema de evaluación e indicadores

La evaluación no se limita a la medición de resultados, sino que busca fortalecer capacidades comunitarias en monitoreo, análisis crítico y uso de la información para la toma de decisiones.

La evaluación de proceso se orienta a analizar el desarrollo de las actividades, el nivel de participación y el funcionamiento de los dispositivos implementados. La evaluación de impacto se centra en los cambios observados en las capacidades comunitarias, la articulación territorial y la percepción de acceso y acompañamiento. Finalmente, la evaluación de resultados permite valorar la viabilidad de sostenibilidad del proyecto y su contribución a la participación comunitaria en el marco de la Ley N.º 27.675 y los objetivos 30-80-60.

A continuación, se presentan los principales indicadores previstos:

Tipo de evaluación	Dimensión	Indicadores
Proceso	Participación	Número de referentes comunitarios participantes; continuidad en la asistencia a actividades
Proceso	Implementación	Cantidad de talleres realizados; puesta en marcha del dispositivo de pares
Impacto	Capacidades comunitarias	Fortalecimiento percibido de conocimientos y habilidades en VIH, derechos y acompañamiento
Impacto	Articulación territorial	Número de instancias de articulación con efectores de salud; acuerdos de derivación y seguimiento
Resultados	Sostenibilidad	Viabilidad percibida de continuidad del dispositivo; producción de recomendaciones para políticas públicas

10. Población destinataria

La población destinataria del proyecto está conformada, en primer lugar, por referentes comunitarios y miembros de organizaciones de la sociedad civil que desarrollan acciones vinculadas a la prevención, el acompañamiento y la respuesta comunitaria al VIH en la provincia de Jujuy. Se prioriza la participación de personas con experiencia territorial y comunitaria, incluyendo personas que viven con VIH y actores sociales con trayectoria en el trabajo en salud comunitaria, educación popular y promoción de derechos, en tanto su

involucramiento resulta estratégico para el fortalecimiento de capacidades locales y la sostenibilidad de las acciones propuestas.

De manera indirecta, el proyecto está dirigido a personas que viven con VIH y a poblaciones clave que participan o se vinculan con las organizaciones comunitarias involucradas, quienes se beneficiarán del fortalecimiento del dispositivo de acompañamiento entre pares y de la mejora en la articulación con el sistema de salud. Asimismo, se consideran destinatarios indirectos a los equipos de salud de los efectores con los que se desarrollen instancias de articulación territorial, en tanto el proyecto busca contribuir a la construcción de prácticas más integrales, participativas y corresponsables en la respuesta al VIH, en consonancia con el enfoque de derechos y la participación comunitaria promovidos por la Ley N.º 27.675.

11. Recursos

Para la implementación del proyecto se prevé la utilización de recursos organizados en diferentes categorías, priorizando el aprovechamiento de capacidades existentes en el territorio y la articulación interinstitucional como estrategia de sostenibilidad.

- **Recursos humanos:** conformados por un equipo coordinador con formación en Educación para la Salud y experiencia en intervención comunitaria, responsable de la planificación general, el seguimiento y la evaluación del proyecto. Asimismo, participan referentes comunitarios pertenecientes a organizaciones de la sociedad civil, personas con experiencia en respuesta comunitaria al VIH y acompañantes pares que integran el dispositivo piloto, quienes cumplen roles clave en la implementación territorial, el acompañamiento comunitario y la construcción de vínculos con la población destinataria.
- **Recursos materiales y logísticos:** incluyen espacios comunitarios para la realización de talleres, encuentros y actividades grupales; materiales didácticos y pedagógicos tales como guías, cuadernillos y recursos impresos; insumos básicos para el desarrollo de las actividades; y materiales de apoyo para el registro de información y la sistematización de la experiencia.
- **Recursos tecnológicos** comprenden dispositivos y herramientas digitales básicas para la comunicación, coordinación y registro del proyecto, tales como teléfonos móviles, aplicaciones de mensajería, grabadores de audio y recursos informáticos para la organización y análisis de la información producida.

- **Recursos institucionales** se vinculan a la articulación con organismos públicos y efectores del sistema de salud, incluyendo el acceso a información, circuitos de derivación, espacios de coordinación intersectorial y marcos normativos que respaldan la intervención, en particular la Ley N.º 27.675. Estos recursos resultan fundamentales para fortalecer la corresponsabilidad en la respuesta al VIH, mejorar la articulación territorial y favorecer la sostenibilidad y proyección del proyecto más allá del período de implementación.

12. Bibliografía

- Aguilar Idáñez, M. J. (2022). *Participación comunitaria y políticas públicas: Aportes para la intervención social*. Editorial Síntesis.
- Carcanholo, R., & Nakatani, P. (1999). *Globalización y dependencia*. CLACSO.
- Chakrapani, V., Newman, P. A., Shunmugam, M., Logie, C. H., & Samuel, M. (2024). Community participation and leadership in HIV responses: Strengthening trust, sustainability and equity. *Global Public Health*, 19(2), 1–15.
- Fernández Silva, C. (2020). Organizaciones de la sociedad civil y salud pública: Tensiones, desafíos y perspectivas. *Revista de Políticas Sociales*, 12(1), 45–62.
- Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido* (30.^a ed.). Siglo XXI Editores.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en salud*. Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2022). *Ley N.º 27.675: Respuesta integral al VIH, hepatitis virales, ITS y tuberculosis*. Buenos Aires, Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2022). *Manual de prevención combinada del VIH y las ITS y recomendaciones para su implementación*. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.
- ONUSIDA. (2020). *Prevención combinada del VIH*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.
- ONUSIDA. (2021). *Estrategia mundial contra el sida 2021–2026: Poner fin a las desigualdades. Poner fin al sida*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo & ONUSIDA. (2021). *Reducing inequalities and strengthening structural responses to HIV*. PNUD.
- Restrepo Pineda, J. (2024). Participación comunitaria y gestión social de la salud: Aportes desde América Latina. *Revista Latinoamericana de Salud Colectiva*, 20(1), 1–18.

- Rodríguez-García, R., Bonnel, R., N’Jie, N. D., Olivier, J., Pascual, F. B., Wodon, Q., & Dehne, K. (2011). *Community responses to HIV and AIDS: Systems framework*. World Bank.
- Saforcada, E. (2011). *Salud comunitaria y educación para la salud*. Paidós.
- Villegas-Manrique, J. (2021). *VIH, globalización y respuesta comunitaria*. Editorial Biblos.