

VIH/SIDA: COMPROMISO SOCIAL
**“UNA EXPERIENCIA DE VISIBILIZACIÓN DEL PROBLEMA EN EL MUNICIPIO
DE BARRANCABERMEJA”**

SERGIO LUIS VÁSQUEZ BARAJAS



UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA

2009

VIH/SIDA: COMPROMISO SOCIAL
**“UNA EXPERIENCIA DE VISIBILIZACIÓN DEL PROBLEMA EN EL MUNICIPIO
DE BARRANCABERMEJA”**

SERGIO LUIS VÁSQUEZ BARAJAS

Trabajo de Grado para optar al Título de Trabajador Social

Director:

JUAN MANUEL LATORRE CARVAJAL

**Trabajador Social
Mgr. En estudios Demográficos.
Docente de la Escuela de Trabajo Social**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA**

2009

AGRADECIMIENTOS

El Autor expresa sus agradecimientos a la Familia Vásquez Barajas, por su apoyo incondicional, en el logro de mis sueños y utopías.

Al Colegio la Dicha de Aprender, por ser el epicentro donde se labraron mis metas, al Instituto Técnico Superior Dámaso Zapata por ser parte esencial en la construcción del Hombre que Soy.

A la Iglesia Católica, y en especial a los Hermanos de la Salle y Parroquia Sagrado Corazón por ser el puente entre mi espiritualidad cristiana.

A la Universidad Industrial de Santander por ser patrimonio de mis recuerdos, a la Escuela de Trabajo Social por ser el artífice de este logro.

Al Dr. Juan Manuel Latorre Carvajal por el apoyo, la asesoría y la tenacidad que hicieron que el proceso se condensara en este documento.

A los Profesores Martha Ligia Peña, Nelly Aguilar, Ruth Zarate, Amanda Amorocho, Rosalba Rivera de Duarte, Claudia Patricia, Adriana Vega, Bertha Lucia, Martha Beatriz, Raquel Méndez, Libardo León Guarín, Mercedes Larrota Libia Cristina Santos, por el aprendizaje que impartieron, y con ellos al grupo de estudiantes de Trabajo Social que iniciaron conmigo en el I periodo del 2004 un camino por una carrera profesional, que exalta las virtudes del ser humano, que aprehende de lo social, y que no pierde la capacidad de asombro, a Blanquita secretaria de la Escuela de Trabajo Social, por la paciencia, disciplina, amabilidad durante toda la carrera,

Al Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible, a mis compañeros de práctica, Jenny Marcela Restrepo, Adriana Marín, Oswaldo Celí, Julia Roció, Alcides, Andrea Briseño y Leidy Rodríguez, al Dr., Orlando Serrano por su asesoría, a la Alcaldía de Barrancabermeja, Secretaria de Salud, A la Oficina de la Gestora Social, al Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio, Y Por último a todos los protagonistas actores sociales que trabajan en el tema del VIH/SIDA mencionados en este documento.

DEDICATORIA

*A DIOS PADRE HIJO Y ESPIRITU SANTO,
A todas las personas que compartieron este
sueño,
A todas aquella que poseen algo de mí,
A cada una de las personas que llevo en mi
corazón,
Padre, Madre, y Hermano.
A todos aquellos que vieron como se formo esta
iniciativa,
Sandra Vásquez, Ingrid Vásquez.
A todos aquellos por lo que me siento muy
orgulloso
A las que creen en mí y siempre me apoyaron,
Amigos, amigas,
A quien llegó a nuestra vida hace tan solo unos
años,
A Diego Andrés Vásquez Montoya
Pero muy en especial al Dr.
Jorge Alberto Amaya por asumir el compromiso,
por la admiración y la fortaleza que me llevo a
dar este resultado.
(Con orgullo el primer profesional de la familia)*

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. REFERENTE TEÓRICO SOBRE DESARROLLO HUMANO Y VIH/SIDA EN EL MARCO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO	4
1.1. DESARROLLO HUMANO	4
1.2 DESARROLLO HUMANO, VIH/SIDA Y DERECHOS HUMANOS	11
1.3 REDES SOCIALES UNA ESTRATEGIA PARA LA ACCIÓN SOCIAL	22
2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	27
2.1 CONTEXTUALIZACIÓN NORMATIVA	27
2.1.1 EL VIH Y EL SIDA: LINEAMIENTOS INTERNACIONALES	27
2.1.2 LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Y LOS COMPROMISOS INTERNACIONALES CON RELACIÓN AL VIH Y EL SIDA	31
2.1.3 El VIH y el SIDA: Lineamientos Nacionales	34
2.1.4 El VIH y el SIDA: Lineamientos Locales	45
2.2 CONTEXTUALIZACIÓN INSTITUCIONAL DE LA EXPERIENCIA DESARROLLADA	46
2.2.1 OBJETIVO DEL OBSERVATORIO REGIONAL DE DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE ORDHS	49
2.2.2 VISIÓN DEL OBSERVATORIO REGIONAL DE DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE ORDHS	49
2.3 SITUACIÓN INSTITUCIONAL ACTUAL RESPECTO AL ORDHS	51
2.4 SITUACIÓN DEL CONTEXTO REGIONAL ANTE LA SITUACIÓN SOCIAL ABORDADA DURANTE LA EXPERIENCIA	52
2.5 ACCIONES COMUNITARIAS EN RELACIÓN AL VIH/SIDA EN EL MUNICIPIO DE BARRANCABERMEJA MESA INTERSECTORIAL DE VIH/SIDA	58
2.5.1 PRINCIPALES FUNCIONES DE LA MESA INTERSECTORIAL DE VIH/SIDA	60
2.5.2 ESTRATEGIAS DE LA MESA INTERSECTORIAL DE VIH/SIDA	61
2.5.3 Líneas de acción de la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA	61
2.5.4 Acciones prioritarias para la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA	61
2.5.5 Estructura interna de la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA	62
3. LA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL	64
3.1 CARACTERÍSTICAS DEL FENÓMENO Y ACCIONES DE ATENCIÓN AL VIH/SIDA EN EL MUNICIPIO DE BARRANCABERMEJA	64
3.1.2 PROBLEMÁTICA DE LA POBLACIÓN CON VIH Y SIDA EN EL CONTEXTO LOCAL	69
3.1.2.1 ASPECTO EPIDEMIOLÓGICO DEL VIH/SIDA EN	

BARRANCABERMEJA	71
3.1.2.2 INFORMACIÓN CUALITATIVA - ANÁLISIS SITUACIONAL DEL VIH Y EL SIDA EN EL MUNICIPIO DE BARRANCABERMEJA	75
3.1.2.3 Información - Mesa Intersectorial de VIH/SIDA	85
3.2 PRECISIÓN DEL ÁMBITO PROBLEMÁTICO ABORDADO POR LA PRÁCTICA	89
3.2.1 PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS	91
3.2.1.1 LISTADO DE PROBLEMAS ENCONTRADOS EN LA DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA	92
3.2.1.2 CUADRO DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS ENCONTRADOS EN LA DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA	94
3.2.1.3 Árbol de Problemas	96
3.2.1.4 Árbol de Objetivos	97
3.2.1.5 Análisis de Alternativas	98
3.2.1.6 Planteamiento de la Propuesta Realizada	99
3.2.1.7 Justificación de la Propuesta Realizada	100
3.3 CONTENIDO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE LA PRÁCTICA DE TRABAJO SOCIAL	101
3.3.1 OBJETIVO GENERAL	101
3.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	101
3.3.3 Metodología de la propuesta de intervención	101
3.3.4 Gráfica propuesta para metodología de intervención de la práctica de Trabajo Social realizada	103
3.4 PLANEACIÓN	104
3.4.1 FASES METAS E INDICADORES DE LA PRÁCTICA DE TRABAJO SOCIAL	104
3.4.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA DE TRABAJO SOCIAL	107
3.5. EJECUCIÓN	109
3.5.1 EJECUCIÓN POR OBJETIVOS	109
3.5.2 EJECUCIÓN POR FASES DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	115
4. EVALUACIÓN	118
4.1 EVALUACIÓN DEL PROCESO	118
4.2 FACILITADORES	122
4.3 LOGROS	123
4.4 DIFICULTADES	123
4.5 LOS TRABAJADORES SOCIALES	124
4.6 FORMACIÓN ACADÉMICA DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL	125
5. CONCLUSIONES	127
6. RECOMENDACIONES	129
7. PROPUESTA METODOLÓGICA DE CONTINUIDAD: MODELO DE	

ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA POBLACIÓN CON VIH/SIDA EN EL MUNICIPIO DE BARRANCABERMEJA	131
7.1 PRESENTACIÓN	131
7.2 EJES TRASVERSALES DEL MODELO	134
7.2.1 DESARROLLO HUMANO	134
7.2.2 DERECHOS HUMANOS	135
7.2.3 Equidad de Género	135
7.3 APLICACIÓN DEL MODELO (MUNICIPIO BARRANCABERMEJA)	136
7.3.1 RESPUESTA DE LA SOCIEDAD CIVIL	137
7.3.2 HITOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL	138
7.3.3 Finalidad del Modelo	141
7.3.4 Propósito del Modelo	141
7.4 MAPA METODOLÓGICO DEL PROCESO	142
7.4.1 MAPA DEL PROCESO: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	143
7.4.2 MAPA DEL PROCESO: ATENCIÓN INTEGRAL	144
7.4.3 Mapa de Proceso Apoyo y Protección Social	145
7.4.4 Mapa del Proceso: Seguimiento y Evaluación	147
BIBLIOGRAFÍA	148

LISTA DE CUADROS

	Pág
Cuadro 1. Estadísticas Regionales y características de la infección por VIH y el SIDA 2007	13
Cuadro 2. Nombre de los corregimientos Municipio de Barrancabermeja	54
Cuadro 3. Número de casos reportados y tasa de incidencia por 100.000 Habitantes con VIH en el municipio de Barrancabermeja 2004-2008	72
Cuadro 4. Número de casos por comuna en el municipio de Barrancabermeja Enero a octubre 2008	73
Cuadro 5. Relación Hombre Mujer- VIH/SIDA Barrancabermeja 2008	74
Cuadro 6. Instituciones programas y acciones que conforman la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA	87
Cuadro 7. Número de casos reportados de VIH/SIDA en Barrancabermeja Por año	88
Cuadro 8. Organizaciones y servicios que conforman la Mesa de Organizaciones que trabajan en VIH/SIDA en la ciudad de Bogotá	111
Cuadro 9. Plan Estratégico de la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA en el Municipio de Barrancabermeja 2008	113
Cuadro 10. Casos de Mortalidad por VIH reportados durante el periodo 2000-2008	136

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Listado de la I ^o Semana de lucha contra la discriminación y el estigma al VIH/SIDA	156
Anexo B. Listado de líderes comunitarios por comuna	159
Anexo C. Invitación para la conformación de la red social de apoyo	163
Anexo D. Consentimiento informado para realizar la prueba diagnóstica de VIH	168
Anexo E. Modelo de derecho de petición para pedir copias de la historia Clínica	169
Anexo F. Modelo de estatutos para constituir una veeduría ciudadana	170
Anexo G. Modelo de derecho de petición para pedir contratos de Cumplimiento	171
Anexo H. Modelo de solicitud para pedir investigación disciplinaria en contra de una persona que obstaculiza los servicios de salud	172
Anexo I. Modelo de petición para solicitar investigación por parte de la superintendencia de salud	173
Anexo J. Modelo de solicitud para pedir investigación en el tribunal de ética médica	174
Anexo K. Modelo de derecho de petición para averiguar por la política en los niveles departamental o municipal en relación con una enfermedad	175
Anexo L. Guía de evaluación del proceso de intervención	176
Anexo M. Formato de caracterización de personas en situación riesgo de adquirir VIH o diagnóstico positivo en VIH	181
Anexo N. Formato de caracterización de personas que viven con VIH/SIDA	183

RESUMEN

TITULO: VIH/SIDA COMPROMISO SOCIAL “UNA EXPERIENCIA DE VISIBILIZACIÓN DEL PROBLEMA EN EL MUNICIPIO DE BARRANCABERMEJA”¹.

AUTOR: VÁSQUEZ BARAJAS, Sergio Luis**.

PALABRAS CLAVES: Desarrollo Humano, Derechos Humanos, Redes Sociales, Atención Integral.

DESCRIPCIÓN:

El Trabajo de Grado presenta las últimas acciones de práctica académica profesional de Trabajo Social, adelantada en el proyecto “Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible” adscrito hasta el 2008 por la Dirección General de Regionalización de la Universidad Industrial de Santander, y desarrollado en el municipio de Barrancabermeja durante los últimos meses del 2008 y principios del 2009; bajo la mirada extensionista de articular la Universidad a la Sociedad.

El documento centra su interés en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, con interés en el ODM 6 “Combatir el VIH/SIDA el Paludismo y otras enfermedades”. La intervención intenta comprender el fenómeno del VIH y el SIDA a través de las Ciencias Sociales y fundamenta su acción en el Desarrollo Humano como enfoque que posibilita el desarrollo a partir de las oportunidades y capacidades del ser.

Como proceso social, este documento pretende visibilizar el problema del VIH/SIDA en Barrancabermeja, donde se presenta un crecimiento sostenido en este evento de Salud Pública. Siendo así, la intervención profesional se sitúa en la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA, escenario interinstitucional, que posibilita procesos participativos organizados para dar respuesta al VIH.

Éste documento está enmarcado en los Derechos Humanos y las Redes Sociales, como fundamentos teóricos que permiten realizar acciones intencionadas de cara a consolidar una Red Comunitaria Institucional de Apoyo a las Personas que Viven con VIH/SIDA, cuyo propósito esta en visibilizar la situación del municipio y promover la organización de los actores sociales responsables, para dar respuesta a esta problemática.

Finalmente como aporte metodológico y técnico, se presenta un Modelo de Atención Integral al VIH/SIDA desarrollado en cuatro ejes temáticos: Promoción y Prevención; Atención Integral; Apoyo y protección social; Seguimiento y evaluación, fundamentados en el Desarrollo Humano, los Derechos Humanos y la Equidad de Género.

¹ Trabajo de Grado.

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Director: Dr. Juan Manuel Latorre Carvajal, Trabajador Socia. Mgr. En Estudios Demográficos.

SUMMARY

TITLE: HIV/AIDS SOCIAL "VISIBILITY AN EXPERIENCE OF THE PROBLEM IN THE MUNICIPALITY OF BARRANCABERMEJA"²

AUTHOR: VÁSQUEZ BARAJAS, Sergio Luis**.

KEY WORDS: Human Development, Human Rights, Social Networking, Attention.

DESCRIPTION:

Work Grade presents the latest actions of academic professional practice of social work, early in the project "Regional Center for Sustainable Human Development" attached through 2008 by Directorate General of Regionalization of the Industrial University of Santander, and developed in the municipality Barrancabermeja during the last months of 2008 and early 2009, under the watchful extensionist articulate the University of the Company.

The paper focuses on the Millennium Development Goals, with an interest in the MDG 6 "Combat HIV / AIDS Malaria and other diseases." The intervention seeks to understand the phenomenon of HIV and AIDS through the Social Sciences and bases its action on the Human Development as an approach that enables the development of opportunities and capabilities of being.

As a social process, this paper seeks to make visible the problem of HIV / AIDS in Barrancabermeja, showing steady growth in the event of Public Health. Thus, professional intervention is in the Intersectorial Bureau of HIV / AIDS, inter-stage, enabling participatory processes organized to respond to HIV.

This document is part of Human Rights and Social Networks, the theoretical basis allowing for deliberate actions to build a Community Network of Institutional Support for People Living with HIV / AIDS, whose purpose is to make visible the situation of the municipality and promote the organization of social responsibility, to respond to this problema

Finally, as technical and methodological contribution, we present a Model for Integral Attention to HIV / AIDS developed in four thematic areas: Promotion and Prevention, Care, Support and Social Protection Monitoring and evaluation, based on Human Development and Human Rights Gender Equity.

² Project of degree

** Faculty of Humanities. School of Social Work. Director: Dr. Juan Manuel Latorre Carvajal, Social Worker. In Population Studies Mgr .

INTRODUCCIÓN

La Universidad Industrial de Santander desde su función extensionista se interesó por conocer y contribuir al desarrollo humano sostenible del departamento de Santander, mediante la puesta en marcha de un modelo metodológico de investigación social denominado Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible (ORDHS), uno de cuyos frentes de acción ha sido el de cooperar en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

En este sentido, el ORDHS junto con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), firmaron un convenio planteando entre sus fines realizar procesos y conocer dinámicas sociales municipales, con el fin de medir los niveles de avance de los ODM, en el Departamento de Santander.

La experiencia de práctica académica de Trabajo Social que en este documento se presenta, se ubica entonces, en el Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible ORDHS, programa universitario liderado hasta el 2008 por la Dirección General de Regionalización y concebido como estrategia metodológica y técnica de interacción y articulación universidad – sociedad, orientado hacia la evaluación del impacto local y regional de la inversión pública, las políticas públicas y las dinámicas sociales, los avances en democracia participativa y la superación de la pobreza, en el marco del Desarrollo Humano Sostenible y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, específicamente en el ODM 6 “Combatir el VIH/SIDA, el Paludismo y otras enfermedades”³.

Los índices de VIH/SIDA en el Departamento, ubican a Barrancabermeja como el municipio con mayor crecimiento de esta problemática, razón por la cual el ORDHS incursionó en este territorio, con estudiantes en práctica de Trabajo

³ PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. Informe de Naciones Unidas para Colombia 2006. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Santafé de Bogotá: Colección Presidencia de la Republica, 2006. p. 17

Social. Dada la magnitud de la problemática en el municipio de Barrancabermeja, se ha venido desarrollando uno de los procesos más significativos y consolidados del ORDHS, en el Departamento: la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA, fomentada a partir de la iniciativa estudiantil en dicha práctica y orientada tanto a mejorar las condiciones de vida de las personas que viven con VIH/SIDA, como a realizar acciones de tipo preventivo, orientadas a detener el avance de la epidemia.

En la práctica académica recogida en este documento, los esfuerzos se dirigieron a fortalecer y consolidar la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja, mediante el establecimiento de alianzas estratégicas entre sus miembros y diversos sectores de la sociedad.

En consecuencia, este informe tiene como objetivo presentar las últimas acciones de práctica académica realizadas con la Mesa, particularmente en lo relacionado con la conformación de una Red Comunitaria e Institucional de Apoyo a su trabajo.

El informe se desarrolla en siete capítulos que describen la experiencia de práctica profesional, los cuales se encuentra organizados de la siguiente manera: en un primer capítulo, se presenta el Referente Teórico sobre el Desarrollo Humano en el marco de los Objetivos del Milenio, con énfasis en la organización social, los Derechos Humanos y las Redes Sociales. En el segundo capítulo, se encuentra la contextualización legal, institucional y regional de la experiencia. En el tercer capítulo se expone la experiencia siguiendo el proceso de planeación, investigación, ejecución y reflexión desarrollado durante la intervención. En el capítulo cuarto se encuentra la evaluación del proceso, los capítulos quinto y sexto, presentan las conclusiones producto de la evaluación del proceso y algunas recomendaciones producto de la reflexión y finalmente el capítulo séptimo, contiene una propuesta metodológica y de acción, como aporte para dar continuidad y fortalecer el proceso adelantado.

Es importante reiterar que la experiencia de práctica académica profesional desarrollada, se fundamenta en el paradigma del Desarrollo Humano, reforzado

con el enfoque de los Derechos Humanos, sobre los cuales se expondrán algunas ideas a continuación.

1. REFERENTE TEÓRICO SOBRE DESARROLLO HUMANO Y VIH/SIDA EN EL MARCO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

El proceso de práctica,
posee cualidades de montaña rusa,
Muchas veces
nos detendremos en distintos puntos,
Tal vez regresaremos...
Pero solo será para impulsarnos
a otra subida en el inevitable y dinámico avance
del conocimiento interpersonal
(Sergio L Vásquez)

1.1. DESARROLLO HUMANO

Alcanzar el desarrollo ha sido uno de los objetivos históricamente planteados por los países a nivel mundial, los cuales expresan como constante la búsqueda del mejoramiento de las condiciones de vida poblacional y consecuentemente, la disminución de la pobreza; para tal fin, se han venido adoptando diferentes modelos de desarrollo que dependen, entre otras, de la perspectiva política dominante en cada país (sistema político-económico), y de la forma en que éstos establecen sus relaciones con los demás (relaciones internacionales); es así como algunas sociedades han optado por implementar modelos de desarrollo económico que inciden positivamente en el crecimiento económico, pero que conllevan una privación de las libertades de los individuos, con lo cual no se logran los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Nuestra sociedad ha estado tradicionalmente orientada por este enfoque, cuyas consecuencias prácticas se evidencian, entre otras, en situaciones graves de desplazamiento interno, continua violación de derechos humanos, desempleo, corrupción, exclusión social e incremento de la pobreza con todas las implicaciones ya conocidas.

Lo anterior es concordante con diferentes informes realizados a nivel mundial⁴, los cuales afirman que el crecimiento económico visto exclusivamente desde el aumento del Producto Interno Bruto (PIB) y el Producto Nacional Bruto (PNB), no garantizan que el proceso de Desarrollo llegue a todos los grupos poblacionales de una sociedad (país, región, territorio, sector urbano y rural), entre otras razones, por la centralización del poder, ocasionando una concentración indiscriminada de los recursos (capital económico, ambientales, sociales) en un pequeño grupo de la sociedad; ello implica que no se logren resultados sostenibles positivos en la disminución de las carencias socioeconómicas, ambientales y sociales en los grupos poblacionales más olvidados, excluidos y vulnerables de la sociedad (personas en situación de discapacidad, campesinos, minorías étnicas, niños y niñas, personas que viven con VIH o SIDA entre otras).

Por tal razón, se hace necesario insistir en la búsqueda de otras formas de desarrollo, en que la promoción humana vaya más allá del crecimiento económico; que tengan en cuenta aspectos como la expansión de las libertades fundamentales, políticas y económicas; que entiendan que el fortalecimiento de la ciudadanía y con ella la democracia, aportan al aprovechamiento de las capacidades individuales y colectivas para el logro de una vida digna y productiva de los seres humanos y, finalmente, que confíen en que agenciar el desarrollo con centro humano, es posible.

En este sentido, el Desarrollo Humano es concebido como “un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de los individuos, siendo las más importantes una vida prologada y saludable, acceso a la educación, y el disfrute de una vida decente. Otras oportunidades incluyen: libertad política, garantía de los derechos humanos y el respeto a sí mismo”⁵

⁴ PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO PNUD. Informe de Desarrollo Humano para Colombia 2006. Santafé de Bogotá: Colección Presidencia de la Republica, 2006. p. 13.

⁵ *Ibíd.*, p. 19.

En el año 1999 el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) expuso a nivel mundial la necesidad que tienen los países de alcanzar el desarrollo a partir del Desarrollo Humano, cuyo objetivo se centra en el ser humano y su multidimensionalidad, en su papel como agente o sujeto activo en los diversos contextos donde se desarrolla el ser.

Desde esta perspectiva, es el desarrollo humano un planteamiento que articula los diversos elementos con los cuales las personas pueden potencializar sus capacidades y habilidades para ejercer sus derechos y deberes como ciudadanos y ciudadanas, y de igual forma expandir sus libertades para de esta manera mejorar sus condiciones económicas, políticas, sociales, ambientales y culturales, las cuales dependen del contexto situacional y realidad particular del ser, debido a que integra las dimensiones biológica, psicológica y social del individuo, al reconocerlo como agente activo de cambio en el proceso de transformación de su realidad.

Este documento toma como base el concepto de desarrollo humano adoptado por el PNUD, cuyos fundamentos parten del enfoque de Amartya Sen sobre el desarrollo, al considerarlo como “un proceso integrado de expansión de libertades fundamentales entre sí”⁶, ya que son el fin primordial (papel constitutivo) y el medio principal del desarrollo (papel instrumental); El papel constitutivo de la libertad “está relacionado con la importancia de las libertades fundamentales para el enriquecimiento de la vida humana”⁷, señalándose entre los principales la participación política y la libertad de expresión; en cuanto a su papel instrumental, se entiende como “la forma en que los diferentes tipos de derechos y oportunidades contribuyen a expandir la libertad del hombre en general”⁸, entre las cuales se encuentran las libertades políticas, los servicios económicos, las oportunidades sociales, las garantías de transparencia y la seguridad protectora.

⁶ SEN, Amartya. Desarrollo y Libertad. Barcelona: Planeta S.A, 2000. p. 24

⁷ Ibíd., p. 25

⁸ Ibíd., p. 27

Según Sen⁹, el desarrollo parte del principio de libertad de los seres humanos, concibiéndolo como la ruptura de las ataduras que impiden al ser humano ejercer su voluntad a través de un juicio racional. Atendiendo a lo anterior, la finalidad del desarrollo humano es la expansión de las libertades reales que disfrutaban los individuos para elegir las cosas y las razones que tienen para valorarlas conforme a sus necesidades e intereses; siendo así, el interés central son las personas y el desarrollo de capacidades y libertades de los miembros de una sociedad, basados en principios de eficiencia, equidad y libertad.

Ahora bien, para contribuir a la ampliación de las libertades y oportunidades reales del individuo, son necesarias dos condiciones: “la formación de capacidades – tales como un mejor estado de salud, conocimientos y destrezas - y el uso que las personas hacen de las capacidades adquiridas – para el descanso, la producción o las actividades sociales, culturales y políticas”¹⁰.

De esta manera el desarrollo deja de ser solamente la adquisición y acumulación de capital (riquezas, ingresos), concebida como crecimiento económico. En la postura humanista¹¹, el crecimiento es un medio, dentro del proceso.

El Desarrollo Humano comparte su visión con la de los Derechos Humanos, ya que establecen como meta común la Libertad Humana, de tal forma que las personas sean libres de realizar sus opciones y participar en las decisiones que afectan sus vidas. En consecuencia, las dos visiones se refuerzan mutuamente, ayudando a afianzar el bienestar y la dignidad de las personas, construyendo el respeto por sí mismos y el respeto por los demás. En la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 25; el Protocolo de San Salvador artículo 10; así como en la Constitución Política de Colombia de 1991 en sus artículos 47,

⁹ SEN, Amartya. Desarrollo y Libertad. En: Desarrollo Humano y libertades fundamentales. Nueva York. Val, 2006, p. 212.

¹⁰ PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO PNUD. Resumen Informe sobre el Desarrollo Humano 2006. Profundizar la democracia en un mundo fragmentado. Mundiprensa Libros. New York-USA. Disponible en: www.undph.un.hn (17 de Enero 2009)

¹¹ Término de la Epistemología Humanista acuñado a los aportes epistemológicos que sobre Desarrollo Humano se realizan.

48, 49 y 50 establecen el derecho a la salud, el cual en si mismo entraña libertades y derechos.

De modo que el desarrollo de las capacidades, entendidas como el acceso y formación de capacidades y el uso que las personas hacen de éstas, permiten mayores libertades de las personas para elegir las realizaciones u oportunidades que desean para su vida¹². En este sentido, las políticas deben estar en concordancia con la calidad de vida de las personas, expresadas en las capacidades que éstas tengan para gozar de una vida sana, segura, con educación, participación, respeto hacia los derechos humanos y con libertades tales, como para elegir las realizaciones para su vida, libre de privaciones como la inanición, la desnutrición, la morbilidad evitable y prematura relacionada con la salud y la calidad de vida. Por tal razón, las políticas públicas que se diseñen en relación con la salud, deben además incluir la asignación de presupuestos participativos conforme al contexto y dimensiones humanas, un análisis profundo y detallado del cómo y para qué y con qué recursos se interviene en la salud.

Una de las mayores privaciones a las capacidades y libertades del ser humano, es la pobreza¹³, no solo a nivel económico o material, sino en las limitaciones que genera en las oportunidades de acceder y gozar de funciones importantes; así mismo, el ciclo vicioso de la pobreza, repercute directamente en las condiciones de vida de las personas, limitando sus libertades.

La pobreza, entendida como privación de capacidades según Velazco¹⁴, es una expresión de las profundas desigualdades e inequidades sociales en el sector salud en Colombia. El Sistema de Seguridad Social en Salud funciona en relación

¹² PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO PNUD. Resumen informe sobre el Desarrollo Humano 2006. Profundizar la democracia en un mundo fragmentado. Op. cit., p. 11

¹³ GOUTET Marie. Educación, Formación y Desarrollo. En: Formación y Desarrollo Social. Santa fe de Bogotá: UNINORTE, 2002.p. 38.

¹⁴ VELAZCO, Adriana. Diplomado sobre Desarrollo Humano. Modulo 3: las implicaciones del Desarrollo Humano Formación de Capacidades y la Pobreza en la perspectiva de la capacidad. Disponible en: www.pnud.org.do/primerdiplomadoendesarrollohumanoyvihsida (17 de Enero de 2009)

con la oferta y la demanda, como un modelo de aseguramiento que no se desarrolla en su deber ser (ámbito conceptual - filosófico), sino en la capacidad de pago del usuario, en las que se contemplan dos únicas formas de aseguramiento: el primero un régimen contributivo que funciona de acuerdo con la capacidad de pago, y otro, el régimen subsidiado, el cual cubre a población vulnerable. Este último funciona a partir de un sistema de aseguramiento que focaliza los recursos, de por sí insuficientes, a la población con profundas debilidades.

En el tema de la salud, una situación social altamente preocupante es el incremento del VIH y el SIDA. Analizar teóricamente la situación de la pandemia del VIH y el SIDA, es un proceso complejo ya que toca a las personas, no solo a nivel individual, familiar, espiritual o colectivo, sino también en las distintas esferas en las que se desarrolla su ser (política, económica, cultural y ambiental); así mismo por el complejo, conjunto de aproximaciones y diversos abordajes teóricos, con los que ha sido estudiado desde su aparición en los años 80¹⁵.

El VIH y el SIDA se ha venido explicando a partir de dos modelos de análisis científicos: las ciencias de la salud y las ciencias sociales. En las Ciencias de la Salud, la pandemia del VIH y el SIDA ha sido tratada desde tres aspectos principalmente: biológicos y clínicos (origen, causa y evolución); terapéuticos (tratamiento) y epidemiológicos (prevalencia, proporción, mortalidad y frecuencia)¹⁶.

Los aspectos biológicos y clínicos se refieren a la caracterización clínica del VIH y el SIDA, es decir cuál es el origen de la pandemia; qué es; como se transmite; cómo se previene; cuál es su sintomatología; cómo actúa, lo cual permite conocer e identificar las características de la enfermedad¹⁷.

¹⁵ AGUDELO, Jorge Humberto. Fundamentos de Salud Pública. Medellín: Corporación para las Investigaciones Biológicas, 2000. p. 29.

¹⁶ VELAZCO, Op cit. p 14

¹⁷ *Ibíd.*, p. 18

El aspecto terapéutico, ya sea a partir de la medicina tradicional u homeopática, se basa en la “Atención Integral del paciente”, la cual se define por el Decreto 1543 de 1997, como:

El conjunto de servicios de promoción, prevención y rehabilitación que en su unidad definen el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y adaptación, incluyendo los medicamentos requeridos, dentro de un entorno Bio-psico-social de la salud, que busca garantizar en su deber ser la protección de la salud a un nivel individual y colectivo¹⁸.

Finalmente, el aspecto epidemiológico se refiere a la distribución, frecuencia, evolución y determinantes de la salud¹⁹ que se relacionan con grupos poblacionales en riesgo o mayor vulnerabilidad.

En las Ciencias Sociales el abordaje que se le da al VIH y el SIDA se realiza en tres niveles interdependientes; el nivel individual (terapia, orientación, consejería, cibernética de primer y segundo orden); el nivel social (prevención de la enfermedad, promoción de la salud, políticas saludables, responsabilidad estatal, violación de derechos, restitución de derechos); y el nivel estructural (Sistema General de Seguridad Social en Salud, Plan de Salud Territorial, Objetivos y Metas del Milenio)²⁰.

El nivel individual se refiere a las concepciones, actitudes y comportamientos que presentan las personas que viven con el virus del VIH o la enfermedad del SIDA. El nivel social sustenta las normas, y los valores sociales que establece el conjunto de la sociedad así como los significantes (imagen) y significados que ella

¹⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Decreto 1543 (12, junio, 1997). Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH, Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida SIDA y otras enfermedades de Transmisión Sexual. Bogotá D.C: El ministerio, 1997. P.11

¹⁹ BLANCO RESTREPO Jorge Humberto y MAYA MEJIA, José María. Fundamentos de la Salud Pública. Medellín: Ediciones Rojo, 1997. p. 69.

²⁰ UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTO DOMINGO. Diplomado en Desarrollo Humano y VIH/SIDA. Desarrollo Humano y VIH/SIDA a través del prisma de las Ciencias Sociales. Disponible en: www.pnud.org.do/primerdiplomadoendesarrollohumanoyvihsida (11 de Noviembre de 2008)

elabora a través de la interacción social (proceso de socialización). En el nivel estructural se abordan los sistemas y estructuras sociales, el primero entendido como los subsistemas que integran el sistema social (político, económico, cultural, jurídico) y el segundo hace referencia a la forma que adopta el sistema global sus relaciones entre los individuos²¹.

Los anteriores abordajes científicos sobre el VIH y el SIDA han servido para dar explicación a las causas, magnitudes e implicaciones de la problemática, pero no trascienden lo suficiente en relación a las múltiples dimensiones del ser, así como tampoco a las diferentes implicaciones que el VIH y el SIDA tienen en el desarrollo de la calidad de vida poblacional.

1.2 DESARROLLO HUMANO, VIH/SIDA Y DERECHOS HUMANOS

Son varios los procesos estructurales que contribuyen a configurar el comportamiento de la pandemia del VIH y el SIDA en Colombia y la forma como esta sociedad la enfrenta. Algunos de estos procesos están directamente relacionados con el contexto socioeconómico nacional, y otros con la situación y funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social del país, principal marco de referencia para el desarrollo de la respuesta nacional. Las condiciones particularmente difíciles que vive el país, especialmente relacionadas con el desempleo, el conflicto armado y el desplazamiento forzado, representan algunos factores causales que propician la relación existente entre el VIH/SIDA y la pobreza; las condiciones de pobreza se relacionan con la falta de acceso a servicios de educación y salud, la prevención específica de la enfermedad, la promoción de la salud, la asesoría, el diagnóstico temprano y atención integral de los casos. Así mismo, las penurias económicas y la exclusión social pueden llevar especialmente a mujeres y niños al ejercicio del trabajo sexual y a prácticas de

²¹ *Ibíd.*, p. 17

sexo transaccional²² y al sometimiento a relaciones sexuales no consentidas ni de protección²³. El VIH y el SIDA, como fuente y fruto de privaciones que limitan el desarrollo humano y la calidad de vida, se expresan en la pobreza, la cual está fuertemente relacionada con la expresión de la epidemia en el mundo (ver cuadro 1). Las tasas más altas de prevalencia en VIH y el SIDA se encuentran en regiones con bajo desarrollo humano²⁴, es decir países que poseen indicadores muy bajos de esperanza de vida saludable al nacer, un producto interno bruto real per cápita bajo y pobres logros educativos.

²² Aceptación, tolerancia y sometimiento a tener relaciones sexuales ya sea dentro de un vínculo de pareja o no, a cambio de prebendas en dinero o en especie, independientemente del deseo real, de las convicciones y de la seguridad del receptor de los bienes materiales o de la necesidad de subsistencia.

²³ PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA (ONUSIDA) GRUPO TEMÁTICO COLOMBIA. Infección por VIH y SIDA en Colombia Estado del Arte 2000-2005. Santafé de Bogotá: Colecciones Ministerio de la Protección Social Dirección General de Salud Publica, 2006. p. 24.

²⁴ PRPGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS ONUSIDA. Estadísticas y características de la infección por VIH 2007. Disponible en www.onusida.org (2 de Febrero 2009)

Cuadro Nº1. Estadísticas Regionales y características de la infección por VIH y el SIDA 2007

Región	Adultos* y niños que conviven con el VIH/SIDA	Porcentaje de adultos con el VIH y el SIDA	Nuevas Infecciones por VIH en adultos y niños	Defunciones de adultos y niños por SIDA	Porcentaje de adultos Seropositivos que son mujeres	Índice PIB	Índice de Esperanza de Vida	Tasas de Escolaridad	Principales modalidades de transmisión
África subsahariana	22,5 millones	5.0	1,7 millones	1,6 millones	61	0,5	0,41	0,57	Relaciones heterosexuales.
Oriente Medio y África del Norte	380.000	0.3	35.000	25.000	50	0,7	0,70	0,68	Relaciones heterosexuales, Consumo de drogas intravenosas.
Asia Meridional y sudoriental.	4,0 millones	0.3	340.000	270.000	29	0,58	0,64	0,59	Consumo de drogas intravenosas, relaciones heterosexuales, relaciones homosexuales.
Asia Oriental	800.000	0,1	92.000	32.000	29	0,69	0,77	0,83	Consumo de drogas intravenosas, relaciones heterosexuales, relaciones homosexuales.
América Latina	1,6 millones	0,5	100.000	58.000	25	0,74	0,79	0,87	Relaciones Homosexuales, consumo de drogas intravenosas, relaciones heterosexuales.
Caribe	230.000	1,0	17.000	11.000	43	0,74	0,78	0,87	Relaciones heterosexuales, relaciones homosexuales

Europa Oriental y Asia Central	1,6 millones	0,9	150.000	55.000	25	0,93	0,73	0,93	Consumo de drogas intravenosas.
Europa Occidental y Central	760.000	0,3	31.000	12.000	28	0,96	0,72	0,95	Relaciones homosexuales, consumo de drogas intravenosas
América del Norte	1,3 millones	0,6	46.000	21.000	26	0,96	0,73	0,94	Relaciones homosexuales, consumo de drogas intravenosas, relaciones heterosexuales
Oceanía	75.000	0,4	14.000	1.200	47	0,91	0,71	0,87	Relaciones homosexuales
Total	33,2 millones	0,8	2,5 millones	2,1 millones	15,4 millones	0,76	0,71	0,75	

Fuente: PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS ONUSIDA. Estadísticas y características de la infección por VIH 2007.

Disponible en: www.onusida.org (2defebrerode2009)

Otro aspecto que está en relación con la epidemia del VIH y el SIDA, es la muerte prematura prevenible, la cual supone una menor calidad de vida, ya que limita las capacidades y oportunidades reales del sujeto y de la sociedad para su “eliminación y control”.

Ahora bien, en Latinoamérica se vive la mayor brecha en la distribución de ingresos y riquezas de todo el planeta, y Colombia es junto con Brasil, Guatemala y México uno de los países con mayor inequidad social en el continente. De acuerdo con las proyecciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, 222 millones de personas (42.9% de la población de Latinoamérica) viven en situación de pobreza y 96 millones de personas (18.6%) viven en situación de extrema pobreza; la cual se concentra en el Brasil (25%), México (14%) y Colombia (12%)²⁵. Es por ésto que desde el paradigma del Desarrollo Humano se debe trabajar sobre las privaciones que favorecen el contraer el virus del VIH, así como su riesgo y vulnerabilidad, y sobre las privaciones que favorecen el desarrollo del SIDA, así como las acciones para minimizar su impacto en la sociedad; del mismo modo, insistir en la ampliación de las capacidades y oportunidades de las personas, aportar instrumentos de medición y de evaluación y orientar políticas públicas saludables, que realmente permitan hacer prevención y mejorar la calidad de vida de las Personas que Viven con VIH (PVVS). A menor Desarrollo Humano, mayor aislamiento y discriminación de quienes conviven con el virus; mayor vulnerabilidad al VIH y el SIDA, mayor aislamiento de la vida social, debido a que se niega o esconde la condición de salud, marginando el acceso a los servicios sanitarios y acentuando la continua violación y vulneración de Derechos Humanos, entre los que cabe señalar:

- El derecho a la vida.
- El derecho a la integridad física.

²⁵ PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO, PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2005. Santafé de Bogotá: Grupo mundi-prensa, 2005. p. 251

- El derecho a la seguridad.
- El derecho a la intimidad y buen nombre.
- El derecho a la igualdad legal y protección contra la discriminación.
- El derecho a la salud.
- El derecho a la educación.
- El derecho al empleo.
- El derecho a la integración social.

En tal sentido, el VIH y el SIDA se expresa en términos de calidad de vida en lo relacionado con la afectación de las funciones, capacidades, oportunidades y libertades del ser humano ocasionada por dicha condición de salud (VIH) o enfermedad (SIDA). Es por esta razón que su abordaje requiere del compromiso con los valores del Desarrollo Humano así como de la voluntad de quienes dirigen la sociedad, y de la participación consciente, libre y activa de todos y cada uno de los actores sociales, incluyendo todos los actores relacionados con las Políticas Públicas Nacionales y Locales, lo cual implica inscribirse en el marco de los Derechos Humanos y la Participación.

Los Derechos Humanos se caracterizan por ser universales (para todas las personas), absolutos (pueden reclamarse indeterminadamente), innatos (por ser atributos inherentes a todo ser humano), imprescriptibles (no se pierden en el tiempo), irrenunciables, indivisibles e interdependientes; es decir, que si se desconoce uno de estos derechos se afecta el cumplimiento de todos los demás²⁶.

²⁶ EMBAJADA REAL DE LOS PAISES BAJOS y FUNDACIÓN HUESPED. Derechos Humanos y SIDA Guía para promotores comunitarios. Buenos Aires: Coordinación de proyectos en Salud Pública, 2004. p. 14

Los Derechos Humanos son una serie de principios que garantizan la dignidad del ser humano, los cuales fueron sistematizados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que tuvo lugar en 1948 con el propósito central de establecer un código de conducta a aquellos gobiernos que en el ejercicio del poder violan los derechos fundamentales²⁷.

A más de cuatro décadas de su formulación ha sido tanto el auge a favor de los derechos humanos, que la tarea de los gobiernos para que se cumpla con los principios se ha hecho más ardua; los derechos humanos y el medio ambiente se han convertido en parte central de las nuevas agendas político administrativas y quienes tienen mayor responsabilidad en este sentido son las entidades gubernamentales encargadas de proteger los Derechos Humanos en representación del Estado²⁸ (exigencia de promover y mantener las condiciones necesarias para que dentro de una situación de justicia, paz y libertad, las personas puedan gozar realmente de todos sus derechos).

El bienestar común supone que el poder público debe hacer todo lo necesario para que, de manera paulatina, sean superadas la desigualdad y la discriminación, considerando que un importante sector de la población encuentra serias dificultades para hacer efectivo el ejercicio de sus derechos básicos, como la alimentación, la salud, la educación y el trabajo al vivir en condiciones de pobreza y hacer parte de la población en condiciones de vulnerabilidad.

Estas condiciones se refieren a la dificultad o ausencia de un marco vital que permita hacer efectivos sus derechos, aún cuando éstos estén reconocidos por el

²⁷DECLARACION UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. Disponible en internet: www.onu.org (12 de febrero 2009)

²⁸ SARMIENTO, Mauricio y MONTENEGRO, Leonardo. Retomando el rumbo una posibilidad desde la organización. En: ENCUESTRO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE TRABAJO SOCIAL. (12: 2004: Cali): Ponencia del XII Encuentro Nacional de Estudiantes de Trabajo Social. Trabajo Social como alternativa de acción política. Cali: Universidad del Valle-Organización Colombiana de Estudiantes de Trabajo Social, 2004. p. 24

ordenamiento jurídico vigente²⁹; ejemplo de ello, el actual sistema de salud, que muchas veces desencadena situaciones de marginación y estigmatización. Niños, Niñas, jóvenes y adultos ven restringido su acceso a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad por el deterioro en sus condiciones de vida y por las limitaciones propias de los servicios de salud para abordar el problema en toda su complejidad. Se les niega el acceso a medicamentos indispensables para proteger el derecho a la vida y el derecho a la salud; se les despiden, hay discriminación o se les niega el derecho al trabajo; no se le respeta la vida privada; la confidencialidad y la dignidad se pierden, etc.

Así entonces, abordar la problemática del VIH y el SIDA desde una perspectiva de Derechos Humanos implica reconocer que el Derecho a la Salud es un derecho básico y no sólo un problema de salud, sino también un problema social, si bien el garante último es el Estado. Todos y todas somos responsables de su cumplimiento³⁰.

En este contexto se asume que la extensión de la epidemia del SIDA está relacionada con el empobrecimiento masivo y el crecimiento de las desigualdades sociales. Muchas de las personas que viven con VIH (PVVS) desconocen su serología, ya que no cuentan con los recursos para recibir la atención adecuada; no conocen sus derechos, entre los cuales se encuentra la cobertura total e integral del tratamiento médico, de acuerdo con lo expresado en las Leyes Nacionales sobre el SIDA.

Por otra parte, la información sobre el VIH y el SIDA no llega de manera efectiva a la población que más la necesita. Aún cuando ya es conocida la relación que existe entre el bajo nivel educativo y la ausencia de conocimientos y aplicación de

²⁹ EMBAJADA REAL DE LOS PAISES BAJOS y FUNDACIÓN HUESPED. Derechos Humanos y SIDA Guía para promotores comunitarios. Buenos Aires: Coordinación de proyectos en Salud Pública, 2004. p. 19

³⁰ SANDOVAL TERAN, Arley. Manual sobre los derechos económicos sociales culturales y ambientales. Comisión de Derechos Humanos del distrito federal de México. Ciudad de México: Equipo pueblo, 2004. p. 29

medidas de cuidado, no se han implementado programas preventivos con el alcance y la continuidad necesarios para lograr revertir tales falencias.

Las personas infectadas por el VIH y el SIDA, como cualquier otro ser humano, tienen derecho a la vida, al pleno desarrollo de su potencial y a la protección contra los abusos y la explotación, así como a acceder a la información y al material destinado a fomentar su salud y bienestar. Tales son, entre otros, los derechos enunciados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y demás tratados y convenios en la materia, y también en las Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales³¹, dejó claro en 2000 que el derecho a la salud incluía, entre otras cosas, el acceso al tratamiento y la educación relacionados con el VIH. La Comisión de Derechos Humanos, el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención sobre los Derechos del Niño, confirmaron en 2001, y nuevamente en 2002, que el acceso a los fármacos contra el SIDA es un elemento clave del derecho al más alto nivel posible de salud consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Es importante recalcar que la defensa de los derechos humanos en relación con el VIH y el SIDA no consiste en practicar la caridad con los seropositivos o los grupos de riesgo, sino en reconocer los derechos que todas las personas gozan por el mero hecho de ser seres humanos, como el respeto a la dignidad o la igualdad de oportunidades para tomar parte plenamente en la vida social y familiar.

Por tal motivo y en cumplimiento de sus obligaciones internacionales, es necesaria la creación de instancias de monitoreo y evaluación, incluyendo una amplia participación ciudadana, permitiendo la creación de mecanismos de coordinación

³¹ ORGANOS DE LAS NACIONES UNIDAS. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En: Informe periódico de Colombia al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Santafé de Bogotá: Colecciones Presidenciales, 2007. p. 34.

intersectorial sobre el tema del VIH y el SIDA, donde la sociedad civil asuma diferentes acciones, contribuyendo a hacer efectiva la participación y apoyar el desarrollo de organizaciones y articulación de intereses; si bien en el marco constitucional se han creado espacios de participación, no son lo suficientemente conocidos por sectores públicos ni por los ciudadanos, lo cual hace que estos espacios, aunque útiles, sean insuficientes, no lográndose su utilización.

Así la ciudadanía esté motivada a participar, requiere no solo de herramientas que le permitan claramente identificar sus necesidades, fijar prioridades, gestionar proyectos e interactuar con el Estado, es necesario servidores públicos que se conviertan en promotores o facilitadores de la participación, a través del encuentro programado con el otro o la otra, solo así la construcción de ciudadanía tendría valor en los albores de la humanidad³²

Igualmente, aun no se consolidan comportamientos ciudadanos que faciliten la generación de discusiones públicas productivas en las cuales, respetando el disenso y la diferencia, se alcancen acuerdos y consensos democráticos y se comprenda y acaten las consecuencias de tales decisiones que priorizan la necesidad de definir estrategias de atención que consideren la perspectiva de los derechos humanos y el desarrollo humano como eje transversal que sustente el proceso de intervención, en el ser humano y en sus capacidades para agenciar el desarrollo.

“Las condiciones de pobreza, abandono, discriminación, estigmatización y explotación no pueden ser vistas de manera individual”³³. Se requiere una atención de manera unificada que establezca la relación de la perspectiva de derechos y el desarrollo humano en todas sus acciones, que conceptualicen *la “integralidad”*, la cual permite en primer lugar, concertaciones sociales que

³² *Ibíd.*, p. 37.

³³ BAEZ, Rossi. Construyendo sociedad repensando la integralidad. *En*: Desarrollo Social Comunitario. Buenos Aires: Legis, 2005. P. 33

garantizan el ejercicio pleno de los derechos humanos. Según Báez³⁴, la integralidad no se logra con una sumatoria de acciones paliativas y temporales. Requiere de procesos intencionales de planeación social, de redistribución e inversión y de la voluntad política y compromiso de todo el conjunto de la sociedad, donde *la Corresponsabilidad* no quede meramente en discurso, sino sea tangible en la práctica.

Esta concepción conduce a un Desarrollo Comunitario que busca de manera individual y colectiva construir condiciones para restablecer los derechos vulnerados de las personas que viven con VIH, a partir del trabajo en y para la comunidad.

Al asumir la responsabilidad de aportar en la construcción de esas condiciones, se hace necesario comprender, que el desarrollo de una comunidad parte del reconocimiento colectivo de la existencia de problemáticas que impiden el disfrute pleno de derechos y de la decisión de cambiar y transformar esa realidad, para lo cual se plantean acciones que harán posible lograr y mantener unas determinadas condiciones de bienestar social, individual y colectivo; dicho de otra manera, este bienestar social unifica valores, objetivos y principios operativos comunes; los aspectos institucionales de la vida que expresan la preocupación colectiva de la sociedad por el bienestar de sus miembros en cuanto a individuos y en los grupos familiares comunitarios³⁵.

Por lo anterior, se entiende que el desarrollo de la comunidad no se logra de un momento para otro y que, aun logrando las condiciones de bienestar, éstas tienen que mantenerse para las generaciones futuras, lo cual da cuenta de un proceso permanente que exige como requisito fundamental la organización comunitaria, como condición previa para la participación de la comunidad, en la definición de las condiciones que se quieren alcanzar, en la realización de las tareas propuestas

³⁴ *Ibíd.*, p.34

³⁵ SMITH, Edmund. *Teoría del Bienestar Social*. Buenos Aires: Humanitas, 1998. p. 13.

y sobre todo, en la sostenibilidad, el seguimiento y evaluación de procesos que busquen mejorar la vida de las poblaciones.

1.3 REDES SOCIALES UNA ESTRATEGIA PARA LA ACCIÓN SOCIAL

La Red Social es un grupo de personas, miembros de una familia, vecinos y amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o una familia. Es, en síntesis, un capullo alrededor de una unidad familiar que sirve de almohadilla entre esa unidad y la sociedad³⁶.

Desde esta definición de red social, se puede imaginar a cada grupo de personas como “puentes”, que se construyen cruzando de un extremo al otro de los ámbitos, estableciendo de ese modo una comunicación que genera intercambio e interconexión.

Siendo así las redes sociales de apoyo que establezcan los individuos, familias y grupos se enriquecen a partir de las interacciones sociales y toman importancia a través del círculo social al cual pertenecen para dar respuestas a las necesidades personales y sociales.

En palabras de Chadi “las redes sociales son por excelencia el ámbito de las interacciones humanas”³⁷, lo que significa que a partir de éstas el individuo construye y redefine sus modelos de relación, autonomía y participación social y se establecen vínculos de solidaridad y apoyo, organización y fortalecimiento de la comunidad.

³⁶ CHADI, Mónica. Redes Sociales en el Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio, 2000. p. 27

³⁷ Ibid., p. 28

Las dinámicas de las Redes Sociales se instituyen por el contexto al que pertenece cada una de ellas, entendiéndose por “contexto el marco en el cual la conducta y los mensajes verbales se hacen significativos”³⁸.

De acuerdo a este marco las redes sociales se clasifican según Sluzki³⁹ en:

Red Primaria. Mapa mínimo que incluye a todos los individuos con los que interactúa una persona dada. “Las redes primarias se expanden hacia los campos sociales mediatos, en un entrecruzamiento de relaciones que se definen desde la mayor cercanía, hacia una distancia creciente; desde el contacto directo (cara a cara), hasta un contacto menos personal (comunidad virtual)”⁴⁰.

Siguiendo el mismo autor, las Redes Secundarias son aquellas que tienen lugar en un contexto más lejano a este grupo primario y que se rigen por una menor proximidad, cuya “operacionalidad es mas borrosa”⁴¹.

Por último se encuentran las Redes Institucionales que integran también las redes secundarias, ya que se hallan en una disposición exógena y su distancia en cuanto relación, es mayor y el trato con las mismas es indirecto.

Las Redes Sociales, como proceso de construcción y articulación social, tiene como propósito un cambio social, que se encuentra fundamentado en tres principios, solidaridad, cooperación y sociogestión, brindando a los procesos comunitarios de intervención la capacidad para afrontar sus necesidades y problemáticas, donde las estrategias y su ejecución surjan del análisis crítico de la realidad o situación

³⁸ Ibid., p.29

³⁹ SLUZKI, Carlos. La Red Social: “Frontera de la Práctica Sistémica”. Buenos Aires: Gedisa, 1996. P. 22

⁴⁰ CHADI, Mónica. Redes Sociales en el Trabajo Social, Op. cit. p. 30

⁴¹ SLUZKI, Carlos. La Red Social: “Frontera de la Práctica Sistémica, Op. cit. p. 23

La red en su abordaje puede ser vista desde diferentes ámbitos según la intencionalidad de la misma y el soporte social con que se cuente, pueden ser en el medio comunitario redes familiares, comunitarias e institucionales, todas ellas, construyen identidades, límites y significados que aportan positivamente o negativamente a la consecución de los logros, es decir la red posibilita reflexionar y establecer intercambios verbales que permiten, mantener y ampliar, alternativas para la solución de los conflictos.

Siendo así, las redes sociales se convierten en la posibilidad de pensar y hacer de otro modo, desde la cotidianidad, “facilita las ligazones reconstructivas del tejido social, la cual no puede estar guiada por una actitud voluntarista, sino que requiere un pensamiento acerca de la complejidad, que tenga en cuenta la producción de subjetividad social en los más diversos acontecimientos”⁴²

Los componentes de las redes sociales son los nodos⁴³ (cada uno de los integrantes que la constituyen), los cuales participan de forma equitativa y constante. El nodo es un punto de confluencia al cual llega la información y del que igualmente parte la información, estas redes sociales de apoyo pueden ser personas, grupos, o instituciones, con funciones, y responsabilidades iguales.

La red como unidad básica del tejido social puede ser, según Dabas, natural o artificial:

Redes naturales. Entendidas como aquellos vínculos e interacciones naturales que establece la persona a partir de sus relaciones con el entorno donde se desenvuelve.

Redes Artificiales. Constituidas a partir de un propósito específico con el fin de suplir una necesidad o problema concreto⁴⁴

⁴² DABAS, Elina. El Lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Buenos Aires: Paidós, 1995. p. 44.

⁴³ *Ibíd.*, p. 45

⁴⁴ *Ibíd.*, p. 46

Siendo así, la importancia del trabajo en red radica, en que permite, además del trabajo colectivo, la cooperación y así mismo aprovechar las capacidades de las personas en la organización comunitaria, rompiéndose jerarquías promoviendo relaciones horizontales y permitiendo el encuentro con el otro.

De tal modo la existencia de la Redes depende de cada una de las partes y no de una u otra instancia central o única, se debe permitir la permeabilidad de otros nodos, de cuya iniciativa y participación se nutre la red.

Siendo así, la Red concibe a los actores sociales como protagonistas primordiales para su creación y consolidación, generando posibilidades para el cambio de realidades y la búsqueda del bienestar, donde la comunidad está inmersa dentro de una visión del Desarrollo Humano, potencializando cada uno de los sujetos para que estos sean partícipes de su realidad y cambio. (Agencia del desarrollo).

Dentro de los trabajos preventivos el funcionar en red constituye una herramienta valiosa en la construcción de nuevos paradigmas para que las comunidades y las familias, encuentren otra manera de afrontar sus situaciones a partir de vivencias compartidas y experiencias conjuntas⁴⁵.

Las redes sociales comunitarias son soporte de *autogestión, desarrollo personal y colectivo*, donde a través de los vínculos se incorporan estrategias que potencializan sus recursos materiales y no materiales, obteniendo como resultado avances concretos de apoyo y ayuda mutua, en la resolución de conflictos.

Además de esto, las Redes Sociales se mueven entre objetivos propuestos que según Rueda se clasifican en:

Redes de información. El objetivo de estas redes es mejorar el proceso de toma de decisiones mediante la recolección, sistematización y difusión, de información, se pretende agilizar y llenar la carencia de información general sobre un tema específico.

⁴⁵ *Ibíd.*, p. 51

Redes de investigación. Su objetivo es investigar y evaluar nuevas alternativas en aras del interés común. Se conforma a partir de un objetivo concreto y por un periodo determinado

Redes de acción. Estas redes presentan enormes logros en término de organización de comunidades y de formación de grupos de acción; son una etapa más estructurada de las redes de información y de la investigación ya que cumplen con el objetivo de lograr un mejoramiento directo de la comunidad.

Redes de concientización. Buscan motivar la unión y concertación grupal para proponer cambios e impactos.

Redes de Gestión. Promueve intercambios de experiencias y compartir recursos y metodologías⁴⁶

A continuación, una breve reseña del marco contextual dentro del cual se desarrolló la experiencia de práctica académica de Trabajo Social, durante el Segundo semestre académico de 2008.

⁴⁶ RUEDA, Rosana. El vinculo familiar a través de las redes. Santiago de Chile: Ares, 2002. P. 19.

2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

2.1 CONTEXTUALIZACIÓN NORMATIVA

Para la Universidad Industrial de Santander y la Escuela de Trabajo Social, es tarea esencial aportar, desde el conocimiento y desde la interacción social, en los procesos de reconstrucción de la vida de personas, familias, comunidades y regiones que sufren de la estigmatización de la pobreza, la desigualdad social y así mismo del olvido del Estado; retomar aprendizajes que garanticen mayor impacto ante una situación sobre la que existen aprendizajes susceptibles de ser adecuados a contextos y condiciones específicas. Por lo tanto, las realidades sociales en las cuales la profesión de Trabajo Social interviene, no son planas, ni neutrales; todas éstas se encuentran permeadas por una serie de lineamientos normativos establecidos internacional, nacional y localmente, por unos condicionantes históricos, así como por las acciones comunitarias y las políticas públicas relevantes a nivel contextual.

2.1.1 EL VIH Y EL SIDA: LINEAMIENTOS INTERNACIONALES

A nivel internacional, el derecho a la vida está regulado por la Declaración Universal de Derechos Humanos, que el 19 de diciembre de 1948 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó mediante la Declaración Universal de los Derechos Humanos, "como un ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse". Aunque la Declaración Universal de los Derechos Humanos no es jurídicamente vinculante, a lo largo de los años sus principios fundamentales han adquirido la condición de normas que todos los Estados deben respetar, determinando que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y los servicios sociales básicos. Tiene así mismo derecho a los seguros de empleo, enfermedad,

invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias interdependientes de su voluntad.

Los miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a la promoción y respeto universal del cumplimiento de los Derechos Humanos y libertades fundamentales, además de prescribir que tanto los individuos como los gobiernos de las naciones deberían educar y promover el respeto de los derechos y libertades a través de medidas progresivas a nivel internacional y nacional, a fin de asegurar su reconocimiento y observancia universal. Es por esto que es importante que en relación al compromiso de promover los derechos humanos, se establezcan y esclarezcan las garantías que desde la perspectiva de los Derechos Humanos deben tener las personas que contraen el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA. La aparición del SIDA y sus devastadoras consecuencias en la población mundial, reclama el derecho a la dignidad humana vinculada al acceso y atención de la salud humana.

El tratamiento de los derechos humanos en materia del VIH y el SIDA está basado en las obligaciones de los Estados para la protección, promoción y respeto de los siguientes derechos, los cuales se encuentra agrupados en dos componentes:

Disponibilidad: cada Estado tiene que contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos de salud y centros de atención, los cuales deben incluir personal calificado y capacitado; agua potable; condiciones higiénicas adecuadas y medicamentos esenciales⁴⁷.

Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, en cuatro dimensiones:

⁴⁷ PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS ONUSIDA. Proyecto de capacitación y empoderamiento en VIH, SIDA y Derechos Humanos. Derechos Humanos, infección por VIH y SIDA. Santa fe de Bogotá: Colecciones Grupo Temático ONUSIDA Colombia, 2008. p. 5

No discriminación: se prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de salud, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen, posición social, estado de salud (incluidos el VIH y el SIDA), orientación sexual o cualquier otro elemento que tenga por resultado el menoscabo del ejercicio del derecho a la salud.

Accesibilidad Física: los establecimientos y los centros deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad, como son los niños y niñas, las personas discapacitadas y las personas con VIH/SIDA.

Asequibilidad: los servicios y bienes deben estar al alcance de todos y el pago tiene que basarse en el principio de equidad, es decir de forma proporcional a las condiciones económicas del usuario.

Acceso a la Información: Derecho de solicitar y recibir información adecuada acerca de todos los temas relacionados con la salud.

Aceptabilidad: todos los establecimientos y los servicios deben ser respetuosos de la ética médica, de la cultura de las personas, de la orientación sexual, garantizando la confidencialidad adecuada.

Calidad: los establecimientos y los servicios deben ser adecuados desde el punto de vista científico y ser de buena calidad, incluyendo condiciones sanitarias adecuadas, agua limpia, medicamentos y equipos aprobados por las autoridades pertinentes así como de personal capacitado.

La protección de la salud materna obliga a los Estado Partes a adoptar medidas adecuadas para mejorar los servicios sexuales y reproductivos⁴⁸.

De igual manera en lo relacionado con la prevención, el tratamiento y la lucha contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo la infección por VIH y SIDA, el Comité de Derechos Humanos enfatiza la presencia de programas de prevención y educación, el mejoramiento de los programas de vigilancia epidemiológica y un tratamiento apropiado, el cual incluye el suministro de medicamentos adecuados y rehabilitación.

Otros derechos de especial importancia para las personas afectadas por VIH y SIDA son los siguientes:

A contraer matrimonio y una familia.

⁴⁸ *Ibíd.*, p. 5-6.

A la intimidad.
A disfrutar de los adelantos científicos y de sus aplicaciones.
A la libertad de circulación.
A pedir asilo y a disfrutar de él.
A la seguridad.
A la educación.
Al trabajo.
A la libertad de reunión y asociación.
A la libertad de expresión.
A la participación a la vida política.
A un nivel de vida adecuado.
A no ser sometido a penas o tratos inhumanos o degradantes⁴⁹.

Por otra parte, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA (ONUSIDA), plantea la necesidad de implementar los lineamientos de la atención Integral⁵⁰ acordes con la directrices internacionales que para el VIH y el SIDA se disponen, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con diagnóstico positivo por VIH. Siendo así, los seropositivos pueden llevar una vida plena, saludable y productiva cuando tienen acceso a la información, tratamiento, atención y asistencia, los cuales se sustentan en tres componentes fundamentales:

La Información adecuada supone entre otras cosas, conocer los derechos en materia de empleo, prestaciones sociales, educación, vida familiar, así como estar al corriente de los tratamientos disponibles y la forma de adquirirlos.

⁴⁹ *Ibíd.*, p. 8

⁵⁰ PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS ONUSIDA. Proyecto de capacitación y empoderamiento en VIH, SIDA y Derechos Humanos. Participación y veeduría ciudadana en salud. Santafé de Bogotá: Colecciones Grupo Temático ONUSIDA Colombia, 2008. p. 13

La asistencia, tiene diversas facetas: aceptación, respeto, ayuda de los amigos, la familia y la comunidad. También que existan leyes que brinden el apoyo adecuado para proteger a las personas de la discriminación y las conductas excluyentes.

La atención comprende apoyo moral y psicológico, acceso a los tratamientos médicos necesarios, así como a una alimentación adecuada, agua potable y una vivienda⁵¹.

2.1.2 LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Y LOS COMPROMISOS INTERNACIONALES CON RELACIÓN AL VIH Y EL SIDA

En estos Ocho Objetivos de lucha contra la pobreza, la ignorancia la inequidad de género, la enfermedad y las agresiones al medio ambiente, se concretan los resultados más sensibles, los derechos más fundamentales y las conquistas más significativas para lograr el bienestar para todos los seres humanos, a lo largo y ancho del mundo⁵²

La Declaración del Milenio y sus ocho Objetivos (ODM), firmada por Colombia en el año 2000 junto con los demás países miembros de las Naciones Unidas, representan hoy una luz de esperanza para la mitad de la humanidad, a la cual no ha llegado plenamente el Desarrollo. 189 jefes de Estado firmaron en Nueva York la declaración, lo cual representa un hecho histórico, al suscribir compromisos prioritarios a favor de los más pobres⁵³.

Estos Objetivos del Milenio son concretos y específicos, pero no son puntuales ni fragmentados. Se trata de 18 metas medidas a través de 48 indicadores capaces de valorar sin ambigüedades los avances y retrocesos en los órdenes mundial, nacional, y local del desarrollo.

⁵¹ PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS ONUSIDA. El VIH/SIDA y los Derechos Humanos. Buenos Aires: Planeta, 2006. p. 23

⁵² COLOMBIA. Departamento Nacional de Planeación. Hacia una Colombia equitativa e incluyente, Objetivos de Desarrollo del Milenio. Santafé de Bogotá: Colección Presidencial, 2005. p. 12.

⁵³ UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO y PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO HUMANO. El Departamento de Santander frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Colombia. Disponible en: <http://odm.pnud.org.co/> (12 de marzo de 2009)

De igual manera los Objetivos del Milenio (ODM) están dentro de los objetivos sociales que los países firmantes del compromiso, deben intentar alcanzar para el año 2015. Las metas e indicadores de estos objetivos mínimos, si bien se rigen por parámetros generales dados en la Cumbre, cada país ha hecho sus adaptaciones de acuerdo a sus circunstancias geopolíticas.

Ahora bien, la Organización de las Naciones Unidas ha centrado su preocupación por el tema del VIH/SIDA en la sesión especial de la ONU para el SIDA denominada UNGASS⁵⁴, llevada a cabo en el 2001, mediante la cual se definen once áreas de compromiso dentro del marco de un programa de acción internacional y nacional contra el VIH/SIDA.

Colombia ha asumido la responsabilidad de lograr la meta universal relacionada con “Detener y comenzar a reducir, para el año 2015, la propagación de la epidemia del VIH/SIDA, la incidencia de paludismo, y otras enfermedades graves”⁵⁵. Además se han generado otra serie de metas claves que cooperen a la meta mundial.

Las metas adicionales se enumeran a continuación:

- Para 2015, haber mantenido la prevalencia de la infección por debajo de 1,2% en población de 15 a 49 años
- Establecer una línea de base en el quinquenio 2005- 2010 para lograr medir la mortalidad por VIH/SIDA y reducirla en 20% durante el quinquenio 2010-2015
- Para 2010 haber aumentado en un 10% el número jóvenes de 15 a 24 años que usan condón y para 2015 aumentar en 20%.
- Reducir en 20% la incidencia de transmisión madre-hijo durante el quinquenio 2010- 2015, en comparación con el quinquenio 2005 – 2010

⁵⁴ UNGASS: UNIVERSAL NATIONAL ACCES CAMPAIGNING AIDS.

⁵⁵ DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONALIZACIÓN UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, UIS. El departamento de Santander Frente a los Objetivos del Milenio. P.38.

- Para 2010, aumentar en 15% la cobertura de terapia antirretroviral a las personas que la requieran, y para 2015, elevar esta cobertura en 30%.

Si bien Colombia asume la responsabilidad de combatir la mortalidad asociada a la Malaria, el Dengue y el VIH/SIDA, según la CEPAL⁵⁶, el país debería dar redirecciones a las estrategias para acercarse a las metas del 2015.

Los Ocho Objetivos del Milenio están enunciados de la siguiente manera:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la educación básica universal.
3. Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer
4. Reducir la Mortalidad Infantil
5. Mejorar la Salud sexual y reproductiva.
6. Combatir el VIH/SIDA, el dengue y la Malaria
7. Garantizar la sostenibilidad ambiental.
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

La realidad de esta integralidad e interdependencia de los Derechos Humanos se hace evidente en las personas afectadas de VIH y SIDA, en las que es insuficiente la protección, por su especial vulnerabilidad a las amenazas y violaciones contra sus derechos a la salud y a la seguridad social, y requieren de la garantía de todos sus derechos, entre estos el derecho a una vida y una subsistencia dignas, al trabajo, a la salud, a la educación, a los derechos sexuales y reproductivos y, muy especialmente, a la no discriminación. Todos ellos siempre fundamentados en los principios constitucionales de la dignidad, la autonomía y la solidaridad.

⁵⁶ PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO, PNUD. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Disponible en: <http://www.pnud.org.co> (21 de marzo de 2009)

A fin de detener la propagación del VIH, se considera esencial la divulgación de los derechos sexuales y reproductivos. Entre éstos se encuentran el derecho a disfrutar y cuidar el cuerpo, a expresar la orientación e identidad sexual sin discriminación, a recibir educación sexual, información adecuada sobre las formas de transmisión de ITS, VIH y SIDA, a decidir sobre la maternidad y la paternidad, a decidir, cómo, cuándo y con quien tener relaciones sexuales y a no ser víctima de maltrato o violencia sexual o de cualquier otra forma.

2.1.3 El VIH y el SIDA: Lineamientos Nacionales

Para abordar claramente la normatividad existente sobre el VIH y el SIDA en el país es necesario hacer un recorrido por su principal legislación.

El derecho a la salud, que hace parte de los derechos que conforman la seguridad social, se consagran en el artículo 48 de la Constitución Política de Colombia de 1991⁵⁷, como un servicio público de carácter obligatorio que debe prestarse con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. La atención de la salud de las personas y el saneamiento ambiental están a cargo del Estado, el cual debe garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud y ejercer el control y la vigilancia sobre las entidades que prestan el servicio de salud ya sean de carácter oficial o privado.

La respuesta en Colombia a la epidemia del VIH y el SIDA se ha articulado alrededor de varios planes y diversos avances en la legislación nacional, los cuales han puesto en el debate público la importancia de continuar trabajando para combatir la enfermedad, así como para continuar apostándole al mejoramiento de la calidad de vida de las personas que han sido y siguen siendo víctimas de este evento para la salud humana.

⁵⁷ CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA DE 1991. Legis. Santa fe de Bogotá Colombia. p. 11

El Decreto 1543 de 1997⁵⁸ reglamenta el manejo de la infección por VIH y el SIDA, así como su atención integral, la cual se debe implementar en todos los niveles de la salud, entrando a definir científicamente algunos términos relacionados con la pandemia. Este decreto establece una serie de lineamientos que definen la ruta crítica con relación al diagnóstico, atención integral, promoción, prevención, vigilancia epidemiológica, medidas de bioseguridad y la investigación científica aplicada a la epidemia; a su vez contempla los derechos y deberes de las personas que viven con VIH/SIDA, los mecanismos de organización y coordinación para darle estructura al trabajo a realizar con la temática.

La atención integral a las personas asintomáticas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y enfermas del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), de acuerdo con el criterio del equipo de salud y con sujeción a las normas técnico administrativas que expida el Ministerio de Salud, podrá ser de carácter ambulatorio, hospitalario, domiciliario o comunitario y tendrá su acción en las áreas de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación. Esta incluirá los medicamentos requeridos para controlar la infección por el VIH y SIDA, que en el momento se consideren eficaces, para mejorar la calidad de vida de la persona infectada⁵⁹

La Resolución 5261 de 1994⁶⁰, establece el Manual de actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud. Esta resolución establece la implementación de centros de atención en todos los municipios del país, ya sean éstos de carácter público o privado o de economía mixta, catalogados y autorizados para desempeñarse como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), y

⁵⁸ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Decreto 1543 (12, junio, 1997). Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH, Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida SIDA y otras enfermedades de Transmisión Sexual. Bogotá D.C: El Ministerio, 1997. P.15

⁵⁹ *Ibíd.*, p. 32.

⁶⁰ COLOMBIA. MINISTERIOS DE SALUD. Resolución Numero 5261 (5, agosto, 1994). Por la cual se establece el Manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C: El Ministerio, 1994. P. 1.

adicionalmente define en su artículo 16º las enfermedades ruinosas y catastróficas⁶¹, “las cuales se definen como aquellas enfermedades que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo de efectividad en su tratamiento, entre estas se establece el VIH y el SIDA”⁶².

Decreto 806 de 1998⁶³, por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud, como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.

Resolución 412 de 2000⁶⁴, por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y de obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de enfermedades de interés en salud pública.

La Ley 972 de 2005⁶⁵, establece las normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano, de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH y el SIDA. Dentro de esta Ley se establece la atención integral estatal de lucha contra el VIH y el SIDA como asunto de interés y prioridad nacional.

⁶¹ *Ibíd.*, p. 8

⁶² *Ibíd.*, p. 13

⁶³ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Decreto 806 (30, abril, 1998). Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional. Bogotá D.C: El Ministerio, 1998. P. 17.

⁶⁴ COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 (25, febrero, 2000). Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específicas y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública. Bogotá D.C: El Ministerio, 2000. P. 38.

⁶⁵ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PORTECCIÓN SOCIAL. Ley 972 (15, julio, 2005). Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado Colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida. Bogotá D.C: El Ministerio, 2005. P. 32.

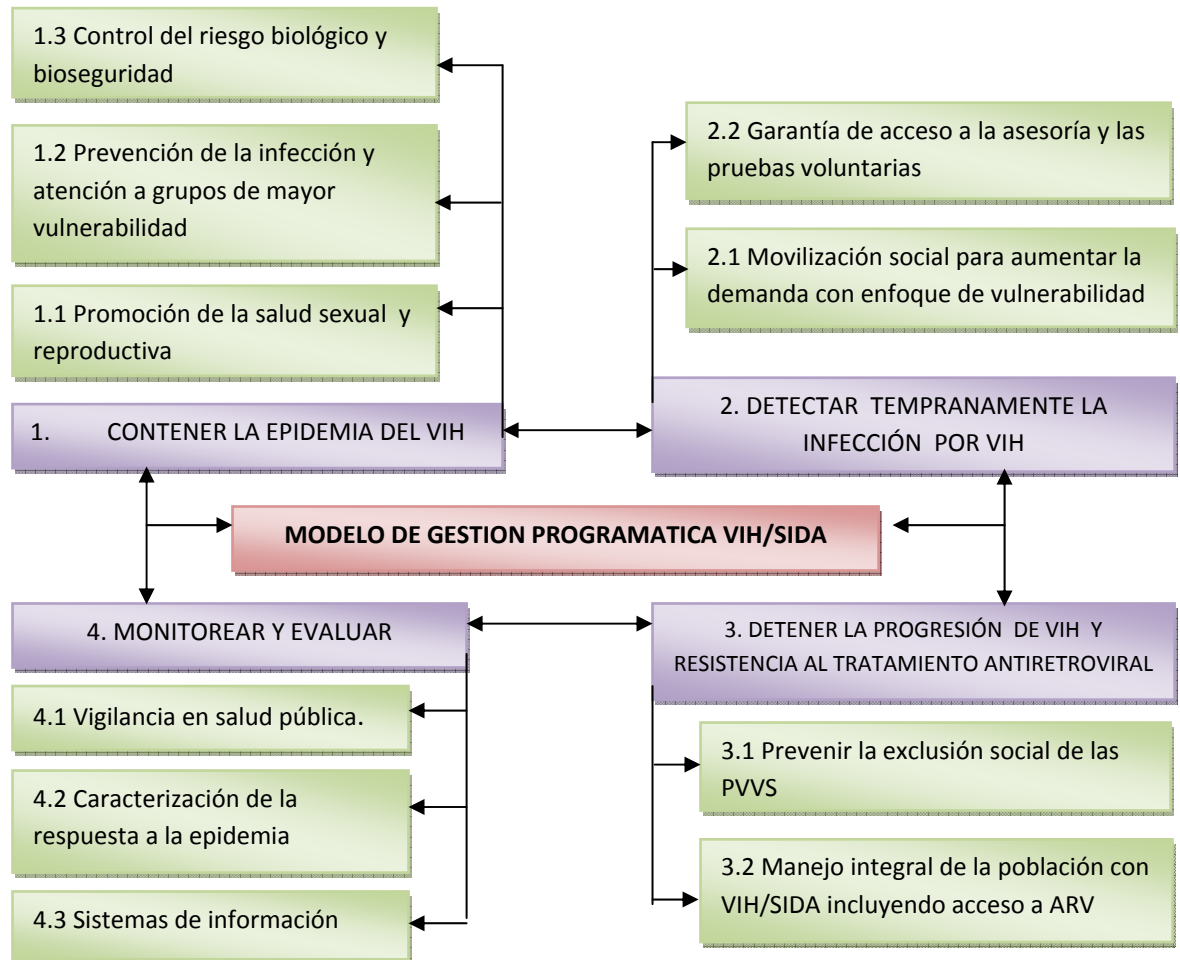
Resolución 3442 de 2006⁶⁶, por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH y SIDA, enfermedad renal crónica, así como las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica.

El documento contempla la metodología para la adopción de un modelo de gestión programática de respuesta a la problemática del VIH/SIDA, define características, programas, objetivos y estrategias para ofrecer respuesta en el orden nacional y con la participación de los diferentes entes que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se presenta, a su vez, la guía para el manejo del VIH y el SIDA basada en la evidencia y la práctica clínica.

Los objetivos y las estrategias trazados dentro del Modelo de Gestión Programática en VIH y SIDA (ver gráfico 1), articula toda una serie de acciones cuyo fin es responder a la epidemia en su complejidad, orientándose bajo los principios de promoción de los derechos sexuales y reproductivos, la perspectiva de género, el reconocimiento de la vulnerabilidad, respeto a la diferencia y la reducción del estigma y la discriminación.

⁶⁶ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución Número 3442 de 2006. Disponible en internet: www.minprotecciónsocial.gov.co (febrero 15 de 2009)

Gráfico 1 Objetivos y estrategias centrales que orientan el Modelo de Gestión Programática en VIH.



Fuente: Modelo de Gestión Programática en VIH SIDA. Colombia Guía para el manejo de VIH/SIDA. Basada en la evidencia Colombia. Ministerio de la Protección Social-MPS. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud-PARS. Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud-Fedesan. 2006.

Adicionalmente, la Resolución 425 de 2008⁶⁷, otorga el carácter de obligatorio cumplimiento a las acciones incluidas en los Planes de Salud Pública de

⁶⁷ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 425 (11, febrero, 2008). Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. Bogotá D.C: El Ministerio, 2008. P. 13

intervenciones colectivas, incluir en los componentes de los Planes Territoriales de Salud, el desarrollo del modelo de gestión programática en VIH y SIDA, así como la Guía de Atención en VIH y SIDA y la implementación del Plan de Respuesta Intersectorial en VIH y SIDA vigente en el país.

A pesar de las diferentes manifestaciones jurídicas en materia de legislación sobre VIH y SIDA que tiene el país, en la práctica las transformaciones en el SGSSS avanzan en forma lenta y traumática, particularmente para las personas que conviven con VIH o SIDA. Solo por citar un ejemplo, el Plan Obligatorio de Salud establece en la norma la atención integral de las personas con VIH y SIDA, pero no obstante, estas personas y grupos poblacionales continúan experimentando grandes dificultades, tanto en la inscripción de las EPS, EPS-S, como para el acceso a la terapia antirretroviral (ARV). En muchas ocasiones, para acceder a los medicamentos, las personas que conviven con el VIH/SIDA se ven obligadas a recurrir a la acción de tutela, invocando el derecho fundamental a la vida y la salud.

La Ley 100 de 1993⁶⁸, por la cual se establece el Sistema General de Seguridad Social, instauro dentro de la Salud, que todo ciudadano debe estar afiliado a alguno de los regímenes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual contempla diversos tipos de participantes:

Afiliados mediante el régimen contributivo, el cual se hace de forma obligatoria o voluntaria. En la primera, los empleados se vinculan a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) a través de sus contratos de trabajo, o los pensionados por deducción directa efectuada sobre los dineros

⁶⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 100 de 1993. Disponible en Internet: www.minprotecciónsocial.gov.co (febrero 15 de 2009)

recibidos por jubilación; en la segunda, el trabajador independiente, realiza el aporte correspondiente⁶⁹.

En esta lógica comercial de la salud, las EPS deben garantizar los servicios de salud a sus afiliados, a través de Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), las cuales pueden pertenecer a la EPS o ser contratadas.

Afiliados mediante el régimen subsidiado, corresponde a la población más vulnerable del país, los cuales se afilian a Empresas Promotoras de Salud Subsidiadas (EPS-S) y estas entidades aseguradoras contratan a su vez la prestación de los servicios de salud con las IPS públicas o privadas.

Afiliados mediante el régimen de excepción, se tratan de aquellas instituciones que se rigen por reglamentos y normatividad que no es aplicable para el resto de la población, están son las fuerzas militares y de policía, ECOPELROL y el magisterio⁷⁰.

Uno de los mayores avances en la legislación del país es la Ley 715 de 2001⁷¹, por la cual se crea el Sistema General de Participaciones, que define los recursos y competencias del nivel nacional, departamental y municipal para la prestación de los servicios de salud y el desarrollo de las acciones de salud pública. Este sistema definió las responsabilidades de atención por nivel territorial, en particular en lo relacionado con la atención a la población pobre no asegurada, estableciendo a su vez los mecanismos para distribución y manejo de los recursos destinados al sector salud y para el manejo de los recursos del régimen subsidiado; definió que las acciones de salud pública, la asignación de recursos, la

⁶⁹ CORDOBA, Guillermo. Atención de la infección por VIH/SIDA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Ministerio de la Protección Social. P. 14. Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co (febrero 28 de 2009).

⁷⁰ *Ibíd.*, p. 18

⁷¹ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 715 de 2001. P. 5. Disponible en internet: www.minproteccionsocial.gov.co (febrero 28 de 2009).

supervisión de prestadores y la habilitación de IPS⁷² públicas y privadas serían ejecutadas por las entidades territoriales (departamentos, municipios y distritos), de acuerdo con los lineamientos establecidos desde el nivel nacional.

El Plan Sectorial de Salud 2002-2006⁷³, formulado en el 2002, fue otra de las estrategias que se implementaron a nivel nacional para hacer frente al aumento en la incidencia de casos de VIH/SIDA de la época y dentro de sus objetivos se contempló mejorar la capacidad operativa en los servicios de atención en salud a través del acceso al diagnóstico y tratamiento antirretroviral; establecer un sistema para garantizar la calidad de los bancos de sangre, fortalecer la gestión de los actores en el sector salud para prevenir, vigilar y atender las ITS y el VIH/SIDA y fortalecer las acciones de promoción para una vida sexual sana. El plan incluyó metas en relación con la problemática del VIH/SIDA como “mantener la prevalencia general de infección por debajo del 0.5%”⁷⁴; “reducir en un 20% la infección perinatal por VIH”⁷⁵, alcanzar una cobertura del 80% de los jóvenes del país en prevención de la infección por VIH y contar con planes territoriales de prevención, vigilancia y control de ITS y VIH/SIDA, consolidados e integrados en los planes de desarrollo de departamentos y municipios.

En promoción y prevención la política incluyó acciones bajo la metodología de las estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC), con el ánimo de promover el uso de condón, reducir barreras culturales frente a su uso y difundir información sobre la incidencia y mecanismos de transmisión de ITS y el VIH/SIDA; promovió a su vez, el trabajo hacia el desarrollo de factores protectores y abordó el establecimiento de alianzas estratégicas para desarrollar proyectos que promuevan estilos de vida saludables, proyectos educativos orientados a reducir las barreras culturales y el estigma y la discriminación hacia las

⁷² Institución Prestadora de Servicios de Salud. Ley 1122 de 2007.

⁷³ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Sectorial de Salud 2002-2006. P. 23. Disponible en Internet: www.miniproteccionsocial.gov.co (Marzo 6 de 2009).

⁷⁴ *Ibíd.*, p. 25

⁷⁵ *Ibíd.*, p.29

poblaciones de alta vulnerabilidad⁷⁶; además, recomendó la inclusión de estrategias y actividades de prevención de las ITS y el VIH/SIDA en los planes locales de salud y en los pasados Planes de Atención Básica (PAB) hoy llamados Planes Territoriales de Salud Pública (PTS).

En cuanto al *diagnóstico* de la infección, la política incluyó el desarrollo de acciones orientadas a fomentar el diagnóstico temprano de la infección por VIH/SIDA mediante la promoción de la prueba voluntaria; a fortalecer los servicios de asesoría pre-prueba y post-prueba y a establecer medidas de control en la red nacional de bancos de sangre. Contempló también el desarrollo de acciones dirigidas a la promoción de la prueba de VIH para las mujeres embarazadas con el ánimo de disminuir la transmisión vertical.

El Acuerdo 117 del 2000 alimenta la normatividad existente, ya que definió al VIH/SIDA como una enfermedad de interés en salud pública. Según el acuerdo, las enfermedades de interés en salud pública son aquellas que presentan un alto impacto en la salud colectiva, por ello ameritan una atención y seguimiento especial e incluyen enfermedades infecciosas cuyo tratamiento requiere seguimiento de manera estricta y secuencial en el manejo farmacológico, para evitar el desarrollo de resistencias a los Tratamientos Antirretrovirales (TAR)⁷⁷.

Un avance en la normatividad nacional permitió que mediante el Acuerdo 282 del 2004 se permitiera la inclusión de la determinación de la carga viral (examen necesario para determinar el estado del avance del virus dentro del organismo humano) en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S) y el incremento respectivo en la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Igualmente incluyó el

⁷⁶ PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS ONUSIDA. Estrategia IEC Información Educación Comunicación. Empoderamiento en Derechos Humanos y VIH/SIDA. Santafé de Bogotá: Colecciones Grupo Temático Colombia, 2007. P. 22

⁷⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Acuerdo 117 de 2000. Disponible en Internet: www.minproteccionsocial.gov.co (Octubre 25 de 2008).

listado de medicamentos antirretrovirales que deben ser garantizados con cargo a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado⁷⁸.

El Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 “Estado Comunitario Desarrollo para todos”⁷⁹ ofrece un diagnóstico sobre la situación nacional actual con relación a la epidemia y consagra unas metas a cumplir que son las mismas contempladas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para Colombia. Además menciona una serie de proyectos a realizar durante la vigencia, entre las que se destacan: el desarrollo de estudios de seroprevalencia, la realización de encuestas sobre comportamientos sexuales en 2008, acciones de prevención y de reducción de factores de vulnerabilidad en adolescentes desplazados en 48 municipios (24 departamentos), la sostenibilidad del programa de prevención de la transmisión madre/hijo, la educación en la prevención de enfermedades sexualmente transmisibles en el ámbito escolar y la consolidación de un fondo de medicamentos antirretrovirales de bajo costo.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010⁸⁰ contempla también, acciones que ayudan a reforzar el trabajo y la vigencia de las acciones adelantadas en la temática. El Plan ofrece cinco líneas de acción, que resultan pertinentes para el trabajo adelantado alrededor del tópico de salud sexual y reproductiva. Las acciones mencionadas son:

1. La promoción de la salud y la calidad de vida.
2. La prevención de los riesgos.
3. La recuperación y superación de los daños en la salud.
4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública⁸¹.

⁷⁸ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Acuerdo 282 de 2004. Disponible en Internet: www.minproteccionsocial.gov.co (marzo 5 de 2009).

⁷⁹ PLAN NACIONAL DE DESARROLLO NACIONAL 2006-2010. “Estado Comunitario Desarrollo para Todos”. En Capítulo segundo: área salud. P. 77

⁸⁰ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Plan Nacional de Salud Pública. 2007-2010. Disponible en internet: www.minproteccionsocial.gov.co (16 de febrero de 2009)

⁸¹ *Ibíd.*, p. 11

El Plan Nacional de Respuesta ante el VIH/SIDA Colombia 2008-2011, es el documento de trabajo en la temática más actual y plantea también una ruta crítica de cumplimiento de objetivos, metas y actividades con sus respectivos costos como respuesta integral a este evento de interés para la salud pública, el cual focaliza sus acciones en poblaciones altamente vulnerables que se ajustan a otros grupos de población; así mismo, señala la importancia de incrementar la participación e involucramiento de la sociedad civil, de las redes de personas con VIH y de las comunidades de base existentes. A través de este Plan se pretende superar la brecha de cobertura de servicios preventivos, de atención en salud y comunitarios para siete grupos de población por su alta vulnerabilidad frente al VIH y el SIDA, estos son:

Personas viviendo con el VIH o con SIDA (PVV), hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS), personas privadas de la libertad (PPL), personas en situación de calle (HC), jóvenes desplazados o viviendo en contextos de desplazamiento (JD), y personas desmovilizadas de grupos armados irregulares (DESM)⁸².

Finalmente, hay que resaltar que existe toda una normatividad nacional e internacional fuerte y vigente que respalda el trabajo en la temática. Sin embargo, la normatividad por sí sola no es garantía de su cumplimiento por lo que la organización social y la voluntad política darán respuesta a la situación y serán los factores que determinen el éxito de las iniciativas.

⁸² MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, ONUSIDA GRUPO TEMÁTICO PARA COLOMBIA y GRUPO DE TRABAJO INTERSECTORIAL EN VIH Y SIDA. Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA Colombia 2008-2011. Santafé de Bogotá, 2008. P. 18

2.1.4 El VIH y el SIDA: Lineamientos Locales

El Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible de la UIS, con apoyo de la Gobernación de Santander, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Programa Nacional de Desarrollo Humano del Departamento de Planeación (PNDH), elaboraron el documento “El Departamento de Santander Frente a los Objetivos del Milenio”⁸³ el cual contiene la situación del departamento frente a los ocho Objetivos del Milenio y se presenta como un instrumento de discusión e insumo para el proceso de planeación local, el cual se espera sirva de concreción de metas y estrategias, durante los próximos años y hasta el 2015, facilitando el logro de los mínimos del Desarrollo Humano.

Cabe señalar lo enunciado para el Objetivo del Milenio número seis (6) “Combatir el VIH/SIDA, la Malaria y el Dengue”: a partir del reconocimiento que dentro del departamento de Santander para el año 2000 se registraron un total de 72 casos de muertes por VIH, cifra que para el 2005 ascendió a 118, señala que el departamento viene registrando un crecimiento sostenido desde el año 2000 de la tasa de mortalidad por VIH, ya que para ese año, la tasa de mortalidad por VIH fue de 4 y para el 2005 fue de 6 por cada 100.000 habitantes, y para el 2006 el Departamento de Santander presenta una Tasa de Incidencia de 7.9 por cada 100.000 habitantes, estableciéndose con preocupación que la ciudad de Barrancabermeja presenta un crecimiento, que para el periodo de 2000-2005 se manifiesta en una tasa de 7 a 10 por cada 100.000 habitantes, tasa que está acercándose a la colombiana la cual, según ONUSIDA se encuentra en 15.1% por cada 100.000 habitantes, lo que clasifica al país como territorio con epidemia tipo

⁸³ UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO y PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO HUMANO. El Departamento de Santander frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Colombia. Disponible en: <http://odm.pnud.org.co/> (12 de marzo de 2009)

concentrada, de acuerdo con la tipología propuesta por el mismo organismo internacional⁸⁴.

Así mismo, uno de los referentes locales más importantes es la creación de la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja, la cual agrupa a ciertas instituciones responsables y comprometidas por la situación del VIH/SIDA. Para el año 2008 la Mesa Intersectorial cuenta con unos lineamientos de un Plan Estratégico, los cuales se centran en dos objetivos base:

- Detener la epidemia del VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja
- Mejorar la Calidad de Vida de las personas que viven con el VIH/SIDA.

De igual forma, en el Plan de Desarrollo “Barrancabermeja donde el Amor es Clave”⁸⁵ la administración define unos indicadores y metas relacionadas con la adecuación o habilitación de equipamientos, referidos a la calidad física que se fija en el Plan Maestro de Equipamientos, o en la norma nacional para los sectores educación y salud, en donde uno de sus objetivos específicos es “promover cambios en los modos de vida que reduzcan la enfermedad y mejoren la atención medica haciéndola más humana, más cercana y más eficaz”⁸⁶.

2.2 CONTEXTUALIZACIÓN INSTITUCIONAL DE LA EXPERIENCIA DESARROLLADA

La intervención profesional de Trabajo Social, estuvo enmarcada dentro del proyecto Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible durante los meses de octubre de 2008 a febrero del 2009, adscrito a la Dirección General de Regionalización de la Universidad Industrial de Santander. La Universidad

⁸⁴ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección General de Salud Pública. Plan Nacional de Respuesta al VIH/SIDA. 2008-2011. P. 25.

⁸⁵ PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL. “Barrancabermeja donde el amor es clave”. Capítulo tercero: area salud. P. 65.

⁸⁶ *Ibíd.*, p. 23

Industrial de Santander (UIS) es una institución de educación superior pública y autónoma, financiada por el Estado, cuyo propósito es definido misionalmente como “la formación de personas de alta calidad ética, política y profesional; la generación y adecuación de conocimientos; la conservación y reinterpretación de la cultura y la participación activa liderando procesos de cambio por el progreso y mejor calidad de vida de la comunidad”⁸⁷.

La UIS es uno de los actores importantes del desarrollo económico, social y cultural de la región. Es un lugar de consulta sobre tendencias de desarrollo en el campo de las ciencias, los avances tecnológicos, las necesidades y oportunidades del mundo del trabajo y los deseos de bienestar de la comunidad.

La universidad contempla dentro de su misión el estar “encaminada fundamentalmente a la formación del hombre, mediante la generación y difusión del saber en sus diversas ramas”⁸⁸, mediante la oferta de treinta y dos programas académicos distribuidos en cinco facultades: Ingenierías Físico-Mecánicas, Ingenierías Físico-Químicas, Ciencias, Salud y Humanidades.

La Universidad Industrial de Santander – UIS, consciente de su papel protagónico en el progreso social, cultural, científico y económico de la sociedad colombiana, y muy especialmente de su compromiso con la región, adoptó como política institucional la realización de programas educativos que contribuyan a la creación y consolidación de los fundamentos para el desarrollo integral de la provincia santandereana.

La Dirección General de Regionalización es la encargada de fomentar, dirigir, coordinar, evaluar y propender por la calidad académica de los programas de regionalización de la Universidad e interactuar con las regiones para generar programas y proyectos de investigación y extensión cuya transferencia de

⁸⁷ UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. Disponible en Internet: <http://www.uis.edu.co> (febrero 26 de 2009)

⁸⁸ *Ibíd.*, p. 21

conocimientos permanente y aportes a la solución de la problemática regional, dentro de un contexto globalizado, proporcionen las herramientas necesarias para liderar los procesos de cambio y desarrollo acordes con el comportamiento social, cultural, económico y político de los municipios de Barrancabermeja, Socorro, Málaga y Barbosa.

La UIS, a través de la Dirección General de Regionalización y con el ánimo de avanzar en su papel protagónico en el progreso y en el desarrollo social y científico, especialmente en la región, diseñó y encaminó el proyecto “Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible” ORDHS, como proyecto de extensión universitaria, dirigido a fortalecer procesos democráticos en referencia con el Desarrollo Humano en los municipios y en las regiones en las que la universidad tiene alcance.

Siendo así, el Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible nace como un proyecto institucional de la Universidad Industrial de Santander desde la Dirección General de Regionalización respondiendo a la misión de interacción y articulación con la sociedad.

El ORDHS se concibe como un modelo técnico metodológico de investigación social, que permite la recolección, análisis y sistematización de información poblacional y socioeconómica de las provincias de Santander, teniendo en cuenta los principios de participación y comunicación desde y para los actores sociales que conforman el territorio; ésto, con el propósito de generar estrategias que amplíen las oportunidades económicas, educativas, ambientales, en salud y participación política y para contribuir en el mejoramiento de las condiciones de desarrollo humano y regional, mediante el conocimiento del impacto de la política pública, de la inversión pública, y de los niveles de desarrollo humano.

2.2.1 OBJETIVO DEL OBSERVATORIO REGIONAL DE DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE ORDHS

Contribuir al Desarrollo Humano Sostenible Regional, apoyando la construcción de políticas públicas y fortaleciendo la democracia social, desde la función extensionista e investigativa de la Universidad Industrial de Santander⁸⁹.

2.2.2 VISIÓN DEL OBSERVATORIO REGIONAL DE DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE ORDHS

El observatorio regional de desarrollo humano sostenible propende consolidarse como un sistema de información confiable y oportuna, como un impulsador de procesos investigativos y de proyectos sociales que incidan en toma de decisiones en materia de políticas públicas dirigidas a las provincias de Santander⁹⁰.

Entre las principales actividades que se desarrollan en el Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible se encuentran:

Un sistema de información sobre el Desarrollo Humano, actualizable y sostenible, de los municipios que conforman el departamento de Santander (y la región del Valle del Río Magdalena en su tramo Interandino), útil para la elaboración y monitoreo de propuestas de desarrollo local y regional.

Aporte de resultados investigativos para el debate conceptual y la reflexión sobre las oportunidades y desafíos para la construcción colectiva del Desarrollo Humano Sostenible en la región.

Acompañamiento en gestión, fortalecimiento y orientación de procesos de participación local y regional para el Desarrollo Humano Sostenible de las personas y los territorios.

⁸⁹ AYALA, Yeimy. Morales, Leidy. URIBE, Diana. Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible. Alternativa para visionar el futuro de las políticas públicas en el departamento de Santander. Trabajo de Grado Trabajadoras Sociales. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Trabajo Social, 2008. P.4

⁹⁰ *Ibíd.*, p. 17.

Generación de conocimientos y capacidades técnicas, tecnológicas y profesionales en la población, con el propósito de aportar a la formulación, implementación y evaluación de macro proyectos de desarrollo regional⁹¹.

El ORDHS se ha trazado cuatro líneas de acción para dirigir su accionar, las cuales a su vez, sustentan el funcionamiento y finalidad del proyecto en las regiones en las cuales hace presencia, estas son:

1. Investigación, medición y seguimiento del Desarrollo Humano Sostenible

El ORDHS mantendrá un sistema de información actualizable, confiable y oportuno sobre la dinámica de los hechos asociados al Desarrollo Humano Sostenible en los municipios de la región, realizando mediciones periódicas de índices pertinentes a las necesidades y oportunidades locales y regionales de desarrollo, sustentados en la calidad técnica de procesos investigativos de tipo exploratorio, descriptivo y analítico.

2. Apropiación social del conocimiento y uso de la información.

Para aportar a la consolidación del Desarrollo Humano Sostenible, el ORDHS propiciará la transferencia y construcción de nuevos conocimientos y capacidades en la población, mediante la implementación de programas que faciliten el acceso y uso razonable de la información, expandan y potencien capacidades y habilidades ciudadanas y propicien la participación y el fortalecimiento de la función extensionista de la Universidad.

Esta acción, está ligada a la importancia que tiene la generación, transmisión y apropiación de conocimiento por parte de la ciudadanía sobre la realidad local y regional, en la medida que facilita su participación activa en la toma de decisiones colectivas en asuntos de interés sobre su propia vida.

3. Incidencia en política pública local y regional

El ORDHS, reconociendo la importancia que tiene la información para la gestión del desarrollo local como base para la formulación, planeación, seguimiento y evaluación de políticas de desarrollo social busca acompañar, técnicamente y de manera sostenida, los procesos de construcción de políticas públicas locales y regionales, centrando su atención en la incidencia que tienen en el desarrollo humano de las poblaciones, la toma de decisiones en materia social, de inversión pública y

⁹¹ Ibíd., p. 18

del desarrollo de los programas de gobierno. Igualmente se propone realizar investigación sobre el impacto de la inversión pública en los indicadores del desarrollo humano.

4. Alianzas estratégicas y Redes sociales

El ORDHS propicia acuerdos de entendimiento con Agencias, instituciones, organizaciones y sectores poblacionales que compartan objetivos o propósitos comunes, con el ánimo de sostener procesos de intercambio técnico, instrumental e investigativo y aporten al Desarrollo Humano Sostenible de la región. Igualmente hace parte de la acción, la conformación o integración de redes de la sociedad, comunidades virtuales, interinstitucionales e intersectoriales que faciliten y potencien el trabajo en procura del Desarrollo Humano Sostenible⁹².

2.3 SITUACIÓN INSTITUCIONAL ACTUAL RESPECTO AL ORDHS

La Universidad Industrial de Santander bajo su política de reestructuración, y centralización de los servicios, convino mediante el acuerdo 061 de 2008⁹³ la reestructuración Organizacional de la Universidad Industrial, fusionando el Instituto de Educación a Distancia, INSED, y la Dirección General de Regionalización Presencial, en una nueva Unidad Académico-Administrativa denominada Instituto de Proyección Regional y Educación a Distancia UIS, adscrita a la Rectoría de la Universidad.

A partir de esta fusión, la dirección universitaria decidió actuar en la región solo con proyectos autosostenibles, descartando con ello la alternativa de subsidiar institucionalmente proyectos vinculados al desarrollo regional, con lo cual prácticamente se coarta la posibilidad de continuar manteniendo la estructura organizacional del ORDHS y el sostenimiento de estudiantes subsidiados, en prácticas académicas.

En la actualidad se está en el proceso de traslado del ORDHS del Instituto de Proyección Regional y Estudios a Distancia, a la Escuela de Trabajo Social.

⁹² *Ibíd.*, p. 19

⁹³ UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. Acuerdo No. 061 de 2008. www.uis.edu.co (febrero 21 de 2009)

2.4 SITUACIÓN DEL CONTEXTO REGIONAL ANTE LA SITUACIÓN SOCIAL ABORDADA DURANTE LA EXPERIENCIA



Fuente: Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio. Magdalena Medio Colombiano. Mapa de subregiones. Santander. 2008.

La región que se conoce como el Magdalena Medio se encuentra ubicada en el centro de Colombia, entre las cordilleras Oriental y Central y según estimativos oficiales cubre 386 kilómetros del curso medio del río Magdalena. Está conformada por varios municipios de los departamentos de Antioquia, Caldas,

Cundinamarca, Bolívar, Boyacá, Santander, Norte de Santander, Cesar y Magdalena⁹⁴.

Tiene alrededor de 1 millón de habitantes y una extensión territorial aproximada de 60 mil kilómetros cuadrados. Su localización permite el acceso por tierra, agua y aire, desde cualquier parte del país. Está conformada por sesenta y tres municipios, pero sus ejes económicos, políticos y sociales se concentran en Puerto Berrío, Antioquia; La Dorada, Caldas; Puerto Boyacá, Boyacá; y Barrancabermeja, Santander.

La ubicación geográfica de Barrancabermeja dentro de la provincia de mares la hace fundamental y necesaria en las actividades económicas y políticas de importantes capitales de departamento como Bucaramanga, Barranquilla, Medellín, Tunja y Bogotá. La industria, el comercio y el turismo utilizan las vías terrestres (Troncal del Magdalena Medio, carretera a la Costa Atlántica), también la férreas, aéreas y fluviales.

En el Magdalena Medio⁹⁵ además de la explotación y refinación de hidrocarburos se vive de la comercialización del producto pesquero, la ganadería, carne y lácteos, la agricultura (cultivos de yuca, plátano, maíz, cacao y frutas), la agroindustria de la palma africana, cementos y carburos, la arena sílice y recientemente se han descubierto yacimientos de carbón, gas, oro y esmeraldas.

Sus grandes riquezas naturales la convierten en una de las zonas privilegiadas del país, lo cual ha generado diversos intereses económicos y conflictos sociales, que entregan como resultado una de las zonas de Colombia con mayor índice de habitantes víctimas del desplazamiento forzado por la violencia, habitantes que por la inmediatez y la precariedad que la situación amerita, se ven obligados a trasladarse a centros urbanos, vistos como solución a la multiplicidad de problemas.

⁹⁴ PROGRAMA DE DESARROLLO Y PAZ DEL MAGDALENA MEDIO. Ideario. 2002, p.4

⁹⁵ PROGRAMA DE DESARROLLO Y PAZ DEL MAGDALENA MEDIO. Barrancabermeja procesos históricos. Barrancabermeja-Santander, p.13.

Barrancabermeja, capital de la provincia de mares, es la principal ciudad del Magdalena Medio Colombiano, es un municipio ubicado en el departamento de Santander, el cual es la sede de la refinería más importante del país; tiene una población de 190.058 habitantes y su división político administrativa está constituida por siete comunas y seis corregimientos⁹⁶.

Cuadro 2. Nombre de los corregimientos Municipio de Barrancabermeja

CORREGIMIENTO/VEREDA	
La Fortuna	San Rafael
San Luis	Meseta de San Rafael
Peroles	La Unión
Comuneros	La Raíz
El Zarzal	Capote
Tapazon	Sogamoso
La Fortuna	Yucaranda
El Llanito	
Llanito alto	Sabalo
Ciénaga Brava	Sogamoso
La Arenosa	Campo Galán
Llanito bajo	Isla de Río Magdalena
Campo Gala	
El Centro	
Tierra adentro	Campo 45
Campo 5	El Cretaceo
Planta Nueva	Campo 38
Las Marías	Quemadero
Campo 23	Centro Poblado
La Legia	La Cira
Oponcito	El Palmar
Campo 16	Cuatro Bocas
Forest	Campo 32

⁹⁶ PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL. “Barrancabermeja donde el amor es clave”. Barrancabermeja. Disponible en: www.barrancabermeja.gov.co (Marzo 30 de 2009)

Santo Domingo	Campo 13
Pueblo Regao	Campo 6
Tenerife	Campo 25
Vara Santa	
Ciénaga del Opón	San Rafael de Chucurí
Ciénaga del Opón	San Rafael de Chucurí
La Colorada	Aguas Negras

Fuente: Plan de Ordenamiento Territorial. Acuerdo 018 de 2002. División Política Administrativa Rural.

Barrancabermeja, está ubicada a 100Km de Bucaramanga, a orillas del Río Magdalena con una altura de 75.94 B.M, es la ciudad motor del desarrollo económico de la región debido a la dinámica que el petróleo genera⁹⁷.

El municipio limita al Norte con el municipio de Puerto Wilches, al Sur con los municipios de Puerto Parra, Simacota, y San Vicente de Chucuri, al Oriente con los municipios de San Vicente de Chucuri y Girón, y al Occidente con el Río Magdalena. Esta comunicada con la malla vial más importante del país, la Troncal de la Paz⁹⁸.

En sus inicios, el municipio se caracterizó como asentamiento poblacional ribereño, tanto de pescadores como comerciantes, posteriormente, con la explotación e influencia del petróleo, se marco la ubicación territorial de los asentamientos humanos. En los últimos años la economía petrolera ha influenciado social, económica, demográfica y ambientalmente el municipio y sus habitantes.

De acuerdo con el Boletín del Censo General 2005, el perfil de Barrancabermeja cuenta con una población distribuida por sexos de 43.083 hombres y 45.777 mujeres para un total de 88.860 habitantes⁹⁹. Las proyecciones del Censo

⁹⁷ Ibíd.

⁹⁸ Ibíd.

⁹⁹ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE ESTADISTICA DANE. Boletín del Censo General 2005. El perfil de Barrancabermeja. 2005. P. 2

poblacional del Departamento Administrativo de Estadística DANE muestran una tendencia al crecimiento de 487 personas por año, las cuales según estudios de proyección del DANE 2005-2011 será de 85.236 habitantes¹⁰⁰.

La población de niños/as y jóvenes menor de 14 años corresponde a 62.756, los cuales representan el 43.6% de la población; de 15 a 29 años corresponde el 39.7%; de 30 a 44 años el 23%; y mayores de 45 equivale al 13%. Lo que indica que el municipio cuenta con un porcentaje importante de población joven y mujeres en edad fértil¹⁰¹.

En el municipio de Barrancabermeja para el año 2008, la población asentada en la cabecera urbana es de 170.810 habitantes mientras que en área rural se encuentran 19.248 habitantes.

Dentro del municipio, en el año 2008 se presentaron 238 defunciones de las cuales 163 se presentaron en hombres y 74 en mujeres, siendo las edades de 65 y más y 15-44 años donde se encuentran mayor número defunciones concentradas¹⁰².

Barrancabermeja, presenta una Economía, regulada por la refinería de petróleo más importante del país, perteneciente a la sociedad de economía mixta Estatal ECOPETROL¹⁰³. Siendo así, gran parte de la economía de la ciudad gira en torno al petróleo y en un segundo renglón se encuentra la ganadería. La economía de Barrancabermeja está principalmente orientada por la industria Petroquímica, la cual fomenta la inversión extranjera generando movilidad económica en la región y el departamento de Santander.

¹⁰⁰ PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL. "Barrancabermeja donde el amor es clave". Barrancabermeja. Disponible en: www.barrancabermeja.gov.co (Marzo 30 de 2009)

¹⁰¹ *Ibíd.*, p. 4

¹⁰² DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADISTICA DANE. Defunciones por grupo de edad y sexo, según departamento, municipio y área de ocurrencia. 2008

¹⁰³ PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL, Op. cit. P. 32

La cultura del municipio, desde su nacimiento, se ha visto permeada por olas migratorias generadas principalmente por la bonanza petrolera¹⁰⁴. De esta manera, costumbres provenientes de la Costa Atlántica, Antioquia, Sur de Bolívar y Santander, han confluído en un solo crisol para generar la identidad cultural de sus pobladores.

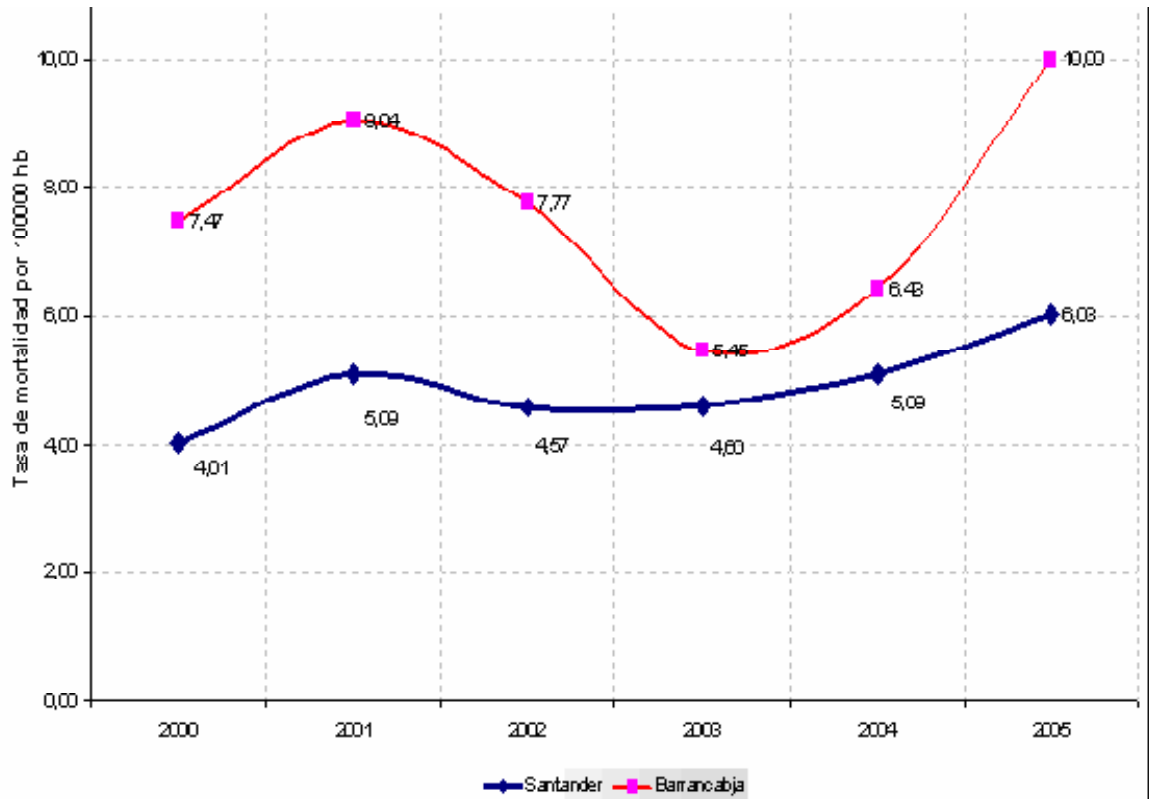
Culturalmente, Barrancabermeja se describe como ribereña, y dentro del municipio persisten prácticas relacionadas con la llegada y bonanza del petróleo, como tabernas, bailes, discotecas, prostíbulos, así mismo se ha venido convirtiendo en un polo importante del desarrollo comercial, educativo y artístico de la región.

Respecto al contexto regional relacionado con la situación del VIH/SIDA se resalta que el departamento de Santander ocupa a nivel nacional el quinto puesto en incidencia de VIH/SIDA precedido por Bogotá, Valle, Antioquia y Atlántico¹⁰⁵. En el departamento, según datos del Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible, la provincia de Mares es la que mayor número de muertes presenta seguida de la provincia Metropolitana, asimismo Barrancabermeja es el municipio con más alta tasa de mortalidad por VIH/SIDA en el departamento, presentando una tasa de 7.8 por cada 100.000 habitantes, afectando en mayor proporción a los hombres, entre los cuales, para el año 2000, de cada 100 personas muertas por esta causa 75% fueron hombres y para el 2005 esta proporción aumentó a 80%, siendo así el municipio con el mayor crecimiento sostenido en VIH/SIDA en el país, y por tanto, en el departamento de Santander (Ver gráfico 2).

¹⁰⁴ Ibid.

¹⁰⁵ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección General de Salud Pública. Plan Nacional de Respuesta al VIH/SIDA 2008-2011. Pág.33

Gráfico 2 Tasa de Mortalidad por VIH-SIDA Santander 2000-2005.



Fuente: Departamento Nacional de Estadística - Cálculos Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible ORDHS. 2007.

2.5 ACCIONES COMUNITARIAS EN RELACIÓN AL VIH/SIDA EN EL MUNICIPIO DE BARRANCABERMEJA MESA INTERSECTORIAL DE VIH/SIDA

Las acciones adelantadas en relación al VIH y el SIDA en el municipio de Barrancabermeja se han venido desarrollando dentro del campo de práctica del Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible, a partir del segundo semestre del 2007; el cual en torno a los Objetivos del Milenio ha venido protagonizando acciones comunitarias en el municipio de Barrancabermeja con la cooperación de estudiantes en formación profesional.

Uno de los principales procesos llevados a cabo en el municipio es la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA. Cuya iniciación surge en el año 2008, a partir del trabajo desarrollado por estudiantes de Trabajo Social quienes elaboraron un análisis situacional del VIH/SIDA en Barrancabermeja¹⁰⁶, el cual sirvió para detectar la necesidad de visibilizar la situación existente a través de la organización social de actores sociales que de alguna manera estuviesen enfrentando la problemática y, de ser posible, avanzar hacia su atención integral.

Así, se fue gestando la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA¹⁰⁷ en el Municipio de Barrancabermeja, como un espacio consultivo y dinamizador de carácter interinstitucional e intersectorial, en torno al quehacer relacionado con el tema del VIH y el SIDA, en el municipio de Barrancabermeja, espacio avalado por la Alcaldía del Municipio.

La Mesa Intersectorial de VIH/SIDA, es conformada por la Alcaldía Municipal (Preside), la Secretaría de Salud del Municipio (Secretaría técnica), el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio – Programa de salud sexual y reproductiva (Secretaría de Gestión), el Observatorio Regional de Desarrollo Humano (Facilitador) y algunos Comités de apoyo, como organizaciones civiles, entidades de salud y el sector empresarial.

Los objetivos de la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA SON:

Promover una respuesta integral a la situación de VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja, mediante el diseño de medios idóneos que permiten influir positivamente en la vivencia de una vida sexual sana, respetuosa e incluyente.

Promover la creación de política pública municipal sobre VIH/SIDA, el mejoramiento en la atención, el respeto a los Derechos Humanos, el

¹⁰⁶ GÓMEZ, Mónica y NAVAS, John Edinson. Barrancabermeja Positiva. Análisis situacional y propuesta de acción para responder a las problemáticas relacionadas con el VIH y el SIDA. Trabajo de Grado Trabajadores Sociales. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Trabajo Social, 2008. P. 140.

¹⁰⁷Ibíd., p. 144

cumplimiento a los protocolos de atención y vigilancia epidemiológica y la planeación de programas de prevención y promoción adecuados, tendientes a lograr un impacto sobre la situación en el municipio¹⁰⁸.

Como Misión de la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA se planteó:

Mantener condiciones de articulación intersectorial, interinstitucional y de participación de la sociedad civil para dar una respuesta integral y humanizada al VIH-SIDA en el municipio de Barrancabermeja.

La VISIÓN de la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA fue concebida como una experiencia exitosa de articulación y coordinación de acciones entre la sociedad civil, las entidades de salud y los entes gubernamentales, que lograra optimizar la eficiencia y eficacia de los recursos y esfuerzos destinados para responder a la problemática y que con el apoyo gubernamental, incidirá en política pública y en la garantía de los Derechos Humanos de los afectados por dicha problemática¹⁰⁹.

2.5.1 PRINCIPALES FUNCIONES DE LA MESA INTERSECTORIAL DE VIH/SIDA:

- Movilizar acciones conjuntas para reducir el impacto del VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja.
- Orientar acciones de promoción y prevención, dirigidas, especialmente, a población en mayor grado de vulnerabilidad.
- Generar procesos de apoyo y acompañamiento social a las personas afectadas por el VIH y el SIDA.
- Realizar seguimiento y acompañamiento a las instituciones que prestan servicios de atención para las personas viviendo con VIH o con SIDA (PVVS).

¹⁰⁸ *Ibíd.*, p. 146

¹⁰⁹ *Ibíd.*, p. 145

- Incentivar procesos investigativos que posibiliten la comprensión de las vivencias de la salud sexual y reproductiva en los y las pobladoras del municipio.
- Orientar las acciones que, con relación al VIH y al SIDA, estén a cargo de la Secretaría de Salud Municipal.

2.5.2 ESTRATEGIAS DE LA MESA INTERSECTORIAL DE VIH/SIDA:

- La Comunicación
- La Cooperación mutua
- La Gestión de recursos
- Las Redes Sociales¹¹⁰

2.5.3 LINEAS DE ACCIÓN DE LA MESA INTERSECTORIAL DE VIH/SIDA:

1. Promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de la enfermedad.
2. Atención integral a personas y familias viviendo con VIH y con SIDA.
3. Apoyo y protección social.
4. Medición y seguimiento de la epidemia.

2.5.4 ACCIONES PRIORITARIAS PARA LA MESA INTERSECTORIAL DE VIH/SIDA:

- Destinación de recursos desde los entes gubernamentales.
- Trabajo sobre grupos de alto riesgo y de mayor vulnerabilidad.

¹¹⁰ *Ibíd.*, p.145

- Medidas de apoyo, protección y desarrollo económico y social urgentes para las personas y familias viviendo con VIH y SIDA.
- Avanzar en el estudio del perfil epidemiológico del VIH/SIDA en el municipio.

2.5.5 ESTRUCTURA INTERNA DE LA MESA INTERSECTORIAL DE VIH/SIDA.

- Coordinación
- Secretaría Técnica
- Comités de apoyo

Coordinación: Secretario de Salud.

Se le designa la responsabilidad al Secretario de Salud para que asuma la coordinación de la Mesa VIH/SIDA, como funcionario público, competente para posibilitar desde lo gubernamental y desde la responsabilidad estatal las acciones de la Mesa de Trabajo¹¹¹.

Secretaría Técnica: La Secretaría Técnica debe estar conformada por un representante de los diferentes sectores o tipos de instituciones que conforman el trabajo de la Mesa VIH¹¹².

De acuerdo a los estatutos y el acta de conformación de la Mesa (ver anexo Q), la mesa intersectorial debe estar conformada por:

Un (a) representante desde lo gubernamental. (Coordinación de salud sexual y reproductiva)

¹¹¹ *Ibíd.*, p. 146

¹¹² *Ibíd.*, p. 147

Facilitadora del proceso: La facilitadora del proceso es la encargada de diseñar, dirigir y convocar los encuentros para el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas por la Secretaría técnica de la Mesa.

Un (a) representante de las organizaciones sociales y/o comunitarias

Un (a) representante de las entidades aseguradoras.

Un (a) representante de las personas que viven con VIH o con SIDA.

Comités de apoyo:

Integrado por las instituciones y organizaciones sociales municipales que integran el proceso y que contribuyen al alcance de los objetivos y metas propuestas por la Mesa de Trabajo. Entre ellos, organizaciones civiles, entidades de salud y el sector empresarial¹¹³.

Así mismo se plantea la necesidad de articular al proceso Redes de Apoyo que potencialicen los objetivos y metas propuestas por la Mesa de Trabajo, entre estas con ONUSIDA, UNFPA, el Observatorio de Salud Pública de Santander OSPS, la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, OCHA y la Secretaría de Salud de Santander, propósito para cuyo logro, tal, como se clarifica un poco más adelante, se destinó buena parte de la experiencia de práctica académica recogida en el presente documento.

¹¹³ *Ibíd.*, p. 146

3. LA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL

Antes de iniciar el proceso de práctica en el Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible, fue necesario realizar una exploración bibliográfica para lograr claridad sobre el enfoque teórico conceptual que venía fundamentando la experiencia de práctica de Trabajo Social en relación al trabajo comunitario con las PVVS y las características de la problemática a nivel municipal, lo cual permitió entender y abordar adecuadamente el contenido y orientación de la práctica académica realizada en el ámbito del VIH/SIDA en el municipio.

Los resultados de estas acciones de ubicación teórico conceptual y situacional, se encuentran consignados en el Referente Teórico Sobre Desarrollo Humano y VIH/SIDA en el marco de los Objetivos del Milenio, reseñados en capítulo anterior de este documento y en los apartados 3.1.1 y 3.1.2, cuyo contenido se presenta a continuación.

3.1 CARACTERÍSTICAS DEL FENÓMENO Y ACCIONES DE ATENCIÓN AL VIH/SIDA EN EL MUNICIPIO DE BARRANCABERMEJA

Al inicio de la experiencia práctica se enfatizó en el conocimiento de los aspectos considerados más relevantes para el proceso de intervención requerido en el escenario del VIH y el SIDA en el municipio de Barrancabermeja.

Durante el proceso de exploración y acercamiento institucional en el mes de noviembre de 2008, se constató que, con excepción hecha al Programa de Salud Sexual y Reproductiva a cargo de la Secretaria Local de Salud, existe una ausencia de programas y proyectos institucionales y gubernamentales permanentes y articulados que den respuesta efectiva a la incidencia del VIH/SIDA en el municipio. Esta apreciación se basó en lo observado y hallado en los acercamientos a instituciones como la Secretaria de Salud Municipal, La Oficina

de la Gestora Social, La Corporación Gente en Acción y el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio (PDPMM).

De manera general, se expone a continuación lo más característico de la situación visibilizada:

A nivel de entidades de la administración municipal, la Secretaria de Salud, mediante la Resolución 425 de 2008¹¹⁴, adoptó el Programa de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), planteando como líneas de trabajo dentro del Plan Territorial de Salud PTS municipal, la atención, el tratamiento y el reporte del SIVIGILA a la ESE Municipal de Barrancabermeja. El programa presenta debilidades, entre éstas, que su ejecución se realiza mediante contratación temporal de personal; falta de seguimiento continuo al proyecto; acciones de bajo impacto para dar respuesta e intervenir en la salud sexual y reproductiva y el VIH/SIDA en el municipio; debilidad institucional de las entidades de salud y entidades que trabajan en relación a la problemática (EPS, EPS-S y ONG'S de enfermos)¹¹⁵.

En el proyecto de salud sexual y reproductiva, se contrata temporalmente por un periodo de seis meses, a un equipo de tres profesionales de medicina, psicología y enfermería, situación que refleja procesos de planeación y ejecución del proyecto, temporales y no continuos. Se fragmenta el proyecto durante el proceso de contratación de nuevo personal, debilitando la sistematización de aprendizajes y construcción de conocimiento; asimismo, se configuran acciones de corto plazo y bajo impacto, lo cual se pudo constatar revisando los informes de interventoría realizada por el equipo de trabajo.

La evaluación de interventoría realizada el 29 de octubre del 2008 constata debilidades técnicas y de impacto al proyecto de salud sexual y reproductiva, la implementación de estrategias y vías que permitan adecuar

¹¹⁴MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. RESOLUCIÓN 425 DE 2008. Vía: www.minproteccion.gov.co 19 de febrero de 2009

¹¹⁵ ENTREVISTA CON Yoli Barón, Gerente de Promoción y Prevención de la Secretaria Local de Salud. Barrancabermeja, 20 de Noviembre de 2008.

canales para la comunidad se hacen indispensables, así mismo la necesidad de articular en al proyecto personal calificado¹¹⁶.

Observándose que las acciones y tareas del proceso de planeación son poco estratégicas y se realizan de manera desarticulada. Por ejemplo, dentro de las acciones realizadas se encontraron “charlas a pequeños grupos de población, esporádicos conversatorios, fogatas, capacitación, y campañas publicitarias que no llegan de manera eficaz a la población más vulnerable a este evento de salud pública, según apreciación de la Directora del Proyecto Colombia”¹¹⁷.

Se puede concluir que estas acciones y esfuerzos tanto económicos como de personal, han generado bajo impacto y respuesta por parte de la comunidad y las instituciones, respecto a la disminución y prevención de la enfermedad. Esta crítica reflexiva se sustenta en el hecho que la persona es un ser multidimensional que se desenvuelve en distintos contextos, razón por la cual, la respuesta debe ser integral y continua, además que dichas acciones no cobijan al 60% de la población, según lo expresado en el informe de interventoría citado anteriormente.

Del mismo modo, para responder a dicha situación se deben analizar todos los componentes desde los cuales se puede abordar la Atención Integral como la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, control, tratamiento, reducción, vigilancia, seguimiento, e información.

En el proceso de exploración y acercamiento institucional, a las entidades gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en relación con Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA, se encontraron las siguientes: Fundación Semillas de Vida, PDPMM, Hospital Primero de Mayo, Policlínica Ecopetrol, Clínica San José, Ejército Nacional de Colombia, Policía Nacional, Clínica Magdalena y SENA. Cada una de ellas realiza y adelanta acciones y procesos

¹¹⁶ ALCALDIA DE BARRANCABERMEJA. Secretaria Local de Salud. Informe de Interventoría proyecto de salud sexual y reproductiva 29 de octubre de 2009. Barrancabermeja, 2009, p. 11.

¹¹⁷ ENTREVISTA CON Patricia Ferrini, Directora del Proyecto Colombia para el Magdalena Medio. Barrancabermeja, 20 de Noviembre de 2008.

frente a la situación de VIH y el SIDA en el municipio y en el Magdalena Medio. Entre éstas, el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio recibe financiamiento a través de cooperación internacional por parte de la Unión Europea, OIM, UNFPA, ONUSIDA entre otros. Dentro de los hallazgos significativos se encontró que el único proyecto en relación con el VIH SIDA realizado en el municipio y que tuvo un componente de articulación institucional, ha sido el Proyecto Colombia. Este proyecto se realizó durante dos años en el transcurso 2005-2007 en Barrancabermeja y su zona rural, dirigido a jóvenes en situación de desplazamiento, incorporando también a jóvenes que no cumplían con dicha condición. En total, participaron del proyecto 1020 jóvenes, orientados por la Corporación OBUSINGA¹¹⁸, la Corporación BOHITI¹¹⁹, el PDPMM¹²⁰, la Secretaría de Salud Municipal y algunas entidades de salud como CAFABA¹²¹.

Dentro del mismo, las acciones realizadas estuvieron orientadas a la capacitación en prevención, dotación de herramientas de planificación y condones, realización de pruebas, asesoría pre test y pos test, tratamiento a personas con la enfermedad durante un año, creación del Centro Amigable para jóvenes y capacitación de emprendimiento para jóvenes. Este proyecto culminó en el año 2007 cuando finalizaron tanto el acercamiento, como la integración institucional y a partir de allí, cada institución continuó con su trabajo particular en relación con el VIH/SIDA. Sin embargo, se encontró que están vigentes algunos convenios y apoyos interinstitucionales.

Según lo explorado, en la región hay presencia de entidades públicas, privadas y no gubernamentales que tienen su área de influencia en el municipio y zonas aledañas, e intervienen de diversas formas en la realidad particular de interés,

¹¹⁸ CORPORACIÓN OBUSINGA: ONG del Magdalena Medio Corporación para la construcción participativa de la Salud Pública

¹¹⁹ CORPORACIÓN BOHITI: ONG del Magdalena Medio Corporación de Barrancabermeja hacia la inclusión.

¹²⁰ PROGRAMA DE DESARROLLO Y PAZA DEL MAGDALENA MEDIO.

¹²¹ CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BARRANCABERMEJA.

ejecutando acciones alejadas de la articulación institucional. Se resalta que esta característica de fragmentación y desarticulación de esfuerzos y recursos, no permite avanzar en la construcción de un trabajo conjunto que se dirija a generar un mayor impacto en la situación del VIH/SIDA en el municipio. En consecuencia, ello aumenta la necesidad de un trabajo en Red, que comprometa a líderes políticos, entidades prestadoras de servicios de salud, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y, que, comprendiendo la complejidad de la enfermedad, pueda ejercer un liderazgo público en la lucha contra el SIDA y promover políticas e intervenciones sostenidas, en un entorno motivador y abierto a la participación de la sociedad civil.

De otra parte, es evidente que el manejo de información y fuentes fidedignas que den cuenta de la real situación del VIH y el SIDA en el municipio, se ve permeado por el alto grado de subregistro de personas que no han sido diagnosticadas, que conocen su situación pero no se registran, entidades públicas o privadas que no realizan correctamente la identificación y notificación e incluso, entidades que ocultan esta información, entre otras. Estas fallas en la información y conocimiento de la situación desvirtúan las cifras que manejan entidades como la Secretaria de Salud Municipal y Departamental la cual plantea cuarenta nuevos casos de personas contagiadas con VIH/SIDA registradas hasta el mes de Noviembre de 2008, según la Secretaria Local de Salud, que para el 2007 tenían registrados un total de 38 casos, de los cuales 12 nuevos casos en la comuna cinco, correspondientes a personas que oscilan entre los 30 y 35 años¹²².

El problema del subregistro hace que no se conozca la situación en toda su magnitud; además, la información disponible no ofrece suficiente claridad debido a fichas incompletas de reporte y al no manejo en ocasiones de los protocolos de notificación y de vigilancia epidemiológica

¹²² OBSERVATORIO DE SALUD PÚBLICA DE SANTANDER. Boletín SIVIGILA Noviembre de 2008. Santander, p. 19

Así mismo, a estos problemas relacionados con la calidad de la información y la fragmentación de programas, se agrega la necesidad de reforzar las acciones que se realizan en prevención y promoción, e implementar otras que permitan disminuir el estigma y las concepciones erróneas que tiene la sociedad frente a las PVVS.

3.1.2 PROBLEMÁTICA DE LA POBLACIÓN CON VIH Y SIDA EN EL CONTEXTO LOCAL

Especificando un poco más la situación encontrada en esta etapa de exploración y caracterización del fenómeno, contando con la información aportada por el Observatorio de Salud Pública de Santander, Observatorio Regional de Desarrollo Humano, Secretaría Local de Salud, Oficina de la Gestora Social, Mesa Intersectorial de VIH/SIDA y algunas apreciaciones del trabajo adelantado por los estudiantes en práctica anterior, se precisó la información que a continuación es consignada en dos grupos: en uno, se distingue información cuantitativa, a saber; datos epidemiológicos y datos estadísticos; y en el otro, información cualitativa en cuanto, análisis situacional y al estado actual de la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA

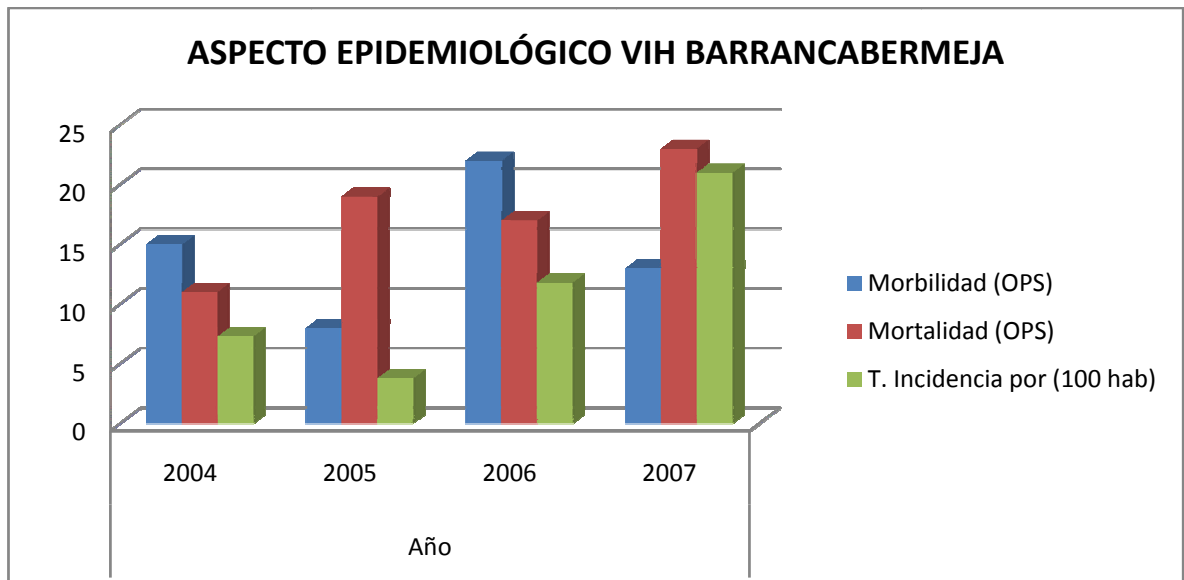
Sin embargo, antes de su presentación, es importante señalar algunos rasgos sobre la epidemia del VIH/SIDA en el mundo y en el país, a fin de tener una idea previa sobre la amplitud de la problemática:

- 33.2 millones de personas viven con VIH/SIDA en lo corrido de la epidemia en el mundo.
- 2.100.000 personas fallecieron en el mundo a causa de esta situación de salud pública en el 2007.
- 2.5 millones de personas contrajeron el virus en el 2007.

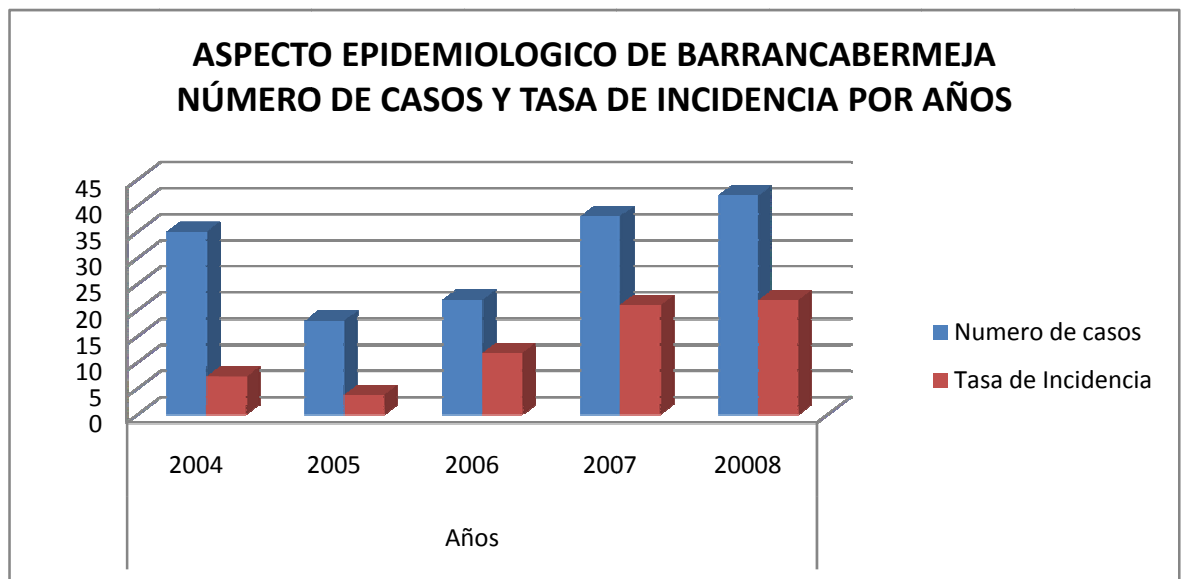
- 1.6 millones de estas personas viven en América Latina.
- 1.800.000 viven en Colombia.
- 57.500 notificados en lo que va corrido de la epidemia.
- 25.000 ya han fallecido en Colombia.

Fuente: Infección por VIH y SIDA en Colombia. Estado del arte 2000-2005. ONUSIDA Colombia. Santa fe de Bogotá. 2006, p. 88

3.1.2.1 ASPECTO EPIDEMIOLÓGICO DEL VIH/SIDA EN BARRANCABERMEJA¹²³



Fuente: Observatorio de Salud Pública de Santander. Tasa de Incidencia en Barrancabermeja 2004-2007.



Fuente: Secretaria Local de Salud sobre la morbilidad y mortalidad e incidencia de VIH/SIDA 2004-2008.

¹²³ En esta primera gráfica se muestran los datos de morbilidad y mortalidad ofrecidos por la OPS, en los que se consignan la tasa de prevalencia con su respectiva línea de tendencia por años.

En estas gráficas se muestra el compilado de los datos epidemiológicos aportados por el Observatorio de Salud Pública de Santander y la Secretaría Local de Salud sobre la morbilidad y mortalidad e incidencia del VIH/SIDA en los últimos años. Estos datos dan cuenta que existe una diferencia en las estadísticas que maneja cada entidad; es decir no hay uniformidad en la información que permita avanzar en un diagnóstico unificado que, basado en estadísticas de los casos registrados por VIH/SIDA en los diversos organismos, permita precisar cuantitativamente el fenómeno, para así tomar decisiones en materia de Salud Sexual y Reproductiva de una manera más acertada y segura. Es de anotar que, mientras mejoran los sistemas de captación y procesamiento de la información, las experiencias relacionadas con el VIH/SIDA en Barrancabermeja, tienden a fundamentarse en las cifras de la Secretaría Local de Salud.

En la información recolectada por la Secretaría Local de Salud, se reconoce que la situación sobrepasa las proyecciones esperadas en las últimas pruebas realizadas en el año 2008 sobre seroprevalencia, entendiéndose con ello que la epidemia presenta un crecimiento sostenido en los últimos tres años, contradiciendo los propósitos de disminución que la administración municipal había fijado en el anterior Plan de Desarrollo.

El Comité Intersectorial de VIH/SIDA articulado al Sistema de Vigilancia Epidemiológica SIVIGILA de la ESE municipal, presenta el siguiente número de casos y tasa de incidencia por 100.000 habitantes con VIH en el municipio de Barrancabermeja desde 2004 a 2008.

Cuadro 3. Número de casos reportado y tasa de incidencia por 100.000 habitantes con VIH en el municipio de Barrancabermeja 2004-2008

Año	Número de casos	Tasa de Incidencia
2004	35	16.9
2005	18	8.63
2006	22	10.5
2007	38	21.0
2008	42	21.9

Fuente: Comité Intersectorial SIVIGILA 2008.

La Tasa de Incidencia de VIH en el municipio para el 2008 fue de 21.9 por cada 100.000 habitantes. Es decir, que por cada 100.000 personas hay 22 infectados. Los 42 casos reportados para el 2008 tuvieron transmisión por vía sexual.

El mayor número de casos reportados por comuna se encuentra en las comunas cuatro y cinco con 10 y 12 casos respectivamente (Ver cuadro 4). La mayor cantidad de casos reportados por grupo etario comprende al de 30 a 34 años con un total de 12 casos, seguido por el grupo de 20 a 24 y 25 a 29 con un total de 8 casos cada uno.

De los casos reportados para el 2008 (42 casos) 29 casos se reportaron en hombres y 13 en mujeres.

Cuadro 4. Número de Casos por Comuna en el Municipio de Barrancabermeja Enero a Octubre De 2008

COMUNA	Nº DE CASOS
1	5
2	3
3	7
4	10
5	12
6	3
7	2
Total	42 Nuevos casos

Fuente: Base de datos VIH Coordinación de Vigilancia Epidemiológica Año 2008.

Así mismo el municipio viene presentado un aumento en la feminización de la enfermedad, por la cual se entiende el cambio de tendencia que ha sufrido la relación de hombres y mujeres con VIH/SIDA, tanto a nivel mundial como nacional. En la presentación del Plan Nacional de Respuesta al VIH/SIDA 2008-2011 se resalta que “la proporción de hombres infectados respecto a mujeres infectadas ha pasado de 11.2 es decir por cada 11 infectados 2 eran mujeres, a 2.8 es decir por cada 8 infectados 2 eran mujeres, en el periodo comprendido entre 2004 y 2007. Se impone entonces la necesidad de dar un enfoque de género

a los programas”¹²⁴. Esta tendencia también es sentida en el municipio de Barrancabermeja, en donde la relación de hombre mujer con VIH/SIDA ha disminuido, siendo más cercana la proporción hombre mujer-VIH/SIDA. (Ver Cuadro 5).

Cuadro 5. Relación Hombre Mujer –VIH/SIDA Barrancabermeja 2008

Casos Hombres	Casos Mujeres
29 casos	13 casos
29/13= 2,2. Por cada mujer están infectando 2 hombres.	

Fuente: Secretaria Local de Salud de Barrancabermeja.

De igual forma, el rejuvenecimiento de la epidemia se ve reflejado en un mayor número de jóvenes entre los 15 y 25 años con VIH/SIDA, como también el aumento en la propagación de recién nacidos con VIH/SIDA, lo cual se puede entender por las implicaciones que la feminización de la epidemia ha tomado.

La Secretaria Local de Salud viene presentando algunas observaciones acerca del aumento sostenido e incidencia del VIH y el SIDA en el municipio, estableciendo entre otras razones:

El incremento de Tuberculosis TBC asociada a VIH.

El incremento del VIH y el SIDA en población desplazada.

Demora en la entrega de resultados de laboratorio por parte de algunas EPS subsidiadas.

No hay seguimiento de calidad para el paciente VIH por parte de algunas EPS y de la Secretaria de Salud.

Incremento de casos en población en situación de calle.

¹²⁴ GÓMEZ, Mónica y NAVAS, John Edinson. Barrancabermeja Positiva. Análisis situacional y propuesta de acción para responder a las problemáticas relacionadas con el VIH y el SIDA. Trabajo de Grado Trabajo Social. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Trabajo Social, 2008. p. 67.

No existe en el municipio un lugar donde puedan vivir temporalmente aquellas personas con VIH, mientras se gestionan los resultados de laboratorio y la interconsulta con infectología¹²⁵.

3.1.2.2 INFORMACIÓN CUALITATIVA - ANÁLISIS SITUACIONAL DEL VIH Y EL SIDA EN EL MUNICIPIO DE BARRANCABERMEJA

La información cualitativa situacional recopilada durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2008, por estudiantes de Trabajo Social en práctica académica, que se presenta a continuación, hace referencia a la situación actual en materia de VIH. Dicha información ha sido validada por las Organizaciones No Gubernamentales (ONG'S) y activistas que trabajan en VIH, así como con algunas apreciaciones que el Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible ha venido estableciendo durante su trabajo con el tema y que han sido presentadas en los respectivos informes de práctica académica que reposan en los archivos del Observatorio..

La Situación detectada por las ONG'S, son:

- Estigma-Discriminación.
- Desempleo.
- Necesidades Nutricionales no resueltas.
- Falta de alojamiento.
- Aumento significativo del virus entre el 2006-2008.
- Dificultades de transporte a Bucaramanga, para tratamiento antirretroviral.
- Falta de procesos investigativos.

¹²⁵ SECRETARIA LOCAL DE SALUD DE BARRANCABERMEJA. Tamizaje diciembre de 2008. Barrancabermeja-Colombia. 2008, p. 22

- Dificultades en el acceso a medicamentos antirretrovirales.
- Fallas en la confidencialidad de los servicios.
- Ausencia de compromiso real por parte de las administraciones locales.

Situación detectada por el Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible en el proceso de práctica I de 2008 en la propuesta de acción para brindar alternativas en el mejoramiento de la calidad de vida de las PVV en el municipio de Barrancabermeja.

Violación y vulneración a los derechos como: la vida, a la salud, a la seguridad social, a la no discriminación, a la igualdad, a la educación, al trabajo.

Afectación a la dignidad, a la calidad de vida, al desarrollo y libertades humanas.

Implicaciones individuales, psicosociales, familiares e interpersonales.

Mayores implicaciones de vulneración para la mujer (relaciones de género inequitativas).

La marcada estigmatización y discriminación social instaurada en los imaginarios y tabú sociales frente al VIH/SIDA son agentes generadores de violencia a los derechos de las personas con VIH/SIDA.

En el municipio no existe un claro conducto regular o ruta crítica de atención que permita atender de manera eficiente y adecuada a una persona con VIH/SIDA.

La estigmatización social se refleja en prácticas concretas de discriminación, rechazo, persecución y hostigamiento.

Frente a las condiciones de inequidad social relacionadas con la problemática de VIH/SIDA, se encuentra la pobreza, la injusticia social, la inestabilidad laboral, la vulneración de la mujer de los niños, niñas y jóvenes; condiciones que a su vez son agudizadas y propiciadas por la problemática social entendida como determinante del desarrollo humano como lo es el VIH/SIDA que juegan un papel importante entendiéndose que este virus obstaculiza un requerimiento básico para el desarrollo, como lo es la salud.

Implicaciones económicas y de inestabilidad laboral, escasas de opciones productivas.

Estigmatización de las personas con VIH SIDA como pacientes terminales y deshumanización de la atención integral por parte del personal de salud y de entidades públicas y privadas.

Desconocimiento de protocolos por parte del personal médico al hacer la recepción o la atención inicial a una persona diagnosticada con VIH o con SIDA.

Contratación temporal y escasa del personal que maneja programas de Salud Sexual y Reproductiva en la Secretaría Local de Salud.

Ausencia de proyectos con objetivos claros, concretos, medibles y verificables que garanticen impacto sobre el tema abordado.

La ausencia de laboratorios especializados es también barrera para que muchas personas ya enfermas a causa del SIDA, puedan acceder al beneficio de las TAR.

Ausencia de trabajo en Promoción y Prevención en grupos legalmente reconocidos como de mayor riesgo y vulnerabilidad: Trabajadoras sexuales, Hombres que tienen sexo con Hombres (HSH), Usuarios de Drogas inyectables (UDI), las personas privadas de la libertad y los y las desplazadas. (Excepción Proyecto Colombia del Fondo Global).

Ausencia de estudios de seroprevalencia que determinen el verdadero alcance que ha tenido la epidemia en el municipio.

Se desconoce el número de personas diagnosticadas que desarrollan su vida dentro del municipio y que sus notificaciones se realizaron en otras ciudades.

Implicaciones desde el diagnóstico: no se le brinda a la persona el apoyo psicológico necesario que posibilite la comprensión del diagnóstico; por el contrario las personas del sector salud tienen conocimiento de laboratorios que no ofrecen asesoría previa ni posterior a la realización de la prueba, imposibilitando los procesos preventivos en las personas que acceden a realizarse la prueba presuntiva.

Débil presencia de laboratorios municipales y demora en la entrega de los resultados de pruebas confirmatorias que tienen graves consecuencias en la propagación y avance de la enfermedad (madres gestantes).

Ausencia de políticas, programas y proyectos de salud respecto a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad que generen impacto positivo en la calidad de vida de la población.

Dificultades económicas de la mayoría de las personas con diagnóstico positivo para acceder a tratamiento en Bucaramanga (dificultades de desplazamiento y manutención).

La atención no es integral, no se da en la mayoría de los laboratorios información pre y pos test que permita incidir en comportamientos de riesgo, retardo en llegada de resultados de laboratorio, ausencia de infectólogo municipal y de unidad especializada para atender directamente a esta población en el municipio.

Debilidades en el sistema y personal de salud para brindar una atención verdaderamente integral a los pacientes y familiares.

Escaso seguimiento a la Guía de Manejo para el VIH SIDA¹²⁶.

Por otra parte, dentro del municipio de Barrancabermeja persisten los imaginarios erróneos tanto individuales como colectivos frente a la sexualidad y el VIH/SIDA, así como los imaginarios de los jóvenes, los tabús y mitos frente al VIH/SIDA, su propagación y contagio, al igual que la estigmatización y discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA.

Esta estigmatización y discriminación social, es propiciada y profundizada también por parte de la familia y hacia la misma por el círculo social cercano a la persona que vive con VIH/SIDA. Las familias de personas con VIH/SIDA en la mayoría de los casos son los mayores discriminadores de estas personas, sacándolas de sus casas, ultrajándolas y negándoles cualquier vínculo familiar después del diagnóstico; además, en el municipio esta estigmatización y discriminación se vió agudizada en tiempos de conflicto y presencia de fuerzas armadas ilegales, como paramilitares y guerrilla en la zona, por prácticas como las llamadas “limpiezas sociales”, mediante persecuciones, amenazas y muertes a personas que vivían

¹²⁶ RAMOS, Fabián. Informe final práctica I. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Escuela de Trabajo Social, 2008. P. 107

con VIH/SIDA¹²⁷. Caso similar a la persecución de homosexuales que, según los tradicionales imaginarios sociales, constituyen el grupo poblacional con mayor tendencia a esta enfermedad. Imaginario contrario a lo que muestran las tendencias actuales sobre propagación del VIH, según las cuales, es la población heterosexual la que representa el mayor número de afectados por la enfermedad.

La discriminación social hacia personas con VIH/SIDA, también está presente en el ámbito laboral y se manifiesta a través de la inequidad social. La mayoría de personas que viven con la enfermedad y sus familias son de escasos recursos, sin desconocer que también existen casos de personas con altos ingresos y estabilidad laboral que portan la enfermedad, como es el caso particular de trabajadores de ECOPETROL, empresa que presta mayores garantías en salud a sus empleados; en general, las personas son despedidas de su trabajo debido al rechazo y estigmatización social; sumado a esto, se encuentra la crisis de empleo que se vive, en la que no hay estabilidad laboral y se ve vulnerado el derecho al trabajo, propiciando la agudización de la pobreza y obstaculizando las funciones y desarrollo de capacidades y potencialidades para vivir una vida un poco más libre de limitaciones para el Desarrollo Humano.

Es así como, sumado a condiciones de estigmatización, discriminación familiar y social, inestabilidad o ausencia de empleo, se identifican condiciones de desnutrición por mala alimentación. Este último es un factor de importante atención ya que, las condiciones de pobreza en las cuales se agudizan el hambre y la miseria, facilitan que el VIH/SIDA deje mayores rezagos en la calidad de vida de la persona y en su desarrollo humano. A todo esto se suma la tendencia actual a la feminización de la epidemia y al rejuvenecimiento de la enfermedad.

La cultura patriarcal y machista, sustentada en relaciones desiguales de género hacia la mujer en la sociedad, y el control social que se ejerce en el manejo o

¹²⁷ PROGRAMA DE DESARROLLO Y PAZ DEL MAGDALENA MEDIO. Barrancabermeja en tiempos de guerra. Barrancabermeja-Colombia: 2000, p. 16.

papel negociador de la mujer frente a las relaciones sexuales y de su cuerpo, así como la falta de educación, son factores estructurales que propician el aumento de la epidemia en la mujer, y ésta a su vez, en la posibilidad de quedar embarazada y de transmitirlo a su hijo/a, si no se tiene un diagnóstico y tratamiento oportunos.

El municipio de Barrancabermeja está conformado por siete comunas y seis corregimientos, los cuales en su mayoría cuentan con establecimientos sanitarios de salud en mal estado, (ausencia de personal calificado), evidenciándose que su oferta de servicios es limitada para una cobertura total de la problemática sanitaria a nivel municipal, la cual se evidencia en la población flotante que no se encuentra dentro del régimen subsidiado o contributivo de salud.

Así mismo, otra de las situaciones que se presenta dentro del subsector salud, es la ausencia de dotación completa en los centros de salud, (camillas, ambulancias, medicamentos entre otros).

Si bien el proceso de la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA se inicio en el año 2008, no todas las personas y pobladores la conocen, así como tampoco dentro de la misma se encuentran representantes de ONG'S o enfermos que vivan con diagnóstico positivo en VIH.

En general las personas que viven con VIH, (usuarios de EPS y EPS-S) desconocen la labor que dentro de cada institución se realiza, desconocimiento ocasionado en gran medida por el miedo a la estigmatización y la visibilización que ésto puede ocasionar. Es así, como la Corporación Gente en Acción, Corporación Bohiti, Fundación Semillas de Vida, ven en esta negativa, dificultades para continuar su proceso en la mejora de la situación de las personas con VIH/SIDA.

Ahora bien, la vulnerabilidad ante el VIH/SIDA, es entendida como la agudización del riesgo individual, generada por la interacción de factores constitutivos del individuo y factores externos, visibles, específicos y concretos que se identificaron

en el proceso de diagnóstico (Ver Anexos O y P formato de encuesta y caracterización), relacionadas con la posibilidad de transmisión o adquisición de la infección por el VIH.

Cabe señalar que la vulnerabilidad está determinada por una amplia gama de factores que toman diversos valores de acuerdo con el contexto en que se encuentran las personas (educación, nivel socioeconómico, redes sociales familiares, accesibilidad a la salud, empleo). Algunos de estos factores son de carácter personal (percepción subjetiva del riesgo, aislamiento de los canales de información), otros relativos a los servicios existentes en prevención, atención y apoyo, y otros relativos a las normas de los grupos sociales, que pueden influir negativamente en la capacidad del individuo para ejercer su propia salud.

De acuerdo con lo anterior, se identificaron las siguientes variables, dentro del municipio de Barrancabermeja:

El ejercicio de la sexualidad, el cual se configura a partir de las creencias, tradiciones, valoraciones culturales y prácticas sociales instituidas, así como la cultura como contexto que regula el comportamiento sexual de los colectivos, establece las condiciones que determinan los modos en que las personas se exponen y ejercen su vida sexual, lo cual facilita o proscribire ciertas prácticas sexuales.

Es así como las representaciones sociales sobre la sexualidad; las creencias, las prácticas y los comportamientos derivados de la perspectiva predominante de desigualdad de géneros; la falta de reconocimiento de las diversas formas de orientación sexual y de construcción de la masculinidad y feminidad, así como la existencia de algunos ordenadores que rigen la cultura como el consumismo y prácticas sociales específicas como “los modos de rumba”, son algunos de los

procesos culturales y sociales que contribuyen a configurar el comportamiento de la epidemia en Barrancabermeja.

En el municipio, debido a la falta de poder social y económico, la mayoría de las mujeres no están en capacidad de negociar sus relaciones basadas en la abstinencia, fidelidad y uso de preservativos. Su “condición de inferioridad” con relación al hombre, producto de una tradición judeocristiana, establece que el uso de preservativos no constituya una opción real para las mujeres. Es así como el matrimonio, las uniones de pareja, y en general las relaciones estables, no constituyen tampoco una protección real contra el VIH; los casos notificados en la Secretaria Local de Salud, señalan que de las mujeres infectadas a través de relaciones heterosexuales, todas ellas tienen un único compañero permanente.

Otro de los tópicos a analizar dentro del análisis situacional, es el fenómeno del comercio sexual, el cual surge como un hecho social multicausal y como una actividad productiva, que pone en evidencia las necesidades de subsistencia de algunas personas (las necesidades de acceso a bienes y servicios sociales y la necesidad de formas alternativas a las estatuidas y legitimadas por la cultura para el ejercicio sexual). Este fenómeno está determinado por factores como la precariedad económica, la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, el maltrato infantil y el consumo de sustancias psicoactivas, y para el caso particular de Barrancabermeja, la pobreza, el desempleo y el desplazamiento forzado se asocian con su incremento y su relación con el VIH/SIDA.

Otro tópico a analizar es la existencia de relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), el cual es un hecho social que ha sido reconocido de forma muy limitada en el país, tradicionalmente asociado a personas de orientación sexual homosexual o bisexual, y considerado como un comportamiento exploratorio y ocasional.

Dentro del municipio se presentan relaciones entre personas del mismo sexo. Esta categoría incluye a los hombres que se definen a sí mismos como homosexuales o bisexuales; a hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres pero que no se identifican a sí mismos como homosexuales; a travestis biológicamente masculinos que tienen sexo con otros hombres; a hombres que están cautivos o confinados en contextos en que existen limitaciones para tener relaciones sexuales con mujeres, como ocurre en prisiones, cárceles y seminarios y a hombres generalmente jóvenes que tienen actividad sexual de carácter experimental, con otros jóvenes o adultos de su mismo sexo.

Por último, el ejercicio de la sexualidad como actividad productiva (prostitución) y de subsistencia es reconocido como una forma de trabajo, al que se dedican personas por diferentes motivaciones y circunstancias. Algunas personas dentro del municipio se dedican al trabajo sexual de forma permanente y de manera consciente, evidenciándose personas (hombres y mujeres) que se ofrecen a sí mismas a otras personas a cambio de una retribución; otras, son forzadas a este tipo de trabajo por medio de la presión o el engaño y otras se involucran en él por su propia voluntad como una alternativa económica ocasional ante una situación específica.

Dentro de la población que vive con VIH/SIDA, fueron identificadas varias mujeres que trabajan en el servicio doméstico, actividad que se distingue por la baja remuneración y las largas jornadas de trabajo, sin seguridad social la mayoría de las veces. Esta ocupación la realizan por días (pues a su vez, tienen familias e hijos a quienes cuidar), lavando o planchando ropa, haciendo aseo, elaborando alimentos o todas a la vez.

En el hombre que vive con VIH/SIDA, se distinguen labores de zapatería y construcción, ocasionando jornadas de larga duración que imposibilitan un encuentro familiar con sus hijos e hijas.

El bajo nivel de ingresos tiene un impacto negativo inmediato en la salud de las personas, al no tener la oportunidad de organizar una dieta alimentaria reparadora de las energías que se invierten en la labor o labores que realizan, asunto fundamental para el tratamiento del VIH/SIDA.

En general, las actividades desarrolladas por la población en referencia, pertenecen de alguna manera, al sector informal y están caracterizadas por la baja remuneración, inestabilidad laboral, ausencia de seguridad social y por ende baja productividad.

Solo un pequeño sector de la población que vive con VIH/SIDA goza de alguna estabilidad laboral, encontrándose que dentro de ECOPETROL están ubicadas las personas con más altos niveles económicos y de salud del municipio que presentan VIH. (Solo 2 casos).

En lo que respecta a los programas que en la actualidad se implementan dentro del municipio, se encuentra que la Oficina de la Gestora Social viene desarrollando programas culturales a través del reencuentro historiográfico de Barrancabermeja, así como adelantando campañas en conjunto con el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio, la Universidad Industrial de Santander (UIS), sede Barrancabermeja y ONUSIDA Colombia, a través de sonovisos, corto programas y talleres que se basan en la estrategia Información Educación y Comunicación (IEC) acerca de temas sobre la salud sexual y reproductiva en especial el VIH y el SIDA.

Paralelamente, el Programa de Paz del Magdalena Medio PDPMM, a través del programa de Salud Sexual y Reproductiva, viene estudiando y sugiriendo la necesidad de articular Redes Sociales de Trabajo sobre el VIH/SIDA y la salud sexual y reproductiva en los municipios que tiene a su alcance, identificándose procesos en los municipios de Puerto Parra, Aguachica y Barrancabermeja. Este último con mayor organización y funcionalidad. Si bien estos procesos son

internos del PDPMM, la Mesa Intersectorial desde su quehacer como espacio de discusión sobre el fenómeno del VIH y el SIDA en el municipio de Barrancabermeja ve en las Redes Sociales un espacio para dinamizar procesos con las PVVS y la Sociedad a través de alianzas con diferentes instituciones que desarrollan acciones dirigidas al VIH y el SIDA, a nivel local con diversas instituciones de salud y asociaciones de enfermos, a nivel nacional con la Red Colombiana de Personas que Viven con VIH/SIDA, la Mesa de Organizaciones Sociales que trabajan en VIH en Bogotá, la Liga Nacional de Lucha contra el SIDA y a nivel internacional con el Organismo de Naciones Unidas para el SIDA ONUSIDA.

Para finalizar, cabe aclarar que la elaboración de la anterior caracterización situacional, permitió la planeación para los meses de octubre, noviembre, diciembre de 2008 y enero de 2009, con base en las alternativas del proceso de planeación en Marco Lógico que se desarrolló en la práctica.

3.1.2.3 Información - Mesa Intersectorial de VIH/SIDA

La Mesa Intersectorial de VIH/SIDA, es un espacio que surge a partir de la creación y fortalecimiento de alianzas estratégicas de instituciones y actores sociales que trabajan con relación al VIH/SIDA, como respuesta a la situación encontrada por los estudiantes de práctica de Trabajo Social en el Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible durante el año 2007. Esta estrategia está directamente relacionada con una de las líneas de trabajo del ORDHS, “que permitió que desde Trabajo Social se consolidara la propuesta de la creación de la alianza interinstitucional denominada “Mesa de Trabajo”, espacio de discusión, reflexión y proposición en el manejo de la situación del VIH y el SIDA en el municipio de Barrancabermeja”¹²⁸.

¹²⁸ GÓMEZ, Mónica y NAVAS, John Edinson. Barrancabermeja Positiva. Análisis situacional y propuesta de acción para responder a las problemáticas relacionadas con el VIH y el SIDA. Trabajo de Grado Trabajo Social. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Trabajo Social.2008, p. 111.

El ORDHS como facilitador del proceso de conformación y consolidación de dicho espacio, aportó desde lo investigativo, técnico y metodológico en su construcción¹²⁹. A su vez, los aportes de las diferentes instituciones vinculadas, y el trabajo en conjunto de la Secretaria Local de Salud del municipio y los profesionales de Trabajo Social en práctica, han venido consolidando la constitución de escenarios, donde los derechos humanos y la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA, sean cada día más discutidos y reflexionados para mejorar la situación de la epidemia.

La mesa de trabajo que inicialmente estaba constituida por seis miembros, para el momento de la intervención, en el segundo periodo académico de 2008, contaba con solo cuatro miembros, los cuales se estaban reuniendo periódicamente a debatir los asuntos relacionados con el comportamiento del VIH y el SIDA en el municipio de Barrancabermeja.

Las instituciones o establecimientos que integran la Mesa para el momento de la intervención son:

- Secretaria Local de Salud de Barrancabermeja. (Secretaría Técnica)
- Universidad Industrial de Santander, sede Barrancabermeja. (Facilitador)
- Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio. (Secretaría de Gestión)
- Oficina de la Gestora Social. (Alcaldía Municipal)

¹²⁹Ibíd., p. 112.

Los programas, acciones y compromisos a su cargo se configuran en el siguiente cuadro. (Ver cuadro 6).

Cuadro 6. Instituciones Programas y Acciones que conforman la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA

INSTITUCIÓN	PROGRAMA	ACCIÓN
Secretaria Local de Salud de Barrancabermeja	Salud Sexual y Reproductiva	Reporta casos a la ESE de Barrancabermeja, lleva las estadísticas del SIVIGILA para este evento en salud pública. Remite a PVVS a la ciudad de Bucaramanga para el suministro de los medicamentos.
Universidad Industrial de Santander, sede Barrancabermeja	Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible.	Fomenta la creación de la Mesa de Trabajo sobre VIH/SIDA. Estudio exploratorio sobre comportamiento sexual en el municipio de Puerto Wilches. Establece y constituye la Red Comunitaria e Institucional de Apoyo a las Personas que Viven con VIH SIDA (PVVS).
PROGRAMA DE DESARROLLO Y PAZ DEL MAGDALENA MEDIO	Programa de Salud Sexual y Reproductiva.	Procesos de Incidencia Política, asesoría y políticas saludables en defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, no solo en el municipio de Barrancabermeja sino en el Magdalena Medio Colombiano.
OFICINA DE LA GESTORA	Lúdico-Culturales	Asesoría y apoyo a través de subsidios a las Personas que Viven con VIH/SIDA. Charlas, talleres sobre las ITS, especialmente el VIH/SIDA.

Fuente: Estudiantes en práctica de Trabajo Social 2008.

Uno de los asuntos que más ha preocupado a los miembros de la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA, ha sido el vertiginoso aumento de los casos reportados en la Secretaria Local de Salud, los cuales a la fecha Noviembre de 2008 superan los casos reportados para el 2007 (Ver cuadro 7).

Cuadro 7. Número de casos reportados de VIH/SIDA en Barrancabermeja por año

Año	Número de casos reportados de VIH
2008	42
2007	38
2006	22
2005	18
2004	35

Fuente: Secretaria Local de Salud Municipio de Barrancabermeja 2008.

“De los casos nuevos reportados en VIH de Enero a Octubre del 2008 a Noviembre de 2008 se han reportado y notificado a la Secretaria de Salud un total de 42 nuevo casos, cifra que supera en cuatro puntos porcentuales el número de casos para el 2007”¹³⁰.

De los 42 casos nuevos notificados a la Secretara Local de Salud, el 70% corresponde a hombres; de estos casos, el 75% están vinculados al régimen subsidiado, mientras que el 15.5% se encuentran afiliados al régimen contributivo. En el caso de las mujeres, el 78% se encuentran afiliadas al régimen subsidiado, mientras que el 20% se encuentran en el régimen contributivo.

Un asunto preocupante es la propagación del fenómeno en población en situación de desplazamiento asentada en el municipio, los cuales aportan el 2% de los nuevos casos, además de la Tasa de Incidencia de VIH para Barrancabermeja y la relación de hombre y mujer – VIH.

Finalmente, la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA ha venido manifestando la necesidad de fortalecer sus procesos, a partir de la concepción de los Derechos Humanos, entendiéndolos integralmente como ejercicio real de reconocimiento de las facultades inherentes al ser, promoviendo el posicionamiento de la Dignidad como fundamento indispensable para avanzar en el Desarrollo Humano y en la realización de una vida en igualdad y equidad.

¹³⁰ SECRETARIA LOCAL DE SALUD DE BARRANCABERMEJA. Número de casos reportados de VIH/SIDA por año. 2008. P. 6.

3.2 PRECISIÓN DEL ÁMBITO PROBLEMÁTICO ABORDADO POR LA PRÁCTICA

En el proceso de intervención realizado en el municipio de Barrancabermeja, dentro del proceso de ubicación situacional, se conoció el trabajo realizado por la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA, así como las diferentes instituciones que la componen. Lo conocido sobre el tema, parte de lo cual ya fue enunciado en el apartado anterior, se logró mediante diálogos sostenidos con el Secretario de Salud del Municipio, el Coordinador Regional del Observatorio de Desarrollo Humano Sostenible y miembros de las organizaciones participantes de la mesa.

Los resultados de los diálogos permitieron definir lo que sería el eje de la práctica de Trabajo Social, la cual estaría encaminada a fortalecer el proceso de la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA mediante la creación y consolidación de una Red Comunitaria e Institucional de apoyo a la Mesa en el municipio de Barrancabermeja, tendiendo a vigorizar el proceso que ya se venía adelantando en dicha instancia organizacional.

Paralelamente, se realizaron acercamientos con líderes comunitarios, y personas que viven con VIH/SIDA, evidenciándose la necesidad de nutrir con presencia y organización comunitaria el espacio de la Mesa.

Adicionalmente, se recibió por parte de los líderes comunitarios la insinuación de aplicar instrumentos a las personas que viven con VIH para profundizar un poco más en las posibilidades de articularlas a un trabajo más integral de atención a su problemática e igualmente a las organizaciones e instituciones que trabajan con población VIH (ONG'S de enfermos, EPS, EPSS, Centro y establecimientos de salud). Sin duda, fue ésta una de las primeras cadenas que se tejieron del trabajo en Red. No fue fácil pero poco a poco la membresía se fue logrando, dando paso al reconocimiento de los estudiantes en práctica y de su formación profesional, en las instituciones del sector (ONG'S, establecimientos de salud,

instituciones públicas, privadas, asociaciones de usuarios, entre otras que realizan acciones preventivas o de promoción en VIH/SIDA), a la vez que la práctica se nutrió de información que permitió corroborar asuntos ya reseñados en la caracterización situacional de la problemática en el municipio.

Quizá está abrió la ventana para que se sentaran las bases para la construcción de una red de apoyo con el fin de dar a conocer la situación del VIH/SIDA en el municipio; en este marco, los estudiantes en práctica emprendieron una convocatoria exhaustiva (teniendo en cuenta los horarios y actividades que tenían las instituciones que trabajan con VIH en el sector), lográndose que la primera mesa de trabajo con presencia interinstitucional fuera un éxito, no solo por la participación de cada uno de los representantes de cada institución sino por las inquietudes y deseos expresados respecto a la necesidad de continuar el trabajo.

Este sin duda fue un avance significativo, ya que tener en una mesa a diferentes entidades no es tarea fácil. Los estudiantes en práctica tomaron las herramientas que les proporcionó el conocimiento situacional, así como la legislación nacional vigente en VIH/SIDA, y presentaron a la audiencia los principales problemas de las PVVS en el municipio, las cuales se desarrollan a continuación.

3.2.1 PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

La priorización de problemas, se desarrolló con miembros representativos de la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA, de los promotores sociales de salud y de las personas que viven con VIH/SIDA, según selección hecha al interior de la mesa. A continuación se señalan los criterios que tuvieron en cuenta para la misma:

- Grado de afectación de la problemática y su incidencia en la población con VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja.
- Continuidad de la problemática por inadecuada organización comunitaria.
- Cantidad de personas que son amenazadas o beneficiadas por la solución del problema o su propagación.
- Grado de beneficios que presenta a la comunidad.
- Número de personas a las que afecta
- Dificultades mayores que traería si no se soluciona
- Posibilidades reales de solucionarlo
- Facilidad de acceso a recursos (humanos, técnicos y de financiamiento) para encontrarle solución,
- Existencia de grupos de interés o personas que pueden apoyar en la solución.
- Prioridad en los planes de desarrollo nacional, local, municipal, regional o de la entidad etc.
- Prioridad en el Plan Territorial de Salud.

Para la priorización de los problemas, se señala una valoración numérica que va del uno (1) al cinco (5), siendo este ultimo el de más alto impacto dentro de la comunidad y uno (1), el que menor peligro presenta en la comunidad, aunque cabe señalar que por su valoración, sea éste de menor importancia.

3.2.1.1 LISTADO DE PROBLEMAS ENCONTRADOS EN LA DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

- Presencia de Prostitución (hombres y mujeres)
- Relaciones sexuales entre personas del mismo sexo (HSH)
- Pobreza
- Desplazamiento Interno y su relación con el VIH/SIDA.
- Comercio sexual.
- Desigualdad de género.
- Bajo nivel educativo
- Bajo nivel socioeconómico
- Ausencia de redes sociales familiares e institucionales
- Baja accesibilidad a la salud
- PVVS usuarios de las EPS y EPS-S desconocen la labor que dentro de la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA se realiza.
- Estigmatización de las PVVS.
- Población flotante que no se encuentra dentro del régimen subsidiado o contributivo de la salud.
- Dotación incompleta en los establecimientos de salud.
- Establecimientos de salud en mal estado.
- Baja remuneración.
- Largas jornadas de trabajo.
- Ausencia de seguridad social.
- Inestabilidad laboral.
- Baja productividad.
- Desempleo.
- Ausencia de grupos organizados comunitariamente con relación al VIH/SIDA

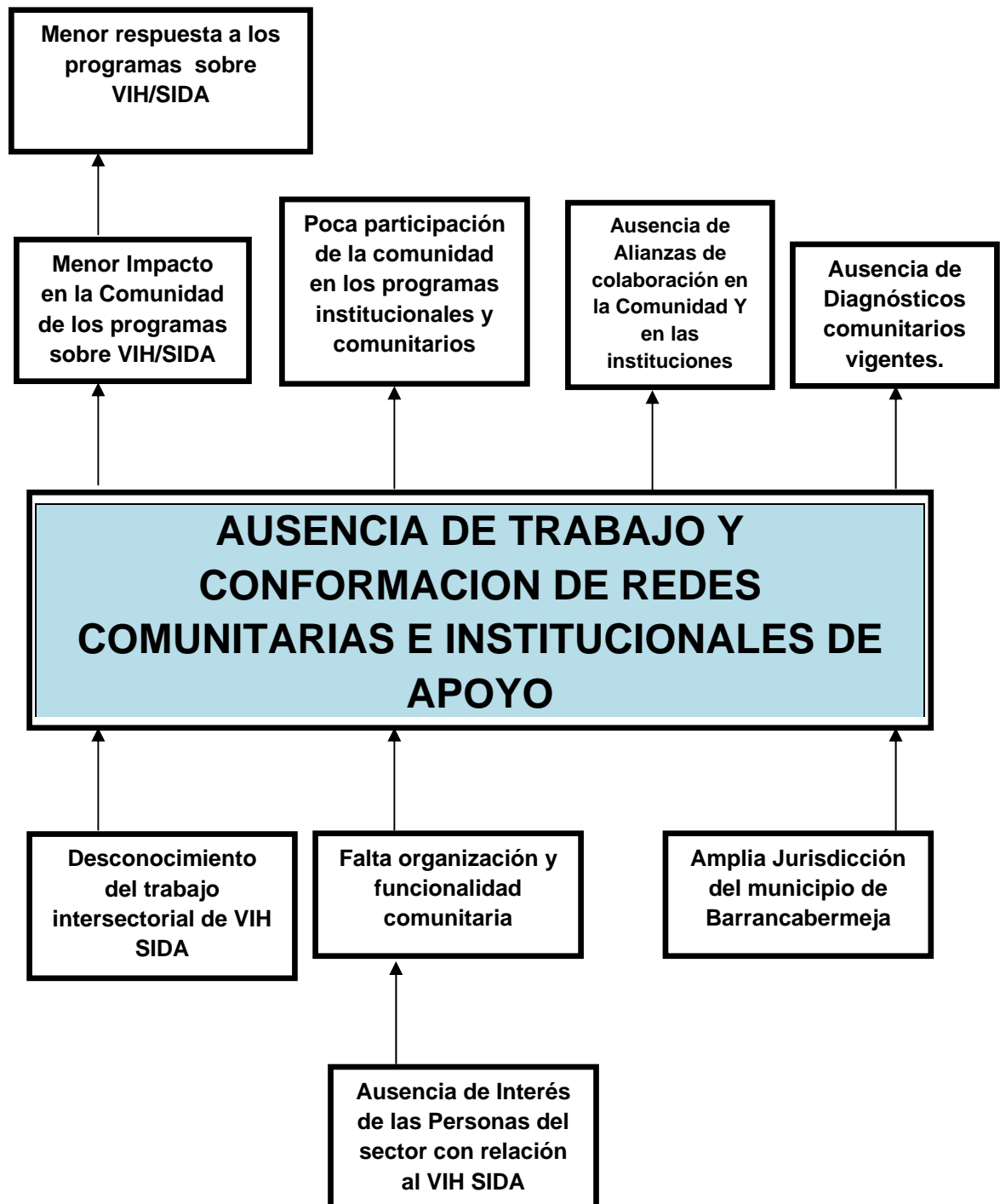
- Ausencia de representante de ONG'S de enfermos que viven con diagnóstico positivo en VIH, dentro del proceso de la Mesa Intersectorial de VIH.
- Ausencia de alianzas y redes de trabajo sobre VIH/SIDA
- Débiles compromiso en el Plan de Desarrollo Municipal acerca del VIH/SIDA.
- Limitados programas IEC lúdicos culturales hacia la comunidad con relación al VIH/SIDA

3.2.1.2 CUADRO DE PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS ENCONTRADOS EN LA DESCRIPCIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

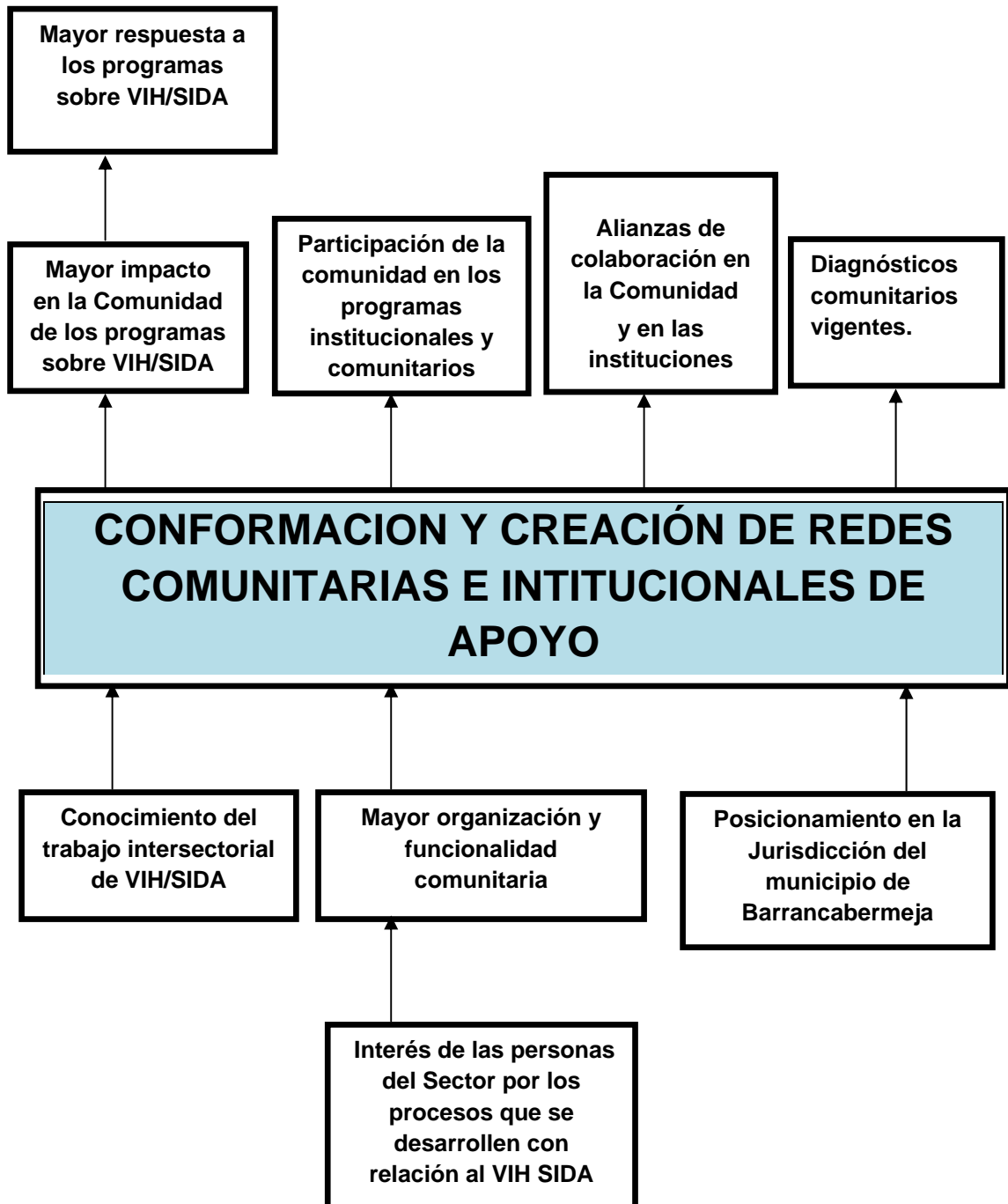
PROBLEMA	1	2	3	4	5
Presencia de Prostitución (hombres y mujeres) Comercio sexual.		X			
Falta de organización comunitaria.				X	
Relaciones sexuales entre personas del mismo sexo (HSH)	X				
Ausencia de trabajo y conformación de redes comunitarias e institucionales de apoyo.					X
Falta de Organización Comunitaria J.A.C		X			
Pobreza	X				
Desplazamiento Interno y su relación con el VIH/SIDA		X			
Desigualdad de género	X				
Bajo nivel educativo			X		
Bajo nivel socioeconómico		X			
Baja accesibilidad a la salud			X		
PVVS usuarios de las EPS y EPS-S desconocen la labor que dentro de la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA se realiza				X	
Estigmatización de las PVVS			X		

Población flotante que no se encuentra dentro del régimen subsidiado o contributivo de la salud.		X			
Dotación incompleta en los establecimientos de salud		X			
Establecimientos de salud en mal estado.		x			
Desempleo	X				
Baja remuneración en las actividades productivas.	X				
Largas jornadas de trabajo	X				
Ausencia de seguridad social			X		
Inestabilidad laboral			X		
Baja productividad	X				
Deficiente funcionamiento de las Juntas de Acción Comunal.		X			
Ausencia de Compromiso comunitario				X	
Abandono oficial de la administración municipal				X	
Débil Compromiso en el Plan de Desarrollo Municipal acerca del VIH/SIDA.				X	
Ausencia de representante de ONG'S de enfermos que viven con diagnóstico positivo en VIH, dentro del proceso de la Mesa Intersectorial de VIH.					X
Ausencia de grupos organizados comunitariamente con relación al VIH/SIDA				X	
Limitados programas IEC lúdicos culturales hacia la comunidad con relación al VIH/SIDA			X		

3.2.1.3 Árbol de Problemas



3.2.1.4 Árbol de Objetivos



3.2.1.5 Análisis de Alternativas

Al analizar el árbol de objetivos se procedió a descartar los que son inalcanzables, transformando a su vez el problema focal en un objetivo cuya condición es deseable. Al hacer la lectura e interpretación del árbol se procedió a ajustarlo, buscando que la dirección casusas-efectos haya quedado transformada en medios-fines posibles de lograr.

El resultado del análisis depende de tres opciones alternativas así:

Opción A: Factor: Convocatoria y Vinculación. Instituciones-Organizaciones-Comunidad. Factor de alta relevancia no solo por la implicación de las instituciones que realizan acciones en pro de las personas que viven con VIH SIDA, sino también como lugar donde se implementan, desarrollan y ejecutan los proyectos; así mismo, se busca reconocer a las PVVS como sujetos activos y participes en redes sociales que desarrollen acciones y procesos con la institución y la comunidad.

Opción B: Factor: Conformación y Creación. Instituciones-Organizaciones-Comunidad. Factor que busca conformar y crear una red comunitaria e institucional de apoyo, que permita desarrollar acciones a favor de toda la comunidad en especial a las PVVS

Opción C: Factor: Puesta en Marcha. Instituciones-Organizaciones-Comunidad-Representante de enfermos de VIH o SIDA. Factor que busca vincular no solo a las instituciones sino a las personas que viven con VIH al proceso de la Mesa Intersectorial de VIH SIDA.

3.2.1.6 Planteamiento de la Propuesta Realizada

Dentro de la primera fase del trabajo pudieron evidenciarse múltiples dinámicas sociales asociadas al VIH/SIDA. Con la información recolectada y a partir de la priorización que se realizó desde unos criterios específicos, se identificó la ausencia de trabajo y conformación de redes comunitarias e institucionales de apoyo, como una de las situaciones que más aqueja a la población, ante la falta de integralidad y coordinación de las acciones.

A esta situación se le agregan otras condiciones que no han favorecido a las personas que viven con VIH y SIDA, como lo es el desconocimiento del trabajo intersectorial que sobre VIH se realiza desde la Mesa Intersectorial, así como la no participación de población afectada directa en la misma.

Infortunadamente la falta de organización comunitaria ha llevado a que los intentos por crear una red de apoyo en beneficio de las personas que viven con VIH y SIDA resulte infructuoso, ocasionando a su vez menor participación de las personas en los programas que se adelanten al servicio de las PVVS, así como la no conformación de alianzas de colaboración entre las instituciones y la comunidad; por otra parte se logra evidenciar que una de las principales causas de la no conformación y creación de redes comunitarias e institucionales de apoyo, es la ausencia de una cultura ciudadana que involucre a la PVVS en todos sus procesos, así como la negativa a procesos de integralidad institucional que permita emprender acciones más precisas en beneficio de las Personas que Viven con VIH/SIDA.

Es por esta razón que el presente proceso de intervención, tiene considerable importancia, por cuanto fortalece el proceso de la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA mediante la creación y consolidación de una Red Comunitaria e Institucional de apoyo en el municipio de Barrancabermeja en beneficio de las PVVS.

3.2.1.7 Justificación de la Propuesta Realizada

Promover el Desarrollo y los Derechos Humanos en las Personas que Viven con VIH/SIDA, así como la visibilización de la vulnerabilidad de estas personas, es una acción política que orientada a la reflexión y la articulación de todos los actores sociales e instituciones que adelantan programas, proyectos y acciones a favor de esta problemática.

Promover compromisos y empoderamiento en las PVVS, así como humanizar el fenómeno mediante las Redes Sociales, se hace necesario en el municipio de Barrancabermeja donde la discriminación y vulneración de las Personas que viven con VIH/SIDA es una constante.

Posibilitar transformaciones sociales que trasciendan formas diferentes de ver el fenómeno debe considerar como fundamento que el trabajo en Red fortalece los mecanismos de participación ciudadana, especialmente en la participación e interlocución con las instituciones operadoras frente al VIH y el SIDA. Siendo así, el trabajo en Red facilita procesos de incidencia política a partir del diálogo con los responsables de la formulación, aprobación e implementación de políticas públicas, así como de planes, programas y servicios relacionados con el VIH y el SIDA y las infecciones de transmisión sexual, para que sean atendidas las necesidades planteadas por las comunidades y las propuestas hechas por los grupos, u organizaciones vinculadas a la Red.

Siendo así, las Redes son un mecanismo expedito para avanzar en la integralidad, de la atención a la problemática.

Esta integralidad se logra fundamentalmente buscando acuerdos entre instituciones que son legítimamente diferentes y con los funcionarios gubernamentales, lo cual se obtiene no subestimando ni sobrestimando a ninguna organización y propiciando espacios de capacitación para los que cuentan con menores recursos, experiencia e institucionalidad.

3.3 CONTENIDO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE LA PRÁCTICA DE TRABAJO SOCIAL

3.3.1 OBJETIVO GENERAL

Fomentar la creación y conformación de una red comunitaria e institucional de apoyo en el municipio de Barrancabermeja, que fortalezca el proceso adelantado en la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA, mediante un proceso educativo – formativo orientado al fortalecimiento de alianzas (locales, nacionales e internacionales).

3.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer, canales de diálogo y encuentro con las instituciones que trabajan en relación al VIH/SIDA, a nivel local, nacional e internacional, para constituir una red comunitaria e institucional en el municipio de Barrancabermeja.
- Promover la vinculación de nuevas voluntades de trabajo desde otros organismos para que se sumen a la Mesa y se vigoricen acciones en el largo plazo.
- Generar alianzas estratégicas de trabajo con organizaciones a nivel local, nacional e internacional y con funcionarios gubernamentales para incidir en política pública.

3.3.3 Metodología de la propuesta de intervención

Para el desarrollo de la práctica realizada desde Trabajo Social sobre la creación y conformación de una red comunitaria e institucional de apoyo en el municipio de Barrancabermeja, con el objeto de establecer alianzas de trabajo en pro del

mejoramiento de la calidad de vida de las PVVS, fueron propuestas las siguientes fases:

Fase 1: Aprendiendo a hilar.

Ubicación situacional y de contenido para abordar la comunidad, y población sujeto PVVS, a través del Desarrollo Humano, los Derechos Humanos, la Organización Social y la Participación.

Fase 2: Primera Puntadas.

Contextualización de la situación problema, para el conocimiento de las principales necesidades de la población con VIH/SIDA y la priorización de problemáticas sentidas por las PVVS, a través de un proceso de convocatoria y sensibilización.

Fase 3: Encantar las hebras...para inicial el Tejido.

Conformación y creación de la red comunitaria e institucional de apoyo en el municipio de Barrancabermeja a través de un proceso lúdico - cultural orientado a desarrollar acciones a favor de las PVVS, mediante la constitución de la Red.

Fase 4: Hilando el trabajo.

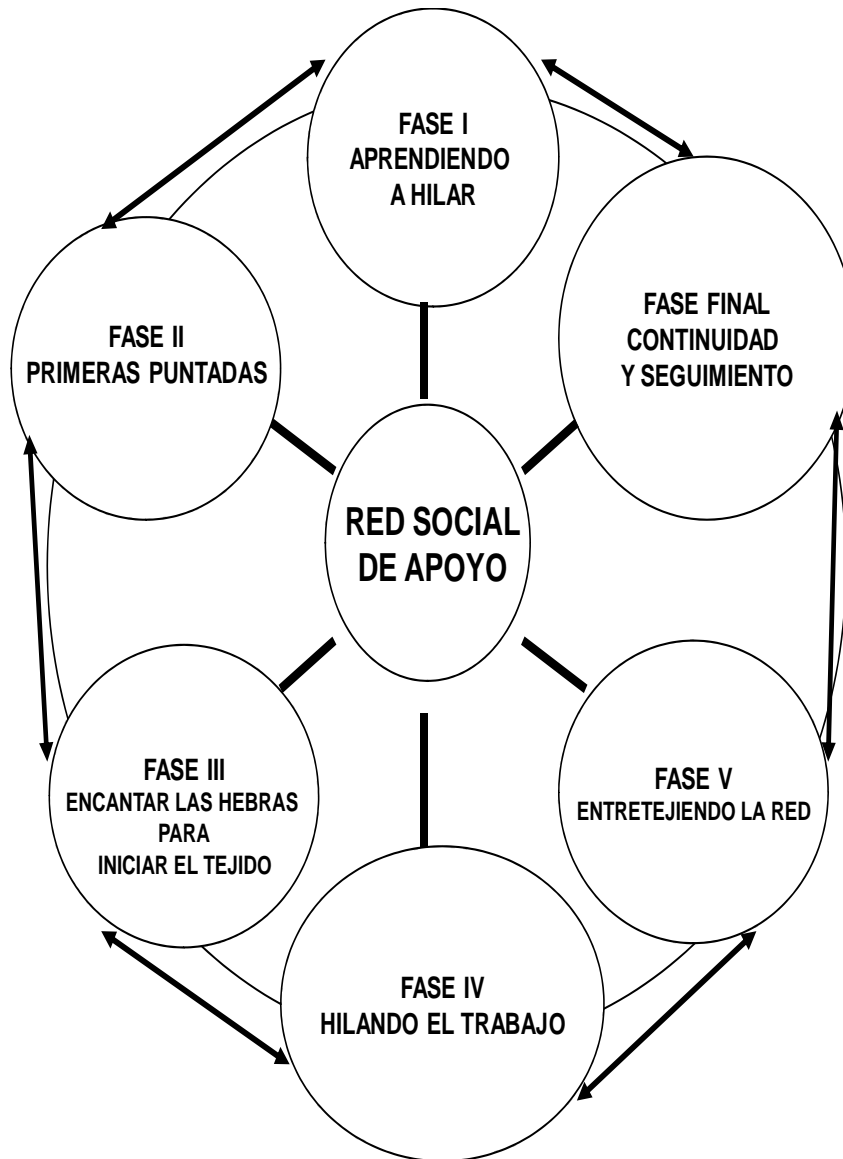
Conformación de la red comunitaria e institucional de apoyo en el municipio de Barrancabermeja, con líneas de acción definidas y así mismo con equipos y comités establecidos.

Fase 5: Entretejiendo la Red.

Paralelo a la estrategia lúdico – cultural, gestionar la vinculación de la Red de Apoyo Comunitaria e Institucional a otras Redes Sociales, que desarrollen acciones comprometidas y dirigidas a tratar el VIH/SIDA, buscando paralelamente consolidar la Red.

Fase Final: Seguimiento, evaluación y sostenibilidad del proceso.

3.3.4 Gráfica propuesta para metodología de intervención de la práctica de Trabajo Social realizada



3.4 PLANEACIÓN

3.4.1 FASES METAS E INDICADORES DE LA PRÁCTICA DE TRABAJO SOCIAL

FASE	ACTIVIDADES	TÉCNICA	META	INDICADOR	TIEMPO	RESPONSABLE
I Aprendiendo a Hilar	*Ubicación institucional *Revisar el enfoque teórico para abordar la comunidad Desarrollo Humano y Derechos Humanos, Organización Social y Participación.	*Observación general. *Lectura. *Entrevistas informales.	Adopción de un enfoque teórico comunitario que permita el desarrollo del proceso práctico de Trabajo Social.	Numero de libros y lecturas leídas durante el proceso de práctica.	17 semanas	Estudiante en práctica de Trabajo Social. Jenny Marcela Restrepo Castillo Sergio Luis Vásquez Barajas.
II Primeras Puntadas	*Visitas Institucionales. *Diálogo de Saberes. *Reuniones periódicas.	*Entrevista Informal *Mesas de Trabajos.	Conocer el 80% de las Instituciones presentes en el municipio que tienen relación con el VIH/SIDA	Número de instituciones conocidas (procesos con relación al VIH/SIDA).	1 MES	Estudiante en práctica de Trabajo Social. Jenny Marcela Restrepo Castillo. Sergio Luis Vásquez Barajas
	*Identificación de las organizaciones, institucionales públicas y privadas	*Observación general. *Dialogo de	Acercamiento al 70% de las Instituciones nuevas que adelantan	Número y porcentaje de instituciones vinculadas.	Dos meses	Estudiante en práctica de Trabajo Social. Jenny Marcela Restrepo Castillo. Sergio Luis Vásquez Barajas

* Estudiante en Práctica I, quien desarrolló algunas acciones de acompañamiento al proceso presentado en este documento, cuyo autor es Sergio Luis Vásquez Barajas

	que prestan algún servicio a las PVVS. *visitas institucionales. *Charlas informales con miembros de las instituciones.	saberes. *Entrevistas informales.	acciones con relación al VIH/SIDA.			
III Encantar las Hebras para Iniciar el Tejido	*Convocatoria a los representantes de las instituciones públicas y privadas que trabajan en relación al VIH/SIDA. *Diseño de un correo electrónico que permita comunicación permanente con los funcionarios y representantes de las instituciones del sector. *Diseño de una base de datos que permita establecer contacto directo con las instituciones *Taller sobre Redes Sociales. *Convocatoria a los representantes de las instituciones públicas y privadas que hacen presencia en el municipio. *Aplicación de Instrumentos de	*Mesa de Trabajo. *Entrevistas formales. *Dialogo de Saberes. *Encuesta. *Cuestionario.	Análisis situacional problemáticas de las PVVS.	Número y porcentaje de instituciones EPS, EPSS visitadas, recolección de información solicitada y contactos con líderes comunitarios, que permitan el logro del diagnóstico.	1 Mes	Estudiante en práctica de Trabajo Social. Jenny Marcela Restrepo Castillo. Sergio Luis Vásquez Barajas

	<i>Caracterización.</i>					
IV Hilando el Trabajo	*Charlas informales con PVVS. *Reuniones periódicas	*Dialogo de saberes *Mesa de Trabajo *Entrevistas informales	Red comunitaria e institucional de apoyo en el municipio de Barrancabermeja, con líneas de acción definidas	Número de líneas de acción definidas	1 mes	Estudiante en práctica de Trabajo Social. Jenny Marcela Restrepo Castillo. Sergio Luis Vásquez Barajas
V Entretejiendo la Red	*Visita técnica a la REDCOLVIH *Visita técnica a ONUSIDA. *Visita técnica a la Mesa de Organizaciones Sociales que trabajan con VIH en Bogotá.	*Dialogo de Saberes *Observación *Entrevistas informales	Alianzas con otras redes sociales de apoyo en temas relacionado con VIH/SIDA	Número de alianzas	1 mes	Estudiante en práctica de Trabajo Social. Jenny Marcela Restrepo Castillo. Sergio Luis Vásquez Barajas

3.4.2 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA DE TRABAJO SOCIAL

Fomentar la creación y conformación de una red comunitaria e institucional de apoyo en el municipio de Barrancabermeja, que vigore el proceso adelantado en la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA, mediante un proceso educativo – formativo orientado al fortalecimiento del alianzas (locales, nacionales e internacionales)																				
ACTIVIDADES	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Fase I																				
Ubicación situacional y de contenido para abordar la comunidad, y población sujeto PVVS, a través del Desarrollo Humano, los Derechos Humanos, la Organización Social y la Participación																				
Ubicación institucional																				
Revisar el enfoque teórico para abordar la comunidad Desarrollo Humano y Derechos Humanos, Organización Social y Participación.																				
Fase II																				
Contextualización de la situación problema, que permita el conocimiento de las principales necesidades de la población con VIH/SIDA y la priorización de problemáticas sentidas por las PVVS, a través de un proceso de convocatoria y sensibilización																				
Visitas Institucionales. Diálogo de Saberes. Reuniones periódicas Identificación de las organizaciones, institucionales públicas y privadas que prestan algún servicio a las PVVS. Charlas informales con miembros de las instituciones																				

3.5. EJECUCIÓN

La perspectiva de los derechos humanos y el desarrollo humano, además de orientar el proceso de práctica de Trabajo Social en el Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible (ORDHS), es la directriz que orienta la construcción de un Desarrollo Comunitario en el municipio de Barrancabermeja, que considere a la comunidad como aquel grupo de personas que aceptan compartir su responsabilidad en un problema de índole social y cuya necesidad de solucionarlo nace ante la presencia de una situación crítica y percibida como tal¹³¹. A continuación se mencionan algunos elementos de la ejecución.

3.5.1 EJECUCIÓN POR OBJETIVOS

Para la ejecución de la propuesta de Red, se plantearon como objetivos, los siguientes:

1. Establecer, canales de diálogo y encuentro con las instituciones que trabajan en relación al VIH/SIDA, a nivel local, nacional e internacional, para constituir una red comunitaria e institucional en el municipio de Barrancabermeja.

Para el desarrollo de éste, se diseñaron y aplicaron instrumentos a las instituciones que prestan servicios a las personas que viven con VIH así como a PVVS (EPS y EPSS), los cuales permitieron un trabajo de campo más asertivo en el proceso de diagnóstico inicial.

Las instituciones a las que les fué aplicado el instrumental propuesto en los meses de noviembre y diciembre de 2008, fueron EPS y EPSS como SOLSALUD, CAJASAN y CAFABA; los promotores de salud que hacen parte de la Secretaria Local de Salud, colaboraron con la aplicación de estos instrumentos en grupos de enfermos tratados por éstos (madres gestantes, pacientes con SIDA entre otros).

¹³¹ MILANESE, Efrem. Comunidades Locales el modelo de redes. Seminario para el grupo de formadores de Santa Fe de Bogotá – Colombia. 2000. P. 18.

Igualmente, en el marco de la Cátedra del Milenio (Proyecto que tiene por intencionalidad cuestionar la participación social y política de los actores de la sociedad), específicamente en el Objetivo de Desarrollo del Milenio ODM 6 “Combatir el VIH/SIDA, la Malaria y la Tuberculosis”, se socializó con la Asesora para el ONUSIDA, Dra. Serena Buchini, así como con la Asesora para la Equidad de Género de UNIFEM Dra. Carmen Lozada, en el mes de noviembre de 2008 durante la Cátedra del Milenio VIH/SIDA y Equidad de Género, al igual que con otras instituciones como la Secretaria de Salud, el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio PDPMM y la Oficina de la Gestora Social, la importancia de conocer el trabajo que se viene adelantando a través espacios nacionales de respuesta al VIH, las cuales pueden aportar al trabajo que se adelanta en el municipio. En este momento, se programó una visita técnica a la Mesa de Organizaciones Sociales que Trabajan en VIH en Bogotá, a la Red Colombiana de Personas que Viven con VIH REDCOLVIH y finalmente al Coordinador Nacional de la Liga de lucha contra el SIDA Dr. Jorge Pacheco en la ciudad de Bogotá.

Esta experiencia permitió unificar criterios para que dentro de la Red Comunitaria e Interinstitucional de Apoyo a las PVVS, se establecieran canales de diálogo y encuentro para entretrejer la Red.

Entre las Organizaciones que conforman la Mesa de Organizaciones que trabajan en VIH/SIDA se encuentran ONG'S diversas; es decir diferentes organizaciones que no necesariamente ejercen acciones similares (Ver cuadro 8), las cuales proporcionan al trabajo de la Red diversas dimensiones de abordar la problemática.

Cuadro 8. Organizaciones y servicios que conforman la Mesa de Organizaciones que trabajan en VIH/SIDA en la ciudad de Bogotá

ORGANIZACIÓN	SERVICIO
<p>Fundación Henry Ardilla</p> <p>Dentro de la Mesa la fundación Henry Gómez hace parte del consejo directivo y su directora Luz Marina Umbasia es la Coordinadora de la Mesa de Organizaciones que trabajan en VIH/SIDA en Bogotá.</p>	<p>Fundación que presta servicios en estudios de investigación en Salud Pública (Epidemiológicos y de prevalencia).</p> <p>Trabajan a su vez promoción y prevención del VIH/SIDA en grupos poblacionales como lo son los HSH y el Comercio Sexual.</p>
<p>Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA.</p> <p>Su coordinador nacional es el Dr. Jorge Pacheco quien hasta hace unos meses coordinaba la Mesa de Organizaciones que trabajan en VIH/SIDA en Bogotá</p>	<p>Principal organización que trabaja en VIH/SIDA, en el país la cual se ha convertido en centro pilar de la Mesa y de la REDCOLVIH. Ofrece servicios en asesoría preprueba, prueba y postprueba. Así como atención Psicosocial.</p>
<p>Huellas de Arte.</p> <p>Esta fundación trabaja desde el enfoque de género, a su vez hacen parte de la RECOLVIH.</p> <p>Pág. web: www.huellasdearte.org</p>	<p>Organización de base comunitaria, conformada por mujeres que viven con VIH/SIDA, las cuales de manera organizada trabajan con apoyo psicosocial y empoderamiento de las mujeres en autonomía y liderazgo.</p> <p>En la actualidad cuentan con un proyecto productivo que consiste en comercializar velas aromatizadas.</p>
<p>Organización Hope.</p>	<p>Multinacional de base cristiana que lidera el programa PREVENSIDA en algunas localidades de Bogotá a través del fortalecimiento en valores.</p>
<p>Voluntarios del Mundo</p>	<p>Esta organización brinda apoyo a las personas que reciben diagnóstico positivo para VIH a través de agilizar procesos legales y de trámites para su atención.</p>
<p>Viviendo con Dignidad.</p> <p>Fundación que trabaja en la ciudad de Tunja.</p>	<p>Esta fundación trabaja a partir de grupos de autoayuda dentro del municipio de Tunja a través de procesos informativos y psicosociales.</p>
<p>Fundación Arenosa VIVE</p>	<p>Fundación que lidera el trabajo en prevención y promoción del VIH y el autocuidado en la ciudad de Barranquilla a través de procesos activistas y de veeduría ciudadana a las diferentes EPS y EPS-S de la ciudad.</p>
<p>FUNDAMOR</p>	<p>Fundación que trabajan con NIÑOS y NIÑAS que viven con VIH adelantando procesos</p>

	psicosociales y de adopción.
GIRASOL	Este proyecto está dirigido a mujeres que viven con VIH fortaleciendo el trabajo de apoyo en prevención e incidencia política.
ASIVIDA	Fundación de la iglesia luterana que trabaja en prevención. En HSH y jóvenes.
ASVIHDA	Esta organización presta asesoría legal en lo concerniente a restauración en derechos humanos, y en la actualidad trabajan en procesos productivos.
PROCREAR	Fundación que trabaja en la zona de tolerancia de Bogotá Barrio Santa Fé, prestando servicios a personas en situación de calle.

Fuente: Relatoría viaje a la ciudad de Bogotá (10 y 11 de diciembre de 2008).

Igualmente se establecieron alianzas con el Programa Conjunto de Naciones Unidas para el SIDA ONUSIDA, en lo concerniente a capacitación, y provisión de documentos relacionados con el tema del VIH/SIDA. (Plan Nacional de Respuesta al VIH/SIDA 2008-2011).

2. Promover la vinculación de nuevas voluntades de trabajo desde otros organismos para que se sumen a la Mesa y se vigoricen acciones en el largo plazo.

Dentro del trabajo que se realizó al interior de la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA, cabe destacar que los estudiantes en práctica social, vincularon nuevos actores a la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA entre los que cabe señalar la Fundación Semillas de Vida (ONG de enfermos), establecimientos de salud como la Clínica Primero de Mayo, Policlínica ECOPETROL, Clínica Magdalena, Policía Nacional, Batallón, INPEC así como el SENA y algunos establecimientos educativos.

Una de las acciones que se realizaron para fortalecer la Mesa Intersectorial estuvo encaminada a debatir el Plan Estratégico de la misma (ver cuadro 9), el cual se

encuentra en mejora debido a que los miembros de la Mesa consideran que es más competencia de la Secretaria de Salud, estableciéndose de esta forma la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA, como un espacio de consulta y asesoría en temas relacionados con el VIH.

Cuadro 9. Plan Estratégico de la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja 2008

Objetivos :
1. Detener la Epidemia del VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja.
1.1 Desarrollar una respuesta participativa y ampliada para la detención de la epidemia con todos los sectores de la comunidad.
1.2 Promover una conducta sexual responsable en grupos vulnerables y específicos.
1.3 Promoción y vigilancia de buenas prácticas en actividades profesionales y laborales que impliquen riesgo.
1.4 Fortalecer el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
2. Mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH/SIDA
2.1 Garantizar la integralidad y especialización de la atención a los infectados y afectados por las ITS/VIH/SIDA.
2.1.1 Garantizar la atención oportuna en salud de las PVVS.
2.1.2 Posibilitar espacios de desarrollo productivo para las PVVS.
2.1.3 Acompañamiento Psicosocial
2.1.4 Velar por el respeto a la vida e integridad personal.

Fuente: Mesa Intersectorial de VIH/SIDA PEM. 2008.

De igual forma, la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA realizó en conjunto con los estudiantes en práctica social, la Iª Semana de Lucha Contra la Discriminación y el Estigma a las personas que viven con VIH, estableciéndose una campaña que se iniciaba con una pequeña charla acerca de la importancia de incluir a las personas que viven con VIH en la sociedad, aceptándolos tal cual son, por lo cual se informaba de las formas de contagio y se ilustraba mediante imágenes, cómo el ser humano en medio de su desinformación discrimina y excluye estas personas.

Esta campaña se adelantó en diferentes sitios del municipio, entre los cuales se encuentran parques, establecimientos educativos y de la administración municipal.

Igualmente, los estudiantes en práctica social en conjunto con la Oficina de la Gestora Social, organizaron el primer Concierto de Lucha contra la Discriminación a las Personas que viven con VIH, el cual contaba además con música juvenil, lecturas de casos de personas que viven con VIH (editados por respeto a la confidencialidad), los cuales fueron leídos por miembros representativos del municipio entre los que cabe señalar:

- El Alcalde del Municipio.
 - El Secretario de Salud Municipal.
 - El Secretario de Desarrollo Social.
 - La primera dama del municipio.
 - El coordinador del Programa de Salud sexual y reproductiva del PDPMM, entre otros.
3. Generar alianzas estratégicas de trabajo con organizaciones a nivel local, nacional e internacional y con funcionarios gubernamentales, para incidir en política pública.

Si bien en este objetivo no se adelantó lo suficiente, la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA, al igual que la Red Comunitaria e Institucional de Apoyo en el municipio de Barrancabermeja conocen y esperan aliarse al proceso de incidencia que se está adelantando en Colombia por la Red Colombiana de Personas que Viven con VIH, a partir de la licitación del genérico de la KALETRA medicamento de alto costo para el tratamiento a personas que viven con VIH.

Finalmente y debido al proceso de reestructuración de Regionalización y a su vez del Observatorio, los estudiantes en práctica plantearon la necesidad de darle continuidad y sostenibilidad al proceso a partir del Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio, para lo cual se hizo con ellos una reunión final que sintetizó el proceso de intervención desarrollado por los estudiantes de Trabajo Social.

3.5.2 EJECUCIÓN POR FASES DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Fase I. Aprendiendo a Hilar.

Para el desarrollo de esta fase se realizó un abordaje de la población sujeto PVVS; para ello fueron seleccionadas algunas comunas (ver Anexo E. Listado de Líderes por comuna), en las que se aplicaron algunos instrumentos de observación y caracterización.

Inicialmente estas visitas las realizaron los estudiantes en práctica, pero a éstos se les unió, un grupo de promotores de salud, de la ESE Municipal, en el momento en que por problemas institucionales de la universidad, hubo necesidad de suspender el proceso programado.

El recorrido constaba de salidas de campo a algunos establecimientos de salud, ONG'S de enfermos así como asociaciones de usuarios; a éstos se les proporcionaba información acerca del quehacer de la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA e invitaba a que hicieran parte de la misma.

Este proceso se desarrolló por un periodo de mes y medio de octubre a noviembre de 2008, en el cual se logró establecer contactos con algunos pacientes, sin desconocer los protocolos de confidencialidad que sobre VIH existen.

Al momento de retiro de los estudiantes de la práctica académica, los promotores de salud asumieron la responsabilidad de continuar en la aplicación de los

instrumentos y realizar la tabulación de la información recolectada. Respetando los protocolos sobre confidencialidad, será posible a futuro contar con dicha información en la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA, a fin de garantizar que en la misma y en la Red Interinstitucional, pueda hacer presencia directa no solo las PVVS, sino estar más directamente monitoreada su situación.

Fase II: Primeras Puntadas

Dentro de la segunda fase se realizó un primer acercamiento de la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA con algunas instituciones de salud y ONG'S de enfermos para iniciar el trabajo en red.

Este primer acercamiento, a través del diálogo de saberes, favoreció cambios de actitud referidos al ejercicio del poder tanto de la Mesa Intersectorial de VIH como de las personas que viven con él.

Entre las primeras puntadas que se tejieron, se establecieron contactos con la Red Colombiana de Personas que viven con VIH/SIDA a nivel nacional, la cual asesoró y motivó el proceso a desarrollar en el municipio de Barrancabermeja.

Fase III: Encantar las hebras para iniciar el tejido

Seguidamente en la tercera fase se emprendió que la Red tuviera unos mínimos organizativos. Para este propósito ya se había conformado un equipo coordinador con presencia de algunos representantes de enfermos, y el acompañamiento de estudiantes en práctica.

Fase IV: Hilando el trabajo

Para esta fase se realizaron alianzas de trabajo y cooperación con la Mesa de Organizaciones que Trabajan en VIH/SIDA, así como con la Liga Nacional de Lucha contra el SIDA, para participar en procesos nacionales y proyectos encaminados a la incidencia política del VIH.

Fase V: Entretejiendo la Red

Dentro de esta fase, se vincularon al trabajo en Red algunos procesos de base comunitaria como la ciudadela educativa comuna 7 y la ESE del municipio de San Vicente de Chucuri, en calidad de nodos de red, en cada una de sus jurisdicciones.

El proceso de constitución de Nodos nació de un taller al que fueron invitados algunos responsables de la salud pública del municipio, desarrollado a partir de una conferencia de ONUSIDA, en el marco de las Cátedras del Milenio. Si bien este proceso está iniciando, se espera sea toda una experiencia dentro del Magdalena Medio.

4. EVALUACIÓN

4.1 EVALUACIÓN DEL PROCESO

El proceso de creación, construcción y consolidación de la red comunitaria e institucional de apoyo en el municipio de Barrancabermeja, para vigorizar el proceso adelantado en la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA, **REDCOINVIH**, tiene como objetivo un cambio social, que está sustentado en los principios de solidaridad, cooperación y sociogestión: brindando al proceso en comunidad la capacidad para afrontar sus necesidades y problemáticas, y facilitando la creación y ejecución de estrategias que surjan del análisis crítico de las realidades específicas que se enfrentan.

La red social de apoyo se convierte en la posibilidad de pensar y hacer de otro modo desde la cotidianidad, ya que facilita las ligazones reconstructivas del tejido social desde las cuales se van tejiendo interconexiones legítimas y válidas que revitalizan las acciones de los sujetos sociales, a través de interpretaciones diferentes en la comunidad, creando asociaciones, tejiendo red, donde la libertad, la solidaridad y la justicia social sean objetivos comunes.

¿Qué atributos ofrece el trabajo en red de REDCOINVIH? Ofrece atributos para el trabajo colectivo, la cooperación, aprovechando las capacidades de las personas, instituciones y de la comunidad en general.

- REDCOINVIH es una forma de organización donde se rompen las jerarquías y se promueven relaciones horizontales.
- Su actividad y existencia depende de la iniciativa de cada uno de las partes y no de una instancia central o única.

- REDCOINVIH, comparte formas y variedad de conocimientos que responden a experiencias individuales y a experiencias de acción social interactiva acerca de la temática del VIH SIDA.

¿Qué acciones fueron necesarias para mejorar la participación de REDCOINVIH?

- Informar sobre el por qué, para qué y cómo participar en las actividades de la red.
- Elaborar un directorio o listado de todas las autoridades, los sectores líderes y de todos los recursos humanos disponibles en la comunidad y que puedan aportar su experiencia en la detección de los oponentes y aliados del trabajo en red.
- Convocar a los representantes de los sectores formales e informales a ser partícipes de las actividades mediante un plan de trabajo y un cronograma de reuniones.
- Elaborar un plan de actividades conjuntamente con todos los actores vinculados al proceso.
- Realizar el análisis de la problemática con la participación de sectores y líderes convocados.

¿En qué vamos en REDCOINVIH?

Ya se ha culminado la primera fase del proyecto. En la actualidad se cuenta con un diagnóstico participativo en relación al VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja; así mismo se establece el objetivo general de la Red y espacios de encuentro y reflexión.

En estos momentos (2009) REDCOINVIH ya es pública ante la comunidad; se constituyó un equipo coordinador, del cual hace parte el representante de las personas con VIH/SIDA, la directora de la Fundación Semillas de Vida, dos representantes de las PVVS, así como un miembro de la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA. Este equipo es el encargado de orientar y visibilizar el trabajo en red.

Existe otro equipo asesor de la Red, el cual está conformado por un representante de la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA, (para el momento de la práctica son los estudiantes de Trabajo Social), un representante de la Corporación Gente en Acción y un promotor de salud municipal. Este equipo tiene competencias de asesoría en aspectos organizacionales, metodológicos, legales y presupuestales de la red.

Por último, se perfiló un grupo de Nodos en la Ciudadela Educativa comuna 7 y municipio de San Vicente de Chucuri, el primero con algunas familias y representantes de madres comunitarias del sector, y el segundo con algunos miembros de la ESE pública del municipio, entre los que cabe señalar profesiones de la salud, personero y asociaciones de usuarios.

Nodo Ciudadela Educativa Comuna 7: presidido por la presidente de la asociación de madres comunitarias.

Nodo San Vicente de Chucuri: presidido por la enfermera jefe de la ESE pública del municipio.

En la actualidad, REDCOINVIH cuenta con algunos comités conformados entre los cuales están:

- Comité de cogestión, el cual emprende acciones de gestión y cogestión con el conjunto de personas, grupos y comunidad en general para obtener recursos, orientados al logro de fines comunes. Calidad de Vida de las PVVS

- Comité de Conexión: sus acciones son esenciales para tejer nuevos enlaces en la red, posibilitando la retroalimentación a la misma. Alianzas estratégicas nacionales.
- Comité Logístico: genera acciones que permiten la ejecución de las actividades programadas y se nutre de representantes de la Mesa Intersectorial de VIH, como de organizaciones de la red.

En REDCOINVIH, se ha venido trabajando en algunas líneas que orientan el trabajo de la red, las cuales son:

- Promoción de los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH SIDA.
En cuanto reconocer los Derechos Humanos y escenarios sociales de participación donde las personas con VIH/SIDA pueden interactuar e incentivar acciones para reconocer a las PVVS como ciudadanos y ciudadanas activas en sociedad, eliminando la discriminación y estigma hacia las PVVS.
- Equidad de Género.
Promover la equidad de Género en las PVVS a través de la capacitación de líderes comunitarios, con el fin de monitorear las relaciones de poder existentes en la relación hombre/mujer. Todos los proyectos, acciones, programas que se realicen en la RED, deben involucrar la equidad de género en todos sus procesos.
- Incidencia Política.
Promover procesos de incidencia política local y regional (municipio de Barrancabermeja y Magdalena Medio) en materia de VIH/SIDA, a través de espacios políticos de participación, (Consejo Territorial de Salud)

4.2 FACILITADORES

- Dentro de esta propuesta es importante resaltar aquellas personas (líderes comunitarios, PVVS, activistas, profesionales de la salud, funcionarios públicos) con las cuales se quiso unir fuerzas tanto de los entes gubernamentales y no gubernamentales del municipio como de la misma comunidad, siendo de esta manera, que se logró aportar al desarrollo del municipio con el aval y el conocimiento pleno de la situación que viven y sienten las y los habitantes del municipio en materia de VIH/SIDA.
- Teniendo en cuenta lo anterior, la articulación interinstitucional y la Participación activa en el escenario de la Mesa Intersectorial, logró crear espacios posibles donde los actores sociales junto a las instituciones públicas y privadas construyen en conjunto su propio bienestar; además, este ejercicio permite que la propuesta de desarrollo tenga mayor proyección y logre ofrecer mejores oportunidades de bienestar a las PVVS. El proceso se vio favorecido por la Administración Pública, en especial la Secretaría de Salud, quien es el principal organismo que promueve y vela por la situación de la población afectada por la epidemia, para que se siga agendando en los planes de desarrollo de la administración pública.
- De igual forma, la articulación entre las competencias locales, nacionales e internacionales para alcanzar los objetivos y lograr las metas en una misma dirección, en concordancia con el tema del VIH/SIDA, permitió que en el proceso se garantizara cumplir unos de los principales objetivos de la propuesta, que además contribuyó a fortalecer y crear la red comunitaria e institucional de apoyo a las PVVS.

4.3 LOGROS

- La participación activa de las personas vinculadas a la red, en los talleres realizados y en las mesas de trabajo ejecutadas.
- La participación y vinculación al trabajo de red de instituciones que desarrollan acciones a favor de las PVVS a nivel local, nacional e internacional así como la vinculación de personas que viven con VIH SIDA, a la Mesa Intersectorial.
- Creación de la base de datos actualizada, de los miembros que conforman la Mesa Intersectorial de VIH SIDA.
- Desarrollo de un trabajo interdisciplinario coordinado y eficaz con profesionales de las ciencias humanas y de la salud, para adelantar las actividades propuestas en el cumplimiento de los objetivos de la experiencia de práctica de los estudiantes de Trabajo Social.

4.4 DIFICULTADES

- La negativa por parte de algunas instituciones, entre éstas con la Corporación Gente en Acción, Clínica San José, Semillas de Vida, para iniciar el trabajo en Red.
- La impuntualidad o la inasistencia de algunos miembros de las instituciones a los talleres y mesas de trabajo.
- Los horarios de las diferentes instituciones, dificultó en ocasiones el desarrollo del cronograma de actividades al igual que las reuniones programadas.

- La reestructuración del programa de Regionalización y con ésta del Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible, determinada por la dirección de la UIS, se constituyó en la mayor dificultad para el proceso de práctica.

4.5 LOS TRABAJADORES SOCIALES

El quehacer profesional en esta experiencia tuvo un alto componente comprensivo respecto al fenómeno del VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja, a partir de conocer e interpretar su realidad. No obstante, las acciones realizadas durante el proceso práctico (mesas de trabajo, análisis situacional, encuentros, talleres, diálogo de saberes) se enmarcaron dentro de una concepción de *proceso* por cuanto su intencionalidad trascendió la dimensión operativa como respuesta de la postura crítica y reflexiva que se mantuvo desde el inicio de la intervención, identificando y reconociendo los aspectos influyentes, las potencialidades, los errores, las dificultades, así como alternativas estratégicas propositivas basadas en la reflexión.

Del mismo modo, cabe resaltar el interés y motivación del equipo de trabajo de práctica sobre el VIH/SIDA, el cual se vió respaldado por lineamientos y convenciones tanto internacionales como nacionales que permitieron avanzar en los objetivos propuestos, visionando desde el ejercicio profesional y personal el aporte a importantes causas sociales que engloban el desarrollo humano de las poblaciones.

Los practicantes tuvieron un buen desenvolvimiento profesional para llevar a cabo lo planeado; ello se ve reflejado en el permanente interés por parte de las personas y organismos que hicieron parte del análisis situacional y la Mesa de Trabajo sobre VIH/SIDA, así como de la Red Comunitaria e Institucional de Apoyo a las PVV.

El proceso permitió desarrollar y potencializar capacidades que sirvieron para llevar a cabo la experiencia, como lo son capacidades discursivas, de gestión de información, de gestión de participación en espacios públicos, de gestión en la organización de procesos de movilización e incidencia en espacios políticos como mediadores ante organismos estatales y no gubernamentales, para promover alianzas estratégicas de adaptación a contextos novedosos y cambiantes.

4.6 FORMACIÓN ACADÉMICA DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

La formación recibida a partir de las distintas materias que conforman la malla curricular del programa de Trabajo Social, evidencia fortalezas en la intervención profesional, como las siguientes:

- Habilidad para la comprensión de las realidades sociales a intervenir.
- Destreza en la implementación, ejecución y evaluación de proyectos sociales.
- Habilidad para plantear soluciones y potenciar realidades sociales halladas.

Reconociendo la importante función que desarrolla la Escuela de Trabajo Social en la formación de profesionales integrales que generen aportes significativos al desarrollo y bienestar social desde los distintos campos de aplicación profesional, se considera como debilidad la formación académica respecto al área de salud. Esta debilidad se reconoce en el hecho de que en el currículo se incluye únicamente durante un semestre la materia denominada salud comunitaria y aunque los esfuerzos realizados por el o la docente son meritorios, esta limitación del tiempo/semestral dificulta que él o la estudiante en formación tenga un conocimiento general y un abordaje teórico conceptual normativo sobre la salud entendida como aspecto y condición fundamental para los procesos vitales del ser humano en sociedad. Es por ésto que se evalúa como debilidad por parte de la formación curricular de la Escuela de Trabajo Social, el limitado tiempo e integración de la salud con otros componentes curriculares.

Asimismo se considera otra debilidad en la formación académica en la Escuela de Trabajo Social la ausencia de espacios académicos entendidos como materias, cátedras, seminarios, conferencias, ponencias u otros, dirigidos de manera general al estudio y análisis del desarrollo regional, las dinámicas propias del contexto regional y provincial de Santander y a nivel nacional. El análisis de la realidad es bastante fragmentado y no se posibilita estratégicamente la formación de competencias que posibiliten intervenir en realidades sociales de mayor magnitud.

5. CONCLUSIONES

- El problema del VIH/SIDA, debe ser entendido como un fenómeno complejo producto de la conjunción de diferentes factores y variables que ocurren en diversos niveles de determinado contexto, el cual a su vez está contenido en un todo u **holos**. Este término acuñado desde la epistemología holística, hace referencia al mundo y la realidad, la cual para su estudio y conocimiento requiere ser abordada desde una perspectiva integradora, que permita la explicación de los diferentes eventos que en ella ocurren a partir de las múltiples interacciones que los producen, permitiendo así su explicación y comprensión contextual a partir de los procesos, de los protagonistas y de sus contextos.
- Las actuaciones que se realicen frente al complejo fenómeno del VIH/SIDA, no puede consistir, únicamente en una atención paliativa en las PVVS. A partir de la experiencia y los aprendizajes logrados desde el presente campo de práctica, el diseño de estrategias integrales de atención al problema del VIH/SIDA, debe incorporar y tener en cuenta aspectos como el Desarrollo Humano, los Derechos Humanos y la Participación Social.
- Mejorar las condiciones de vida de las PVVS, no solo obedece a la responsabilidad de instituciones que trabajan en relación al VIH/SIDA; es una problemática que adquiere la necesidad de participación incluyente de todos los actores sociales, con el fin de priorizar acciones y lograr el máximo nivel de beneficio social hacia los afectados con VIH/SIDA.
- El respeto a los derechos humanos a las personas afectadas por el VIH SIDA se considera como un elemento esencial para detener la propagación de la enfermedad. La situación de discriminación y estigmatización en la que viven

las personas infectadas como consecuencia del rechazo social, limita la libre realización de las libertades del ser y por ende deteriora su desarrollo humano. En este sentido, la problemática que rodea todo lo relacionado con la enfermedad fomenta el que muchas, personas ignoren la problemática, disminuyendo el compromiso social que ésta requiere.

- La creación, constitución y consolidación de REDCOINVIH (Red Comunitaria Institucional de Apoyo a las PVVS), permite la instauración de alianzas que adelanten acciones definidas en las PVVS y la comunidad en general. Además el proceso de REDCOINVIH confluye en un proceso comunitario que permite hacer tangible la autogestión, la corresponsabilidad y la integralidad de una comunidad que se haga responsable de los procesos que allí se desarrollan.
- La metodología implementada, promovió diálogos de saberes, acciones de cara a una participación activa y responsable del encuentro con el otro y la otra; asimismo, permitió que se iniciaran procesos valiosos al interior del municipio donde la Agencia Humana del Desarrollo, configura importantes avances en la visibilización de la población con VIH en el municipio.

6. RECOMENDACIONES

Producto del proceso práctico vivido, se realizan las siguientes recomendaciones como aporte a futuras experiencias de intervención social comunitaria:

- Es necesario que se contemplen en la intervención profesional propuestas de acciones participativas, basadas en el intercambio interpersonal y el manejo adecuado de elementos teóricos, conceptuales, legales en y durante el proceso formativo, como un intento de articulación entre los supuestos conocimientos académicos del ejercicio profesional y las particularidades de las realidades encontradas abordadas.
- Inherente a la intervención social es la reflexión permanente en todos los aspectos que conciernen al proceso de intervención; sin embargo estas reflexiones deben sistematizarse y organizarse para facilitar el análisis del proceso mismo.
- Las vivencias y experiencias aportadas durante el proceso configuran nuevos aprendizajes, para cada uno de los participantes en torno a la interpretación y desafíos planteados por las realidades sociales.
- Las intervenciones profesionales requieren de flexibilidad y apertura a dinámicas diversas y realidades específicas, ya que éstas fluctúan entre la especificidad de la academia y la construcción de lo social.

- Las poblaciones como protagonistas de todo el proceso, deben ser referentes prioritarios en las intervenciones profesionales de la profesión de Trabajo Social.
- Los profesionales de Trabajo Social deben dedicar mayores esfuerzos y hacer uso de su creatividad para abrir espacios vivenciales en donde las comunidades se reconozcan, definan sus problemas, necesidades y puedan identificar sus limitaciones, como también la posibilidad de transformar las condiciones que determinan su problemática.

7. PROPUESTA METODOLÓGICA DE CONTINUIDAD: MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA POBLACIÓN CON VIH/SIDA EN EL MUNICIPIO DE BARRANCABERMEJA

7.1 PRESENTACIÓN

Aunque la prevalencia de la infección por VIH y SIDA en Colombia no tiene la magnitud de otros países, el SIDA plantea enormes desafíos al Estado y a la sociedad colombiana. Cada nuevo caso de infección, al igual que cada caso de violencia intrafamiliar o de embarazo adolescente, conjuga una serie de factores, muchos de ellos evitables, que deben ser abordados desde una perspectiva que trasciende al sector salud y que involucra a la sociedad en general y los sectores corresponsables en la respuesta que se lidera desde el Ministerio de la Protección Social.

Las Metas en el área específica de SIDA propuestas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, implican para el país en el año 2015, mantener la prevalencia de la infección por VIH por debajo del 1.2%, aumentar el acceso a medicamentos antirretrovirales, reducir la mortalidad por causa del SIDA, disminuir el número de casos de transmisión perinatal e incrementar el uso de medidas de protección como el condón, particularmente entre la población más joven.

En el periodo 1983 a 2007 han sido diagnosticados en el país cerca de 57.500 personas que viven, con el virus del VIH o han desarrollado la enfermedad del SIDA; 24.000 de éstos, han fallecido. Aunque en los últimos años el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Registro de VIH y SIDA ha mejorado, estas cifras implican un importante subregistro, de tal forma que la prevalencia estimada para personas entre 15 y 49 años es de 0,7%, es decir, cerca de 171.500 casos¹³². Si bien este indicador se encuentra aún por debajo de la meta prevista en los ODM,

¹³²MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Plan nacional de respuesta al VIH y el SIDA 2008-2011. P. 11.

lejos de generar tranquilidad, es indicativo del enorme esfuerzo que deben desarrollar todos los sectores comprometidos con el propósito de detener y comenzar a reducir la propagación de la epidemia en nuestro país.

Lo anterior implica analizar las características de la epidemia en Colombia e intensificar los programas preventivos y de atención en los grupos de mayor vulnerabilidad, lo cual incluye focalizar la intervención en los adolescentes y la población adulta joven: casi el 60% de los casos reportados corresponden a personas entre los 15 y 34 años, la mayoría estos de sexo masculino¹³³.

Es preciso también abordar mitos y falsas creencias que incrementan los riesgos de transmisión, generando una falsa percepción de invulnerabilidad entre las personas; cada vez es más relevante la transmisión por relaciones sexuales heterosexuales y la epidemia tiende a una fuerte tendencia hacia la feminización, lo que implica la necesidad de dar un enfoque de género y de derechos humanos a los programas que sobre VIH/SIDA se formulen.

En el trabajo de práctica académica UIS correspondiente al 2º semestre 08, se fortaleció el trabajo de la Mesa Intersectorial con la propuesta de una Red Comunitaria e institucional de Apoyo en el municipio de Barrancabermeja. Hoy, se hace urgente trabajar en un Modelo de Atención Integral para Personas que Viven con VIH/SIDA (PVVS) en el municipio de Barrancabermeja, el cual se articule al Plan Nacional de Respuesta al VIH/SIDA para los años 2008-2011, este, fundamentado a su vez en el Plan Nacional de Desarrollo, y el Plan Nacional de Salud Pública.

Sobre esta base, el presente modelo recopila las principales orientaciones estratégicas y acciones a realizar en las áreas de promoción y prevención, atención integral, apoyo y protección social y seguimiento y evaluación para el municipio de Barrancabermeja.

¹³³ *Ibíd.*, p. 11

Las acciones que en el presente modelo se exponen, se focalizan en población altamente vulnerable, aunque puede ajustarse a otros grupos de población. Así mismo, pretende incrementar la participación e involucramiento de la sociedad civil, de las redes de personas que viven con VIH y de las comunidades de base existentes en el municipio.

El presente Modelo busca que se facilite, a nivel territorial y local, la implementación de programas y proyectos en siete grupos de población que han sido priorizados por el Plan Nacional de Respuesta al VIH 2008-2011, estos son: personas viviendo con el VIH o con SIDA (PVV), hombres que tienen sexo con hombre (HSH), trabajadoras sexuales (TS), personas privadas de la libertad (PPL), personas en situación de calle (HC), jóvenes desplazados o viviendo en contextos de desplazamiento (JD) y personas desmovilizadas de grupos armados irregulares (DESM).

Igualmente, se espera que la implementación de las acciones contempladas en el presente Modelo de Atención Integral del VIH/SIDA contribuya al desarrollo de las estrategias de Información, Educación y Comunicación (IEC) basadas en la evidencia, al fortalecimiento de las buenas prácticas y al involucramiento activo de los grupos beneficiarios en las fases de formulación, diseño, ejecución y evaluación de los diferentes proyectos que darán cuenta del cumplimiento del modelo mismo.

Por último, se busca fortalecer a la sociedad civil y estimular la creación de espacios en lo que pueda participar activamente en la toma de decisiones políticas y técnicas de respuesta municipal, nacional y subnacional al VIH.

En conclusión, el presente Modelo de Atención Integral se desarrolla en cuatro ejes temáticos:

- Eje I: Promoción y Prevención.
- Eje II: Atención Integral.

- Eje III: Apoyo y protección social.
- Eje IV: Seguimiento y Evaluación.

7.2 EJES TRASVERSALES DEL MODELO

Se consideran ejes transversales dentro del presente modelo, los derechos humanos y la equidad de género, dentro del marco del desarrollo humano.

7.2.1 DESARROLLO HUMANO

El Modelo de Atención Integral a las PVVS, retoma los postulados fundamentales del Desarrollo Humano¹³⁴ al concebir al ser como la finalidad del proceso de desarrollo, en tanto que el objetivo del desarrollo se orienta a la expansión de las oportunidades y capacidades de los miembros de una sociedad, de tal manera que éstos puedan decidir o valorar los aspectos que desean para su vida.

Siendo así, el presente Modelo requiere del compromiso y la voluntad política, que vayan encaminadas a esta finalidad. De igual manera, la eliminación de las barreras u obstáculos que imposibilitan las libertades humanas.

Dentro de las capacidades formuladas por el paradigma de Desarrollo Humano, se destacan el gozar de una vida saludable y prolongada y adquirir conocimientos respecto a los derechos y la dignidad humana. Para el caso puntual del municipio el modelo de atención pretende, a través de la reflexión, actuar frente a las privaciones sociales y culturales que propician la expansión del VIH /SIDA.

¹³⁴ SEN, Amartya. Desarrollo y Liberta. Barcelona: Planeta, 2000. P. 21

7.2.2 DERECHOS HUMANOS

El presente modelo de atención integral a las PVVS, retoma algunos postulados de la perspectiva de los Derechos Humanos entendida como una lucha histórica de la humanidad por mejorar las condiciones de vida de la población, en este caso, promoviendo la Dignidad Humana como fundamento indispensable para avanzar en la realización de una vida en igualdad y equidad.

Atendiendo a ello, el presente Modelo fundamenta su accionar en los Derechos Humanos a partir del reconocimiento del otro, de la promoción de sus derechos y la garantía de monitoreo y vigilancia de los mismos.

7.2.3 EQUIDAD DE GÉNERO

La equidad de género no es simplemente un producto deseable del Desarrollo Humano, sino uno de sus objetivos centrales¹³⁵. El presente Modelo de Atención a la Población con VIH/SIDA pretende encaminar esfuerzos por superar la desigualdad y darle visibilidad y apoyo a las estrategias, políticas, programas y acciones que propendan por estimular la práctica de la equidad en todos sus niveles.

Para ésto se hace necesario trabajar en concertaciones y compromisos dentro de los cuales la Agencia de Género¹³⁶ permita involucrar decididamente en la misma, a la población que vive con VIH/SIDA.

¹³⁵ PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO PNUD. Equidad de Género Cuadernillo Político. 2000. P. 7

¹³⁶ Término acuñado desde UNIFEM para establecer las relaciones de Género en el Desarrollo.

7.3 APLICACIÓN DEL MODELO (MUNICIPIO BARRANCABERMEJA)

En el municipio de Barrancabermeja, el 22.21% de la población, correspondiente a 41.597 personas tienen al menos una necesidad básica insatisfecha¹³⁷; la población que se encuentra en situación de miseria corresponde al 5.88%, equivalente a 11.009 personas, las cuales presentan dos o más necesidades insatisfechas¹³⁸. El índice de cobertura media en Servicios Públicos del municipio es de 81.2%¹³⁹.

El acceso a la educación como libertad fundamental y constitutiva que permite generar y potenciar las capacidades de los seres humanos, debe ser garantizado por todas y todos los pobladores de este territorio. El municipio cuenta con un índice de analfabetismo total equivalente al 91.8% de su población, indicador alto en consideración al departamento de Santander.

En cuando a la epidemia del VIH/SIDA en el municipio, la propagación de la enfermedad en el territorio es un indicador básico de desarrollo de sus pobladores; el Estado tiene la obligación de formular y ejecutar estrategias de salud pública orientadas a controlar y disminuir la prevalencia e incidencia de este evento para la salud pública. En el periodo de corrido de 2000 a 2008, el municipio de Barrancabermeja ha venido reportando un crecimiento sostenido, (Ver Cuadro 10), en el número de casos notificados por VIH en el sector.

Cuadro N° 10 Casos de Mortalidad por VIH reportados durante el periodo 2000 a 2008

Año	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
VIH/SIDA	13	16	14	10	35	18	22	38	42

Fuente: Secretaria de Salud del Municipio de Barrancabermeja.

¹³⁷ DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA. Censo del año 2005. Via Internet: www.dane.gov.co (marzo 31 de 2009)

¹³⁸ *Ibíd.*

¹³⁹ OBSERVATORIO REGIONAL DE DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE UIS. Con base en el Censo DANE año 2005. P.3.

7.3.1 RESPUESTA DE LA SOCIEDAD CIVIL

Con el paso de los años son diferentes las respuestas de la sociedad civil, a través de diferentes organizaciones que trabajan por y para las personas viviendo con VIH, las cuales vienen prestando su contribución con acciones y procesos generalmente pertinentes pero dispersos. Contribuyendo de manera contundente en sus acciones y procesos generalmente pertinentes, pero dispersos.

En el tema de la prevención de la infección, la sociedad civil, a través de ONG organizadas y representativas, han desarrollado con recursos de la cooperación internacional, el Estado u propios, a través de la Nación y los entes territoriales departamentales, distritales y municipales diferentes acciones con población vulnerable tales como las Personas que Viven con VIH/SIDA PVVS, madres en estado de gestación, niños, niñas y adolescentes, personas en situación de calle, personas privadas de la libertad, población de hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores y trabajadoras sexuales, población LGBT, y población en condición de desplazamiento.

En el tema de acceso a la atención integral incluidos los medicamentos antirretrovirales, a través de recursos provenientes de organizaciones internacionales como ONUSIDA y la OPS, se han desarrollado investigaciones concluyentes y determinantes en las orientaciones y toma de decisiones gubernamentales y de vigilancia estatal que han llevado al mejoramiento de las condiciones de acceso de las PVV desde el diagnóstico de la infección hasta el suministro de los medicamentos.

Así mismo, en el ámbito de los derechos humanos fundamentales y constitucionales de las personas infectadas y afectadas por el VIH las organizaciones sociales han ejercido los mecanismos de protección de derechos enmarcados en la legislación colombiana para exigir de manera contundente y preferente la restitución de estos derechos cuando sean amenazados o vulnerados tanto por las autoridades y entidades públicas como privadas.

En el nivel de la asistencia social, la sociedad civil desarrolla acciones de protección y asistencia a las PVV y a sus familias, actividades de asistencia social consistentes en albergues tanto para adultos como para niños, restaurantes comunitarios, banco de medicamentos, actividades lúdicas creativas.

En la vigilancia y control del Sistema de Seguridad Social, despliega sus acciones hacia las veedurías ciudadanas, en los consejos comunitarios de la Superintendencia Nacional de Salud y en la representación en los escenarios de participación ciudadana y toma de decisiones, la sociedad civil cuenta con tres espacios en el Consejo Nacional del SIDA, un representante de los hombres viviendo con VIH, uno de las mujeres viviendo con VIH y uno para la representación de las ONG que trabajan en el tema.

La definición de las Políticas Públicas la sociedad civil ha participado en la inclusión de medicamentos, procedimientos e insumos dentro de los planes de beneficio y en la construcción de la Guía de Atención y el Modelo de Gestión Programática para la atención del VIH; “todo esto viene contribuyendo en mayor igualdad en el acceso a los planes de beneficio para toda la población independientemente de su sistema de aseguramiento y en la reducción de barreras de acceso a la atención integral”¹⁴⁰.

7.3.2 HITOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL

De acuerdo con las necesidades de gestión identificadas en las discusiones de los grupos técnicos que conforman la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja al igual que la Red Comunitaria de Apoyo RECONVIH y las entidades de salud existentes en el municipio, se considera que el presente modelo puede ampliar y fortalecer la respuesta del municipio frente a este evento de salud pública.

¹⁴⁰ ENTREVISTA CON. Gustavo Campillo. Presidente Fundación Red de Apoyo Social en Antioquia. Miembro del Consejo Nacional del SIDA, 11 de Enero de 2009

OBJETIVOS:

- Promover en toda la población los conocimientos, las actitudes los comportamientos y prácticas que propendan, a lo largo del ciclo vital, por el desarrollo de una sexualidad autónoma, responsable y placentera.
- Promover los factores protectores y reducir los factores de vulnerabilidad relacionado con las ITS, el VIH y el SIDA, con énfasis en poblaciones específicas caracterizadas como de alta vulnerabilidad.
- Ampliar progresivamente la cobertura y el acceso a la atención integral con calidad de las personas infectadas y afectadas por el VIH y el SIDA.
- Reducir el impacto social y económico de la epidemia de VIH y SIDA mediante la reducción de las condiciones de vulnerabilidad y el mejoramiento de la calidad de vida de la PVV y familias afectadas, especialmente de las más desprotegidas.
- Disponer de información que permita comprender la situación, dinámica de la epidemia, y de la respuesta municipal en todos los ejes del plan nacional, que oriente la toma de decisiones y el ajuste de estrategias para el cumplimiento del mismo.

Son insumos para el desarrollo del Modelo de Atención Integral:

- Exploración de los procesos sociales que determinan el fenómeno del VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja.
- Definición de las principales problemáticas de salud pública, ITS con especial interés en el VIH den municipio agrupadas por áreas temáticas.
- Análisis de la oferta y la demanda en servicios de salud pública del municipio especialmente la Salud Sexual y Reproductiva SSR.

- Lineamientos teóricos de atención integral, desarrollo humano, derechos humanos y equidad de género.

Son principios del Modelo de Atención Integral:

- Universalidad.
- Equidad.
- Participación social.
- Corresponsabilidad.
- Territorialidad.
- Promoción del Desarrollo Humano.
- Integralidad.
- Pertinencia.

Los ordenadores conceptuales del Modelo de Atención Integral son el desarrollo humano y la equidad de género bajo una mirada transversal de los Derechos Humanos.

Así mismo, el presente Modelo de Atención Integral tiene como ordenadores jurídicos normativos:

- La Constitución Política de Colombia de 1991
- La Ley 100 de 1993.
- La Ley 972 de 2005.
- La Resolución 425 de 2008.

- El Plan Nacional de Respuesta al VIH y el SIDA 2008-2011.
- Los Objetivos del Milenio.

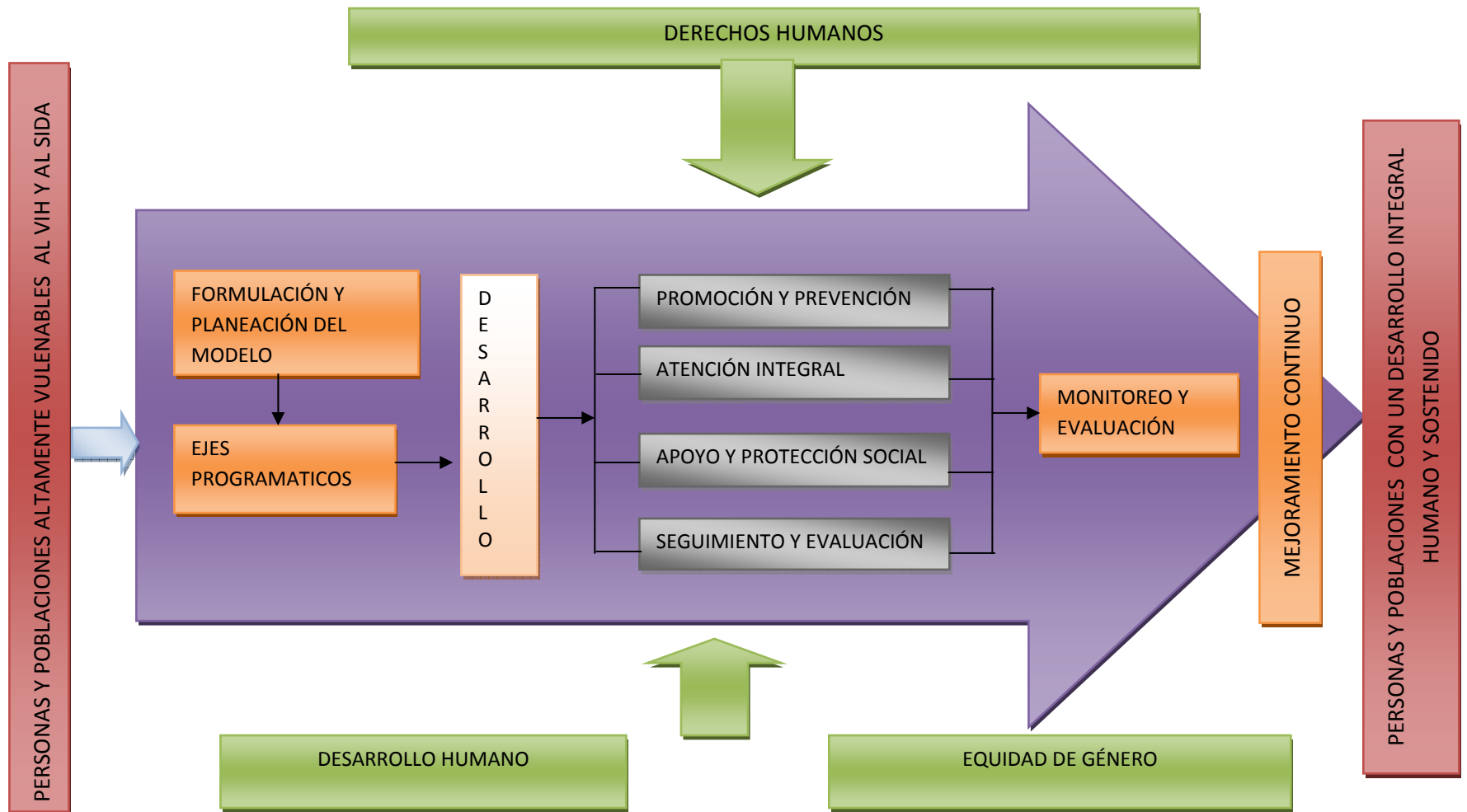
7.3.3 Finalidad del Modelo.

La finalidad del modelo es contribuir a la atención integral y mejoramiento de las condiciones de salud y el bienestar de las personas y poblaciones vulnerables al VIH/SIDA.

7.3.4 Propósito del Modelo.

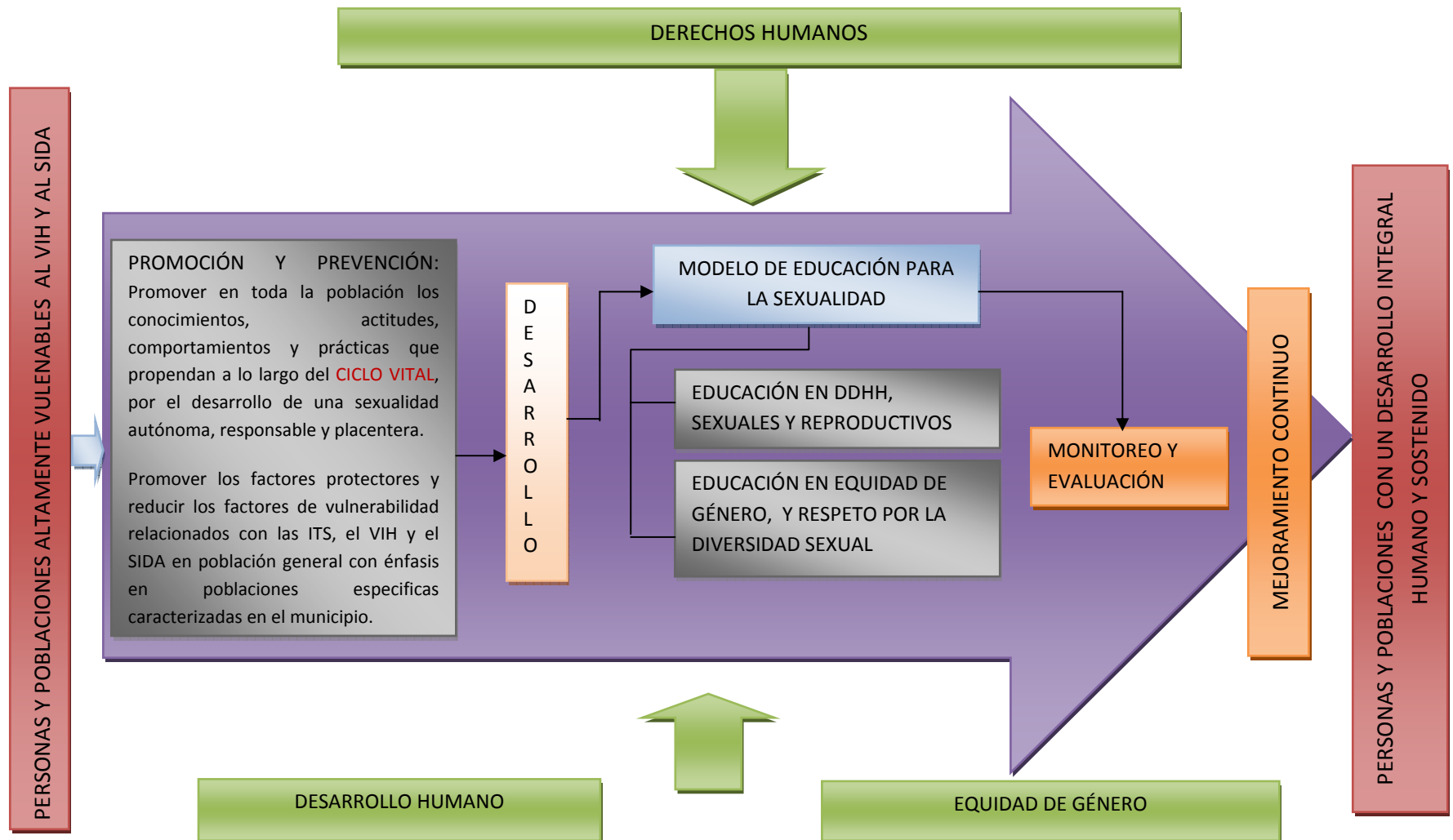
El presente Modelo tiene como propósito mejorar las condiciones de salud pública específicamente la Salud Sexual y Reproductiva con especial interés en el VIH/SIDA del municipio de Barrancabermeja.

7.4 MAPA METODOLÓGICO DEL PROCESO



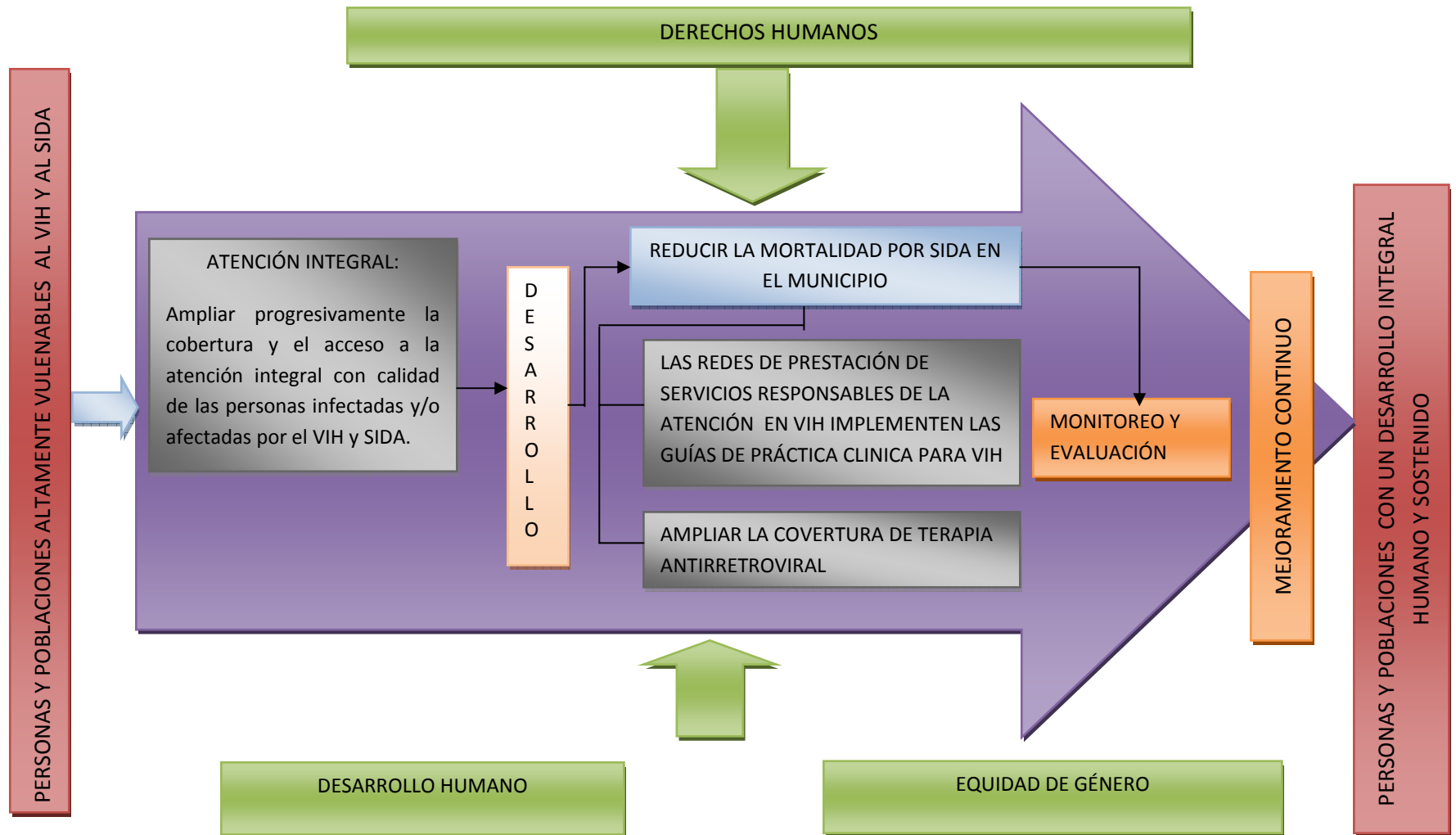
Fuente: Autor del proyecto.

7.4.1 MAPA DEL PROCESO: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN



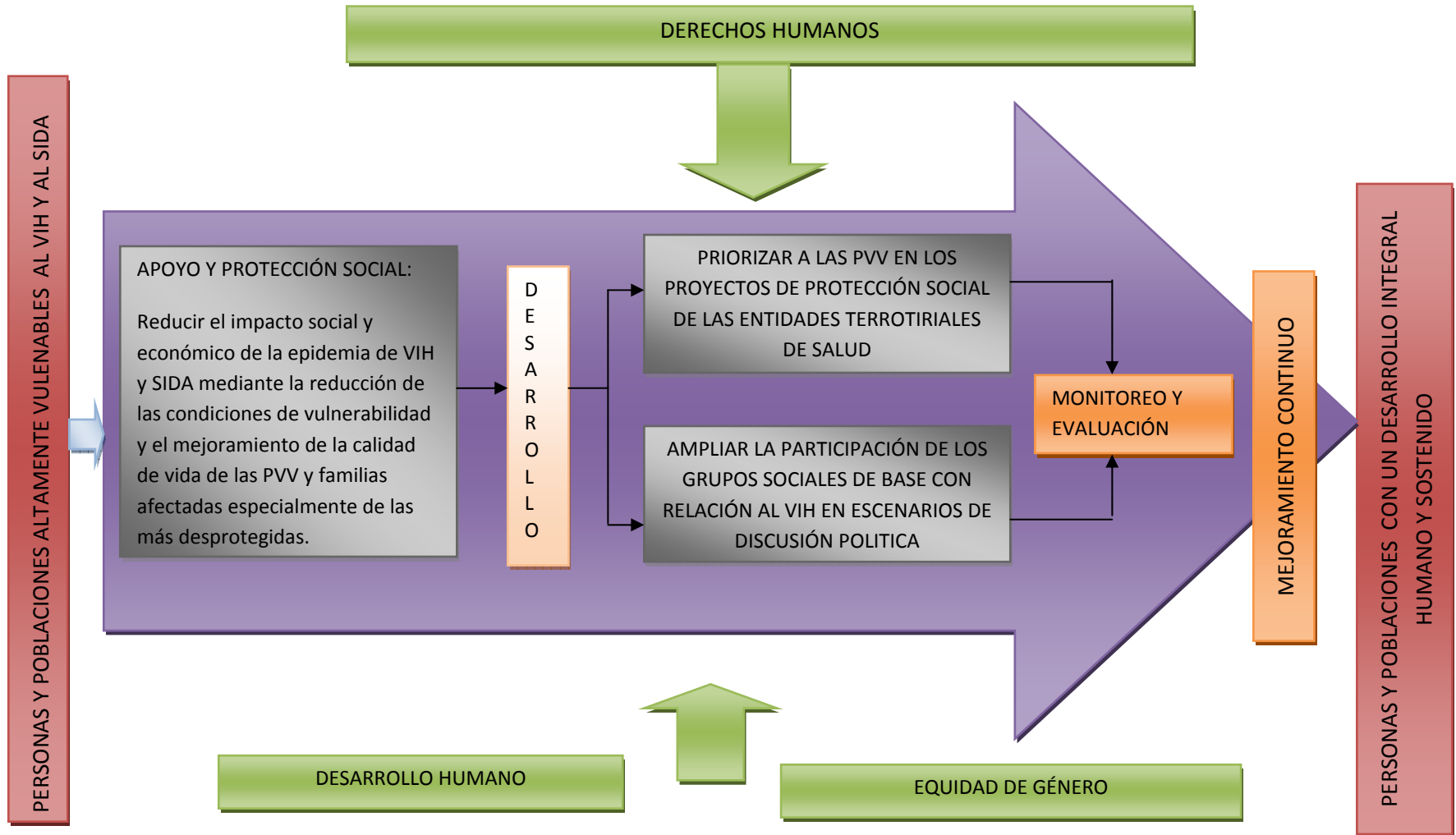
Fuente: Autor del proyecto

7.4.2 MAPA DEL PROCESO: ATENCIÓN INTEGRAL



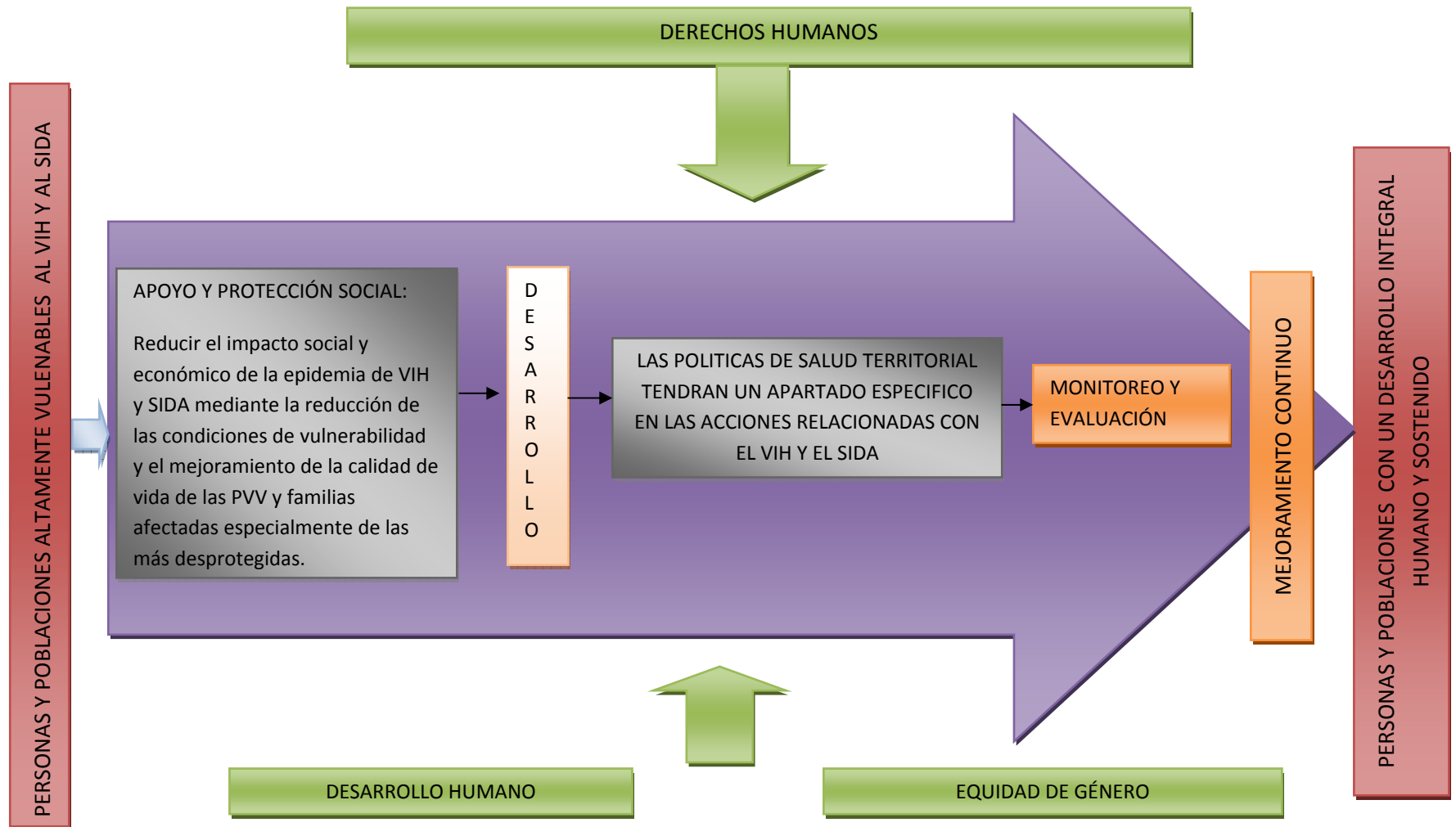
Fuente: Autor del proyecto

7.4.3 Mapa de Proceso Apoyo y Protección Social



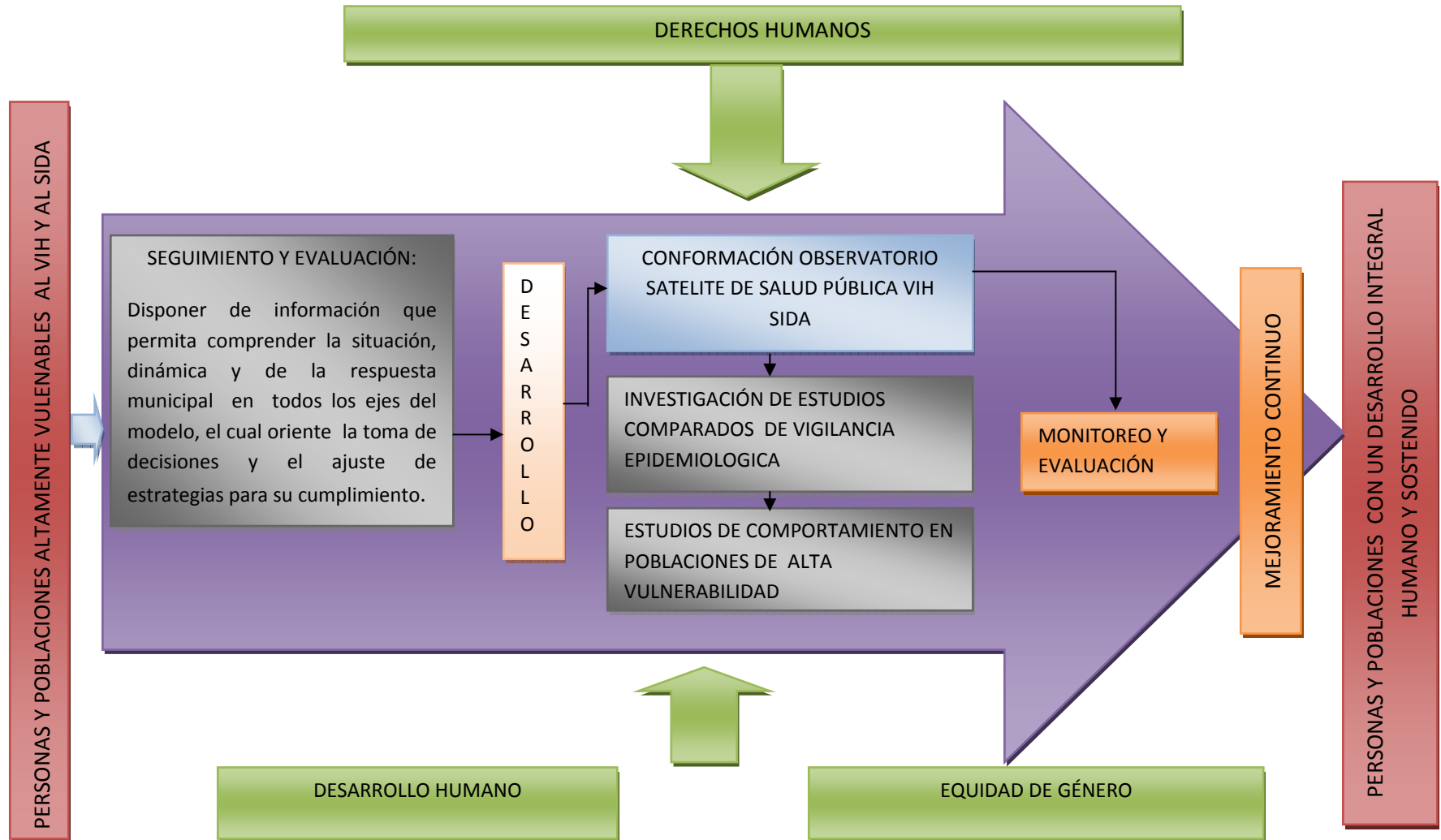
Fuente: Autor del proyecto

MAPA DEL PROCESO: APOYO Y PROTECCIÓN SOCIAL



Fuente: Autor del proyecto

7.4.4 Mapa del Proceso: Seguimiento y Evaluación



Fuente: Autor del proyecto

BIBLIOGRAFIA

AGUDELO, Jorge Humberto. Fundamentos de Salud Pública. 2000. ED: Editores Medellín-Colombia. Pág. 89.

ALCALDIA DE BARRANCABERMEJA. Secretaria Local de Salud. Informe de Interventoría proyecto de salud sexual y reproductiva 29 de octubre de 2009. Barrancabermeja, 2009, p. 11.

AYALA, Yeimy. Morales, Leidy. URIBE, Diana. Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible. Alternativa para visionar el futuro de las políticas públicas en el departamento de Santander. Trabajo de Grado Trabajadoras Sociales. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Trabajo Social, 2008. P. 169

BLANCO RESTREPO Jorge Humberto y MAYA MEJIA, José María. Fundamentos de la Salud Pública. 1997. ED: Ediciones Rojo. Medellín – Colombia. P. 169.

COLOMBIA. Departamento Nacional de Planeación. Hacia una Colombia equitativa e Incluyente, Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2005. Pág. 72

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Decreto 1543, 12 de junio de 1997.

_____, Decreto 806, 30 de abril, 1998.

_____, Resolución Numero 5261, 5 de agosto, 1994

_____, Resolución 412, 25 de febrero, 2000

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 972, 15 de julio, 2005.

COMUNICADO: SINTESIS DEL PROCESO PRESENTADO EN EL SEMINARIO DE PRÁCTICAS. (11 de febrero de 2009)

CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA DE 1991. Legis. Santa fe de Bogotá Colombia. P. 94.

CORDOBA, Guillermo. Atención de la infección por VIH/SIDA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Ministerio de la Protección Social. P. 14. Disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co (febrero 28 de 2009).

CHADI, Mónica. Redes Sociales en e Trabajo Social. Espacio. 2000. Buenos Aires – Argentina. P. 147.

DABAS, Elina. Redes. El lenguaje de los Vínculos. Piados. 1995. Buenos Aires - Argentina. P.95

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO DE ESTADISTICA DANE. Boletín del Censo General 2005. El perfil de Barrancabermeja. 2005. P. 5

DIRECCIÓN GENERAL DE REGIONALIZACIÓN UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, UIS. El departamento de Santander Frente a los Objetivos del Milenio. P.40.

EMBAJADA REAL DE LOS PAISES BAJOS y FUNDACIÓN HUESPED. Derechos Humanos y SIDA Guía para promotores comunitarios. Buenos Aires: Coordinación de proyectos en Salud Publica, 2004. p. 134

ENTREVISTA CON Gustavo Campillo. Presidente Fundación Red de Apoyo Social en Antioquia. Miembro del Consejo Nacional del SIDA, 11 de Enero de 2009

ENTREVISTA CON Patricia Ferrini, Directora del Proyecto Colombia para el Magdalena Medio. Barrancabermeja, 20 de Noviembre de 2008

ENTREVISTA CON Yoli Barón, Gerente de Promoción y Prevención de la Secretaria Local de Salud. Barrancabermeja, 20 de Noviembre de 2008

FERNANDEZ MATEO Manuel. Los derechos humanos y el VIH SIDA una aproximación jurisprudencia. Tegucigalpa, Nicaragua. P. 25

FUNDACION HUESPED. Derechos Humanos y SIDA, Guía para promotores Comunitarios. Buenos Aires-Argentina. 2004. P. 30.

GÓMEZ, Mónica y NAVAS, John Edinson. Barrancabermeja Positiva. Análisis situacional y propuesta de acción para responder a las problemáticas relacionadas con el VIH y el SIDA. Trabajo de Grado Trabajadores Sociales. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Facultad de Ciencias Humanas, Escuela de Trabajo Social, 2008. P. 176.

GOUTET Marie. Educación, Formación y Desarrollo. En: Formación y Desarrollo Social. Santa fe de Bogotá. ED: UNINORTE, 2002. P. 38.

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD. Ley 1122 de 2007.

MILANESE, Efrem. Comunidades Locales el modelo de redes. Seminario para el grupo de formadores de Santa Fe de Bogotá – Colombia. 2000. P. 58.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Dirección General de Salud Pública. Plan Nacional de Respuesta al VIH/SIDA. 2008-2011. P. 25.

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Ley 100 de 1993. Vía Internet: www.minprotecciónsocial.gov.co (febrero 15 de 2009)

_____, Plan Nacional de Salud Pública. 2007-2010. Vía internet: www.minproteccionsocial.gov.co (16 de febrero de 2009)

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO. Informe de Naciones Unidas para Colombia. 2006. P. 37

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD y PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS ONUSIDA. VIH SIDA en las Américas una epidemia multifacética. 2001. España 68.

PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL. “Barrancabermeja donde el amor es clave”. Capítulo tercero: area salud. P. 175.

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO NACIONAL 2006-2010. “Estado Comunitario Desarrollo para Todos”. En Capitulo segundo: área salud. P. 197

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA (ONUSIDA) GRUPO TEMATICO COLOMBIA. Infección por VIH y SIDA en Colombia Estado del Arte 2000-.2005. ED: PRO-OFFSET. P. 44.

_____, Proyecto de capacitación y empoderamiento en VIH, SIDA y Derechos Humanos. Derechos Humanos, infección por VIH y SIDA. ED: pro-offset. Santa fe de Bogotá – Colombia. P. 67

_____, El VIH/SIDA y los Derechos Humanos. Jóvenes en Acción. 2006. P. 33.

_____, Estadísticas y características de la infección por VIH 2007. Disponible en www.onusida.org (2 de Febrero 2009)

PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO PNUD. Resumen Informe sobre el Desarrollo Humano 2006. Profundizar la democracia en un mundo fragmentado. Mundiprensa Libros. New York-USA. Disponible en: www.undph.un.hn (17 de Enero 2009)

_____, Informe de Desarrollo Humano para Colombia 2006. P. 45.

_____, Informe sobre Desarrollo Humano 2005. Grupo mundi-prensa. 2005. P. 71

_____, ¿Qué es el Desarrollo Humano? Vía: www.undp.un.hn (11 de Noviembre de 2008)

RAMOS, Fabián. Informe final práctica I. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. Escuela de Trabajo Social, 2008. P. 147

RUEDA, Rosana. El vinculo familiar a través de las redes. Santiago de Chile: Ares, 2002. P. 129.

SANDOVAL TERAN, Arley. Manual sobre los derechos económicos sociales culturales y ambientales. Comisión de Derechos Humanos del distrito federal de México. Ciudad de México: Equipo pueblo, 2004. p. 39

SARMIENTO, Mauricio y MONTENEGRO, Leonardo. Retomando el rumbo una posibilidad desde la organización. En: ENCUESTRO NACIONAL DE ESTUDIANTES DE TRABAJO SOCIAL. (12: 2004: Cali): Ponencia del XII Encuentro Nacional de Estudiantes de Trabajo Social. Trabajo Social como alternativa de acción política. Cali: Universidad del Valle-Organización Colombiana de Estudiantes de Trabajo Social, 2004. p. 64

SLUZKI, Carlos. La Red Social: "Frontera de la Práctica Sistémica". Buenos Aires: Gedisa, 1996. P. 275

SECRETARIA LOCAL DE SALUD DE BARRANCABERMEJA. Número de casos reportados de VIH/SIDA por año. 2008. P. 6.

SEN, Amartya. Desarrollo y Libertad. Planeta S.A. Barcelona. 2000. P. 267

VELAZCO, Adriana. Diplomado sobre Desarrollo Humano. Modulo 3: las implicaciones del Desarrollo Humano Formación de Capacidades y la Pobreza en la perspectiva de la capacidad. Disponible en: www.pnud.org.do/primerdiplomadoendesarrollohumanoyvihsida (17 de Enero de 2009)

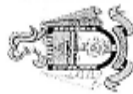
UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTO DOMINGO. Diplomado en Desarrollo Humano y VIH/SIDA. Desarrollo Humano y VIH/SIDA a través del prisma de las Ciencias Sociales. Disponible en: www.pnud.org.do/primerdiplomadoendesarrollohumanoyvihsida (11 de Noviembre de 2008)

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO y PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO HUMANO. El Departamento de Santander frente a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Colombia. Disponible en: <http://odm.pnud.org.co/> (12 de marzo de 2009)

ANEXOS

Anexo A. Listado de la 1º Semana de lucha contra la discriminación y el estigma al VIH/SIDA.

1º SEMANA DE LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA LA DISCRIMINACIÓN Y EL ESTIGMA BARRANCABERMEJA



REDES INTERNACIONAL Y LOCAL

OFICINA GESTORA SOCIAL

NOMBRE	APELLIDO	EDAD	GENERO		CORREO ELECTRONICO
			F	M	
Luis Armando	Rozz	36		X	Armando.rozz@hotmil.com
Stacy Corian	García	22		X	Stacy6959@hotmil.com
Christian Bayron	Ramirez	21		X	Christian25@hotmil.com
Liquel Angel	Ortega	22		X	Liquel@hotmil.com
Florencia Osorio	Osorio Ramirez	34		X	Florencia@hotmil.com
Leonardo	Gustavo Ramirez	14		X	leonardo@hotmil.com
Isabella	Walker	19		X	isabella@hotmil.com
Rolando H	Alvarez	33		X	rolandoalvarez@yahoo.com
Adriano	Alvarez	39		X	adriano@hotmil.com
Adriano Alejandra	Horta Gomez	22	X		adriano2050@hotmail.com
Diana	Osorio Ruido	18	X		OSORIORUIDO@HOTMAIL.COM
Credy Yady	Mendoza Ramirez	29		X	Credy@hotmil.com
Onerson	Suarez Solano	23		X	Onerson.Suarez@bosquidobosques.com
Avis	Hernandez	22		X	avis@hotmil.com
Gina Vanessa	Cardena Mantilla	22	X		Gina Cardena
Angie	CEIR	19	X		Angie
Will Martinez	Martinez	44		X	Will Martinez
Alonso Enrique	Castro Cruz	28	X		Alonso@hotmil.com
Harold	Guthorn	18	X		Harold@hotmil.com
Jimmy Alejandro	Bravo	31	X		Jimmyalejandrobravo@yahoo.com

1º SEMANA DE LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA LA DISCRIMINACIÓN Y EL ESTIGMA BARRANCABERMEJA



MESA INTERSECTORIAL Y

OFICINA GESTORA SOCIAL

NOMBRE	APELLIDO	EDAD	GENERO		CORREO ELECTRONICO
			F	M	
Mariana Ramirez	Ramirez Rintón	24	X		Softee123@hotmail.com
Juan Fernando	Mendoza	44	X		Mabelmendez@hotmail.com
Carlos Rodríguez	Ortiz	25		X	Carlosrodri978@hotmail.com
Ely de Yamethi	Castro	22	X		penelha7@hotmail.com
Daniela Patricia	Alamdate Casas	22		X	Sandra_alamdate@hotmail.com
Jose David Mejias	Martinez M.	30		X	Schulfer566@hotmail.com
Janier Nizet	Susulla	22		X	janier_nizet@hotmail.com
Martha Constanza	Castro	45		X	CastroM@hotmail.com
Luis Eduardo	Buitrago Cardenas	20		X	l.ebc-18@hotmail.com
Robert Jose	Accevedo Rojas	18		X	meteoriti_park26@hotmail.com
Sergio A. Diego Ortiz	Diego Ortiz	27		X	Sab33@hotmail.com
Herman Ederardo	San Martin	22		X	herman54@gmail.com
Daniela Alvarez	Alvarez Pineda	17		X	Paniloire_alvarez@hotmail.com
Andrea Ardila	Alvarado	18	X		andreaalvarado@hotmail.com
Alberico J.	Rincon D	22		X	albertorincon119@gmail.com
Jose Luis Geron	Cabe	18		X	puertogeterov@hotmail.com
Juan A. Alvarado	Alvarado Bonifaz	23		X	juan.alvarado@hotmail.com
Jesús Fabian	Arroyo Ceballos	13		X	FabianCeballos@hotmail.com
Luis Carlos	Gomez Arroyo			X	

1º SEMANA DE LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA LA DISCRIMINACIÓN Y EL ESTIGMA BARRANCABERMEJA



MESA INTERSECTORIAL

OFICINA GESTORA SOCIAL

NOMBRE	APELLIDO	EDAD	GENERO		CORREO ELECTRONICO
			F	M	
Diego Fdo	Gomez	27		X	flakolaf81@hotmail.com
Julio Cesar	Gomez	44		X	gab20264@hotmail.com
Jose	Quintero	19		X	gabgubbe_20@hotmail.com
JULIAN C.	GOMEZ	18		X	CHASTER077@hotmail.com
Johanna	Mendez	32		X	johnmendez@yahoo.com
JADRIANA O L	ORRIGO	24	X		JADRIANA ORRIGO
Maria Luisa	Alvarez	23	X		Marguillors25@hotmail.com
Sergio Luis Vasquez	Barral	22		X	svazquez2022@hotmail.com
Jesús Quintana	Quintero	29		X	jesus7@hotmail.com
Alexandra	Barral	30	X		almaras_H@hotmail.com
Natalia	Mendez	54		X	
Diego Carlos	Para	30		X	diegocarlos.para@cooperd.com.co
Gonzalo D	Reimunde	43	X		
JOSE WISORTI	ORTIZ	43		X	josf.ortiz@empetol.com.co
Araceli	Angariz	23		X	
Paula	Palencia	24		X	
Jairo	Diaz	26		X	
Julian	Fletcher	33		X	williamfletcher247@hotmail.com
Paula	Gomez	25		X	lamirafunk100@hotmail.com
Jhon Jairo	Nino	24		X	cala.mario566@hotmail.com

Anexo B. Listado de líderes comunitarios por comuna.

COMUNA 1

	BARRIO	PRESIDENTE JUNTA ACCIÓN COMUNAL
1	ARENAL	ELÍAS GALVIS MALDONADO
2	BUENOS AIRES	
3	BUENOS AIRES II	LUDYS ESTHER CABADIA
4	CARDALES	CESAR ERNESTO GÓMEZ TAFUR
5	COLOMBIA	JORGE ENRIQUE SOLANO RESTREPO
6	DAVID NÚÑEZ CALA	ALEJANDRO PEÑALOZA BARRAZA
7	EL CRUCE	ALFONSO MORENO G.
8	EL DORADO	CARLOS ENRIQUE MORA QUIROZ
9	EL RECREO	OSCAR MIGUEL RODRÍGUEZ URRUTIA
10	ISLA DEL ZAPATO	FANNY FORERO ROMERO
11	LA CAMPANA	RAMIRO ANTONIO SERPA
12	LA VICTORIA	LEOPOLDO RODRIGUEZ
13	LA VICTORIA II	FARIDES PACHECO
14	LAS MARGARITAS	CARLOS MANUEL ACOSTA ESPEJO
15	LAS PLAYAS	ANA MARIA BALDOF GUTIERREZ
16	PALMIRA	LUIS FERNANDO CORREA GOMEZ
17	SAN FRANCISCO	CAMPO ANIBAL PUERTO
18	SECTOR C. CENTRAL	ALFONSO RODRIGUEZ
19	TRES UNIDOS	PAUL HELI MENDOZA

COMUNA 2

1	AGUAS CLARAS	NESTOR ALVAREZ
2	CIUDAD BOLÍVAR	JOSÉ BENITO SIERRA TOVAR
3	GALÁN GÓMEZ	MARCO TULIO AGUIRRE GARCIA
4	OLAYA HERRERA	JOSÉ MARIA PRADA PICO
5	PARNASO	JAIRO CORTINA NAVARRO
6	PUEBLO NUEVO	SERGIO ARTURO GUZMÁN RUIZ
7	TORCOROMA	JORGE ELIÉCER SERRA ACOSTA
8	URIBE URIBE	BLANCA NUBIA OVALLE DE ROZO
9	VILLA LUZ	

COMUNA 3

1	ALGARROBOS	SHIRLEY AJUNIA JIMENEZ NONTERO
2	ALTO DE LOS ANGELES	RAFAEL ROJAS GUERRA
3	ALTOS DE LA VIRGEN	ULISES JEREZ BLANCO J.V.C
4	ALTOS DEL ROSARIO	GLENIS MARIA MORA
5		ENITH DEL CARMEN ALVAREZ
6	CAMINOS DE SAN SILVESTRE	ULFRAN ZAMBRANO
7	CAMPO HERMOSO	HILDA ESCOBAR
8	CIUDADELA PIPATON	LUZ MARINA POLO
9	COLINAS DEL NORTE	ENITH SALAZAR
10	COLINAS DEL SUR J.V.C	RODRIGO BASTIDAS
11	CORTUJILLO	ARIEL BELENO
12	CRISTO REY	DIÓGENES SANDOVAL
13	EDUARDO ROLÓN	JUAN CARLOS BELLECI MARTINEZ
14	INTERNACIONAL	JHAN RANGEL HERNÁNDEZ
15	JERUSALÉN	LUZ MARINA ARENILLA

17	LA FLORESTA	HEINER AYALA PRADO
18	LA GRAN VIA	JACKELINE PÉREZ DELGADILLO
19	LA LIBERTAD	CRISTÓBAL REYES ALVARADO
20	LA PAZ	EDGARDO MORÓN PAYARES
21	LA PAZ II	LIDIA NARVÁEZ FLORIÁN
22	LOS FICUS J.V.C	MANUEL PRASGA SMITH
23	LUIS ELEAZAR	JAIRO CAIGEDO ZAMBRANO
24	NOVALITOS J.V.C	HELIBERTO ORTEGA
25	NUEVA ESPERANZA	DOMINGO RODRIGUEZ
26	SAN JUDAS TADEO	DALIS MARIA SALAS
27	SANTA ISABEL	HERNÁN LEAL PICO
28	VEINTE DE ENERO	EDITH MARIA LÓPEZ ROJÁS
29	VILLA MARIA IRIDA	WILMAR CASTRO
30	VILLA NUEVA	HERNÁN VILLEGAS CRUZ
31	VILLAS DE SANTA ISABEL	MARIA VICTORIA CORDOBA J.V.C
32	PRIMERO DE ABRIL	WILIAN GONZÁLES QUINTERO

COMUNA 4

1	ALTOS DEL CINCUENTENARIO J.V.C	ELIZABETH RODRIGUEZ
2	ANTONIA SANTOS	JUNIA ISABEL MARTINEZ
3	BELLA VISTA	JULIO RAFAEL VILLAMIZAR
4	BOSQUES DE LA CIRA	JAIRO HURTADO
5	BOSQUES DE LA CIRA II	ROBINSON CASTAÑO
6	BUENAVISTA	MARIA A. QUINTERO VALENCIA
7	BUENAVISTA II	ANTONIO MADERA ARDILA
8	CINCUENTENARIO	MERY MARTINEZ DE GONZÁLEZ
9	CIUDADELA DEL CINCUENTENARIO	RAÚL RUEDA DÍAZ
10	EL BOSQUE	WALTER CARREÑO
11	EL CASTILLO	JORGE ENRIQUE OVIEDO
12	EL PALMAR	ARGERMIRO MARTINEZ ANAYA
13	EL REFUGIO	ROCIO LUBIS DUARTE NO ACTIVA
14	JOSE ANTONIO GALÁN	LUIS CARLOS CALDERÓN LÓPEZ
15	LA LIGA	JOSÉ JESÚS CARREÑO
16	LA MARSELLA	RODRIGO SALDARRIAGA URIBE
17	LA PENINSULA	JAIME WALTER GÓMEZ DOR
18	LAS BRISAS	LUCILA OLARTE DE ARIZA
19	LAS NIEVES	RAÚL OJAJANO PEÑA
20	LIMONAR	WILMAR OSPITIA MAYER
21	LOS ALMENDROS	GLADYS ZAPATA
22	LOS LAGOS	ISMAEL ORTIZ
23	LOS NARANJOS	EDUARDO LÓPEZ
24	LOS NOGALES	WILLIAN MÁRQUEZ

25	LOS PINOS	PASCUAL BUSTAMANTE
26	MIRADORES DE LA CEIBA	YOMAIRA SOLANO NARANJO
27	PRADOS DEL CINCUENTENARIO	FREDDY FELIPE FERRER
28	SANTA BÁRBARA	EDISON RIVERA
29	TAMARINDOS CLUB	LUZ ESTELA ARIAS
30	URBANIZACIÓN 2000	LUIS ENRIQUE SANABRIA
31	VILLA DE LEIVA	JUAN PABLO MARTÍNEZ
32	VILLA DEL CINCUENTENARIO	JAHIR ORLANDO TINOCO VILALR
33	VILLA OLÍMPICA	DANNY GARCÍA FLOREZ
34	VILLA ROSA	JULIO CESAR CÉSPEDES
35	YARIMA	EDGAR SOCHA RUEDA
36	VILLA SANDRA	PEDRO PABLO CASTAÑEDA PINZÓN

COMUNA 5

1	ALCÁZAR	ILDE ALFONSO FONSECA CORTEZ
2	BARRANCABERMEJA	ESTEBAN PELÁEZ
3	CAMPO ALEGRE	CARLOS ALBERTO SAAVEDRA
4	CHAPINERO	RAMÓN VILLALBA
5	EL CHICO	SHIRLEY CARYAJAL
6	EL PORVENIR	RICARTE JAIMES
7	EL TRIUNFO	MANUEL PÉREZ RAMOS
8	J.V.C. CHAPINERO II	MÓNICA TERRAZA
9	J.V.C. TIERRADENTRO	ELVIA SIMANCA
10	LA CANDELARIA	MARCOS AVELLANEDA
11	LA ESPERANZA	ELIZARDO BADILLO
12	LAS AMÉRICAS	RICARDO ÁNGEL CORDERO
13	LAS CAMELIAS	JESÚS DIMAS
14	LAS MALVINAS BAJAS	LUIS FERNANDO RANGEL
15	LAS MERCEDES	LUZ MARINA DUARTE RINCÓN
16	LÓS ROSALES	JALQUER GUTIÉRREZ
17	MALVINAS ALTAS	FREDDY HERRERA LOAIZA
18	MIRAFLORES	ELDA MARIA ALVARADO
19	PRIMERO DE MAYO	HERMIDES CAMPO
20	RAMARAL	RODRIGO HERNÁN CAMPO
21	SAN JOSÉ DE PROVIVIENDA	MARIO GARRIDO SANTANA
22	SAN JOSÉ DE OBRERO	ALIRIO MONTES
23	SAN PEDRO CLAVER	ALCIDES TOVAR
24	SANTA ANA	MERCEDES ROSA SAJONERO QUINTERO
25	SANTANDER	JAVIER VALDERRAMA
26	SIMÓN BOLÍVAR	EDGAR JOSÉ PINILA
27	URBANIZACIÓN LOS LAGOS	YOLANDA BANDERA BALLESTEROS
28	VERSALLES	WILLIAN JIMÉNEZ
29	VILLA ROSITA	ALBA GALVIS

30	TIERRADENTRO	YADIRA MANTILLA ORTEGA
31	ASENTAMIENTO HUMANO NUEVO MILENIO	JOSUE ANGARITA
32	LA TORA	MARIA MARLENE CORTES
33	A. H. LA NUEVA ESPERANZA	DOMINGO RODRIGUEZ

COMUNA 6

1	ANTONIO NARIÑO	MARIA FILOMENA ESTRADA
2	BENJAMIN HERRERA	OSCAR LEÓN GUALDRÓN
3	BOSTON	JANNER SALAZAR
4	BRISAS DEL ORIENTE	OCTAVIO SUÁREZ CARREÑO
5	BRISAS DE SAN MARTIN	JOSUÉ TABORDA MORENO
6	CORINTOS	LUIS HERNANDO SANTOS PUENTES
7	DANUBIO	JAVIER NARANJO
8	EL PROGRESO	ERADIO CAMPO ALVARINO
9	KENNEDY	ALFONSO PINTO B.
10	LAS GRANJAS	NELLY GARCIA DE TORRES
11	LOS ALAMOS	DANIEL TORRES TORRES
12	LOS ALPES	MARIELA GUZMÁN PACHECO
13	LOS COMUNEROS	AURORA INÉS NORIEGA
14	ORO NEGRO	CAMPO ELIAS VARGAS VARGAS
15	PUERTA DEL SOL	TERESA CACERES MORENO
16	RAFAEL RANGEL	FREDY PÉREZ VÁSQUEZ
17	SAN PEDRO	LUZ DARY VALENZUELA DE OSSA
18	URBANIZACIÓN LAS GRANJAS	CARLOS ARTURO CRESPO ROJAS
19	VEINTE DE AGOSTO	HECTOR PINTO CORZO
20	VEINTE DE JULIO	NORCIE ESTELA JIMÉNEZ
21	VILLA FAUDA	ROSMIRA MARTÍNEZ
22	BRISAS DE VERSALLIES J.V.C	HIPÓLITO GÓMEZ MESA

COMUNA 7

1	16 DE MARZO	DINNETH GÓMEZ
2	4 DE AGOSTO	PAULINA CORDERO ARDILA
3	9 DE ABRIL	LUIS MIGUEL SARMIENTO
4	ALTOS DEL CAMPESTRE	LUZ DARY SERRANO G.
5	ALTOS DEL CAÑAVERAL	ALEXANDER AFANADOR
6	CAMPESTRE	LÁZARO VALDERRAMA
7	CIUDADELA LAS PALMAS	HUMBERTO OROZCO VÁSQUEZ
8	CÓLINAS DEL CAMPESTRE	EMIRO ENRIQUE ROMERO MONROY
9	DIVINO NIÑO	EDUARDO NIÑO
10	EL CAMPIN	ÁNGEL MEJÍA MARÍN
11	EL PARAÍSO	GLORIA PATIÑO ANGARITA
12	LAS FLORES	GLADYS MARIA PIÑA
13	LAS TORRES	ALIRIO GARCÍA ORTEZ
14	LOS CORALES	HENRY PARRA ARDILA
15	LOS FUNDADORES	OFELIA MONTOYA DE CÁRDENAS
16	MARIA EUGENIA	EDUARD ALONSO HERNÁNDEZ PINILLA
17	MINAS DEL PARAISO	ROGER HAMILTON TERRAZA
18	NUEVO HORIZONTE	DAVID URIEL VILORIA JIMÉNEZ
19	PABLO ACUÑA	ANA FRANCISCA ARDILA RIVERA
20	PRADOS DEL CAMPESTRE	LUIS JESÚS RUEDA
21	SANTA BÁRBARA	EDISON RIVERA
22	VEREDA LA INDEPENDENCIA	LUIS ENRIQUE ROJAS MORENO
23	VILLARELYS I	HECTOR JOSÉ COSSIO

Anexo C. Invitación para la conformación de la red social de apoyo



Alcaldía Municipal
Barrancabermeja

SALUD-3143-SAC
Barrancabermeja, 21 de Noviembre de 2008



Señores
CLINICA 1º DE MAYO
Barrancabermeja

Ref. Cordial Invitación Mesa Intersectorial de VIH/SIDA.

De manera respetuosa me permito solicitarle su valiosa colaboración y delegar a quien corresponda el acompañamiento en el proceso adelantado por el Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible ORDHS, en cuanto a la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA en el Municipio de Barrancabermeja, como espacio interinstitucional donde se fijan acciones que buscan mejorar la calidad de vida de las personas que conviven con la enfermedad y disminuir la propagación de la epidemia del VIH/SIDA.


La reunión comprende un ejercicio y esfuerzo interinstitucional que permita agendar esta problemática en las principales instituciones del sector.

Por tal motivo la reunión se espera llevar a cabo en el auditorio de Bomberos Voluntarios, el día Lunes 24 de Noviembre de 2008, en el horario de 2:00pm a 5:00pm.


YOLY BARÓN ROBLES
Secretario Local de Salud
Eje de Promoción Social


SERGIO LUIS VASQUEZ BARAJAS
Trabajador Social en Formación UIS


JENNY MARCELA RESTREPO CASTILLO
Trabajadora Social en Formación UIS

Barrancabermeja Donde el AMOR es clave 



Alcaldía Municipal
Barrancabermeja

SALUD-3143-SAC
Barrancabermeja, 21 de Noviembre de 2008

21-NOV-08
3:05 PM
DR Angueta

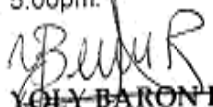
Señores
CLINICA SAN JOSÉ
Barrancabermeja

Ref. Cordial Invitación Mesa Intersectorial de VIH/SIDA.

De manera respetuosa me permito solicitarle su valiosa colaboración y delegar a quien corresponda el acompañamiento en el proceso adelantado por el Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible ORDHS, en cuanto a la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA en el Municipio de Barrancabermeja, como espacio interinstitucional donde se fijan acciones que buscan mejorar la calidad de vida de las personas que conviven con la enfermedad y disminuir la propagación de la epidemia del VIH/SIDA.


La reunión comprende un ejercicio y esfuerzo interinstitucional que permita agendar esta problemática en las principales instituciones del sector.

Por tal motivo la reunión se espera llevar a cabo en el auditorio de Bomberos Voluntarios, el día Lunes 24 de Noviembre de 2008, en el horario de 2:00pm a 5:00pm.


YOLY BARON ROBLES
Secretario Local de Salud
Eje de Promoción Social


SERGIO LUIS VASQUEZ BARAJAS
Trabajador Social en Formación UIS


JENNY MARCELA RESTREPO CASTILLO
Trabajadora Social en Formación UIS

Barrancabermeja Donde el AMOR es clave 



Alcaldía Municipal
Barrancabermeja

SALUD-3143-SAC
Barrancabermeja, 21 de Noviembre de 2008

Señores
INPEC
Barrancabermeja

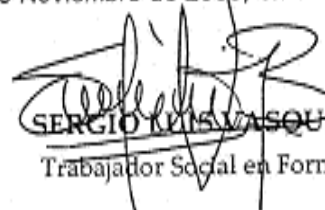
Ref. Cordial Invitación Mesa Intersectorial de VIH/SIDA.

De manera respetuosa me permito solicitarle su valiosa colaboración y delegar a quien corresponda el acompañamiento en el proceso adelantado por el Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible ORDHS, en cuanto a la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA en el Municipio de Barrancabermeja, como espacio interinstitucional donde se fijan acciones que buscan mejorar la calidad de vida de las personas que conviven con la enfermedad y disminuir la propagación de la epidemia del VIH/SIDA.

La reunión comprende un ejercicio y esfuerzo interinstitucional que permita agendar esta problemática en las principales instituciones del sector.

Por tal motivo la reunión se espera llevar a cabo en el auditorio de Bomberos Voluntarios, el día Lunes 24 de Noviembre de 2008, en el horario de 2:00pm a 5:00pm.


YOLY BARÓN ROBLES
Secretario Local de Salud
Eje de Promoción Social



SERGIO LUIS VASQUEZ BARAJAS
Trabajador Social en Formación UIS


JENNY MARCELA RESTREPO CASTILLO
Trabajadora Social en Formación UIS



21 NOV 2008

RECIBIDO
POR *A. G. G.*
HORA 15:05

Barrancabermeja Donde el AMOR es clave 

B/MEJA-SENA
Ricardo E
CENTRO INDUS DES TECI
21NOV08 2:25 27

SALUD-3143-SAC

Barrancabermeja, 21 de Noviembre de 2008

Señores
SENA
Barrancabermeja

Ref. Cordial Invitación Mesa Intersectorial de VIH/SIDA.

De manera respetuosa me permito solicitarle su valiosa colaboración y delegar a quien corresponda el acompañamiento en el proceso adelantado por el Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible ORDHS, en cuanto a la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA en el Municipio de Barrancabermeja, como espacio interinstitucional donde se fijan acciones que buscan mejorar la calidad de vida de las personas que conviven con la enfermedad y disminuir la propagación de la epidemia del VIH/SIDA.

La reunión comprende un ejercicio y esfuerzo interinstitucional que permita agendar esta problemática en las principales instituciones del sector.

Por tal motivo la reunión se espera llevar a cabo en el auditorio de Bomberos Voluntarios, el día Lunes 24 de Noviembre de 2008, en el horario de 2:00pm a 5:00pm.


YOLY BARÓN ROBLES
Secretario Local de Salud
Eje de Promoción Social


SERGIO LUIS VASQUEZ BARAJAS
Trabajador Social en Formación UIS

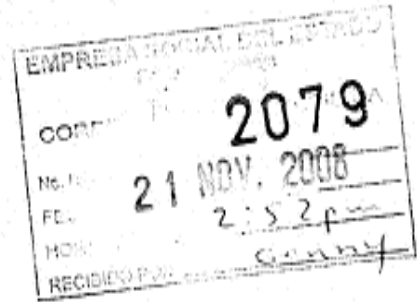

JENNY MARCELA RESTREPO CASTILLO
Trabajadora Social en Formación UIS



Alcaldía Municipal
Barrancabermeja

SALUD-3143-SAC

Barrancabermeja, 21 de Noviembre de 2008



Señores
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE
Sr. Luis Eduardo Quintero
Barrancabermeja

Ref. Cordial Invitación Mesa Intersectorial de VIH/SIDA.

De manera respetuosa me permito solicitarle su valiosa colaboración y delegar a quien corresponda el acompañamiento en el proceso adelantado por el Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible ORDHS, en cuanto a la Mesa Intersectorial de VIH/SIDA en el Municipio de Barrancabermeja, como espacio interinstitucional donde se fijan acciones que buscan mejorar la calidad de vida de las personas que conviven con la enfermedad y disminuir la propagación de la epidemia del VIH/SIDA.


La reunión comprende un ejercicio y esfuerzo interinstitucional que permita agendar esta problemática en las principales instituciones del sector.

Por tal motivo la reunión se espera llevar a cabo en el auditorio de Bomberos Voluntarios, el día Lunes 24 de Noviembre de 2008, en el horario de 2:00pm a 5:00pm.


YOLY BARÓN ROBLES
Secretario Local de Salud
Eje de Promoción Social


SERGIO LUIS VÁSQUEZ BARAJAS
Trabajador Social en Formación UIS


JENNY MARCELA RESTREPO CASTILLO
Trabajadora Social en Formación UIS

Barrancabermeja Donde el AMOR es clave 

Anexo D. Consentimiento informado para realizar la prueba diagnóstica de VIH

DERECHOS HUMANOS, INFECCIÓN POR VIH Y SIDA

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA DIAGNÓSTICA PRESUNTIVA O PRUEBA DIAGNÓSTICA SUPLEMENTARIA DE VIH

En forma libre y voluntaria yo, _____ identificado(a) con la cédula de ciudadanía número _____ manifiesto que:

1. He recibido consejería pre-prueba, con el fin de realizarme el examen diagnóstico de laboratorio para detectar la infección por Vih.
2. Personal entrenado y calificado en consejería me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el Vih.
3. Para la entrega del resultado indistintamente del mismo recibiré otra asesoría denominada pos-prueba.
4. He recibido información en la cual me aclaran:

A) Que la Prueba Diagnóstica Presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (Vih) y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (Vih).

B) Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba están sometida a reserva, ya que el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizará sólo con fines sanitarios, guardando mi identidad.

5. Teniendo en cuenta las características de integralidad, secuencialidad, disponibilidad y oportunidad de la historia clínica, este escrito hace parte de la misma como uno de sus anexos.

Firmado en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

Firma y documento de identidad

Persona que realizó la consejería: _____

Anexo E. Modelo de derecho de petición para pedir copias de la historia clínica

DERECHOS HUMANOS, INFECCIÓN POR VIH Y SIDA

MODELO DERECHO DE PETICIÓN PARA PEDIR COPIAS DE LA HISTORIA CLÍNICA

Ciudad y fecha: _____

Señores
Hospital _____
E. S. D.

REF. DERECHO DE PETICIÓN – COPIAS DE HISTORIA CLÍNICA

Haciendo uso del derecho de petición de que trata el artículo 23 de la Constitución Política les solicito se sirvan entregarme fotocopias de la historia clínica que tengo en esa institución.

Fundamento esta solicitud así:

RESOLUCIÓN 1995 DE 1999, ARTÍCULO 13

"CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA. La custodia de la historia clínica estará a cargo del prestador de servicios de salud que la generó en el curso de la atención, cumpliendo los procedimientos de archivo señalados en la presente resolución, sin perjuicio de los señalados en otras normas legales vigentes. El prestador podrá entregar copia de la historia clínica al usuario o a su representante legal cuando éste lo solicite, para los efectos previstos en las disposiciones legales vigentes"

DECRETO 1543 DE 1997, ARTÍCULO 33:

"Historia Clínica. La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud de la persona; como tal es un documento privado sometido a reserva, por lo tanto únicamente puede ser conocido por terceros, previa autorización de su titular o en los casos previstos por la ley. La historia pertenece a la persona y la institución cumple un deber de custodia y cuidado."

Recibiré contestación en la _____, teléfono _____ de esta ciudad

Nombre, firma y documento de identidad: _____

Anexo F. Modelo de estatutos para constituir una veeduría ciudadana.

MODELOS DE ESTATUTOS PARA CONSTITUIR UNA VEEDURÍA CIUDADANA
ACTA DE CONSTITUCIÓN

VEEDURÍA CIUDADANA _____

En la ciudad de _____ a los ____ (__) días del mes de _____ de dos mil _____ (200__) nos reunimos las siguientes personas:

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (puede ser una persona natural o una persona jurídica como una ONG) identificado con la cédula de ciudadanía número _____ de _____ y, _____ identificado con la cédula de ciudadanía número _____ de _____.

Las personas comparecientes hemos decidido crear una veeduría ciudadana conforme los planteamientos de la Ley 850 del 18 de noviembre de 2003 y por ello realizamos la presente reunión constitutiva.

DESIGNACIÓN DE PRESIDENTE Y SECRETARIO DE LA REUNIÓN CONSTITUTIVA

Por unanimidad se elige como presidente al señor _____ y como secretario a _____, quienes estando presentes aceptan los cargos.

Luego de la lectura de la Ley 850 de 2003 y conforme lo establecido en el artículo 3, para efectos de lo allí dispuesto acordaron:

NOMBRE: la organización se denominará VEEDURÍA CIUDADANA _____

OBJETO: (OJO ajustar conforme necesidades) La VEEDURÍA CIUDADANA _____ tendrá como objeto promover, impulsar, apoyar y ejercer vigilancia sobre la gestión pública, respecto a las autoridades, administrativas, políticas, judiciales, electorales, legislativas y órganos de control, así como de las entidades públicas o privadas, organizaciones no gubernamentales de carácter nacional o internacional que operen en el país, encargadas de la ejecución de programas, proyectos, contratos o de la prestación de un servicio público y en particular sobre entidades y/o personas de derecho público y privado relacionadas con el sistema de seguridad social integral.

DOMICILIO Y DURACIÓN. La sede principal y domicilio de la veeduría será en la ciudad de _____ departamento de _____, dirección _____. Tendrá una duración indefinida y podrá establecer nuevas subseces en esta misma ciudad o en diferentes lugares del territorio nacional.

NIVEL TERRITORIAL. La VEEDURÍA CIUDADANA _____ desarrollará sus actividades en el nivel _____ (nacional, o departamental o en la ciudad de _____)

NOMBRAMIENTO DEL VEEDOR. Por decisión unánime de las personas que constituyen la asociación designan como representante de la entidad y/o veedor a _____ como principal y _____ como suplente, quienes estando presentes aceptaron los cargos.

ACLARACIÓN FINAL LEGALIDAD DE ESTE DOCUMENTO: Como quiera que la Ley 850 de 2003 es estatutaria (ya que la anterior fue declarada inexecutable por la Corte Constitucional por no haberse dado este trámite, y haberse realizado como ley común) y mientras no se haya reglamentado la misma, no se puede aplicar ninguna ley de rango inferior, ni anterior, por lo cual los únicos requisitos son los que estableció el legislador y los mismos se cumplen al pie de la letra en acta de constitución.

C. C.

C. C.

NOTA ACLARATORIA:
Esta acta debe llevarse a la Personería o a la Cámara de Comercio para que allí acrediten la existencia de la Veeduría. Se aclara que una veeduría no es una organización no gubernamental, es decir, no requiere estatutos con junta directiva, asamblea general, presupuesto, como tampoco NIT. La Ley quiso hacer un mecanismo ágil y eficiente, por ello sólo se certifica la existencia de la misma.

Anexo G. Modelo de derecho de petición para pedir contratos de cumplimiento

MODELO DE DERECHO DE PETICIÓN COMO PERSONA NATURAL O DE ALGUNA ORGANIZACIÓN PARA PEDIR CONTRATOS O EL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS DE CALIDAD DE UNA ENTIDAD (IPS, CENTRO DE SALUD, ETC)

Ciudad y fecha: _____.

Señor Director
EPS _____
Ciudad

REF: DERECHO DE PETICIÓN Y SOLICITUD DE CONTRATOS.

Haciendo uso del derecho de petición y de obtener copias, en calidad de persona que lleva a cabo procesos de veeduría ciudadana (SI USTED HA CONSTITUIDO UNA VEEDURÍA CIUDADANA, entonces debe decir: o en calidad de veedor de la VEEDURÍA CIUDADANA _____ conforme registro expedido por la _____ bajo el número _____ -adjuntarlo-), acudo a usted con el fin de obtener copias de todos los contratos que han realizado para la atención de las personas con _____ (ej: trastorno bipolar, esquizofrenia y enfermedades mentales en general).

Esta solicitud la hago teniendo en cuenta que:

1. La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se presta bajo la dirección, coordinación y control del Estado conforme lo dispone el art. 48 de la Constitución Política.
2. La atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado conforme el art. 49 de la Constitución Política.
3. Los dineros que mensualmente ustedes recogen de las personas afiliadas y que compensan con el Fondo de Solidaridad y Garantía Fosyga- hacen parte del sistema de seguridad social en salud y son PÚBLICOS.
4. Los contratos que ustedes realizan para la atención de las patologías mencionadas se hacen con los dineros de la seguridad social y al ser un dinero público, requerimos revisar la contratación que realizan.
5. La contratación está directamente relacionada con procesos de garantía de derechos o desconocimiento de los mismos, dependiendo de la forma cómo se lleven a cabo.
6. Hemos recibido múltiples quejas de las personas con estas enfermedades (y de sus familiares) y se hace necesario revisar la contratación, ya que ella está directamente relacionada con procesos de garantía de la calidad, calidad de atención, calidad de servicios y costos de atención por persona, entre otras razones.

Recibimos contestación en la _____ de esta ciudad.

VEEDURÍA CIUDADANA _____

Anexo H. Modelo de solicitud para pedir investigación disciplinaria en contra de una persona que obstaculiza los servicios de salud.

MODELO DE SOLICITUD PARA PEDIR INVESTIGACIÓN DISCIPLINARIA
EN CONTRA DE UNA PERSONA QUE OBSTACULIZA LOS SERVICIOS DE
SALUD O PRESTA EL SERVICIO EN FORMA DEFICIENTE O INADECUADA

Ciudad y fecha: _____

Señor(a) Director(a)

EPS _____

Ciudad

Haciendo uso del derecho de petición de que trata el art. 23 de la Constitución Política acudo a usted para solicitarle iniciar investigación disciplinaria en el contra de _____ teniendo en cuenta los siguientes hechos:

1. La persona denunciada está a cargo de _____
2. No obstante, lo anterior no ha cumplido con su deber de _____
3. Ello ha ocasionado _____

Esta petición la hago como veedor(a) en salud conforme con los principios constitucionales y legales que reglamentan la materia, la legislación sobre sistema de la garantía de calidad que estableció la responsabilidad de los usuarios de procurar el cuidado integral de la salud y la de su comunidad, el ejercicio de veeduría sobre la conformación y desarrollo de los sistemas de Garantía de Calidad. Además, las características de la calidad de la atención en salud como la accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica. La calidad integra características adicionales como la idoneidad y competencia profesional, la disponibilidad y suficiencia de recursos, la eficacia, eficiencia, la integralidad, la continuidad, **la atención humanizada y la satisfacción del usuario con la atención recibida.**

Recibiré contestación en la _____

_____ (firma y nombre)
c.c. (documento de identidad)

Anexo I. Modelo de petición para solicitar investigación por parte de la superintendencia de salud.

Participación y veeduría ciudadana en salud

MODELO DE PETICIÓN PARA SOLICITAR UNA INVESTIGACIÓN
POR PARTE DE LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD, O SECRETARÍA
DE SALUD

Ciudad y fecha: _____

Señores

Superintendencia de Salud (o Secretaría de Salud de _____)

Ciudad

Haciendo uso del derecho de petición de que trata el art. 23 de la Constitución Política acudo a usted para solicitarle iniciar investigación en contra de la EPS o IPS _____ teniendo en cuenta los siguientes hechos:

1. La EPS (entidad de salud xx) presta los servicios de _____
2. No obstante, no ha cumplido con su deber de _____
3. Ello ha ocasionado _____

La anterior solicitud la hago en desarrollo de los principios de participación ciudadana y veedurías en salud consagrados en la Constitución Política, la Ley 100 y su legislación reglamentaria, la legislación sobre sistema de la garantía de calidad.

Usted es competente para iniciar la investigación.

Recibiré contestación en la _____

_____ (firma y nombre)

c.c. (documento de identidad)

Anexo J. Modelo de solicitud para pedir investigación en el tribunal de ética médica.

MODELO DE SOLICITUD PARA PEDIR UNA INVESTIGACIÓN POR PARTE DEL TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA

Ciudad y fecha: _____

Señor(a) Presidente
Tribunal Seccional de Ética Médica
Ciudad

Haciendo uso del derecho de petición de que trata el art. 23 de la Constitución Política acudo a usted para solicitarle iniciar investigación en contra del(a) médico _____ teniendo en cuenta los siguientes hechos:

1. El (la) médico _____ presta sus servicios para la EPS (o clínica o en forma independiente)
2. Acudí a los servicios de este(a) profesional de la salud, debido a que _____
3. El(a) profesional cometió los siguientes errores:

Recibiré contestación en la _____

c.c. (documento de identidad) _____ (firma y nombre)

Anexo K. Modelo de derecho de petición para averiguar por la política en los niveles departamental o municipal en relación con una enfermedad.

Participación y veeduría ciudadana en salud

**MODELO DE DERECHO DE PETICIÓN PARA AVERIGUAR
POR LA POLÍTICA EN LOS NIVELES, DEPARTAMENTAL O MUNICIPAL
EN RELACION CON UNA ENFERMEDAD**

Ciudad y fecha _____

Señor(a)
Alcalde o Gobernador de ____
Ciudad

Haciendo uso del derecho de petición de que trata el art. 23 de la Constitución Política le solicito se sirva certificarme:

1. Los nombres, teléfonos y direcciones de las personas que integran el comité de participación comunitaria en salud.
2. ¿Qué planes o programas han sido debatidos y/o aprobados en relación con el manejo de la enfermedad de _____?
3. ¿En qué forma los COPACOS pueden abordar la problemática de la enfermedad _____?

La anterior solicitud la hago en desarrollo de los principios de participación ciudadana, veedurías en salud, legislación en salud y su legislación reglamentaria.

Recibiré contestación en la _____

_____ (firma y nombre)
c.c. (documento de identidad)

Anexo L. Guía de evaluación del proceso de intervención.

GUIA DE EVALUACIÓN PARA EL INFORME FINAL DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE BARRANCABERMEJA

Esta guía tiene como propósito fortalecer la evaluación del proceso de Trabajo Social en el Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible; Mesa Intersectorial de VIH/SIDA, así mismo este instrumento se convierte en una herramienta útil, para culminar el proceso practico desarrollado en el municipio.

Nombre del practicante: Sergio Luis Vásquez Barajas

Nombre del Evaluador: Javier Eduardo Martínez Rueda

Programa dlla y paz del Magdalena Medio
Proyecto salud sexual y reproductiva

1. Comente si el proyecto cumplió con las expectativas de la Organización. Si hubo dificultades, favor comentarlas.

La Mesa Intersectorial de VIH/Sida de Barrancabermeja no solo cumplió con los expectativas sino que se convirtió en el espacio de articulación y diseño de iniciativas intersectoriales favorables a la prevención y atención de personas viviendo con VIH/SIDA. Su continuidad es clave y dependerá en buena parte del liderazgo que ejerza la Secretaría de Salud

2. Discuta si establecer los resultados (Redes Sociales) contribuye a la solución de la problemática del VIH/SIDA.

visibilizar las acciones, monitorizar la situación, evaluar los resultados (productos e impacto) y sobretodo articular todas estas iniciativas de las redes sociales e intersectoriales puede llegar a ser la mejor de las estrategias que contribuyan a prevenir y disminuir el impacto social y económico del VIH/SIDA

3. Concrete las recomendaciones que considera necesarias para el proceso Mesa Intersectorial de VIH/SIDA.

1. Puntualizar la coordinación de la mesa en la Secretaría de Salud
2. Continuar con el apoyo y dinamización de practicantes de la UAS en este proceso
3. Desarrollar y/o actualizar el plan de la Mesa con productos, redes y datos

4. Mencione algunas proyecciones del trabajo adelantado durante el proceso de intervención.

- Articulación universal de iniciativas sociales e instituciones en el ámbito de VIH/SIDA
- Proyección de la Mesa como un punto de referencia a nivel regional (Magdalena) y nacional
- Monitoreo constante a la situación VIH/SIDA

GUIA DE EVALUACIÓN PARA EL INFORME FINAL DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE BARRANCABERMEJA

Esta guía tiene como propósito fortalecer la evaluación del proceso de Trabajo Social en el Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible; Mesa Intersectorial de VIH/SIDA, así mismo este instrumento se convierte en una herramienta útil, para culminar el proceso práctico desarrollado en el municipio.

Nombre del practicante: Sergio Luis Vásquez Barajas.

Nombre del Evaluador: Yosid Quintero Meza

1. Comente si el proyecto cumplió con las expectativas de la Organización. Si hubo dificultades, favor comentarlas.

Desde el Ingreso de los Practicantes se enunciaron muy claramente los objetivos y se establecieron compromisos de trabajo que se buscaron cumplir cabalmente a través de un trabajo disciplinado por parte de los Estudiantes.

2. Discuta si establecer los resultados (Redes Sociales) contribuye a la solución de la problemática del VIH/SIDA.

Este tipo de acciones son un esfuerzo fundamental en la búsqueda de Soluciones y estrategias para la intervención de la problemática y permiten evaluar y optimizar acciones frente a las novedades que presenta la pandemia en diferentes aspectos.

3. Concrete las recomendaciones que considera necesarias para el proceso Mesa Intersectorial de VIH/SIDA.

Dar continuidad al proceso por un periodo más prolongado de tiempo para fortalecer el impacto de la intervención realizada. Mantener el cupo para 2 estudiantes por semestre por el nivel de gestiones que se deben realizar para este trabajo.

4. Mencione algunas proyecciones del trabajo adelantado durante el proceso de intervención.

Establecimiento - Fortalecimiento y Facilitamiento de la Mesa en el Orden local, regional y Nacional.

Avances en el Plan Estratégico.

Definición del Nivel Asesor y Consultor de la Mesa.

Yosid Quintero Meza.

GUIA DE EVALUACIÓN PARA EL INFORME FINAL DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE BARRANCABERMEJA

Esta guía tiene como propósito fortalecer la evaluación del proceso de Trabajo Social en el Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible; Mesa Intersectorial de VIH/SIDA, así mismo este instrumento se convierte en una herramienta útil, para culminar el proceso práctico desarrollado en el municipio.

Nombre del practicante: Sergio Luis Vásquez Barajas.

Nombre del Evaluador: Paula Carolina Pedraza Tabares

1. Comente si el proyecto cumplió con las expectativas de la Organización. Si hubo dificultades, favor comentarlas.

Cumplió con sus expectativas, las dificultades están presentadas en la receptividad de la población frente al tema; con los imaginarios son muy negativos y esto hace que las personas sean un poco pasivas frente al tema; eso el trabajo (en el cual las entidades se enuncian) trabajando y por tal motivo es normal esta dinámica.

2. Discuta si establecer los resultados (Redes Sociales) contribuye a la solución de la problemática del VIH/SIDA.

Las redes sociales son fundamentalmente los grupos que movilizan y multiplican y contribuyen en la solución a la problemática ya que sensibilizan a sus contextos respecto del tema. De igual manera la articulación entre las entidades permite que se realicen trabajos mancomunados en pro de la población.

3. Concrete las recomendaciones que considera necesarias para el proceso Mesa Intersectorial de VIH/SIDA.

Es fundamental que sea clara y movilizador la secretaria técnica de esta mesa; esto permite que sus participantes sean dinámicos.

4. Mencione algunas proyecciones del trabajo adelantado durante el proceso de intervención.

Lograr el Reconocimiento de la Mesa en la región
Acciones puntuales frente a la Intervención de la Problemática.
Excelente nivel Convocatoria y Alta Credibilidad

GUIA DE EVALUACIÓN PARA EL INFORME FINAL DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE BARRANCABERMEJA

Esta guía tiene como propósito fortalecer la evaluación del proceso de Trabajo Social en el Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible; Mesa Intersectorial de VIH/SIDA, así mismo este instrumento se convierte en una herramienta útil, para culminar el proceso practico desarrollado en el municipio.

Nombre del practicante: Sergio Luis Vásquez Barajas.

Nombre del Evaluador: C. Audio Nieto (Gente en Acción)

1. Comente si el proyecto cumplió con las expectativas de la Organización. Si hubo dificultades, favor comentarlas.

El Acompañamiento de los Estudiantes dentro del O.R.D.H. Interiores Las organizaciones programadas y acciones VIH del Municipio a través de Acciones Comunitarias y Avances de trabajo.

2. Discuta si establecer los resultados (Redes Sociales) contribuye a la solución de la problemática del VIH/SIDA.

Los Grupos de Apoyo son importante fuente de la problemática VIH/SIDA y es como base social organizativa/poderes, la transformación de los políticos públicos para el municipio y personas, el trabajo o el P.H. Ayuda estas Redes sociales como Incentivo.

3. Concrete las recomendaciones que considera necesarias para el proceso Mesa Intersectorial de VIH/SIDA.

Desde continuidad, establecer organizaciones políticas, según las estrategias planteadas en el plan municipal VIH, el plan en el municipio Modelo de Atención Integral

4. Mencione algunas proyecciones del trabajo adelantado durante el proceso de intervención.

formación VIH, plan Estrategia Municipal VIH Modelo Atención Integral VIH

GUIA DE EVALUACIÓN PARA EL INFORME FINAL DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN EL MUNICIPIO DE BARRANCABERMEJA

Esta guía tiene como propósito fortalecer la evaluación del proceso de Trabajo Social en el Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible; Mesa Intersectorial de VIH/SIDA, así mismo este instrumento se convierte en una herramienta útil, para culminar el proceso practico desarrollado en el municipio.

Nombre del practicante: Sergio Luis Vásquez Barajas.

Nombre del Evaluador: Yoly Barron Robles

1. Comente si el proyecto cumplió con las expectativas de la Organización. Si hubo dificultades, favor comentarlas.

El proyecto que se realizó en la mesa VIH-SIDA, fue muy productiva, pero la dificultad que se presenta es el compromiso de las instituciones, para fortalecer la mesa.

2. Discuta si establecer los resultados (Redes Sociales) contribuye a la solución de la problemática del VIH/SIDA.

Es de gran importancia establecer los resultados para poder medir los resultados (Metas).

3. Concrete las recomendaciones que considera necesarias para el proceso Mesa Intersectorial de VIH/SIDA.

Establecer compromisos con las instituciones que trabajan con el tema de VIH-SIDA para que se pueda organizar un plan de Acciones y poderlo exponer ante el consejo de Política Social.

4. Mencione algunas proyecciones del trabajo adelantado durante el proceso de intervención.

- Reactivar la mesa
- Celebrar el día Mundial del SIDA.

Anexo M. Formato de caracterización de personas en situación de riesgo de adquirir VIH o diagnóstico positivo en VIH

ENCUESTA N°	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>									
I. LOCALIZACION Y VIVIENDA										
Fecha de Registro:										
<i>dd</i>	<i>mm</i>	<i>aa</i>								
Área										
<input type="radio"/> Cabecera										
<input type="radio"/> Centro Poblado										
<input type="radio"/> Rural Disperso										
¿Cuál es el estrato de la vivienda?										
1 <input type="radio"/> Estrato 1	4 <input type="radio"/> Estrato 4									
2 <input type="radio"/> Estrato 2	5 <input type="radio"/> Estrato 5									
3 <input type="radio"/> Estrato 3	6 <input type="radio"/> Estrato 6									
	7 <input type="radio"/> Sin Estrato									
Sexo:										
<input type="radio"/> Hombre										
<input type="radio"/> Mujer										
Fecha de	Nacimiento:									
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
dd	mm	aaaa								

Años cumplidos:			
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			Años
II. CARACTERIZACION			
Por su condición de salud, sus funciones o estructuras corporales presentan alguna anomalía, menciónelas			
En su actividad cotidiana presenta dificultades para:			
Conseguir empleo.			
Entablar amistades.			
Su autocuidado			
Otras dificultades.			
Al interior de su comunidad o familia, encuentra problemas o actitudes que impiden :			
Estudiar			
Trabajar			
Practicar un deporte			
Realizar actividades recreativas			
Relacionarse con sus familiares			
Participar en la vida comunitaria			
Disfrutar del tiempo libre y el ocio			
Practicar su religión y espiritual			
Acceder al espacio público			
Acceder a la información			
Acceder a servicios de salud y tratamiento.			
Otra restricción			
Ninguna			

¿Cuál es su tipo de afiliación?
Contributivo
Subsidiado
Régimen especial
Vinculado
Ninguno
No sabe
IV. EDUCACION
¿Sabe leer y escribir?
Si
No
¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado y el último grado aprobado en ese nivel?
Preescolar
Básica Primaria
Básica Secundaria
Técnico o tecnológico
Universidad sin titulo
Universitario con titulo
Postgrado
Ninguno
¿La educación que ha recibido responde a sus necesidades?
Sí
No
V. PARTICIPACION Y EN ACTIVIDADES FAMILIARES O COMUNITARIAS
Participa en actividades:
Con la familia
Con la comunidad
Religiosas
Económicas
Deportivas
Culturales
Escolares/académicas
Gremiales
Cívicas
Otras
No participa

TRABAJO
Durante los últimos 6 meses ha estado principalmente:
Trabajando
Buscando trabajo
Incapacitado permanente para trabajar-sin pensión
Incapacitado permanente para trabajar-con pensión
Estudiando
Realizando oficios del hogar
Recibiendo renta
Pensionado-jubilado
Sin actividad
¿Su capacidad de trabajo se ha visto deteriorada como consecuencia de su diagnóstico?
Si
No
¿Cuál es su ingreso mensual promedio?
0- 309.000 pesos
310.000- 618.000 pesos
619.000- 927.000 pesos
928.000-1.236.000 pesos
1.237.000-1.545.000 pesos
1.546.000-1.854.000 pesos
1.855.000-2.163.000 pesos
2.164.000-2.472.000 pesos
2.473.000 pesos y mas
NOMBRES Y APELLIDOS DEL ENCUESTADOR:
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

Anexo N. Caracterización – Persona Que Viven Con VIH

DATOS DEMOGRAFICOS

1. INFORMACIÓN PERSONAL		
NOMBRE Y APELLIDO		
FECHA DE NACIMIENTO		
2. UBICACIÓN VIVIENDA:		
URBANA	CENTRAL	PERIFERIA
ZONA RIESGO	RURAL	RURAL DISPERSO
3. TENENCIA:		
PROPIA	ARRENDADA	
SUBSIDIADA-ALCALDIA	OTRA	
ESTRATO		
UNO	DOS	TRES
CUATRO	CINCO	SEIS
HAB.CALLE		

4. CON QUIEN VIVE:		
FAMILIA	AMIGOS	SOLO
PARIENTES	OTROS	
5. CUANTAS PERSONAS A CARGO TIENE.		
1 A 3		
3 A 5		
5 O MÁS		
NINGUNA		
7. RECIBE BENEFICIOS DE ALGUNA ENTIDAD PUBLICA O PRIVADA:		
SI	NO	
8. CUÁLES		
SISBEN	SUBSIDIO	III EDAD
SUBSIDIO ESTUDIO	SUBSIDIO TRASPORTE	OTROS
CUAL		
9. EDUCACIÓN		
GRADO DE ESCOLARIDAD		
ANALFABETA	LEE Y ESCRIBE	
P.I	P.C.	
B.I.	B.C.	
T.C.	UNIV	
OTROS		

TRABAJO Y ECONOMIA		
TRABAJA		
SI	NO	
POR QUE		
EMPLEADO		
SI	NO	
INDEPENDIENTE	OTROS	
	CUAL	
INGRESOS		
MENOS DE UN SMLV	ENTRE UNO Y DOS SMLV	MAS DE TRES SMLV