

BARRANCABERMEJA POSITIVA  
ANÁLISIS SITUACIONAL Y PROPUESTA DE ACCIÓN PARA RESPONDER A  
LAS PROBLEMÁTICAS RELACIONADAS CON EL VIH Y EL SIDA

JOHN EDINSON NAVAS DÍAZ  
MÓNICA DEL PILAR GÓMEZ GÓMEZ

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

2008

“BARRANCABERMEJA POSITIVA  
ANÁLISIS SITUACIONAL Y PROPUESTA DE ACCIÓN PARA RESPONDER A  
LAS PROBLEMÁTICAS RELACIONADAS CON EL VIH Y EL SIDA”

JOHN EDINSON NAVAS DÍAZ  
MÓNICA DEL PILAR GÓMEZ GÓMEZ

Trabajo de Grado para optar al Título de Trabajador Social y Trabajadora  
Social

Director:  
JUAN MANUEL LATORRE CARVAJAL  
Trabajador Social

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL  
BUCARAMANGA  
2008

## DEDICATORIA

*A mi familia, motor esencial de mi vida.  
A mi abuelito Efraín por enseñarme lo valioso de la vida.  
A mi madre, amiga y mujer maravillosa.  
A mi padre, hombre valeroso y apoyo constante.  
A mis hermanas, queridas mujeres ejemplares y grandiosas.  
A mis amigos y amigas.  
A las personas que viven o han muerto a causa del VIH/SIDA  
A las personas que luchan y viven por sus ideales.*

*Mónica del Pilar Gómez Gómez*

*Son muchas las personas a las cuales directa e indirectamente quiero agradecer. A mi padre y a mi madre por creer en mí, a mi hermana y mi hermano por su confianza, a las muchas personas que algún día me hirieron pero que me hicieron mas fuerte.  
A amigos como Carlos, Mónica, Tatían y Jenny Paola los cuales me han aportado aprendizajes inolvidables para la vida, a la vida misma por ofrecerme lo justo y lo injusto y Jhon Alex que ya no está pero que sigue siendo mi motivo de trabajo por las personas con VIH y SIDA.*

*Jhon Edinson Navas Díaz*

## *AGRADECIMIENTOS*

*A nuestras familias por su amor y apoyo constante, por creer en nosotros y permitirnos seguir nuestros sueños y lograr nuestras metas.*

*A todas las personas que participaron e hicieron posible este proceso.*

*A nuestros amigos y amigas de la vida y de la universidad, por los momentos vividos y compartidos.*

*Al Observatorio Regional de Desarrollo Humano y su equipo de trabajo.*

*A la Universidad Industrial de Santander y la Escuela de Trabajo Social.*

*A todas las personas que nos aportaron aprendizajes y conocimientos.*

## CONTENIDO

### INTRODUCCIÓN

<b>1. MARCO REFERENCIAL</b>	<b>18</b>
1.1. MARCO TEÓRICO	18
1.1.1. ENFOQUE DE DESARROLLO HUMANO	18
1.1.2. LOS ANTECEDENTES DEL DESARROLLO HUMANO.	18
1.1.3. DESARROLLO HUMANO COMO TEORÍA INTEGRAL	22
1.1.4. UNA MIRADA AL DESARROLLO HUMANO Y EL VIH SIDA	25
1.1.5. LA ORGANIZACIÓN SOCIAL COMO ALTERNATIVA PARA EL DESARROLLO HUMANO	28
1.1.6. LA CONCERTACIÓN SOCIAL COMO RUTA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS COLECTIVOS	32
<b>2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA</b>	<b>34</b>
2.1. CONTEXTUALIZACIÓN NORMATIVA	34
2.1.1. LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Y LOS COMPROMISOS INTERNACIONALES CON RELACIÓN AL VIH Y AL SIDA	34
2.1.2. LA NORMATIVIDAD EN COLOMBIA COMO RESPUESTA A LAS PROBLEMÁTICAS RELACIONADAS CON EL VIH Y EL SIDA	37
2.1.3. EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL	46
2.2. CONTEXTUALIZACIÓN INSTITUCIONAL	49
2.3. INCIDENCIA DEL CONTEXTO REGIONAL EN LA SITUACIÓN SOCIAL ABORDADA	52
<b>3. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL</b>	<b>54</b>

3.1. CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DE VIH/SIDA EN EL MUNICIPIO DE BARRANCABERMEJA, SANTANDER	56
3.1.1. MATRIZ DOFA SOBRE LA SITUACIÓN DE VIH/SIDA	57
3.1.2. ANÁLISIS DE LA MATRIZ DOFA	60
3.2. PRIMERA ETAPA DEL PROCESO DE PLANEACIÓN	73
3.2.1. OBJETIVOS DE LA PRÁCTICA ACADÉMICA.	73
3.2.2. Plan Operativo I	75
3.2.3. Plan Operativo II	79
3.3. EJECUCIÓN	83
3.3.1. Objetivo 1	83
3.3.2. Objetivo 2	122
3.4. SEGUNDA ETAPA DEL PROCESO DE PLANEACIÓN	129
3.4.1. Plan Operativo III	130
3.4.2. EJECUCIÓN	132
<b>4. PROPUESTA TEÓRICO-METODOLÓGICA Y DE ACCIÓN PARA LA CONTINUIDAD DEL TRABAJO DE LA MESA VIH SIDA</b>	<b>150</b>
4.1. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA	150
4.2. OBJETIVOS	152
4.3. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA	152
4.4. PROPUESTA METODOLÓGICA PARA LA MESA DE TRABAJO VIH SIDA	156
<b>5. CONCLUSIONES</b>	<b>163</b>
<b>6. EVALUACIÓN</b>	<b>167</b>
<b>7. RECOMENDACIONES</b>	<b>173</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>174</b>

## ÍNDICE DE ANEXOS 1

- Anexo 1. Matriz de referencia bibliográfica.
- Anexo 2. Base de datos instituciones y contactos tópico salud.
- Anexo 3. Entrevistas realizadas a fuentes secundarias de información.
- Anexo 4. Entrevistas semiestructuradas realizadas a fuentes primarias de información.
- Anexo 5. Invitación para la conformación de Alianza Estratégica.
- Anexo 6. Listado de asistencia primera reunión.
- Anexo 7. Acta de Constitución de la Mesa de Trabajo Interinstitucional de Respuesta a las Problemáticas Relacionadas con el VIH y el SIDA.
- Anexo 8. Relatoría de la primera reunión para el proceso de conformación de la mesa de trabajo interinstitucional de respuesta al VIH SIDA.
- Anexo 9. Cronograma de Actividades en Salud Sexual, año 2007.
- Anexo 10. Formatos de Evaluación aplicados por los y las asistentes a la reunión para la conformación de la alianza estratégica “Mesa de Trabajo de VIH SIDA”.
- Anexo 11. Relatoría de la segunda reunión para la consolidación e institucionalización de la Mesa de Trabajo.
- Anexo 12. Respuesta de Marta Lucio Rubio. Asesora VIH SIDA del UNFPA.
- Anexo 13. Guía de consolidación de propuestas de la estructura interna de la Mesa de Trabajo.
- Anexo 14. Reseña del proceso de creación de la Mesa de Trabajo.
- Anexo 15. Relatoría de la tercera reunión para la articulación institucional y formulación del plan de trabajo.
- Anexo 16. Acta de concertación para la Institucionalización de la Mesa de Trabajo de VIH SIDA.
- Anexo 17. Programación Conmemoración de la Vigilia por el VIH-SIDA.

## **ÍNDICE DE ANEXOS 2**

Anexo 1 CD. Presentación Mesa de Trabajo.

Anexo 2 CD. Proceso con oficina de la Gestora Social (Primera Relatoría)

Anexo 3 CD. Diapositivas Plataforma Estratégica de la Mesa de Trabajo.

Anexo 4 CD. Consolidado sobre el diagnóstico de VIH-SIDA de la Mesa de Trabajo.

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Página</b>
Gráfico 1. Esquema del proceso de intervención profesional.	30
Gráfico 2. Objetivos y estrategias centrales que orientan el modelo de gestión programática en VIH.	45
Gráfico 3. Casos de VIH. Santander 1986 a junio 30 de 2007.	68
Gráfico 4. Tasa de Mortalidad VIH Santander 2000-2005.	68
Gráfico 5. Flujograma De Notificación Semanal SIVIGILA.	121

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Página</b>
Tabla 1. Plan operativo 1.	75
Tabla 2. Plan Operativo 2.	79
Tabla 3. Número de Personas que viven con VIH en los países de América Latina.	114
Tabla 4. Casos de VIH notificados por año en Barrancabermeja.	118
Tabla 5. Plan operativo 3.	130

## LISTADO DE FOTOGRAFÍAS

Foto1. Primera reunión 14 de febrero

Foto 2. Segunda reunión 11 de abril

Foto 3. Tercera reunión 22 de abril

Foto 4. Cuarta reunión 30 de abril

Foto 5. Participación formulación Plan de Desarrollo Municipal

Foto 6. Vigilia por el VIH SIDA 18 de mayo

## RESUMEN

**TITULO:** BARRANCABERMEJA POSITIVA, ANALISIS SITUACIONAL Y PROPUESTA DE ACCION PARA RESPONDER A LAS PROBLEMTICAS RELACIONADAS CON EL VIH SIDA\*

**AUTORES:** JHON EDINSON NAVAS DIAZ Y MONICA DEL PILAR GOMEZ GOMEZ\*

**PALABRAS CLAVES:** Desarrollo Humano, Derechos Humanos, Organización social, participación, concertación social, VIH SIDA, Objetivos de Desarrollo del Milenio, atención integral, vigilancia epidemiológica, promoción y prevención, política pública, alianzas estratégicas.

**DESCRIPCIÓN:** El presente Trabajo de Grado recoge la compilación y reflexión del proceso de práctica profesional de Trabajo Social, adelantada en el proyecto “Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible” adscrito a la Dirección General de Regionalización de la Universidad Industrial de Santander; y desarrollado en el municipio de Barrancabermeja durante finales del año 2007 y comienzos del 2008; proyecto que nace bajo la óptica extensionista de la Universidad y su compromiso en la articulación Universidad – Sociedad.

El proceso de intervención profesional se basó en el Paradigma del Desarrollo Humano y la Organización Social como estrategia de Desarrollo Humano, el objetivo fundamental fue: Conocer el contexto general de la situación de VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja, Santander, con el propósito de visibilizar la situación existente en el municipio y promover la organización de los actores sociales pertinentes para dar respuesta efectiva a esta problemática. Por medio de procesos sociales de organización, concertación y participación de los actores sociales como el gobierno, entidades de salud, organizaciones civiles no gubernamentales, la academia y personas viviendo con VIH SIDA, se promovió la creación de la Mesa de Trabajo Interinstitucional de VIH SIDA en el municipio para avanzar en la construcción de democracia participativa e incidencia en política pública.

De esta manera los aportes metodológicos, técnicos, investigativos y gestionarios desde la profesión de Trabajo Social se orientaron desde la óptica del ser humano como agente de cambios en la transformación de su realidad, y la práctica de procesos participativos y organizativos como estrategias de Desarrollo Humano para construir una respuesta conjunta entre los actores sociales al VIH SIDA.

---

\* Trabajo de Grado

\*\* Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Director: Juan Manuel Latorre. Trabajador Social.

## ABSTRACT

**TITLE: POSITIVE BARRAMCABERMEJA: SITUATIONAL ANALYSIS AND ACTION PROPOSAL TO ATTEND TO THE HIV/AIDS-RELATED PROBLEMATICS.**

**AUTORS:** JHON EDINSON NAVAS DIAZ Y MONICA DEL PILAR GOMEZ GOMEZ\*

**KEYWORDS:** Human development, human rights, social organization, participation, social concertation, HIV (Human Immunodeficiency Virus) AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), millenium development objectives, integral attetion, epidemiologic surveillance, promotion and prevention, public politics, strategic alliances.

**DESCRIPTION:** The present graduate work encirclces the compilation and reflexion of the professional practice process of Social Work as a pregraduate program, based on project "Regional Observatory of Sustainable Human Development" (Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible, *in spanish*), attributed to the General Direction of Regionalization of the Industrial University of Santander (Universidad Industrial de Santander - UIS - , *in spanish*), developed in the city of Barrancabermeja in the last months of 2007 and firsts of 2008; this project borns under the extension optic of the University and the compromise between the University and Society.

The process of professional intervention was based on the Human Development and Social Organization Paradigm, as a strategy of human development. The main objective was to knew the general context of the HIV/AIDS situation in the city of Barrancabermeja-Santander, with the purpose to visualize the situation and promote the organization of the social actors as an effective response to this problematic. through social processes of organization, concertation and participation of the social actors, like the government, health entities, non-government civil organizations, the academy and the persons with HIV/AIDS, the creation of an interinstitutional HIV/AIDS Work Table was promoted, in order to go ahead in the construction of the participative democracy and incidence in the public politics.

In this way, the metodological, technical, investigative and manage support given from the Social Work profession were oriented from the human being optics, as a change agent in the transformation of its reality, and the practice of participative and organizative processes as strategies of human development for the construction of a concerted response between social actors to the HIV/AIDS.

---

\*\* Human Sciences Faculty. Social Work School. Director: Juan Manuel Latorre. Social Worker.

## INTRODUCCIÓN

Hacer frente a la epidemia del VIH/SIDA implica comprender las múltiples interacciones entre los diferentes procesos biológicos y sociales que la configuran y a su vez avanzar en respuestas que aborden simultáneamente los factores individuales, culturales y sociales de la epidemia. Al Estado Social de Derecho en su función pública de garantizar el acceso a los mejores niveles de bienestar de la población, le compete el abordaje que desde los distintos ámbitos se pueda realizar con el ánimo de responder a uno de los temas de salud pública más vigentes para las naciones del mundo.

El presente trabajo de grado recoge la compilación y reflexión del proceso de práctica profesional de Trabajo Social, adelantada en el proyecto “Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible”(ORDHS), adscrito a la Dirección General de Regionalización de la Universidad Industrial de Santander, y desarrollado en el municipio de Barrancabermeja, Santander, durante finales del año 2007 y comienzos del 2008. El proyecto del ORDHS nace bajo la óptica extensionista de la Universidad y su compromiso en la articulación Universidad – Sociedad, que tiende y posibilita la realización de aportes significativos desde la academia al desarrollo humano de la región.

El Observatorio Regional de Desarrollo Humano, como estrategia teórico – metodológica ha focalizado su accionar en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y para efectos de la presente práctica de Trabajo Social se definió el trabajo en el Objetivo del Milenio número seis “Combatir el VIH/SIDA, la malaria y el dengue”, como problema prioritario para ser incluido dentro de la agenda de salud pública de las naciones del mundo, incluida Colombia. De esta manera este documento titulado: Barrancabermeja Positiva, análisis situacional y propuesta de acción para responder a las problemáticas relacionadas con el VIH y SIDA, es el resultado de una experiencia de práctica profesional para optar al título de Trabajador Social y Trabajadora Social. El

objetivo fundamental de la experiencia fue: Conocer el contexto general de la situación VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja, Santander, con el propósito de visibilizar la situación existente en el municipio y promover la organización de los actores sociales pertinentes para dar respuesta efectiva a dicha problemática. Partiendo de lo anterior se considero como problema prioritario a intervenir la situación de VIH–SIDA en el municipio, para lo cual la intervención profesional se oriento metodológicamente en procesos de investigación, organización, concertación y participación social.

El documento se desarrolla en siete capítulos que describen la experiencia de práctica profesional. En el primer capítulo, se presenta el referente teórico tomando el paradigma de Desarrollo Humano de manera integral en su relación con el VIH y el SIDA, igualmente, relacionado con conceptos como la organización y concertación social. En el segundo capítulo, se encuentra la contextualización de la experiencia tanto legal como institucional y del contexto regional. En el tercer capítulo, se expone la descripción de la experiencia siguiendo el proceso de planeación, investigación, ejecución y reflexión desarrollado durante el proceso metodológico. El cuarto capítulo, contiene la propuesta de intervención como un aporte para dar continuidad y fortalecer el proceso adelantado. En el quinto capítulo, se presentan las conclusiones de manera reflexiva de este proceso de intervención profesional. Por último en los capítulos sexto y séptimo, se encuentran la evaluación del proceso y las recomendaciones realizadas tanto a la Escuela de Trabajo Social como al Observatorio Regional de Desarrollo Humano de la Universidad Industrial de Santander.

# 1. MARCO REFERENCIAL

## 1.1. MARCO TEÓRICO

### 1.1.1. ENFOQUE DE DESARROLLO HUMANO.

Pensar en calidad de vida, política pública social y procesos de democratización participativa ligada a la construcción colectiva del Desarrollo Humano, debe partir de la fundamentación teórica y analítica que permitan abarcar, analizar e intervenir una realidad y contexto específico en el que se desenvuelve y convive el ser humano. De esta manera, se asume el paradigma del Desarrollo Humano como el modelo desde el cual se pretende explicar el trabajo de análisis e intervención realizado sobre el VIH y el SIDA en el municipio de Barrancabermeja. El paradigma de Desarrollo Humano es una manera de ver el mundo, de ver al ser humano en el mundo, de pensarlo, asimilarlo, interpretarlo y de esta manera crearlo, intervenirlo y vivirlo.

Analizar teóricamente la situación de la pandemia<sup>3</sup> del VIH/SIDA, es un proceso complejo, dicha complejidad se explica por las diversas implicaciones que ejerce a nivel individual, familiar y colectivo; igualmente en las distintas esferas de la vida como en las esferas política, social, cultural, económica, ambiental, demográfica y en el impacto en la salud pública; así mismo, por el conjunto de aproximaciones y concepciones de abordaje teórico y metodológico que ha suscitado desde su aparición en los años 80<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> La pandemia es una epidemia que afecta al mismo tiempo a muchos países en el mundo y, al ser producida por un virus nuevo, puede ocasionar un cuadro clínico de mayor severidad. Tomado de: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl) el día 20 de mayo de 2008.

<sup>4</sup> Colombia se ubica en el cuarto lugar entre los países continentales de América Latina, en el número total de casos reportados de infección por el VIH y SIDA. El primer caso de SIDA registrado, fue diagnosticado en la ciudad de Cartagena de Indias en 1983, correspondiendo a una mujer, trabajadora sexual, a partir de ese año se fueron diagnosticando personas viviendo con VIH o SIDA de una manera creciente. Tomado de <http://caibco.ucv.ve/caibco/Caibco/vitae/VitaeTrece/CONSENSO/ArchivosHTML/Prevencion.htm> el día 20 de enero de 2008

El abordaje teórico sobre VIH/SIDA, se inicia comentando sobre los dos modelos de análisis científico que han estudiado dicha enfermedad, destacándose los elementos que han servido para la comprensión de la temática, posteriormente se presenta el referente teórico implementado como sustento para la intervención realizada.

El VIH/SIDA ha sido explicado desde dos modelos de análisis científico: las ciencias de la salud y las ciencias sociales.

En las ciencias de la salud, el VIH y el SIDA ha sido tratado desde tres aspectos principalmente: los aspectos biológicos y clínicos, los aspectos terapéuticos y los aspectos epidemiológicos.

En primer lugar, los aspectos biológicos y clínicos, básicamente, se refieren a la caracterización del VIH y del SIDA, es decir: cuál es su origen, qué es, cómo se transmite, cómo se previene, cuáles son sus síntomas, y cómo actúa, lo anterior permite conocer e identificar las características del VIH y del SIDA. Desde el aspecto terapéutico se basa en cómo es tratado el VIH/SIDA; en otras palabras, la denominada “atención integral” definida en el decreto 1443 de 1997<sup>5</sup>, como: el conjunto de servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o un grupo de ellas en su entorno bio-psico-social, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva. A su vez, el aspecto epidemiológico se refiere a la evolución histórica de la pandemia, es decir: cuál es su magnitud, cómo se distribuye; este aspecto se ocupa de la ocurrencia, distribución y determinantes de la salud<sup>6</sup> y grupos poblacionales.

---

<sup>5</sup> COLOMBIA.. Ministerio de Salud Pública. Decreto 1543 de 1997, Cáp.1

<sup>6</sup> Henrick Blum planteo desde 1971 que la salud es la resultante de un gran número de fuerzas o variables el cual él agrupa en cuatro categorías de factores: ambiente, comportamiento humano, herencia, y servicios de salud. Tomado de FUNDAMENTOS DE SALUD PUBLICA. RESTREPO, Jorge Humberto, AGUDELO, Luz Maria, et al. Librería PEDRO CASTRO GARCÍA. Medellín, 2000, pagina 2.

Por otra parte, en las ciencias sociales se aborda el VIH y el SIDA respecto a tres niveles: el nivel individual, el nivel social y el nivel estructural. El nivel individual se refiere a las concepciones, actitudes y comportamientos que tenga la persona frente al VIH y el SIDA. El nivel social trata sobre las normas y los valores sociales que se establecen en el conjunto de la sociedad como pautas en la interacción social. En el nivel estructural se abordan los sistemas y estructuras sociales, el primero entendido como los subsistemas que integran el sistema social (economía, política, cultura, leyes) y el segundo como la forma que adopta el sistema global de las relaciones entre individuos.<sup>7</sup>

Estos abordajes científicos sobre el VIH y el SIDA han servido para dar explicación a las causas y magnitudes e implicaciones de la problemática, pero no trascienden lo suficiente en relación a las múltiples dimensiones del ser humano entendidas de manera integral, y en la implicación que el VIH y el SIDA tiene en el desarrollo del ser humano y en las condiciones para una vida digna. De esta manera, en la búsqueda de un sustento teórico que cumpla estas condiciones, se toma el paradigma del Desarrollo Humano que centra su interés en el ser humano en sus múltiples dimensiones y permite tener una mejor comprensión de la situación a intervenir.

De esta manera, para efectos del presente Trabajo de Grado, se desarrolla el marco teórico basado en el Paradigma del Desarrollo Humano para abordar la problemática del VIH y del SIDA. Este marco orienta los procesos llevados a cabo y se refleja en el proceso de la intervención profesional. El Desarrollo Humano permite abordar la problemática del VIH y del SIDA de manera integral y holística ya que centra su interés en el ser humano como fin último del desarrollo y a toda la sociedad en el conjunto de la interacción social que favorezca el “disfrute de una vida prolongada, saludable y creativa en la

---

<sup>7</sup> Universidad Católica de Santo Domingo. Diplomado en Desarrollo Humano y VIH/SIDA. Desarrollo Humano y VIH/SIDA a través del prisma de las Ciencias Sociales. Tomado de [www.pnud.org.do/primerdiplomadoendesarrollohumanoyvihsida](http://www.pnud.org.do/primerdiplomadoendesarrollohumanoyvihsida) / el día 25 de febrero de 2008

ampliación de las opciones de la gente, lo que la gente hace y puede hacer con su vida”.<sup>8</sup>

### 1.1.2. LOS ANTECEDENTES DEL DESARROLLO HUMANO.

El desarrollo como tal, ha sido explicado desde diversas concepciones. En las ciencias económicas, se han creado teorías y modelos de desarrollo propios de un contexto geográfico y temporal determinado. Las teorías que históricamente tomaron un papel determinante en la manera de concebir y planear el desarrollo se centraron básicamente en el crecimiento, mantenimiento y proyección de la economía, así mismo en la modernización, los sistemas de producción y consumo, la acumulación de capital, la dependencia entre países, y los sistemas mundiales; con base en lo anterior la intervención del Estado paso por periodos en los que cumplió la función de protector, controlador, regulador y de apertura de mercados. Igualmente el desarrollo ha sido abordado desde otras teorías como la perspectiva del actor que contempla la acción humana en el desarrollo, el post imperialismo que orienta la organización política del capitalismo internacional, los estudios de género que posicionan el papel de la mujer en el desarrollo, el desarrollo sostenible que incorpora la protección del medio ambiente y ecología garantizando la producción actual y los recursos de generaciones futuras.

Entre otros enfoques convencionales para examinar el desarrollo figuran la formación de capital humano, el desarrollo de recurso humano, y las necesidades básicas. Estos enfoques pueden generar confusión con el paradigma de Desarrollo Humano, pues el paradigma integra y supera muchos de los aspectos que los anteriores tratan como: el acceso a bienes y servicios - en la libertad de capacidades y oportunidades, la formación de capital humano en - el ser humano como un fin y no como medio, el ser humano como beneficiario en – la participación activa en los procesos.

---

<sup>8</sup> PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. ¿Qué es el Desarrollo Humano? Tomado de [www.undp.un.hn](http://www.undp.un.hn) el día 25 de febrero de 2008

### 1.1.3. DESARROLLO HUMANO COMO TEORÍA INTEGRAL

*“Es un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de los individuos, las más importantes de las cuales son una vida prolongada y saludable, acceso a la educación y el disfrute de una vida decente. Otras oportunidades incluyen: la libertad política, la garantía de los derechos humanos y el respeto a sí mismo”. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo)*

En el año de 1990 el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) propuso a nivel mundial que el objetivo a alcanzar por los países debía ser el Desarrollo Humano. Dicho objetivo centra el interés en el ser humano, es decir en su multidimensionalidad, en su papel como sujeto activo y en los diversos contextos en los cuales se desempeña el ser humano. Se concibe como un paradigma en construcción, crítico y holístico en la comprensión del universo y la reivindicación de la libertad como condición necesaria para la prosperidad de las sociedades humanas.

Amartya Sen, principal exponente del Desarrollo Humano, concibe el desarrollo como libertad. La libertad se entiende como la ruptura de las ataduras que impiden al ser humano ejercer su voluntad a través de un juicio racional. La finalidad del Desarrollo humano es la expansión de las libertades reales que disfrutaran los individuos para elegir las cosas y las razones que tienen para valorar conforme a sus necesidades e intereses; el eje central son las personas y el desarrollo de capacidades y libertades de los miembros de una sociedad, basado en los principios de eficiencia, equidad y libertad. El proceso de desarrollo consiste en la eliminación de las principales fuentes de privación de la libertad, como la pobreza, la tiranía, la escasez de oportunidades económicas y las privaciones sociales sistémicas, entre otras.

De esta manera, el desarrollo deja de ser solo la adquisición de riqueza e ingresos y crecimiento económico; estos aspectos son concebidos como medios para lograr la finalidad del desarrollo que es el ser humano.

Es un desarrollo: “de la gente, por la gente y para la gente; desarrollo de la gente entendido como la formación de capacidades humanas (mejor

estado de salud, conocimientos y destrezas), desarrollo para la gente en el aprovechamiento de las capacidades adquiridas por las personas (productivos, creación, en actividades culturales, sociales y políticas), el desarrollo por la gente para ampliar sus oportunidades y participar en el proceso de decisiones.”<sup>9</sup>

Para este enfoque, el ingreso no es la única medida de la calidad de vida. Los seres humanos generalmente valoran los logros que no siempre se materializan en riqueza económica, pues existen aspectos que son estimados además de su valor por la oportunidad que generan, como lo son la salud, que es un aspecto importante en la vida de los seres humanos, que condiciona y se interrelaciona con otros aspectos fundamentales de la vida. La Organización Mundial de la Salud conceptualiza a la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”<sup>10</sup>. La salud está estrechamente relacionada con el desarrollo humano en la medida en que se propicie la garantía de mejores condiciones de vida a través de la eliminación de las privaciones e inequidades y la ampliación de las capacidades humanas, por ejemplo, llevar una vida prolongada y saludable permite tener la libertad de decidir y optar por oportunidades como el empleo, la educación, el trabajo, la recreación, la participación entre otras, que integran la multidimensionalidad del ser humano y favorecen el disfrute de la vida en las condiciones que el ser humano desea vivir, así lo expresa la siguiente cita del Director de la Organización Panamericana de la Salud en su informe de la Salud en el Desarrollo Humano del año 2000:

*“El grado de salud de la población es de por sí un indicador excelente del desarrollo humano. Cuando se reconoce esa relación, se percibe claramente la necesidad de que el sector salud haga un esfuerzo más eficaz de integración estableciendo alianzas con otros actores públicos y privados, incluidas las organizaciones de la sociedad civil, y encabezando la defensa de las políticas públicas y los programas conducentes a la salud y el desarrollo humano”.*

Continuando con lo anterior, el Desarrollo Humano comparte una visión común con los Derechos Humanos. La meta en conjunto es la libertad humana. De

---

<sup>9</sup> Ibíd.

<sup>10</sup> RESTREPO, Jorge Humberto, et all. Fundamentos de Salud Pública. Medellín: Corporación para las Investigaciones Biológicas, 2000. Pág. 1

esta manera las personas deben ser libres de realizar sus opciones y participar en las decisiones que afectan sus vidas. El Desarrollo Humano y los Derechos Humanos se refuerzan mutuamente, ayudando a afianzar el bienestar y la dignidad de todas las personas, construyendo el respeto por sí mismos y el respeto por los demás. En la Declaración Universal de los Derechos Humanos art.25, en el Protocolo de San Salvador art.10 y en la Constitución Política de Colombia art. 49 establecen el derecho a la salud, derecho que entraña libertades y derechos.

De modo que el desarrollo de las capacidades, entendiéndolo como el acceso y la formación de capacidades y el uso que las personas hacen de éstas, permite mayores libertades de las personas para elegir las realizaciones u oportunidades que desea para su vida. En este sentido, la pertinencia de las políticas debe estar en concordancia con la calidad de vida de las personas, expresada en las capacidades que éstas tengan para gozar de una vida sana, segura, creativa, con educación, participación, respeto hacia los derechos humanos y con la libertad de elegir las realizaciones para su vida, libre de privaciones como la inanición, la desnutrición, la morbilidad evitable y prematura relacionada con la salud y calidad de vida de las personas. Estas políticas públicas, en relación con la salud, deben además incluir la asignación de presupuesto acorde al contexto y dimensiones humanas para intervenir en la salud y en las enfermedades de los seres humanos.

Una de las mayores privaciones a las capacidades y libertades del ser humano, es la “pobreza”<sup>11</sup>; ésta no solo en lo material sino en la limitación que genera en las oportunidades de acceder y gozar de funciones importantes. Del mismo modo, la perpetuación y agudización de la pobreza, que repercute en la calidad de vida de las personas, limita la libertad para elegir y gozar las condiciones de vida deseada y acorde con la dignidad humana.

---

<sup>11</sup> VELAZCO, Adriana. Diplomado sobre Desarrollo Humano. Módulo 3: Las implicaciones del Desarrollo Humano Formación de capacidades y la Pobreza en la perspectiva de la capacidad. Tomado de [www.pnud.org.do/primerdiplomadoendesarrollohumanoyvihsida](http://www.pnud.org.do/primerdiplomadoendesarrollohumanoyvihsida)

La pobreza, entendida como privación de capacidades, es una expresión de las profundas desigualdades e inequidades sociales en el sector salud en Colombia. El Sistema de Salud funciona en la relación entre la oferta y la demanda con un modelo de aseguramiento de acuerdo a la capacidad de pago del usuario, en la que se contempla dos formas de aseguramiento: uno, el régimen contributivo (capacidad de pago), y otro, el régimen subsidiado (pobre-vulnerable) y vinculado (no afiliado). Existe un sistema de aseguramiento focalizado a la población de escasos recursos pero es ineficiente y tiene profundas debilidades, así mismo, al entrar la salud a ser parte de la interacción del mercado (es decir, al ser tratado dentro del enfoque empresarial) se desvirtúa el papel central del ser humano como fin último del desarrollo y del derecho como tal a la salud. Sumado a esto, las condiciones de pobreza tanto económica como en otros aspectos como el educativo y lo político, alejan a la persona de su carácter primordial como sujeto de derechos y lo posiciona como objeto de valor y objeto del intercambio mercantil.

#### 1.1.4. UNA MIRADA AL DESARROLLO HUMANO Y EL VIH/SIDA

El VIH y el SIDA es un problema de salud que repercute en el Desarrollo Humano y puede afectar a todo ser humano y a toda sociedad. A su vez está interrelacionado con aspectos como la educación, la pobreza, las desigualdades, las migraciones, las relaciones de poder, las inequidades de género, la institucionalidad, la gobernabilidad, la seguridad, la violencia estructural, el estigma, la discriminación y los derechos humanos.

El VIH/SIDA, como fuente y fruto de privaciones que limitan el Desarrollo Humano y la calidad de vida, se expresa en aspectos como los siguientes: puede provocar la muerte prematura, supone una menor calidad de vida, limita las capacidades y las oportunidades reales del sujeto (y de su sociedad), para su “eliminación-control” es clave, a su vez, la desaparición (control) de otras formas de privación que favorecen tanto la transmisión del VIH como el desarrollo del SIDA. Teniendo en cuenta dicha limitaciones las intervenciones

desde el paradigma del Desarrollo Humano se deben orientar sobre: las privaciones que favorecen el contraer el virus del VIH, como es el riesgo y la vulnerabilidad (factores que amplifican sus efectos adversos), y sobre las privaciones que favorecen el desarrollo del SIDA, como la vulnerabilidad y el impacto para minimizar el impacto del VIH/SIDA.

Los desafíos del Desarrollo Humano frente al problema del VIH/SIDA, se resumen en la necesidad de un replanteamiento ético al problema del VIH y SIDA, así como, proporcionar un enfoque teórico y analítico centrado en las privaciones (factores determinantes) que favorecen su expansión y en los niveles de impacto del VIH y SIDA, sobre las capacidades y oportunidades de las personas y de las sociedades, y a nivel metodológico aportar estrategias, instrumentos de medición y de evaluación-orientación de políticas.

Existe un vínculo bidireccional entre el Desarrollo Humano y el VIH/SIDA, que consiste, por una parte en el sentido como las privaciones relacionadas con el Desarrollo Humano contribuyen a la expansión del VIH y SIDA; entendiéndose el VIH y SIDA como consecuencia del subdesarrollo. En otro aspecto, el VIH y el SIDA es un freno para el desarrollo, pues atenta contra las capacidades y las oportunidades, contra la capacidad de agencia, contra la libertad a nivel individual, familiar, comunitario y nacional.

En el abordaje desde el Desarrollo Humano al VIH/SIDA es clave el desmonte de la ética utilitarista centrada en la persona y su propio interés. Dicha deconstrucción lleva a reflexionar sobre los fundamentos desde los que se ha construido el paradigma de las ciencias de la salud y de las ciencias sociales desde los cuales se analiza el VIH y SIDA. El paradigma del Desarrollo Humano lleva a plantearse no solo el por qué, sino también, el para qué; igualmente, muestra la necesidad de que todo análisis de la realidad deba ir ligado a los Derechos Humanos.

Por el contrario, el retroceso en el Desarrollo Humano respecto al VIH/SIDA se puede plasmar en que a mayor aislamiento y discriminación de quienes viven con el virus, hay mayor vulnerabilidad al VIH y SIDA, así mismo mayor alejamiento de la vida social, pues se niega o esconde la condición de salud y se marginan el acceso a los servicios socio sanitarios, violando los Derechos Humanos como el derecho a la vida, a la integridad física y a la seguridad, a la igualdad legal y protección contra discriminación, a las necesidades básicas, a la salud, educación, empleo, integración social. Este abordaje se direcciona no sólo como un problema de salud, si no en la calidad de vida, en la afectación de las funciones, capacidades, oportunidades y libertades del ser humano, ocasionada por dicha condición de salud (VIH) o enfermedad (SIDA).

Es por ello, que en la respuesta al VIH/SIDA, como en el abordaje de todo problema de desarrollo, el Paradigma del Desarrollo Humano enfatiza como principios fundamentales la calidad y el compromiso con los valores de desarrollo humano de quienes dirigen la sociedad y los países, así como la participación consciente, libre y activa de todos los actores sociales. Es importante redefinir el efecto de las políticas sobre las personas. Se trata de evaluar si las Políticas se centran en la formación y uso de capacidades humanas: una vida larga y saludable, tener conocimientos, un empleo digno, tener ingresos, participar en la vida pública y social, y a su vez incluir acciones afirmativas para igualar dichas capacidades en los grupos más vulnerables.

Una respuesta integral desde el paradigma del Desarrollo Humano, los Derechos Humanos y la relación de estos dos paradigmas con el VIH/SIDA debe tener en cuenta la importancia fundamental de la participación activa de todos los actores sociales comprometidos con atender y dar respuesta a esta problemática. Por tal razón, es vital y funcionalmente estratégico, articular a todos los actores sociales como los entes gubernamentales relacionados con atender y responder a esta situación, a las organizaciones no gubernamentales o de organización civil que trabajen en relación a la situación y defensa de los derechos humanos, entidades de salud tanto publicas como privadas, grupos

organizados de personas viviendo con VIH/SIDA o sus representantes, la academia y las universidades. El trabajo articulado o en red permite un mayor avance en las distintas intervenciones y respuestas que se puedan generar para atender la problemática del VIH/SIDA, ya que esta situación problemática requiere de una respuesta integral; es decir, el VIH/SIDA como situación con múltiples facetas e implicaciones en la vida tanto individual como colectiva y repercusiones en el nivel de vida, salud, educación, trabajo, integración e inclusión social, requiere de la articulación de esfuerzos y del trabajo interinstitucional e intersectorial para dar respuestas efectivas encaminadas a mejorar las condiciones de vida de las personas que viven con VIH/SIDA y de sus familias, controlar y disminuir la propagación de la epidemia, prevenir la enfermedad y promover adecuados comportamientos de vida que favorezcan el goce de una vida digna y saludable, la detección temprana, y facilitar el monitoreo y seguimiento de la epidemia.

De esta manera, se puede decir que interviniendo en torno a la eliminación de las privaciones con las que el VIH/SIDA limita las capacidades y libertades a nivel individual, familiar, comunitario y nacional y que dificultan el Desarrollo Humano, se avanzaría en la contención de la epidemia, contrarrestando los efectos de la misma, contribuyendo, a su vez, al fortalecimiento de las capacidades y libertades de los miembros de una sociedad. Igualmente, es fundamental como estrategia de Desarrollo Humano la articulación de los distintos actores (gobierno, sociedad civil, entidades públicas y privadas) y sectores sociales (salud, educación, economía, ambiente) en un escenario de trabajo articulado que permita conocer, planear e intervenir y evaluar las decisiones y acciones que se tomen para la política e inversión social así como para el fortalecimiento de la democracia participativa.

#### 1.1.5. LA ORGANIZACIÓN SOCIAL COMO ALTERNATIVA PARA EL DESARROLLO HUMANO

Para abordar el tema de la organización social y de la construcción de procesos entre la sociedad civil y el Estado, hay que hacer referencia a la teoría del “Desarrollo a Escala Humana” del economista chileno Manfred Max-Neef<sup>12</sup>, quién planteó cómo ante una sociedad globalizada y presidida por los patrones de consumo que los países del mundo desarrollado le imponen a los países del mundo subdesarrollado (postulados acerca de la dependencia), se hace más precaria e ineficiente la intervención del Estado como ente responsable de dar respuesta a las necesidades de los seres humanos que ocupan su territorio. De esta manera, dentro de esta teoría se empieza a abordar el concepto de “mundo invisible” para describir a los distintos actores sociales quienes mediante su acción satisfacen o cumplen funciones políticamente asignadas a los Estados. En cuanto expresión de la crisis explicada en la lógica del capitalismo, se afirma que “los sectores invisibles reflejan la máxima precariedad de las condiciones de vida y de trabajo, producto de la inseguridad permanente que impone un mercado competitivo donde la baja productividad del sector plantea grandes desventajas<sup>13</sup>”. La aplicabilidad del concepto “mundo invisible” es abordada en este trabajo cuando se hace referencia a las organizaciones de la sociedad civil con las cuales se logró articular el trabajo para la creación de una “Mesa interinstitucional de respuesta al VIH/SIDA” en Barrancabermeja. La articulación de estas instituciones se logró teniendo como referente que todas tienen intereses de trabajo similares y que su campo de acción está relacionado con la misma situación social a abordar.

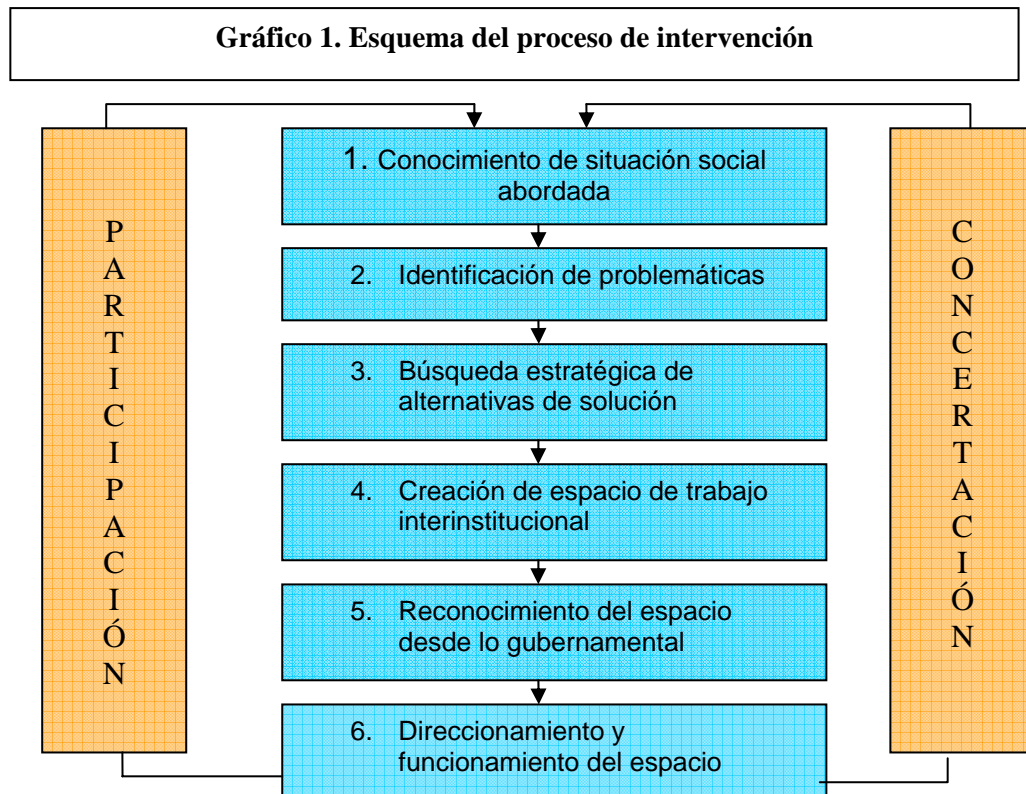
Las respuestas a la situación de VIH/SIDA que se han desarrollado anteriormente en el municipio, no han contado con la efectiva participación de los actores involucrados en la situación o no han recibido el aval por parte del sector gubernamental. El aval del Estado se considera vital las propuestas de intervención del VIH/SIDA, pues es la institución a la que le compete el mejoramiento y el mantenimiento de las condiciones de salubridad de población.

---

<sup>12</sup> MAX-NEEF, Manfred; et all. Desarrollo a Escala Humana “una opción para el futuro”. Fundación Dag Hammarskjold, Ed. Cepaur, SD

<sup>13</sup> Ibíd.

A continuación, pretende hacer una breve exposición acerca de la manera como teóricamente se planteó el proceso que permitió generar un espacio de articulación sociedad civil-Estado, teniendo como precedentes la teoría del Desarrollo Humano (postura teórica del ORDHS) y sus líneas de acción en el aporte a los procesos de construcción de democracia social.



**Fuente: Elaborado por los Profesionales de Trabajo Social**

La creación de la Mesa de Trabajo Interinstitucional, cuyas etapas son resumidas en el gráfico N° 1, evidencia que como factores transversales al proceso de intervención, estuvieron siempre presentes la participación y la concertación social.

La participación social entendida como está consagrada a partir de la constitución de 1991 crea unos mecanismos para hacerla efectiva ya que los sectores sociales alegaban ausencia de mecanismos que permitieran una influencia sobre las decisiones que desde lo gubernamental se tomaban para la

sociedad. Si bien el trabajo de articulación entre la sociedad civil y el Estado está contemplado en algunas normas (ley 134 de 1994, ley 152 de 1994, decreto 2284 y otros), es responsabilidad del Estado fomentar la participación de los distintos actores sociales que la conforman. De esta manera, la participación para efectos del presente Trabajo de Grado va a ser entendida como las posibilidades reales que tienen las instituciones que conforman la “Mesa de Trabajo” de influir sobre las decisiones que en materia de política pública, destinación de recursos y manejo programas en el tema de salud sexual y reproductiva tienen en concertación con la Secretaría de Salud del Municipio. (Ente responsable de las acciones mencionadas).

Dentro de las dinámicas participativas adelantadas entre los miembros de las instituciones que hicieron parte de la creación de la Mesa de Trabajo, se puede destacar la visibilización de unas condiciones en el proceso de participación, que facilitaron el alcance de las metas propuestas:

- Identificación: con la situación problemática abordada y el proceso a construir entre y con los y las integrantes. Incluye la manera como el equipo de Trabajo Social logró motivar la importancia de crear estrategias colectivas para el abordaje de la situación. También incluye las formas como se concibe la problemática desde lo individual, lo comunitario, lo local, lo político, lo económico, lo ético y lo histórico.
- Información: que permitió alimentar el proceso, fue principalmente, la hallada en las etapas de “análisis situacional” y “caracterización de la situación” a cargo del equipo de Trabajo Social. A su vez, esta información fue validada y alimentada por los miembros de las instituciones. La información permitió vincular en sentido tácito a los y las participantes en el proceso, centrarlos en la situación actual del evento en salud a abordar, para generar de esta manera un adecuado acceso para la “toma de decisiones” como aspecto crucial en la garantía de la plena participación.
- Comprensión: Permitted conciliar y hacer explícitos los diferentes intereses que se mueven en torno a este tipo de procesos. Mediante el

conocimiento de los intereses imperantes en los actores sociales se pudo determinar el rumbo de las acciones. Igualmente, la comprensión se hizo necesaria para la etapa de concertación social.

- Decisión: las estrategias para generar mecanismos que permitieran dar respuesta más eficaz a la problemática trabajada, fueron presentadas por el equipo de Trabajo Social del Observatorio Regional de Desarrollo Humano. La estrategia planteada fue la de la articulación interinstitucional (previo conocimiento y análisis como necesidad sentida por los actores partícipes en la caracterización de la situación abordada). La decisión de la creación de la Mesa de Trabajo Interinstitucional y el comienzo de su accionar marcaron dicha etapa.
- Acción: esta etapa está en proceso de construcción, es la etapa a seguir dentro de la lógica del proceso construido. El concepto de sostenibilidad que se le dio a la iniciativa permitirá que se defina un plan de trabajo para consolidar y poner en real funcionamiento el trabajo articulado entre las diferentes instituciones que aceptaron ser parte integrante de la iniciativa.

#### 1.1.6. LA CONCERTACIÓN SOCIAL COMO RUTA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE PROYECTOS COLECTIVOS.

La concertación social es el proceso mediante el cual, diversos actores sociales pueden lograr un entendimiento que les permita coordinar sus esfuerzos en la búsqueda de objetivos de mutua conveniencia, ya que supone que aún entre quienes hay diferencias, siempre es posible detectar intereses en común.

El concepto de concertación social pone de manifiesto los diferentes intereses que se conciliaron en la creación de la Mesa de Trabajo Interinstitucional de VIH/SIDA, como espacio de articulación sociedad civil- Estado para frenar una de las mayores problemáticas para la salud pública del municipio de Barrancabermeja. Es a través del manejo de este concepto, que se llega a explicar que así como las organizaciones de la sociedad civil tuvieron sus intereses explícitos (manejo de la “Mesa de Trabajo ” por parte de la Secretaría

de Salud, disponibilidad de recursos para la ejecución de proyectos) en el proceso de conformación de la misma, también hubo de concertarse con las pretensiones e intereses de la Secretaría de Salud del Municipio, respecto al proceso, poniendo a prueba la capacidad de trabajo de los y las integrantes de la Mesa y fijando condiciones para dar el reconocimiento jurídico al espacio de participación. Del trabajo que bajo la óptica de la promoción de la concertación social promovió el equipo de Trabajo Social, pueden ser destacadas algunas condiciones que favorecieron el alcance de la misma:

- Las instituciones convocadas fueron las pertinentes, por su relación directa con la temática así como por su potencial competencia para el tratamiento de la misma.
- Los actores sociales convocados son los que generan verdadera representatividad de la temática abordada en el municipio.
- Las condiciones en que se realizó el proceso de conformación de la “Mesa de Trabajo” favorecieron garantías de participación equitativas a los actores sociales convocados.
- En los espacios de discusión se crearon normas claras que favorecieron el respeto y la equidad en la participación.
- Las mismas sesiones de trabajo generaban aprendizajes, en ellas se trató de abordar las situaciones de lo simple a lo complejo para de esta manera ir perfilando el espacio de trabajo.
- La asistencia técnica de personas externas al proceso favoreció la imparcialidad en la toma de algunas decisiones
- Actitud de sostenimiento y continuidad del proceso ya que se presentaron momentos en los cuales las divergencias no propiciaban la consolidación de intereses comunes.

Finalmente, se puede resaltar que la construcción de escenarios que permitan posibilitar el alcance y la superación de las barreras que obstaculizan el Desarrollo Humano en la población sujeto, dependerá de la manera cómo se logre hacer empalme entre los aportes que entre unas y otras organizaciones y

entre los aportes entre las organizaciones de la sociedad civil y el Estado se articulen para alcanzar los objetivos propuestos.

## 2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

### 2.1. CONTEXTUALIZACIÓN NORMATIVA

Las realidades sociales, en las cuales la profesión de Trabajo Social interviene, no son planas, sino están permeadas por una serie de lineamientos normativos y políticos, que a su vez, sustentan su accionar. En el presente capítulo se hará un recorrido por los lineamientos normativos establecidos internacional y nacionalmente, y que justifican el trabajo relacionado desde diversas esferas con la situación de VIH/SIDA como enfermedad de interés para la salud pública mundial.

#### 2.1.1. LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO Y LOS COMPROMISOS INTERNACIONALES CON RELACIÓN AL VIH Y AL 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 mundo”*

<sup>14</sup>.

Con la celebración en el año 2002 del quincuagésimo quinto periodo de sesiones de la Asamblea General de la Naciones Unidas, en la ciudad de New York denominada “Cumbre del Milenio” y la “**Declaración del Milenio**” como producto de tal sesión, firmada por 147 jefes de Estado y de gobierno en un

---

<sup>14</sup> COLOMBIA. Departamento Nacional de Planeación. Hacia una Colombia equitativa e incluyente, Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2005. Pág. 12.

compromiso por eliminar las peores formas de pobreza, nacen en respuesta a esa Declaración los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

En ésta (Cumbre del Milenio), en el capítulo tercero de la Declaración, denominado “El Desarrollo y la Erradicación de la Pobreza”, se incluye un artículo reafirmando el compromiso que deben asumir los jefes de Estado en cuanto a la reducción de la propagación de la epidemia del VIH/SIDA en cada uno de sus países.

Los ocho objetivos que se intentan alcanzar en todos los países del mundo para 2015, se basan directamente en las actividades y metas incluidas en la Declaración del Milenio, metas e indicadores establecidos a nivel mundial, y adaptados de acuerdo a las particularidades de cada país. El compromiso de los países con relación al alcance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es ratificado y reforzado constantemente por los organismos de cooperación internacional, los cuales a través de sesiones y/o comunicados hacen aportes técnicos que permiten la toma de decisiones estratégicas hacia el logro de las metas propuestas.

La Sesión Especial de la Asamblea de Naciones Unidas para VIH/SIDA denominada **UNGASS**, llevada a cabo en junio de 2001, y suscrita también por Colombia, permitió la definición de once áreas de compromiso dentro del marco de un programa de acción internacional y nacional contra el VIH/SIDA. El liderazgo en el tema, la promoción y prevención, la atención, el apoyo y el tratamiento, la realización de los derechos humanos, la reducción de la vulnerabilidad, el cuidado de la niñez afectada por el VIH/SIDA, la mitigación de los efectos sociales y económico y la intervención en las regiones afectadas por conflictos y desastres naturales, fueron algunas de las once áreas de compromiso establecidas por la nombrada sesión, áreas en las cuales se requiere un trabajo de respuesta ampliada y oportuna, puesto que cada una compromete diversos grupos poblacionales a los cuales se les estaría violando

por acción o por omisión la garantía de los derechos fundamentales a la vida\* y a la dignidad humana.

En la Cumbre del grupo de los ocho (**G8**) (las ocho países con las economías mas poderosas del mundo), cumbre celebrada en la ciudad escocesa de Gleneagles en el año 2005, se hizo el compromiso de desarrollar y aplicar un conjunto de medidas de prevención, tratamiento y atención al VIH, con el propósito de acercarse lo máximo posible al acceso universal a tratamiento para todas aquellas personas que requirieren tratamiento, meta fijada para el año 2010.

El Documento Final de la **Cumbre Mundial** de la Asamblea General de la Naciones Unidas del año 2005, también adoptó el concepto de aumento progresivo de tratamiento antirretroviral, con miras a alcanzar el acceso universal<sup>15</sup>.

Respecto a dichos pactos internacionales, Colombia ha asumido la meta Universal relacionada con “Detener y Comenzar a Reducir, para 2015, la propagación de la epidemia del VIH/SIDA”<sup>16</sup>, y además ha formulado una serie de metas adicionales que coadyuvan en el alcance de la meta mundial y en el abordaje de esta problemática para la salud pública de los países del mundo. Las metas adicionales se enumeran a continuación y se relacionan con indicadores de determinantes válidos en el trabajo de abordaje de la situación de VIH/SIDA:

- Para 2015, haber mantenido la prevalencia de la infección por debajo de 1,2% en población de 15 a 49 años

---

\* Consagrados en la Constitución Política de Colombia. Capítulo II.

<sup>15</sup> Organización Panamericana de la Salud, ONUSIDA. Plan Subregional Andino de VIH para el sector salud 2007-2010, Marzo, 2007. Pág. 5.

<sup>16</sup> COLOMBIA. Departamento Nacional de Planeación. Metas y estrategias de Colombia para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio. CONPES Social 91, 2005

- 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
- Para 2010, aumentar en 15% la cobertura de terapia antirretroviral a las personas que la requieran, y para 2015, elevar esta cobertura en 30%<sup>17</sup>.

Según el informe “El derecho a la salud y los ODM”<sup>18</sup>, de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, algunas metas con relación a los ODM están lejos de cumplirse requiriéndose, por tanto, que el país siga aunando esfuerzos que permitan el disfrute de mejores condiciones de Salud para la población.

#### 2.1.2. LA NORMATIVIDAD EN COLOMBIA COMO RESPUESTA A LAS PROBLEMÁTICAS RELACIONADAS CON EL VIH Y EL SIDA

Para abordar claramente la normatividad actual existente en relación con la temática, es pertinente hacer un recorrido por lo que ha sido ésta en lo que va corrido de la presente década.

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

---

<sup>17</sup> NACIONES UNIDAS. Op. Cit Pág. 149.

<sup>18</sup> Objetivos de Desarrollo del Milenio

El Plan Estratégico Nacional 2000-2003 (PEN) estuvo orientado a consolidar la coordinación intersectorial e interinstitucional, fortalecer las acciones en información, educación y comunicación (IEC), promover la participación social, diseñar e implementar programas y proyectos de prevención y asistencia con las poblaciones más vulnerables; movilizar al sector privado; actualizar el marco legal en VIH/SIDA, fortalecer del sistema de vigilancia en salud pública, promover la investigación y evaluar las acciones desarrolladas.

El PEN<sup>19</sup> fue incorporando y adaptando los posteriores desarrollos legislativos, normativos y los compromisos nacionales que se dieron con posterioridad a su formulación<sup>20</sup>.

Con la formulación de la **ley 715 de 2001** se creó el Sistema General de Participaciones, por medio del cual se definieron 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; estableció 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 supervisión de prestadores y la habilitación de IPS<sup>21</sup> 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 2002-2006**, 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 contempló: mejorar la capacidad operativa en los servicios de atención y el

---

<sup>19</sup> COLOMBIA. Plan Estratégico Nacional 2000 – 2003.

<sup>20</sup> ONUSIDA. Infección por VIH/SIDA. Estado del Arte: Colombia 2000 – 2005...Bogotá. 2006. Pág. 81.

<sup>21</sup> Institución Prestadora de Servicios de Salud. (Ver ley 1122 de 2007).

acceso al diagnóstico y tratamiento antiretroviral, 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<sup>22</sup> y el VIH/SIDA y fortalecer las acciones de promoción para una vida sexual sana. El plan incluyó metas en relación con la problemática de VIH/SIDA algunas como “mantener la prevalencia general de infección por debajo del 0.5%”, “reducir en un 20% la infección perinatal por VIH”, 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.

Posteriormente, en el año 2003, nace la **Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva** establecida hasta el año 2006, e incluyó para la temática VIH/SIDA, acciones orientadas a la promoción de factores protectores y prevención de riesgos, a la detección y el tratamiento adecuado y al fortalecimiento de las acciones de vigilancia en salud pública dirigidas a poblaciones con mayor grado de vulnerabilidad y a población en general<sup>23</sup>.

En *promoción y prevención* la política incluyó acciones bajo la metodología de las estrategias IEC (Información, Educación y comunicación), 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 poblaciones de alta vulnerabilidad; 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.

---

<sup>22</sup> Infecciones de Transmisión Sexual.

<sup>23</sup> Tomado de: [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co), el día 23 de febrero de 2008

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<sup>24</sup> 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.<sup>25</sup>

En *atención*, la política contempló el desarrollo de procesos de asistencia técnica y capacitación dirigidos al personal de salud de las entidades aseguradoras y prestadoras de servicios, para que brinden atención de buena calidad a las personas diagnosticadas, reduciendo el estigma y la discriminación en los procesos de atención para las personas viviendo con VIH y con SIDA (PVVS); contempló la integración de los servicios de prevención y atención del VIH/SIDA y definió los mecanismos necesarios para garantizar la disponibilidad de sangre segura y el acceso a los medicamentos antiretrovirales. También promovió el desarrollo de acciones de soporte a las organizaciones públicas y privadas que trabajan en VIH/SIDA y la identificación, fomento y fortalecimiento de redes sociales de apoyo.

En el año 2002, se publica un documento del Consejo Nacional de Política Económica y Social denominado “CONPES 91” en el cual se señalan las metas y las acciones que con relación al VIH y al SIDA debe alcanzar y promover Colombia en conexión con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. (Metas mencionadas en el ítem “*Colombia frente al cumplimiento de las metas propuestas con relación al VIH*”).<sup>26</sup>

---

<sup>24</sup> Conjunto de actividades realizadas para preparar y confrontar a la persona con relación a sus conocimientos, sus prácticas y conductas, antes y después de la realización de las pruebas diagnósticas; éstas se llevan a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psico-social y actividades de asesoría a las personas infectadas, a sus familiares y comunidad, en lo relacionado con las ITS, el VIH y el SIDA. (Decreto 1543 de 1997).

<sup>25</sup> Transmisión del virus del VIH de Madre a hijo(a) durante el embarazo, parto o lactancia.

<sup>26</sup> Op. cit.

En el año 2004, se da la consolidación de planes de respuesta más integrales para hacer frente a la epidemia del VIH/SIDA, que articula las diferentes esferas del Estado, lo cual tiende a garantizar un mayor impacto de las estrategias establecidas. De esta manera se formula el Plan Intersectorial de Respuesta Nacional al VIH/SIDA 2004-2007, el cual fue diseñado y orientado de acuerdo con tres ejes temáticos: primero, la coordinación intersectorial, el monitoreo y la evaluación; segundo, la promoción y prevención y tercero, la atención y el apoyo<sup>27</sup>. Un ejemplo de la implementación de este plan en el municipio de Barrancabermeja, fue la formulación y ejecución del “Proyecto Colombia” por parte de la Corporación OBUSINGA.

El Ministerio de la Protección Social, como ente rector del Sistema de Salud a quien corresponde la formulación de las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud y de coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación<sup>28</sup>, ha aportado las directrices, normatividad y orientaciones técnicas para el desarrollo de las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación, a las entidades territoriales y a los diferentes actores del sistema, así como el Modelo de Gestión Programática en VIH/SIDA requerido por el país.

El Ministerio ha hecho contribuciones en la legislación y la reglamentación de las acciones a desarrollar en VIH/SIDA. La primera reglamentación sobre prevención y atención de la infección por VIH/SIDA en el país fue el decreto 559 de 1991, reformado por el decreto 1543 de 1997, basado en el anterior pero de mayor amplitud en sus áreas de reglamentación. (Es el actualmente vigente).

El **Decreto 1543 de 1997**, formulado en una época en la cual la epidemia iba en un aumento acelerado y donde las quejas con respecto a la atención de las

---

<sup>27</sup> Ministerio de la Protección Social; ONUSIDA. Plan Intersectorial de Respuesta al VIH y al SIDA 2004 – 2007. (2004). Disponible en Internet en: [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)

<sup>28</sup> Ley 715 de 2001.

personas y familias viviendo con VIH y con SIDA<sup>29</sup> eran constantes, abrió el paso para el desarrollo posterior en legislación, poniendo en el debate público que la problemática de VIH/SIDA requería intervención estatal, puesto que ya era considerada una situación socialmente problemática para la salud del pueblo colombiano.

El decreto 1543 de 1997 entra a definir científicamente muchos términos relacionados con la epidemia; establece una serie de lineamientos que van a permitir definir rutas críticas con relación al diagnóstico, la atención integral, la promoción, la prevención, la vigilancia epidemiológica, las medidas de bioseguridad y la investigación científica aplicada a la epidemia; a su vez, también contempla los derechos y los deberes de las PVVS,<sup>\*</sup> los mecanismos de organización y coordinación para darle estructura al trabajo a realizar en la temática (en el capítulo VI se decreta la creación del Consejo Nacional de SIDA CONASIDA, máximo órgano consultivo a nivel nacional sobre VIH y SIDA) y los procedimientos y sanciones para quienes incurran en violación del mencionado decreto.

**El acuerdo 117 del 2000**<sup>30</sup> 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).

La **resolución 412 de febrero del 2000** estableció las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y permitió la adopción de las normas técnicas y guías de atención

---

<sup>29</sup> Decreto 1543 de 1997. Disponible en Internet en: ([www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co))

<sup>\*</sup> Persona viviendo con VIH y con SIDA.

<sup>30</sup> Tomado de: [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co), El día 25 de febrero de 2008

para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y la atención del VIH/SIDA en Colombia.

Un avance en la normatividad nacional permitió también, 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 listado de medicamentos antiretrovirales que deben ser garantizados con cargo a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado.

Otro de los avances que permitió consolidar acciones desde lo gubernamental para frenar el avance de la epidemia, fue la **circular externa 0018 del 2004**, la cual estableció metas, actividades e indicadores de las acciones de estricto cumplimiento en el pasado Plan de Atención Básica, que las entidades del orden departamental, y municipal deberían desarrollar durante las vigencias 2004-2007 para lograr las metas del Plan Nacional de Desarrollo relacionadas con las prioridades de salud pública. La circular estableció que las entidades territoriales deberían formular un Plan de Salud Sexual y Reproductiva que desarrolle sus principios orientadores y estrategias, y articule las intervenciones de los planes de beneficios alrededor de las siguientes líneas de intervención: maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, cáncer de cuello uterino, *infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA* y violencia doméstica y sexual. El trabajo específico en ITS y VIH/SIDA, debería incluir acciones relacionadas con la promoción de factores protectores y prevención de riesgos, con el acceso de la población a la detección temprana y al tratamiento adecuado y al fortalecimiento de las acciones de vigilancia en salud pública.

En el año 2005, se instaura la Ley 972, que estableció las normas para mejorar la atención de la población afectada por las llamadas enfermedades ruinosas y

catastróficas. Esta Ley reviste importancia por cuanto declara la problemática VIH/SIDA como prioridad nacional y obliga al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a garantizar el suministro de los medicamentos, reactivos y demás insumos requeridos para su diagnóstico y tratamiento. La Ley ratifica además el compromiso del país a nivel internacional en la lucha contra el SIDA declarando el *1 de diciembre como día nacional de respuesta al VIH y el SIDA*, fecha en la cual se intensificarán acciones de información y reflexión social, tomando como lema el establecido por los organismos internacionales para tal fin.

Uno de los últimos avances en materia de legislación para la prestación de servicios en salud para el evento VIH, fue la formulación en el año 2006 del **Modelo de Gestión Programática en VIH/SIDA** por parte del Ministerio de la Protección Social aprobado mediante la resolución 3442 de 2006. El documento contempla la metodología para la adopción de un modelo de gestión programática de respuesta a la problemática; define características, programas, objetivos y estrategias para ofrecer respuestas en el orden nacional y con la participación de los diferentes entes que conforman el SGSSS.<sup>31</sup> El documento, a su vez presenta la guía para el manejo del VIH y del SIDA basada en la evidencia Colombia\* y la guía de práctica clínica VIH/SIDA.

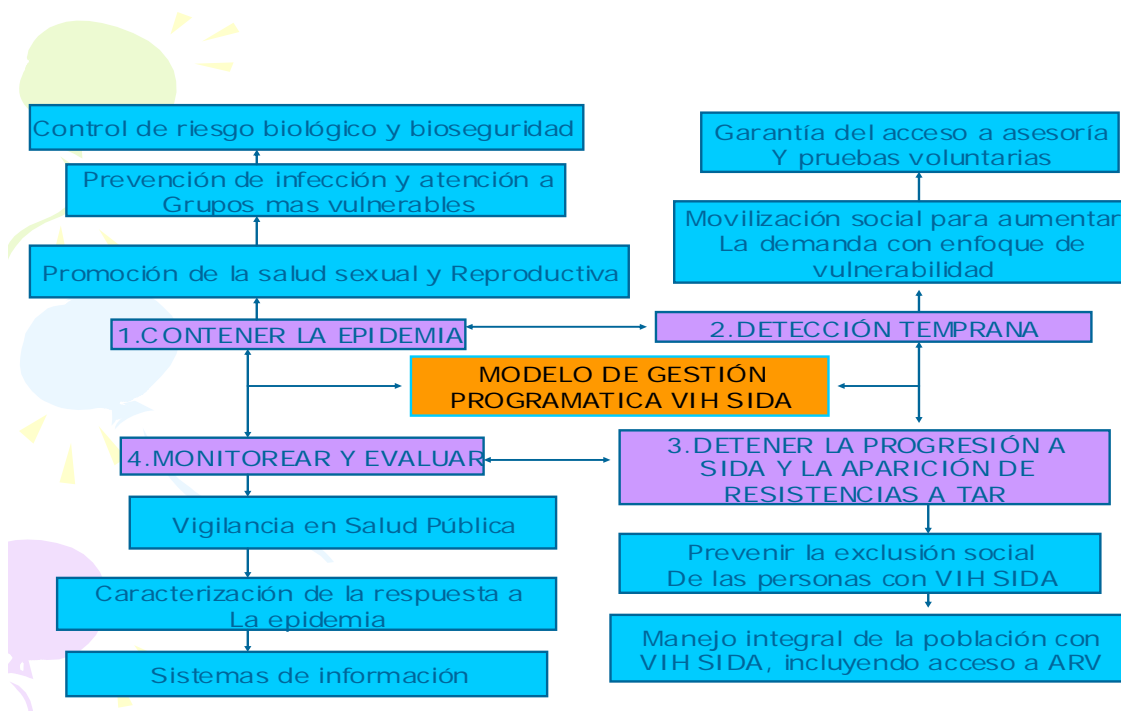
Los objetivos y las estrategias que ha trazado el Modelo de Gestión Programática en VIH y en SIDA (ver gráfico N° 2), articulan toda una serie de acciones cuyo fin es responder a la epidemia en su complejidad, y se orientan bajo los principios de promoción de los derechos sexuales y reproductivos, inclusión desde la perspectiva de género, el reconocimiento de la vulnerabilidad, respeto a las diferencias y la reducción del estigma y la discriminación.

---

<sup>31</sup> Sistema General de Seguridad Social en Salud

\* Documentos que combinan la evidencia científica publicada, la experiencia clínica y la realidad humana de la enfermedad expresada por los grupos de pacientes, esto con la finalidad de mejorar la atención brindada a las personas viviendo con VIH o con SIDA.

**Gráfico 2. Objetivos y estrategias centrales que orientan el Modelo de Gestión Programática en VIH.**



Fuente: Modelo de Gestión Programática en VIH SIDA. MPS. 2006.

El **Plan Nacional de Desarrollo** 2006-2010 “Estado Comunitario Desarrollo para todos” 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 los 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 antiretrovirales de bajo costo.

El **Plan Nacional de Salud Pública** 2007 – 2010 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 así como el propuesto 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 Pública.

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.

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 de respuesta a la situación serán los factores que determinen el éxito de las iniciativas.

### 2.1.3. EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

La seguridad social se inició en 1983, cuando el canciller alemán Otto Von Bismarck creó un sistema de programas sociales que incluía un seguro de enfermedad y maternidad y un programa de pensiones para los trabajadores de las industrias de su país<sup>32</sup>. Es de esta manera, como se empiezan a implementar estos antecedentes de seguridad social en la mayoría de países industrializados y al poco tiempo, también en los países no industrializados.

---

<sup>32</sup> BLANCO RESTREPO, Jorge; MAYA MEJÍA, José; et al. Fundamentos de salud pública,. Corporación para investigaciones biológicas, Tomo I, Medellín, Colombia; 1997.

La lógica del avance en la protección social estuvo sustentada en la presión que inicialmente comenzaron a exigir los obreros de las grandes industrias de la época, quienes empezaron a ser conscientes del rol que tenía que desempeñar el Estado en la protección de las contingencias propias de la vida.

Colombia en el siglo XIX no fue ajena a ese reconocimiento que empezaban a tener los ciudadanos dentro de la estructura social del país y fue así como se empezaron a implementar los primeros Sistemas de Seguridad Social los cuales por su comprensión y dinámica, no llegaron a cumplir los requisitos que universalmente tenían que cumplir los Sistemas de Seguridad Social, entre ellos el aseguramiento y el ahorro (por parte de la seguridad) y la equidad, la solidaridad, la universalidad y la calidad (como parte del componente social).

La historia actual de los Sistemas de Seguridad Social en Colombia se divide en dos partes: la primera, antes de la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993 y la otra, corresponde al balance hecho después de 13 años de implementada la misma.

El pasado Sistema de Salud antes de la ley 100 de 1993 se mantuvo durante muchos años y fue arduamente criticado por no responder ni a las exigencias de un Sistema de Salud como ente garante de derechos en la población (el pasado sistema de salud cubría solo el 24% de la población), ni estar acorde con la lógica del mercado de cohorte neoliberal (ir contra los principios de eficiencia y auto-sostenibilidad).<sup>33</sup>

La ley 100 de 1993, crea en el país el Sistema General de Seguridad Social Integral y define el término como “el conjunto de instituciones, procedimientos y normas de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida”. Este sistema está dividido en tres subsistemas que tienen como fin el de proporcionar una cobertura integral de las contingencias, especialmente las

---

<sup>33</sup> FUNDACION CORONA. Así vamos en salud. Bogota: 2006. Pág. 23

que menoscaban la salud y la capacidad económica; es de esta manera, como el sistema lo conforman los siguientes componentes:

- Sistema General de Pensiones
- Sistema General de Seguridad Social en Salud
- Sistema General de Riesgos Profesionales

La formulación de este sistema está sustentado bajo los principios rectores de un Sistema de Seguridad Social y para el momento de su entrada en vigencia se esperaba que las necesidades de la seguridad social, y siendo más enfáticos, las necesidades propias respecto a la salud de la población fueran garantizadas y cobijadas por el accionar de dicha ley.

Después de más de una década de dicha ley y cuando los resultados para el año 2000 ya tenían que ser visibles, el panorama que se encuentra respecto a puntos específicos en el sistema son los siguientes:

- El sistema de salud sigue siendo inequitativo. Presenta nuevas barreras de acceso tanto a los usuarios, como a los servicios a los que tienen derechos éstos. Los usuarios diagnosticados con enfermedades de alto costo siguen siendo los más afectados por esta problemática que día a día pone en mayor riesgo su calidad de vida, por ello, las quejas de los usuarios de los servicios de salud son visibles (de las 140 mil tutelas interpuestas desde que existe este mecanismo constitucional de defensa de derechos fundamentales, 43 mil han exigido el derecho a la salud\*), ésta y otras dificultades llevan que limitan la granita del derecho a la salud llevan a reflexionar sobre la estructura misma del sistema.
- Un sistema de salud no es independiente de los procesos económicos, y en un país como Colombia en donde el desempleo y subempleo alcanzan cifras preocupantes, no es garantía para que un sistema sea SOLIDARIO. En realidad, no hay una verdadera distribución de los

---

\* DEFENSORÍA DEL PUEBLO. La Tutela y el derechos a la salud, Causas de las tutelas en salud, 2004.

recursos y por ende el sistema se ve envuelto en problemas de exclusión social y de baja calidad en la prestación de los servicios.

- El actual sistema de salud<sup>34</sup> ha llegado a cobijar a solo el 69% de la población total del país, luego, no ha superado las metas en cuanto a universalidad propuestas para el año 2000 y, en ese sentido, sigue siendo un sistema –al igual que el anterior- de cobertura parcial (sin desconocer el gran avance en el aseguramiento), vulnerando así el derecho constitucional (artículo 48) a la seguridad social consagrado, también en la ley 100 de 1993.

## **2.2. CONTEXTUALIZACIÓN INSTITUCIONAL**

La intervención profesional de Trabajo Social, estuvo enmarcada dentro del proyecto “Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible” adscrito a la Dirección General de Regionalización de la Universidad Industrial de Santander. La Universidad Industrial de Santander 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.”<sup>35</sup>

La UIS es actor principal del desarrollo económico, social y cultural de la región y ejemplo de democracia, convivencia, autonomía y libertad responsable. Es lugar de consulta sobre las tendencias y desarrollos 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.

---

<sup>34</sup> PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia, 2005.

<sup>35</sup> UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER. Disponible en Internet en: [www.uis.edu.co](http://www.uis.edu.co)

La UIS, 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 del saber,” mediante la oferta de treinta y dos programas académicos distribuidos en cinco facultades: Ingenierías Físico-Mecánicas, Ingenierías Físico-Químicas, Ciencias, Salud y Humanidades

La Dirección General de Regionalización (órgano al que pertenece el proyecto Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible) es la encargada de planificar, fomentar, dirigir, coordinar, evaluar y propender por la calidad académica de los programas de regionalización de la Universidad Industrial de Santander en los municipios de Barrancabermeja, Barbosa, Málaga y Socorro.

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 de 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 los que la UIS tiene presencia.

El “Observatorio Regional para el Desarrollo Humano Sostenible” de Santander y sus regiones de influencia, es una estrategia metodológica y técnica de interacción y articulación universidad – sociedad, orientada hacia la evaluación del impacto local y regional de la inversión pública, las políticas públicas y las dinámicas sociales, sobre los avances en democracia participativa y en superación de la pobreza, en el marco del Desarrollo Humano Sostenible<sup>36</sup>.

El ORDHS, tiene como objetivo principal el de “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 Santander”<sup>37</sup>.

---

<sup>36</sup> Tomado de: [www.observatoriosantanderuis.com](http://www.observatoriosantanderuis.com)

<sup>37</sup> *Ibíd.*

El ORDHS, se ha trazado cuatro líneas estratégicas para dirigir su accionar, las cuales a su vez, sustentan el funcionamiento y finalidad del proyecto en las regiones en las cuales tiene presencia. Las líneas estratégicas del ORDHS se retroalimentan permitiendo el alcance del objetivo general propuesto.

Las líneas establecidas son:

#### A. Investigación, medición y seguimiento del Desarrollo Humano Sostenible

Mantenimiento 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.

#### B. Apropiación social del conocimiento y uso de la información.

Línea relacionada con 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.

#### C. Incidencia en política pública local y regional

Busca el acompañamiento, técnico y de manera sostenida, en 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 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.

#### D. Alianzas estratégicas y Redes sociales

Propicia acuerdos de entendimiento con Agencias, instituciones, organizaciones y sectores poblaciones que comparten objetivos o propósitos comunes, con el ánimo de sostener procesos de intercambio técnico, instrumental e investigativo, que 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 Sostenible.

La práctica académica de Trabajo Social, estuvo enfocada en la primera y cuarta línea estratégica\* de acción del Observatorio, líneas sobre las cuales se describe el capítulo de ejecución del presente informe.

### 2.3. INCIDENCIA DEL CONTEXTO REGIONAL EN LA SITUACIÓN SOCIAL ABORDADA

Barrancabermeja es un municipio colombiano ubicado en el departamento de Santander, es sede de la refinería de petróleo más grande del país y capital de la provincia de Mares; tiene una población de 198.441 habitantes y su división político administrativa es de 7 comunas y seis corregimientos.

Barrancabermeja, está ubicada a 100 Km. de Bucaramanga, a orillas del Río Magdalena con una altura de 75.94 B.M, en la región del Magdalena Medio, de la cual es la ciudad motor de desarrollo por las dinámicas económicas que el petróleo genera en la región.

Este municipio limita al Norte con el Municipio de Puerto Wilches, al Sur con los Municipios de Puerto Parra, Simacota y San Vicente de Chucurí, al Oriente con el Municipio de San Vicente de Chucurí y Girón, y al Occidente con el río

---

\* Investigación, medición y seguimiento del Desarrollo Humano Sostenible y Alianzas estratégicas y Redes sociales

Magdalena. Está comunicada por la carretera más importante del país, la Troncal de la Paz<sup>38</sup>.

En sus inicios, el municipio se caracterizó por su predominancia ribereña tanto de pescadores como comerciantes, posteriormente, con la explotación e influencia del petróleo, que marco la ubicación territorial de los asentamientos humanos, se caracterizó, por el contraste entre los asentamientos petroleros extractivos y las zonas de residencia. De esta manera la economía petrolera ha influenciado social, económica, demográfica y ambientalmente el municipio. Actualmente, el municipio presenta fuertes divisiones en sus zonas petrolera, obrera y periférica.

- ECONOMÍA

En Barrancabermeja está localizada la refinería de petróleo más grande de Colombia, perteneciente a la empresa estatal ECOPETROL. Gran parte de la economía de la ciudad gira en torno al petróleo y en 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. La refinería de Barrancabermeja es la principal de Colombia, con una producción total de 250.000 barriles de combustible día.

- CULTURA<sup>39</sup>

La cultura barranqueña, desde su nacimiento como municipio, se ha visto permeada por las oleadas migratorias generadas debido a la bonanza petrolera. De esta manera, costumbres provenientes de la Costa Atlántica, Antioquia, el sur de Bolívar y Santander, han confluído en un solo crisol para generar la identidad de la *Hija del Sol*.

La cultura de Barrancabermeja se describe como ribereña, persisten prácticas relacionadas con la llegada de la bonaza petrolera como tabernas, bailes

---

<sup>38</sup> Tomado de: [www.barrancabermeja.gov.co](http://www.barrancabermeja.gov.co)

<sup>39</sup> *Ibíd.*

discotecas y prostíbulos. Asimismo se ha desarrollado el sector comercial, educativo, y artístico.

Respecto al contexto regional relacionado con la situación de VIH SIDA se resalta que el departamento de Santander ocupa a nivel nacional el cuarto puesto en incidencia precedido por Bogotá, Antioquia y Valle<sup>40</sup>. En el departamento según datos del ORDHS, la provincia de Mares es la que mayor número de muertes presenta seguida de la provincia Metropolitana, asimismo el municipio de Barrancabermeja es el primero en la tasa de mortalidad por VIH/SIDA a nivel departamental. En el municipio según reporte epidemiológico de la Secretaria de Salud Local para el 2007 frente al VIH SIDA en las comunas en las cuales se presentaron mayor número de casos fueron las comunas cinco, cuatro y siete.

### **3. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL.**

La experiencia de práctica académica – profesional de Trabajo Social, se realizó en un proyecto de la Dirección de Regionalización, de la Universidad Industrial de Santander denominado Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible. Esta idea de proyecto se ha venido materializando durante los últimos años, con la participación activa de estudiantes de octavo y décimo semestre de la Escuela de Trabajo Social, quienes han realizado importantes aportes a la construcción de este espacio, el cual permite confrontar la teoría con la práctica en la realidad social de manera integral y reflexiva.

El presente capítulo del informe describe, en una primera parte, el proceso abordado en la práctica de Trabajo Social, realizado durante los meses de diciembre del año 2007, y enero-febrero del año 2008 en el municipio de

---

<sup>40</sup> Plan Nacional de Respuesta al VIH SIDA 2008-2011. Pág. 33

Barrancabermeja del departamento de Santander; proceso que se inició con una caracterización situacional de dos temáticas de interés de los practicantes de Trabajo Social para luego optar por el trabajo en una temática de interés en particular. Seguidamente, y con base en los resultados de la caracterización situacional se planificó un trabajo denominado “Análisis Situacional de la situación problema (problemas relacionados con el VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja)”, y se promovió a su vez la implementación de una estrategia de organización social y de trabajo interinstitucional; finalmente, se definieron unas líneas iniciales de trabajo a implementar dentro de la estrategia de organización social aportando a la construcción participativa de este espacio.

El proceso de intervención se inició con la “caracterización situacional” sobre las relaciones de género (enfocado especialmente a la situación de violencia intrafamiliar\*) y VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja, análisis que permitió focalizar y definir la intencionalidad del trabajo a realizar en la siguiente etapa del proceso de intervención; además permitió delimitar el tema a intervenir (se optó por la temática de VIH/SIDA\*); esta caracterización situacional fue realizada en el municipio durante el mes de diciembre de 2007 y enero del 2008 con relación a la temática de VIH/SIDA\*. Este proceso se orientó metodológicamente en la aproximación teórica y conceptual del tema, conocimiento del contexto internacional y nacional de dicha situación y acercamiento e investigación exploratoria a fuentes de información.

---

\* La focalización del trabajo en el tema de violencia intrafamiliar, se debió a que en el tercer objetivo del milenio “Promover la equidad de género y autonomía de la mujer” hay una meta de importancia a juicio de los practicantes, relacionada con la violencia intrafamiliar.

\* NOTA ACLARATORIA: La escogencia del tema VIH se realizó debido a la afinidad de los practicantes con el tema y además por las siguientes razones: El tema VIH/SIDA hace parte de uno de los objetivos de desarrollo del milenio, es decir, no es un componente adicional del sector salud sino que debido a su complejidad es focalizado como tema prioritario dentro de la salud pública de las naciones; a su vez porque la pertinencia del tema VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja, cobra especial importancia ya que debido al contexto cultural, social y económico, induce a prácticas de riesgo en el tema de la sexualidad.

\* Para efectos del presente informe se omite por lo encontrado con relación a violencia intrafamiliar puesto que los hallazgos no se pudieron verificar.

### **3.1. CARACTERIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DE VIH/SIDA EN EL MUNICIPIO DE BARRANCABERMEJA, SANTANDER.**

El resultado del trabajo realizado en la caracterización situacional permitió elaborar una matriz de debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas (matriz DOFA) sobre la situación el VIH/SIDA y sobre el contexto que posibilita su abordaje en el municipio, dicha matriz se presenta a continuación:

### 3.1.1. MATRIZ DOFA SOBRE LA SITUACION DE VIH/SIDA

	<p style="text-align: center;"><b>OPORTUNIDADES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El proyecto hace parte de una institución reconocida y legitimada social e institucionalmente.</li> <li>2. Reconocimiento internacional y nacional del VIH/SIDA como un tema prioritario y de especial interés para la salud pública.</li> <li>3. Existencia de normas y protocolos que reglamentan la atención integral, las acciones para la vigilancia epidemiológica y el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios a personas viviendo con VIH y con SIDA</li> <li>4. Por fallas en el sistema de aseguramiento existente en salud y la ausencia de políticas públicas que den respuesta eficaz a la problemática, la población sujeto de intervención es amplia.</li> <li>5. Existencia de instituciones que prestan servicios a personas viviendo con VIH y SIDA.</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>DEBILIDADES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausencia de programas y proyectos institucionales gubernamentales permanentes que den respuesta a la incidencia del VIH/SIDA.</li> <li>2. Fragmentación de las actividades que realizan las distintas instituciones en el municipio.</li> <li>3. Ausencia de fuentes de información en temas relacionados con este evento en salud pública.</li> <li>4. No existen equipos ofimáticos que posibiliten el mejoramiento y la optimización del trabajo realizado.</li> <li>5. Ausencia de experiencia del recurso humano en el tema de manejo de políticas públicas.</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>FORTALEZAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. El proyecto ORDHS hace parte de los proyectos de extensión bandera de la Universidad Industrial de Santander, entidad educativa destacada a nivel nacional.</li> <li>2. El proyecto ORDHS cuenta con</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>ESTRATEGIAS (FO)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inclusión de la pandemia VIH SIDA como tema prioritario en salud, dentro del plan de desarrollo Barrancabermeja 2008-2011. (F3, F5, F6, O1, O2, O4).</li> <li>2. Implementación de veedurías institucionales y</li> </ol>	<p style="text-align: center;"><b>ESTRATEGIAS (DO)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Incidencia en la evaluación y seguimiento a las políticas públicas departamentales y municipales de prevención y atención integral en el tema VIH SIDA. (D1, D2, D3, O1, O2, O3, O4)</li> </ol>

<p>alianzas institucionales que posibilitan la cooperación para el alcance de los objetivos.</p> <p><b>3.</b> Existencia de derechos fundamentales como la vida, la igualdad y la dignidad humana consagrados en la Constitución Política de Colombia.</p> <p><b>4.</b> Apoyo financiero desde lo gubernamental e institucional para el alcance de los objetivos y metas del proyecto.</p> <p><b>5.</b> Coexistencia de televisión y radio universitaria como medios de comunicación con proyección comunitaria.</p> <p><b>6.</b> Existencia de prácticas profesionales con programas afines a las necesidades institucionales del proyecto.</p> <p><b>7.</b> El ambiente en el sitio de trabajo es tranquilo y propicio para el normal desarrollo de las actividades, además propicia la autonomía en la toma de decisiones.</p> <p><b>8.</b> Existencia del sustrato teórico que sustenta el proyecto como una forma garante para el acceso nacional al desarrollo humano.</p> <p><b>9.</b> Existencia del campus central de la UIS sede Barrancabermeja.</p>	<p>ciudadanas a las entidades e instituciones prestadoras de servicios en el tema VIH SIDA. (F1, F2, F4, F7, F8, O1, O3, O5).</p> <p><b>3. Creación y fortalecimiento de alianzas estratégicas. (F1, F2, F3, F4, F6, F8, O1, O2, O5).</b></p> <p><b>4.</b> Sensibilización a funcionarios de la rama judicial encargados de procesos adelantados a favor de personas con diagnóstico de VIH SIDA. (F3, F4, F6, O1, O2, O3, O4).</p>	<p><b>2.</b> Incidencia desde el ente territorial en la evaluación y seguimiento al conducto de vigilancia epidemiológica. (D1, D2, D3, O1, O2, O3, O4)</p> <p><b>3.</b> Gestión de espacio físico y recursos ofimáticos. (O4, O5, O6, O1)</p>
<b>AMENAZAS</b>	<b>ESTRATEGIAS (FA)</b>	<b>ESTRATEGIAS (DA)</b>

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Destinación de los recursos para el programa de VIH/SIDA dentro de los recursos para los demás programas de salud sexual y reproductiva.</li> <li>2. El tratado de libre comercio TLC puede disminuir la calidad de los medicamentos antirretrovirales y por consiguiente desmejorar el efecto sobre los pacientes.</li> <li>3. Influencia de los medios masivos de comunicación sobre los comportamientos y actitudes de riesgo en la juventud actual.</li> <li>4. Creencias, mitos y conciencia que se tienen respecto a la sexualidad y al uso del condón.</li> <li>5. Feminización de la pandemia debido a la estructura de tipo machista y patriarcalista en la que se sustenta la sociedad.</li> <li>6. Incidencia en el número de casos de mujeres y jóvenes VIH positivos.</li> <li>7. Evolución progresiva de las personas con diagnóstico de VIH a etapa SIDA lo cual implica un costo mayor para el sistema de salud.</li> <li>8. Amenazas y persecuciones a personas con diagnóstico de VIH/SIDA en el municipio por parte de actores armados ilegales.</li> <li>9. Alto costo de los exámenes para detectar el contagio por VIH.</li> <li>10. Discriminación social y familiar por orientación sexual y por contagio por VIH.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover convenios con los laboratorios proveedores de medicamentos antirretrovirales. (F2, F3, F4, F6, A1, A2, A5, A7, A8).</li> <li>2. Promover la participación ciudadana y comunitaria en salud. (F1, F2, F3, F5, F8, A3, A6, A7, A8, A9)</li> <li>3. Educación en salud sexual y reproductiva a grupos vulnerables y vulnerados. (F1, F2, F3, F5, F8, A3, A6, A7, A8, A9)</li> <li>4. <b>Análisis y procesamiento de información. (F1, F2, F3, F4, F6, F8, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10).</b></li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promover la defensa de derechos de las personas que viven y conviven con VIH/SIDA. (D1, D2, A1, A2, A5, A7, A8, A9, A10).</li> </ol>
---	--	--

### 3.1.2. ANÁLISIS DE LA MATRIZ DOFA

En el proceso llevado a cabo, se realizó un ejercicio de acercamiento a la realidad del problema de interés mediante una exploración general de la situación a través de fuentes de información y ubicación en el contexto social. Esta etapa de exploración, denominada en el proceso como “Caracterización de la Situación del VIH/SIDA” en el municipio de Barrancabermeja, dio como resultado una primera experiencia de inmersión en la realidad que permitió tener un mayor conocimiento y acercamiento a los lineamientos generales que caracterizan la realidad particular frente al VIH SIDA.

A continuación, se presenta a manera de análisis discursivo la profundización de los aspectos relevantes contemplados en la matriz para mostrar los resultados obtenidos de este proceso:

- **Lectura de las oportunidades**

El proyecto del Observatorio Regional de Desarrollo Humano forma parte de la Dirección de Regionalización de la Universidad Industrial de Santander, universidad reconocida regional y nacionalmente por liderar procesos de excelente formación de profesionales y de intercambio y aportes desde las distintas ciencias y saberes al progreso y al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Dentro de este marco, el proyecto del Observatorio cumple y refleja la misión de extensión de la Universidad, de interacción y articulación con la sociedad, dirigido a fortalecer procesos democráticos en referencia con el Desarrollo Humano en los municipios y en las regiones en los que la Universidad Industrial de Santander tiene presencia. De esta manera, el Observatorio avanza en contribuir al conocimiento, intervención y movilización de procesos encaminados a la construcción del bienestar social, de modo que en esta lógica el Observatorio adoptó el paradigma de Desarrollo Humano propuesto

por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, como sustento al conocimiento, reflexión y acción en la realidad. El Observatorio observa e interviene, conoce y actúa sobre lineamientos como los Objetivos de Desarrollo de Milenio que constituyen un plan convenido por todas las naciones del mundo y todas las instituciones de desarrollo más importantes a nivel mundial, trazados para el 2015.

Dentro de estos objetivos que se orientan a reducir la pobreza, las desigualdades, la mortalidad prevenible, entre otros, se encuentra el sexto objetivo denominado: “Combatir el VIH SIDA, la malaria y el dengue”<sup>41</sup>. Este objetivo con relación al VIH/SIDA es de gran interés en el país, ya que esta enfermedad es considerada según la ley 972 de 2005 (por medio de 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), como de interés y prioridad nacional en la atención integral en la lucha contra el VIH SIDA y el acuerdo 117 del 2000 que la definió como una enfermedad de interés en salud pública, situación que afecta a la persona, a su familia, la comunidad y el sistema de aseguramiento en salud y al Desarrollo Humano.

En los 25 años transcurridos desde que se declaró el primer caso de SIDA, esta enfermedad se ha convertido en la principal causa de muerte prematura en el África Subsahariana y en la cuarta causa de muerte a nivel mundial. Más de 20 millones de personas han muerto en todo el mundo desde que comenzó la epidemia, y a finales de 2004, había unos 39 millones de personas que vivían con el VIH. En los países más afectados, la epidemia del SIDA, además de provocar incalculables sufrimientos ha dado marcha atrás a los progresos de desarrollo que habían tardado décadas en conseguirse. Casi ningún país se ha librado de esta amenaza.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> Op. cit. CONPES Social 91.

<sup>42</sup> Tomado de: [http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/goal\\_1.htm](http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/goal_1.htm) el día 25 de febrero de 2008

En la Declaración de Compromiso de Lucha Contra el VIH/SIDA, realizada durante la Asamblea General de las Naciones Unidas de junio de 2001, se reitera en los siguientes puntos el interés y urgencia de intervenir integralmente frente a la situación de VIH SIDA:

“observando con profunda preocupación que la epidemia mundial de VIH/SIDA, por sus dimensiones y consecuencias devastadoras, constituye una emergencia mundial y uno de los desafíos más graves para la vida y la dignidad del ser humano, así como para el disfrute efectivo de los Derechos Humanos, que socava el desarrollo económico y social en todo el mundo y afecta a todos los niveles de la sociedad: individual, familiar, comunitario y nacional; observando con gran preocupación que la epidemia del VIH/SIDA afecta a todas las personas, ricas y pobres, sin distinción de edad, género o raza, y observando además que los habitantes de países en desarrollo son los más afectados y que las mujeres, los jóvenes y los niños, en particular las niñas, son los más vulnerables; preocupados también por el hecho de que el VIH/SIDA, de seguir propagándose, constituirá un grave obstáculo para la consecución de los objetivos mundiales de desarrollo que aprobamos en la Cumbre del Milenio”.

Lo anteriormente expuesto revela la apremiante necesidad y llamado internacional a dar respuesta urgente y efectiva a la problemática de VIH SIDA en los países de todo el mundo, ya sea que tengan altos o bajos índices de morbi-mortalidad por esta enfermedad, se resalta la importancia del trabajo en cooperación internacional y en articulación multisectorial e interinstitucional para reconocer la problemática y planear acciones en todos los entes nacionales y locales.

Frente a la problemática de VIH/SIDA a nivel internacional y nacional se han propuesto lineamientos para dar respuesta a esta situación, a nivel internacional se ha priorizado básicamente en espacios como: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA (ONUSDIDA) creado en 1996, compromisos de UNGASS 2001. (Sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas), iniciativa 3 x 5 (Tres millones para 2005) en el año 2003, recomendaciones del equipo especial de trabajo (Global Task Team) Junio de 2005, Cumbre del G8 (Julio de 2005), Asamblea General de Naciones Unidas (Septiembre de 2005); a nivel nacional se han hecho

adelantos y actualmente, se encuentra en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010, el Plan Nacional de Respuesta al VIH/SIDA 2008-2011, y el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010.

En el marco legal propuesto en el presente informe se contextualizan la normatividad a nivel internacional y nacional frente al VIH SIDA. De manera particular existen protocolos que reglamentan la atención integral a personas con VIH y SIDA: en la Ley 972 de 2005, por la cual se mejora la norma para atender la enfermedad, el Decreto 1543 por medio del cual reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), y la Resolución 3442 de 2006 que es el Modelo de Gestión Programática frente el VIH/SIDA.

En el caso del aseguramiento al sistema de salud, las personas con VIH/SIDA son vulneradas en sus derechos ya que aunque existe la normatividad y reglamentación para la atención y seguimiento a las personas con VIH o con SIDA, en la mayoría de los casos las entidades aseguradoras y prestadoras del servicio de salud no cumplen los reglamentos y se presenta inequidad porque estos pacientes representan para la entidad un alto costo; en el régimen contributivo se ha ido avanzando en la inclusión de la carga antirretroviral pero aún no está incluido en el subsidiado<sup>43</sup>. El sistema de seguridad funciona bajo el esquema del subsidio a la demanda y a la oferta, pero éste no ha cumplido el objetivo de unificar los planes de beneficios ni tampoco de aseguramiento universal; muchas personas con VIH/SIDA deben cubrir sus gastos en medicamentos y tratamiento. Así mismo las personas de escasos recursos enfermas en el municipio, que representan la mayoría de los casos, se les dificulta mantener el tratamiento, mantener niveles adecuados de nutrición, y en el caso de Barrancabermeja, el municipio no cuenta con capacidad instalada para ofrecer servicios en el tercer nivel en salud, no se presta la atención de

---

<sup>43</sup> CÓRDOBA, Guillermo. Atención de la infección por VIH/SIDA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia. Ministerio de Protección Social. Disponible en internet: [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co).

infectología, y las personas deben desplazarse en precarias condiciones a la ciudad de Bucaramanga para recibir la atención y en muchos casos las entidades encargadas no ofrecen hogares de paso en caso que la personas requieran estar más de un día en la ciudad.

Estas condiciones económicas obstaculizan a las personas seguir con el tratamiento, razón por la cual muchas veces lo abandonan. Igualmente la pérdida de empleo y la inestabilidad laboral dificulta el proceso de superación de la enfermedad y es una problemática que requiere atención e intervención ya que a nivel municipal, las personas con VIH SIDA tienden a ser excluidas del sistema laboral y pasan por precarias condiciones para sobrevivir. Estas condiciones y limitaciones obstaculizan el desarrollo humano agudizando las condiciones de inequidad, injusticia y pobreza social.

- **Lectura de las debilidades**

Durante el proceso de exploración y acercamiento institucional en el mes de diciembre se constató la ausencia de programas y proyectos institucionales y gubernamentales permanentes y articulados que den respuesta efectiva a la incidencia del VIH/SIDA. Esta apreciación se basa en lo observado y hallado durante los acercamientos a instituciones como la Secretaria de Salud Municipal, la Corporación Obusinga, la Corporación Bohiti y el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio. De manera general, se presenta a continuación el desarrollo de dicho aspecto:

A nivel de las entidades de la administración municipal, como lo es la Secretaria de Salud, dentro del Plan de Atención Básica (PAB) planeado para el año 2007, se encontraron las siguientes características: el Programa de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) se planea como línea de trabajo dentro del PAB municipal; algunas de las debilidades encontradas en éste, son: el proyecto se realiza por contratación temporal de personal para ejecutarlo, 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, débil articulación institucional con entidades de salud y entidades que trabajan en relación a la problemática.

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 de psicología y de enfermería, factor que visibiliza que los procesos de planeación y ejecución del proyecto son 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 bajo impacto y corto-placistas, lo cual se pudo constatar revisando los informes de interventoría de las acciones realizadas por el equipo de trabajo (VER ANEXO 9 Cronograma de actividades en SSR). Se observó que las acciones y tareas del proceso de planeación son poco estratégicas y se realizan de manera desarticulada para dar respuesta a la problemática. Por ejemplo, dentro de las acciones realizadas se encontraron charlas a pequeños grupos de población, esporádicos conversatorios, fogatas, capacitación, campañas publicitarias, pero dichas acciones no cobijan un gran porcentaje de la población. Se puede concluir que estas acciones y esfuerzos tanto económicos como de personal generaron bajo impacto y respuesta por parte de la comunidad y las instituciones en la disminución y prevención de la enfermedad. Esta crítica reflexiva se sustenta en el hecho de que la persona es un ser multidimensional que se desenvuelve en distintos contextos, razón por la cual la respuesta debe ser integral y continua frente a este evento en salud como lo es el VIH SIDA. Del mismo modo, para responder a dicha situación se deben analizar todos los componentes desde los cuales se puede abordar como los son: en atención, en prevención, en promoción, en control, en reducción, en vigilancia, en seguimiento, y en información.

En el proceso de exploración y acercamiento institucional, a nivel de las entidades no gubernamentales y que trabajan en relación con Salud Sexual y Reproductiva y VIH/SIDA, se encontraron las siguientes: la Corporación

OBUSINGA, la Corporación BOHITI y el PDPMM\*. Cada una de ellas realiza y adelanta acciones y procesos frente a la situación de VIH SIDA en el municipio y en el Magdalena Medio y reciben financiamiento a través de cooperación internacional por parte de la Unión Europea, OIM, UNFPA, ONUSIDA y 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 a gran número de jóvenes que no están en situación de desplazamiento. En dicho proyecto, participaron la Corporación OBUSINGA, la Corporación BOHITI, el PDPMM, la Secretaría de Salud Municipal y algunas entidades de salud como CAFABA. Este proyecto es el único antecedente encontrado sobre respuesta al VIH/SIDA y básicamente las acciones realizadas, estuvieron orientadas hacia capacitación en prevención, dotación de herramientas de planificación y condones, realización de pruebas, asesoría pretest y postest, 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. De esta manera, cada institución continuó con su trabajo particular en relación con el VIH/SIDA. Sin embargo, se encontró que hay convenios y apoyos institucionales entre algunas instituciones de acuerdo al proyecto o programa que desarrollen estas entidades.

En este sentido, y según lo explorado, en la región hay presencia de diverso número de entidades tanto públicas como privadas y no gubernamentales que tienen su área de influencia en el municipio y zonas aledañas, e intervinieron de diversas formas en la realidad particular de interés, ejecutando acciones alejadas de la articulación institucional. Se resalta que esta característica de fragmentación y desarticulación de esfuerzos y recursos no permite avanzar

---

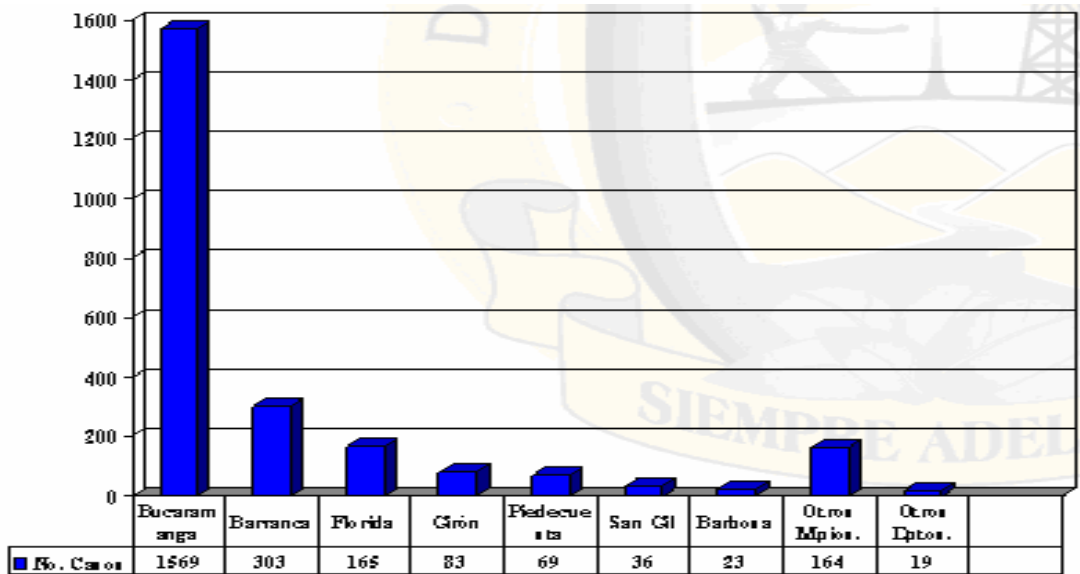
\* Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio

en la construcción de un trabajo conjunto que se dirija a generar mayor impacto positivo en la situación del VIH/SIDA en el municipio.

Es evidente que el manejo de información y fuentes fidedignas que den cuenta de la real situación del VIH 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. En todo caso, son escasas las fuentes para acceder a información en temas relacionados con este evento de interés en salud pública.

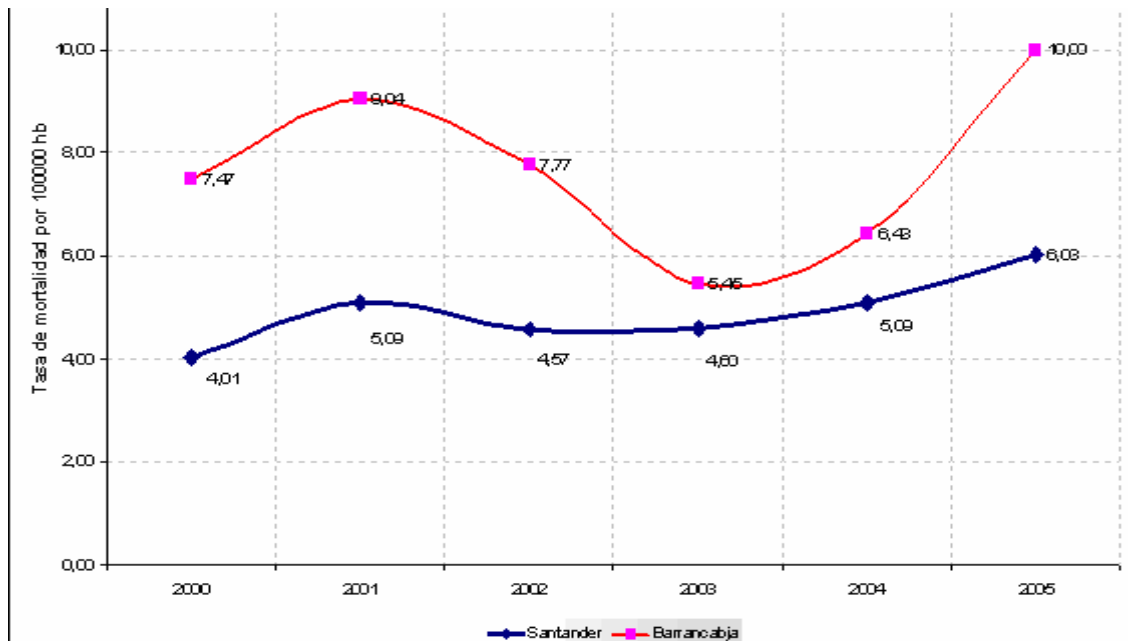
En el municipio durante el mes de diciembre, no se pudo obtener por parte de la Secretaria Municipal de Salud información por ausencia de la persona encargada del manejo de dicha información. Lo que se pudo constatar es que según datos generales de la Secretaria Departamental de Salud, el municipio de Barrancabermeja (VER gráfico 3) es el segundo municipio de Santander con mayor número de casos por VIH SIDA desde 1986 hasta mitad de año de 2007, según datos del Observatorio Regional de Desarrollo Humano, con base en datos del DANE, es el primer municipio por tasa de mortalidad (VER gráfico 4).

**Gráfico 3. Casos de VIH. Santander 1986 a junio 30 de 2007**



Fuente: Salud Sexual y Reproductiva. Secretaría de Salud Departamental.

**Gráfico 4. Tasa de Mortalidad VIH Santander 2000-2005**



Fuente: DANE – Cálculos ORDHS UIS

Por otra parte, durante el proceso de práctica académica, en el mes de Diciembre se presentó una limitante circunstancial debido a una limitación en la disponibilidad de recursos ofimáticos, dado que para la fecha, el espacio del

CENTIC se encontraba fuera de servicio en la sede de la universidad de Barrancabermeja.

- **Lectura de fortalezas:**

Las fortalezas identificadas durante el proceso del proyecto sobre la situación de VIH SIDA en el municipio de Barrancabermeja, se enmarcan en la oportunidad que brinda la Universidad Industrial de Santander desde el Observatorio Regional de Desarrollo Humano, cuyo propósito fundamental es generar procesos significativos en la región respecto al conocimiento de la realidad, incidencia política, democracia participativa y alianzas estratégicas. Dicho Observatorio es un proyecto en construcción y que ha ganado aliados e importantes apoyos como el del PNUD y el Sistema Regional de Planeación Participativa del Magdalena Medio.

Adicionalmente, se encuentra como fortaleza el sustento y el marco teórico sobre los Derechos Humanos, al igual que las convenciones y organismos internacionales que tratan la problemática mundial del VIH SIDA y otorgan los lineamientos y directrices para abordar y responder a la problemática a nivel mundial.

- **Lectura de amenazas:**

Partiendo de los reportes y datos estadísticos que dan cuenta que, a pesar del subregistro, la problemática de VIH SIDA presenta altos índices de morbilidad y mortalidad en la Provincia de Mares y en el municipio de Barrancabermeja (VER GRAFICO 2 Y 3), es evidente que en el municipio no se prioriza la necesidad de intervenir directamente sobre dicha problemática. Se alude a ella, como temática más en el paquete del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva del PAB de la Secretaria de Salud Municipal sin presupuesto específico para atenderla, desconociéndose la importancia prioritaria de la misma.

Sin embargo, necesario es reconocer que la situación del VIH/SIDA en el municipio es de interés de la Secretaria de Salud Municipal, y en especial, de

la dependencia de vigilancia epidemiológica. En una breve entrevista con la coordinadora de esta dependencia (VER ANEXO 4), se resaltó la importancia de intervenir para prevenir y disminuir los casos de VIH SIDA que, según reporte epidemiológico, van en aumento considerable cada año (aprox. 50 casos al año), con especial incidencia en población joven y en mujeres, ubicadas en el rango de 18 a 45 años. Además, se presume que ha mejorado el reporte y manejo de la información por parte de las entidades de salud.

Por otra parte, según lo explorado por el Proyecto Colombia en el municipio, con encuestas sobre conocimientos, prácticas y actitudes (encuestas CAP) de los jóvenes frente al VIH SIDA se concluye que persisten los imaginarios erróneos tanto individuales como colectivos frente a la sexualidad y el VIH/SIDA, continúan en los imaginarios de los jóvenes los tabú y mitos frente al VIH/SIDA respecto a su propagación y contagio, y asimismo la estigmatización y discriminación hacia las personas 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 a estas personas, sacándolas de sus casas, ultrajándolas y negándoles cualquier vínculo familiar después del diagnóstico; además, en el municipio esta estigmatización y discriminación se vio 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 con VIH/SIDA; 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 también 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, ésto 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 da una mayor garantía en salud a sus empleados, pero en general y en los casos mayormente conocidos, las personas son despedidos de su trabajo debido al rechazo y estigmatización social, sumado esto, se encuentra la crisis de empleo que vive en la que no hay estabilidad laboral y se ve vulnerado a la mayoría de la población el derecho al trabajo, propiciando la agudización de la pobreza y obstaculizando las funciones y desarrollo de capacidades y potencialidades para vivir una vida 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 ultimo es un factor de importante atención ya que, en condiciones de pobreza en las cuales se agudizan el hambre y la miseria, es consecutivo que la enfermedad por 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, así mismo, el rejuvenecimiento de la enfermedad. Por feminización del VIH SIDA 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 se resalta que *“la proporción de hombres infectados respecto a mujeres infectadas ha pasado de 11.2 a 2.8 en el periodo comprendido entre 1985 y 2004. Se impone entonces la necesidad de dar un enfoque de género a los programas”*.<sup>45</sup> Esta tendencia también es sentida en el municipio de Barrancabermeja en donde la relación de

---

<sup>45</sup> Plan Nacional de Respuesta al VIH SIDA 2008-2011. Pág.11

hombre mujer con VIH SIDA ha disminuido siendo más cercana la proporción. De igual forma el rejuvenecimiento de la epidemia reflejado en mayor número de jóvenes entre los 15 y 25 con VIH/SIDA, como también el aumento en la propagación de recién nacidos con VIH/SIDA; se puede entender por las implicaciones que la feminización de la epidemia ha tomado; en este caso la cultura patriarcalista y machista sustentada en relaciones desiguales de género hacia la mujer en la sociedad y el control social que se ejerce en el no manejo o papel negociador de la mujer frente a las relaciones sexuales y de su cuerpo y la falta de educación, son factores estructurales que propician el aumento de la epidemia en la mujer, y este a su vez, en la posibilidad de quedar embarazada y de transmitirlo a su hijo/a si no se tiene un diagnóstico y tratamiento oportuno.\*

Otro aspecto importante durante el proceso de caracterización de las amenazas, se refiere a las implicaciones que un posible Tratado de Libre Comercio (TLC) tendría respecto a la calidad y disponibilidad de los medicamentos y tratamientos para personas con VIH/SIDA. Los medicamentos antirretrovirales\* aumentan el costo y sus sustitutos genéricos no tienen la misma calidad, afectándose de ésta manera, el proceso de recuperación de la enfermedad. Cuando se trata el tema del derecho a la salud, también se llama la atención respecto a las condiciones que puede imponer un modelo económico de libre comercio en el cual las relaciones del mercado e intercambio mercantil de servicios y bienes ubican a la salud, no como un derecho sino como un servicio, escenario en el cual la persona solo puede acceder a él según la ley de la oferta y la demanda y sobre este aspecto, el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, no está lo suficientemente fortalecido respecto a la cobertura universal de los planes de aseguramiento; es por esta razón, que continuamente las personas con VIH SIDA deben acudir

---

\* Para mayor profundidad en el tema se recomienda leer: Género, VIH SIDA y Derechos Humanos, del Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM,2000), en la página WEB: [www.unifem.unpd.org](http://www.unifem.unpd.org)

\* Las terapias Antirretrovirales son fármacos que retardan o suspenden la reproducción del virus, o sea tienen como misión evitar que el virus se replique y por consiguiente evitan el deterioro del sistema inmunológico

a la tutela como única instancia para exigir el derecho a la salud, con los medicamentos y la atención legalmente establecida.

Para finalizar, cabe aclarar que la elaboración de la anterior caracterización situacional, permitió definir el proceso de planeación que se presenta a continuación (a partir de la elaboración de planes operativos para los meses de febrero, marzo, abril, mayo del año 2008) con base en las alternativas estratégicas generadas en la matriz DOFA.

### **3.2. PRIMERA ETAPA DEL PROCESO DE PLANEACIÓN**

La planeación es un medio, una herramienta de trabajo que puede ser utilizada en distintos niveles para la toma de decisión e intervención\*, de los procesos en pro del Desarrollo Humano de las poblaciones por parte de las y los Trabajadores Sociales. La planeación se convierte en una herramienta importante en el proceso de intervención de Trabajo Social puesto que permite definir el camino por el cual se va a dar alcance de los objetivos propuestos.

Mediante la elaboración de dos planes operativos se pudo consolidar el proceso de planificación para el proceso de intervención propiamente dicho por parte de Trabajo Social, partiendo de la definición de las dos líneas estratégicas mencionadas anteriormente: análisis y procesamiento de la información y creación y fortalecimiento de alianzas estratégicas.

#### **3.2.1. OBJETIVOS DE LA PRÁCTICA ACADÉMICA.**

General:

Conocer el contexto general de la situación del VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja, Santander, con el propósito de visibilizar la situación

---

\* TOBON, María; ROTTIER, Norma; MANRIQUE, Antonieta. La práctica profesional del Trabajador Social. CELATS. Perú, 1983.

existente en el municipio y promover la organización de los actores sociales pertinentes para dar respuesta efectiva a esta problemática.

Específicos:

- Analizar la dimensión de la situación del VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja, Santander.
- Conocer la situación en materia de derechos humanos de las personas que viven con VIH o con SIDA en el municipio de Barrancabermeja.
- Indagar sobre el cumplimiento en los protocolos de atención integral y de vigilancia epidemiológica para el manejo de casos de VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja, Santander.
- Explorar la calidad y efectividad de los programas de promoción y prevención existentes en el municipio con relación al VIH/SIDA.
- Promover la consolidación de alianzas estratégicas entre las instituciones que trabajan en relación al VIH/SIDA en la articulación del trabajo y la maximización del impacto social de las acciones institucionales frente a VIH/ SIDA

### 3.2.2. Plan Operativo 1.

**OBJETIVO 1:** Caracterizar la situación en materia de derechos humanos, programas de prevención y promoción, atención integral y vigilancia epidemiológica en caso de VIH SIDA en el municipio de Barrancabermeja.

**ESTRATEGIA:** Análisis y procesamiento de la información.

<b>ACCIONES ESTRATÉGICAS</b>	<b>TAREAS</b>	<b>METAS</b>	<b>INDICADORES O CRITERIOS DE MEDIDA</b>	<b>AVANCE DE PROCESOS</b>
1. Análisis teórico conceptual de la problemática a intervenir.	<p>Listar material teórico conceptual sobre VIH/SIDA</p> <p>Abordaje de documentos teóricos conceptuales pertinentes a la problemática de</p>	<p>Al 29 de enero se habrá listado material teórico conceptual sobre tema VIH/SIDA</p> <p>Al 4 de febrero se habrá abordado documentos teóricos conceptuales pertinentes a la</p>	<p>Listado de material teórico conceptual sobre VIH/SIDA.</p> <p>Matriz de referencia bibliográfica sobre documentos pertinentes sobre VIH/SIDA.</p>	<p>Listado el material teórico-conceptual sobre VIH/SIDA.</p> <p>Elaborada la matriz de referencia bibliográfica sobre con relación a los siguientes tópicos:</p>

	VIH/SIDA	problemática de VIH/SIDA.		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normatividad</li> <li>• Atención Integral</li> <li>• Vigilancia Epidemiológica</li> <li>• Derechos Humanos con relación al VIH</li> </ul> (Ver anexo N° 1)
2. Acercamiento a las fuentes de información	<p>Identificación de fuentes secundarias y primarias de información sobre VIH/SIDA en el municipio.</p> <p>Exploración de fuentes secundarias de información sobre VIH/SIDA en el municipio</p>	<p>Al 30 de enero se habrán identificado las fuentes secundarias y primarias de información.</p> <p>Al 7 de febrero se habrán explorado las fuentes secundarias de información en el municipio</p>	<p>Listado de fuentes secundarias y primarias de información sobre VIH/SIDA en el municipio.</p> <p>Archivo con información de fuentes secundarias respecto a VIH/SIDA en el municipio.</p>	<p>Identificadas las fuentes secundarias y primarias de información.</p> <p>Elaborado un listado de fuentes secundarias de información. (Ver Anexo N° 2)</p> <p>Creado un anexo con entrevistas a fuentes secundarias de información.( Ver Anexo N° 3)</p>

	Exploración de fuentes primarias de información sobre VIH/SIDA en el municipio.	Al 14 de febrero se habrán explorado las fuentes primarias de información sobre VIH/SIDA en el municipio.	<p>Compilado un registro fotográfico de búsqueda de información en fuentes secundarias en el municipio</p> <p>Archivo con información de fuentes primarias respecto a VIH/SIDA en el municipio.</p>	<p>No se obtuvo esta meta debido al desconocimiento de la existencia del recurso fotográfico en la institución.</p> <p>Creado un anexo con entrevistas a las fuentes primarias de información. (Ver Anexo N° 4)</p>
3. Profundización en el conocimiento de la realidad a intervenir	Implementación de técnicas de recolección de información sobre VIH/SIDA	Al 20 de febrero se habrán implementado las técnicas de recolección de información.	<p>Diligenciados los documentos y formatos para la recolección de información.</p> <p>Compilado un registro fotográfico de</p>	<p>Creado un anexo con entrevistas a las fuentes primarias de información. (Ver Anexo N° 4)</p> <p>No se presenta este indicador debido al</p>

			implementación de técnicas de recolección de información.	desconocimiento de la existencia del recurso fotográfico en la institución.
4. Análisis de información obtenida.	<p>Clasificación de la información obtenida por componentes</p> <p>Análisis de la información sobre VIH/SIDA en el municipio</p>	<p>Al 22 de febrero se tendrá clasificada la información recolectada</p> <p>Al 5 de marzo se habrá analizado la información sobre VIH/SIDA en el municipio.</p>	<p>Archivos con clasificación por componentes de la información recolectada</p> <p>Elaborado un documento de análisis de información sobre VIH/SIDA en el municipio</p>	<p>Se clasificaron las entrevistas con marcadores que posibilitan la identificación de los relatos por componentes.</p> <p>Ejecución presentada en el ítem 3.3</p>
5. Socialización de diagnóstico de la situación de VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja	Presentación del diagnóstico sobre la situación de VIH/SIDA en el municipio.	Al 11 de marzo se habrá presentado informe final sobre la situación de VIH/SIDA en el municipio.	Elaborado documento de informe final sobre la situación de VIH/SIDA en el municipio.	Creado el documento de caracterización de la situación de VIH SIDA en el municipio de Barrancabermeja, Santander.

### 3.2.3. Plan Operativo 2.

**OBJETIVO 2:** Consolidar alianzas estratégicas y acuerdos entre el ORDHS y las instituciones que trabajan en relación a VIH SIDA en el municipio de Barrancabermeja, Santander.

**ESTRATEGIA:** Creación y fortalecimiento de alianzas estratégicas.

ACCIONES ESTRATÉGICAS	TAREAS	METAS	INDICADORES O CRITERIOS DE MEDIDA	AVANCE DE PROCESOS
1. Caracterización de las instituciones con trabajo relacionado en VIH/SIDA.	Listar grupo de instituciones potenciales para establecer alianzas estratégicas.	Al 30 de enero se habrá listado un grupo de instituciones potenciales para establecer alianzas estratégicas en el tema VIH/SIDA	Listado un grupo de instituciones con miras a establecer alianzas.	Se listó un grupo de instituciones cuyo trabajo esta directa e indirectamente relacionado con el tema VIH/SIDA. (Ver Anexo N° 2)
2.Acercamiento	Programar las visitas a	Al 30 de enero se habrá	Establecido un	Las visitas a las

<p>institucional.</p>	<p>las instituciones potenciales para establecer alianzas estratégicas.</p> <p>Definir puntos de trabajo a acordar con las visitas institucionales.</p> <p>Realización de las visitas a las instituciones programadas</p>	<p>programado las visitas institucionales.</p> <p>Al 1 de febrero se habrá definido los puntos de trabajo a acordar con las visitas institucionales.</p> <p>Al 6 de febrero se habrán realizado las visitas programadas a las instituciones.</p>	<p>programador de visitas a las instituciones relacionadas con la temática VIH/SIDA.</p> <p>Elaborada una guía con puntos de trabajo definidos a acordar con las instituciones.</p> <p>Compilado un registro fotográfico de las instituciones visitadas.</p> <p>Elaboradas las relatorías de las visitas realizadas a las instituciones.</p>	<p>instituciones listadas se realizaron durante el mes de febrero.</p> <p>La guía no se elaboró pero se realizaron contactos que permitieron consolidar el objetivo propuesto.</p> <p>Se logró el registro de algunas de las visitas realizadas (Ver anexo N° 1 CD)</p> <p>Se relataron los alcances realizados en las visitas institucionales. (Ver anexo N° 3)</p>
<p>3. Consolidación de alianzas estratégicas con</p>	<p>Evaluar el interés de las instituciones en la</p>	<p>Al 7 de febrero se tendrá evaluado el interés de</p>	<p>Listado un grupo de instituciones dispuestas a</p>	<p>Convocatoria realizada a las personas e</p>

<p>las instituciones acordadas.</p>	<p>consolidación de las alianzas.</p> <p>Establecer los propósitos de la alianza a realizar entre el ORDHS y las instituciones.</p> <p>Agendar plan de trabajo con las instituciones vinculadas al</p>	<p>las instituciones hacia las posibles alianzas.</p> <p>Al 15 de febrero se habrá establecido los propósitos de la posible alianza interinstitucional a establecer.</p> <p>Al 22 de febrero se tendrá agendado un plan de trabajo</p>	<p>establecer alianzas institucionales.</p> <p>Firmada el acta de asistencia a la reunión de establecimiento de propósitos.</p> <p>Elaborada una relatoría con los resultados de la reunión.</p> <p>Compilado un registro fotográfico con los miembros de las instituciones asistentes.</p> <p>Elaborado cronograma de la agenda de trabajo pactado con las</p>	<p>instituciones señaladas en el anexo N° 2 (ver formato de invitación anexo n° 5)</p> <p>Ver Anexo n° 6</p> <p>Se elaboró la relatoría presentada en el Anexo n° 8.</p> <p>Ver anexo Fotos 3 CD adjunto</p> <p>Se pactaron algunos compromisos establecidos en la</p>
-------------------------------------	--	--	---	--

	establecimiento de la alianza estratégica.	interinstitucional.	instituciones.	relatoría de la reunión de establecimiento de la alianza.
4. Ejecución de las acciones programadas por las instituciones pertenecientes a la alianza.	Definición de responsabilidades institucionales en el trabajo de fortalecimiento de la alianza.	Durante el mes de marzo se tendrán definidas las responsabilidades del trabajo interinstitucional. <sup>46</sup>	Acta de compromisos pactados para el trabajo de incidencia en VIH/SIDA en el municipio.	Se creó un acta de establecimiento de la alianza y de compromisos pactados. (Ver anexo nº 7)
5 Evaluación de consolidación de las alianzas.	Evaluar la consolidación de las alianzas estratégicas ORDHS e instituciones con trabajo en VIH/SIDA.	Al 27 de febrero se habrá evaluado el proceso de consolidación de alianzas estratégicas.	Compilados los formatos para la evaluación de la constitución de las alianzas.	La evaluación de conformación de la alianza fue satisfactoria. (Ver formatos Anexo 10)

<sup>46</sup> Fecha con posibilidad de modificación según calendario académico de las sedes de la Universidad.

### 3.3. EJECUCIÓN

**3.3.1. OBJETIVO 1:** Elaborar un diagnóstico sobre la situación de Derechos Humanos, los programas de prevención y promoción, atención integral y vigilancia epidemiológica en caso de VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja.

ESTRATEGIA: Análisis y procesamiento de la información.

Vale la pena resaltar la importancia que en los procesos de intervención en un contexto sociodemográfico y temporal particular, es prioritario realizar un proceso de exploración y acercamiento a la realidad específica y una lectura crítica reflexiva de las particularidades que permitan su abordaje. Por ello, se partió del conocimiento de la realidad o situación específica del VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja.

Para llevar a cabo este proceso de conocimiento de la realidad, se partió de una estrategia metodológica orientada al análisis y procesamiento de la información con el objetivo de analizar la situación en materia de Derechos Humanos, Programas de Prevención y Promoción, Atención Integral y Vigilancia Epidemiológica de VIH SIDA en el municipio de Barrancabermeja.

Para la elaboración de la caracterización sobre VIH SIDA se realizó inicialmente y durante el proceso, el análisis teórico conceptual de la problemática, por medio de la búsqueda y exploración bibliográfica y documental tanto teórica, como conceptual y legal a nivel internacional y nacional. Estos documentos fueron objeto de lectura y análisis para la aprehensión y conocimiento sobre el manejo de contenido, obteniendo un diverso complejo de documentos e información relevantes con la temática que, posteriormente se organizaron y clasificaron en una matriz de referencia bibliográfica (VER ANEXO 1) con relación a los tópicos o componentes de

estudio: normatividad, atención Integral, vigilancia Epidemiológica, Derechos Humanos con relación al VIH, enfoque teóricos de sustento al informe.

Para la elaboración de la matriz bibliográfica se listaron, organizaron, clasificaron y ordenaron en la matriz los documentos para tener un archivo que permitiera tener una referencia clara de los documentos de interés para la caracterización de la situación de VIH/SIDA y facilitar la tarea de abordaje de la problemática. Este abordaje permitió tener un mayor conocimiento sobre la problemática de VIH/SIDA y una mayor contextualización de dicha situación a nivel internacional y nacional, visualizándose el posicionamiento prioritario de la problemática de VIH/SIDA en las agendas internas y externas de todos los países del mundo y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio acordados por 187 países del mundo. Igualmente, se constató la interrelación de la epidemia de VIH/SIDA y el Desarrollo Humano de los países; y las implicaciones de ella en el avance en los Derechos Humanos, la calidad de vida, la eliminación de la pobreza e inequidades sociales, además, de los factores causales y consecuenciales que propician y mantienen el aumento y propagación de la epidemia, así como los cambios en las tendencias de la misma.

En segundo lugar, para lograr una mayor inmersión y conocimiento de la realidad se llevó a cabo una estrategia de acercamiento a fuentes de información. Dicho proceso se realizó en un primer momento durante el mes de diciembre, periodo que permitió tener una primera mirada al panorama de fuentes de información existentes.

En la planeación de este proceso de acercamiento a la información se siguieron los siguientes pasos: a) Identificación de fuentes secundarias y primarias de información sobre VIH/SIDA en el municipio b) Exploración de fuentes secundarias de información sobre VIH/SIDA en el municipio, c) Exploración de fuentes primarias de información sobre VIH/SIDA en el municipio. Para llevar a cabo el primero, se listaron las fuentes tanto primarias como secundarias de información. Como fuentes secundarias de información

se entiende el ente, institución de salud o institución relacionada en el trabajo con VIH/SIDA en el municipio y como fuente primaria, aquellas entidades y principalmente personas que tienen un conocimiento y manejo de la temática por su cercanía con el trabajo en torno a esta situación, así como las personas que viven con VIH/SIDA. El listado de fuentes secundarias se realizó mediante la búsqueda de una base de datos de entidades de salud tanto EPS, EPS-S, IPS y otras en la Secretaria de Salud Municipal y en el directorio telefónico. Se elaboró un listado con estas instituciones (VER ANEXO 2) y posteriormente, se planearon las visitas de acercamiento a las respectivas fuentes de información.

Se realizaron acercamientos a las siguientes entidades durante el periodo de diciembre- febrero: Secretaria de Salud Departamental Oficina de Salud Sexual y Reproductiva, Secretaria de Salud Municipal con el Secretario de Salud, en la coordinación de Vigilancia Epidemiológica, coordinación de PAB y coordinación de Salud Sexual y Reproductiva, interventoría de Proyectos de Salud Mental y Salud Sexual y Reproductiva, Secretaria de Desarrollo Económico y Social, Medicina Legal Municipal y Departamental, veeduría del PAB municipal, EPS Y EPS-S CAFABA, SALUDCOP, Pro familia, Corporación Obusinga, Corporación Bohiti, Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio en el Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva, Ciudadela Educativa Comuna siete, Fundación Gente en Acción, Hospital San Rafael, Policlínica de ECOPETROL, Hospital San Nicolás, Emdisalud, Policía Nacional, Batallón Nueva Granada, Cruz Roja, ESE, Clínica San José, Clínica la Magdalena, Diócesis de Barrancabermeja Programa de Jóvenes y Familia, Defensoría del Pueblo, Personería Municipal.

Para el acercamiento a fuentes tanto primarias como secundarias de información se elaboró un modelo de entrevista semi-estructurada, diseñada previamente con preguntas orientadas a la consecución de información de interés, cuyos resultados fueron posteriormente categorizados (VER ANEXO 4) y analizados. Este análisis se presenta posteriormente, para profundizar en la caracterización de la situación.

En tercer lugar, durante la fase de profundización de la información, se diseñaron unas guías para entrevistas semi-estructuradas, que posteriormente fueron categorizados y analizados sus resultados. Asimismo, se avanzó en la recolección de información estadística en fuentes primarias de información como la Secretaria de Salud Departamental y Secretaria de Salud Municipal sobre reportes epidemiológicos de VIH SIDA, los informes internacionales y nacionales sobre VIH SIDA, legislación sobre la temática y contextualización. El análisis de toda la información compilada y organizada se expondrá posteriormente, por cada uno de los componentes: Derechos Humanos, Programas de Promoción y Prevención, Atención Integral y Vigilancia Epidemiológica.

Para la presentación de este análisis, se expone en una primera parte el deber ser en cada componente y más adelante el ser y la relación y diferencia entre el deber ser y ser de la situación de VIH SIDA por componente.

## TÓPICOS DE ANÁLISIS DE LA CARACTERIZACIÓN DEL VIH SIDA

- **DERECHOS HUMANOS:**

### EL DEBER SER DE LOS DERECHOS HUMANOS

“Los derechos humanos son atributos o facultades que todas las personas poseen en virtud de la Dignidad Humana”.<sup>47</sup>

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1984 se declaró que los

---

<sup>47</sup> SANDOVAL TERAN, Arely. Manual sobre los derechos económicos sociales culturales y ambientales. Comisión de derechos humanos del distrito federal de México y DECA Equipo pueblo. A.C. México 2004

Derechos Humanos son universales, indivisibles, interdependientes, irrenunciables, imprescriptibles, integrales e incondicionados.

A continuación se esboza una serie de normas de las cuales ya se hizo mención en el capítulo de contextualización normativa, pero que ayudan a entender el deber ser de los Derechos Humanos contemplados en las normas vigentes.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos art.25 se expresa: 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, el vestido, la asistencia médica, y los servicios sociales necesarios, así mismo tiene derechos a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su libertad.

En el Pacto internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales, art. 12 sobre el Derecho a la salud se señala que este derecho entraña libertades y derechos y a la vez se reconoce que la libertad de las personas, incluyendo la libertad sexual, debe contar con un sistema de protección en salud que brinde la posibilidad de gozar un alto nivel de salud.

En el Protocolo de San Salvador art.10 y en la Constitución Política de Colombia art. 49 se establece que la atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las habitantes el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud...bajo los principios de eficiencia, solidaridad y universalidad.

Constitución Política de Colombia art. 48: El derecho a la salud hace parte del derecho a la seguridad social, entendida como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del

Estado... se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable la seguridad social.

En el Decreto número 543 DE 1997<sup>48</sup> por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) es la ley más importante en la materia, la cual se aborda en el capítulo de contexto normativo.

#### EL SER DE LOS DERECHOS HUMANOS:

Para comenzar, es necesario aclarar que para este análisis situacional frente a cada componente, se da relevancia a los relatos obtenidos de las entrevistas realizadas a fuentes primarias de información. Por ello, se analiza tanto la parte del relato de las personas expertas en el tema como la reflexión sobre los mismos, para aportar de esta manera, al conocimiento de la realidad de VIH en el municipio.

En la realidad vivida y sentida por las personas o instituciones cercanas en el trabajo con personas que viven con VIH/SIDA sobresale la característica de vulneración al derecho a la vida, a la salud, a la seguridad social, a la no discriminación, a la igualdad, a la educación, al trabajo. Tomando como fundamento la Dignidad Humana, dichas vulneraciones acusan una gran debilidad en materia de respeto a los Derechos Humanos para las personas con VIH/SIDA, con todas las implicaciones que ello tiene para su vida y sus posibilidades de Desarrollo. Asimismo se caracteriza la situación de mayor vulneración frente al VIH/SIDA que tiene la mujer, pues debido a la cultura patriarcalista y machista de las prácticas sexuales en la región están propiciando la feminización de la epidemia y relaciones inequitativas en la propagación de la enfermedad.

---

<sup>48</sup> Ministerio de Protección Social. Decreto numero 1543 de 1997. Capitulo V. Ejercicio de los derechos y cumplimiento de los deberes.

En la entrevista realizada a Carlos Ovidio Nieto, representante legal de la fundación Gente en Acción, él resalta a las personas con VIH SIDA como víctimas:

*“yo les llamo víctimas de una infección, la cual a tiempo nadie lo comunicó porque unos de los derechos de salud sexual y reproductiva es el derecho a estar informado el derecho a no infectarse, el derecho a que el municipio tenga estrategias fuertes para la promoción y la prevención y de atención así que cuando digo que un joven se infecta es porque se le vulneró el derecho a la educación porque cuando una persona tiene la información por lo menos la información hace que tome otra conducta”<sup>49</sup>.*

Esta reflexión es una crítica reflexiva a los programas de promoción y prevención del municipio que deben orientar su impacto social hacia la disminución de la problemática y la generación de espacios saludables de vida, pero estas estrategias se quedan en actividades corto-plazistas y de bajo impacto que no profundizan en aspectos importantes para la prevención y la promoción como la educación, la información y la comunicación. Asimismo se vulnera el derecho a estar debidamente informado en los espacios como la prueba pretest que pretende ser un espacio de reflexión y cambio sobre los comportamiento de riesgo para optar por conductas favorables en la prevención de la enfermedad.

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

*“esta comunidad ha sido una de las sesgadas y dentro de los imaginarios sociales que son personas portadoras del VIH y el SIDA y ese es uno de nuestros trabajos, mostrar a la población que el VIH SIDA no tiene ni sexo ni edad ni raza, que es una infección que esta por ahí, mostrar que cualquier persona puede ser portadora y transmisora del VIH y el SIDA pacientes con VIH y a familias vimos la necesidad de que cuando el paciente era diagnosticado había una gran problemática que*

---

<sup>49</sup> Entrevista realizada a Carlos Ovidio Nieto, representante legal de la fundación Gente en Acción. Entrevista realizada el día 31 de enero de 2008 en el centro de convivencia ciudadana a las 2:00pm. Realizada por: Mónica Gómez Y Jhon Navas.

*no sabían como iniciar con el paciente y cual era la ruta de atención a seguir... entonces, el paciente se ponía a dar vueltas*<sup>50</sup>

Este desconocimiento de la ruta a seguir por las personas con VIH SIDA es un factor característico que muestra que 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; por el contrario, la persona se ve envuelta en un camino sin salida entre las entidades de salud que en la negación del derecho a la salud y no cumplimiento del mismo, juegan con este derecho, primando la oferta y demanda del servicio, pasando por encima de la Dignidad Humana de la persona y la atención en salud que ésta requiere.

Igualmente, la estigmatización social se refleja en prácticas concretas de discriminación, rechazo, persecución, hostigamiento, odio, que en el municipio ha causado la muerte a personas por su diagnóstico con VIH/SIDA; estas situaciones se presentaron mayormente en periodos de la fuerte crisis y conflicto armado por la presencia de grupos armados ilegales quienes instauraron prácticas violentas y de muerte en la zona, violando totalmente los derechos a las personas y familias, lo cual se refleja en relatos como:” *hasta el año pasado tuvimos unos inconvenientes de algunas cartas que rodaban hablando de nombres y de personas que tenían el virus como una estrategia de odio también frente a la infección y ese estigma y discriminación que se maneja frente al virus*”<sup>51</sup>

Frente esto, se hace necesario y pertinente utilizar mecanismos de exigibilidad de derechos en caso de vulnerabilidad o vulneración a los mismos, de esta manera la educación y empoderamiento de la comunidad en sus derechos son estrategias para ampliar el escenario de la vivencia de los sujetos y sujetas de derechos. De esta manera para la exigibilidad de derechos el mecanismo que es utilizado comúnmente es la acción de tutela para exigir el cumplimiento del derecho a la salud.

---

<sup>50</sup> Ibíd.

<sup>51</sup> Ibíd.

*”actuamos frente a una acción de tutela ya nos hemos ganado quince tutelas porque tal parece es un derecho del paciente VIH ser atendido por la ley 972, la ley 1543 pero sigue siendo nula esa ley... todavía que la salud es un derecho toca pelearla con acciones de tutela y sobre todo en estos pacientes que los llamamos pacientes de alto costo paciente ruinoso como lo dice la ley, es triste tener que acudir a acciones legales para que un paciente pueda ser atendida... la ley dice que ningún centro médico debe negar los servicios... que ninguna persona de salud debe negar los servicios y para estas personas la acción de atención debe ser integral y pronta... entonces seguimos notando deficiencia”<sup>52</sup>*

*“aquí había una asociación que nació para eso (trabajo con VIH), luego terminó siendo para ancianos; atendía pacientes con VIH y SIDA pero los grupos al margen de la ley sabían que había una pareja ahí (gay) y les dieron veinticuatro horas para dejar el sitio y la ciudad y le dijeron a esa persona que cambiara la razón social, entonces esa es otra desventaja frente al virus, los grupos al margen de la ley; entonces, se filtra la información y usted va a ver que en Barranca siempre hay listados de personas para matar y uno dice ¿pero esta persona por qué?... no es drogadicta, no es alcohólica, entonces supieron algo de esa persona entonces, puede ser que sea por ser portadores.”<sup>53</sup>*

Esta realidad del conflicto armado que se evidenció en la zona en época de agudización de la violencia altera de manera directa a indirecta tanto la vida pública como privada de los pobladores de esta comunidad, implantando un orden y control social por medio del terror y del miedo. También se encontraron en otros relatos las implicaciones del conflicto armado frente a esta situación y la violación de derechos humanos:

*“veíamos como mucha... Mucha presión sobre la confidencialidad que se mantenía sobre los pacientes la cual tenía mucho que ver con las razones de orden social que tenía a la fecha Barrancabermeja en donde también debido al problema de orden público las personas se cuidaban de que no se supiera su diagnóstico”<sup>54</sup>.*

Del mismo modo, relato como el siguiente, evidencian las implicaciones del conflicto armado y social frente a la situación y las limitantes que respecto a la confidencialidad se han presentado en el municipio: “y la problemática de

---

<sup>52</sup> *Ibíd.*

<sup>53</sup> *Ibíd.*

<sup>54</sup> Entrevista realizada a Leyda Moreno Mármol. Coordinadora de Vigilancia epidemiológica de la secretaria de salud municipal. Entrevista realizada el día 31 de enero de 2008 en la secretaria de salud municipal a las 9:00am. Realizada por: Mónica Gómez Y Jhon Navas.

*discriminación es fuerte y la problemática del estigma social consecuencias y sucesos tan graves como muertes también que se han presentado en la ciudad a cargo de grupos de autodefensas por tener las personas la infección del VIH, también en jóvenes,... se ha dado presencia también en el homosexualismo*<sup>55</sup>.

Esto parece ser un indicio de la realidad invisibilizada quizás por el grave conflicto armado en la zona y por las innumerables muertes y desapariciones que suscitaron estos hechos; no se debe invisibilizar que en el municipio hubo y persisten prácticas discriminatorias y de estigmatización autoritaria que utilizan distintos medios y herramientas para eliminar o sacar del sistema social a las personas con VIH/SIDA y a los homosexuales, mediante la llamada "limpieza social". Estas prácticas de limpieza social establecidas por grupos armados ilegales son utilizadas tradicionalmente como estrategia de control y orden, impuestos para establecer y sostener el régimen de poder tanto social, como político y económico.

El discurso de los derechos también cubre los deberes, de tal manera que las personas con VIH SIDA tienen el deber social de informar a las personas cercanas, ya sea a su pareja o familia o médico, su diagnóstico, al igual que no realizar prácticas de donación de sangre, ni de órganos como medida preventiva para no infectar ni propagar el virus, así como el deber de informar a la pareja en caso de tener una relación sexual.

*"si una persona tiene el virus, debe informarlo antes de tener su relación sexual...la pareja tiene derecho a estar informada, según lo estipulado por la ley 1543...la persona decide si tenerla o no.... ya es cuestión de ella....pero aquí no se manejan las leyes... aquí hemos visto que después de haber tenido la relación le escriben en el espejo bienvenido al SIDA"*<sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> Entrevista realizada a Patricia Ferrín. Directora de la Corporación Bohití. Entrevista realizada el día 1 de febrero de 2008 en la oficina de la Corporación Bohití a las 3:00 p.m. Realizada por: Mónica Gómez Y John Navas.

<sup>56</sup> Op. Cit. Entrevista realizada a Carlos Ovidio Nieto.

Este relato refleja que tanto existen derechos que deben ser garantizados, y a su vez, existen deberes que deben ser cumplidos. Infortunadamente, en los programas tendientes a evitar la propagación del VIH/SIDA se presentan comportamientos de riesgo como el “deseo de venganza social” por la no aceptación del diagnóstico de la enfermedad; se considera que estas prácticas inadecuadas e irresponsables deben llamar la atención para orientar los programas de promoción y prevención de manera adecuada, haciendo conciencia que son prácticas reales propagadoras de la epidemia de manera silenciosa y de esta manera, fortalecer tanto la Atención Integral, como la respuesta social más adecuada frente a los mismos.

De otra perspectiva, tanto los individuos como las instituciones y la comunidad, deben promover mediante la enseñanza y la educación, el respeto a los derechos de los afectados y asegurar su reconocimiento y aplicación.

*“los Derechos Humanos siguen vulnerados, siguen escritos... no tomados en cuenta... es más... los derechos hay que pelearlos para hacerlos valer pero nunca un derecho te lo dan suave.... y los derechos de VIH y SIDA tienen decretos, tienen acuerdos y toca acudir a la tutela para poder reclamar el derecho a la vida ... todavía hay muchos escritos en nuestra constitución, suenan bonitos pero realmente, del dicho al hecho hay mucho trecho, no hay derechos si... entonces la situación de Derechos Humanos sigue siendo paupérrima..... muy débil, no hay el acuerdo voluntario de las instituciones sobre todo del Estado que deberían garantizarlas”<sup>57</sup>*

Entre las condiciones de inequidad social relacionadas con la problemática de VIH SIDA, se encuentran la pobreza, la injusticia social, la inestabilidad laboral, la vulneración de la mujer, de los niños y las niñas. Estas condiciones, juegan un papel importante en la relación entre el VIH SIDA y el desarrollo, y viceversa.

Lo anterior se refleja en relatos que en general exponen la idea de que los niveles y condiciones económicas y de vida de las personas con VIH o SIDA

---

<sup>57</sup> Ibíd.

por lo general son limitantes y obstáculos que alejan la vivencia de una vida libre de privaciones. Dentro de las privaciones se pueden enumerar las siguientes: pobreza, desigualdades sociales y económicas, bajo nivel educativo, analfabetismo, desplazamiento forzado, acceso limitado a servicios, estigma, discriminación, exclusión social y productiva, entre otros.

*“la preocupación está para la población vulnerable de escasos recursos porque la EPS- S no le pagan los viáticos para cumplir con la cita con infectología en la Secretaria de Salud Departamental y también muchas veces hacen rifas y cosas para ellos conseguir la plata para ir allá,..... inclusive hay algunos que les toca dormir en la calle porque no consiguen la plata para ir allá a Bucaramanga”<sup>58</sup>*

Además, se presenta la violación del derecho al trabajo y la estabilidad laboral u oportunidad de acceder a un empleo que le permita a la persona ser y sentirse productivo, situación en la cual se hace evidente también la desprotección del derecho al trabajo por parte del Estado como ente responsable de su garantía constitucional.

*“la mayoría de las personas están desempleadas y son despedidas de su trabajo en el momento en que la gente se entera que son VIH positivo... Y la oportunidad laboral porque sé que muchos de ellos son de pocos recursos, de estrato 1, 2 o 3. Entonces los problemas son la discriminación, estigmatización y la ignorancia porque digamos si uno esta trabajando en una papelería o venta de comidas te sacan porque creen que se van a infectar, por ejemplo a un señor se le asesoró pero la acción no funcionó y más ahora con la relación de prestación de servicios, yo creo que hay mucho que hacer.”<sup>59</sup>*

La grave situación de vulneración de los Derechos Humanos a personas con VIH SIDA en lo particular al derecho de trabajo, se relaciona con la agudización de otras problemáticas como es el caso de la desnutrición. Esta problemática es importante para ser tenida en cuenta dentro de los asuntos necesarios a enfrentar en el proceso de superación o mitigación de la enfermedad, ya que la ingesta de una dieta alimentaría adecuada y balanceada es primordial en los pacientes con VIH y SIDA. Del mismo modo, el acceso a medicamentos y tratamientos, la disponibilidad para movilizarse a Bucaramanga para la

---

<sup>58</sup> Op. Cit. Entrevista realizada a Leyda Moreno Mármol

<sup>59</sup> Op. Cit. Entrevista realizada a Patricia Ferrin.

atención, no ser víctima de despido o pérdida del empleo por tener la enfermedad. Adicionalmente, sentirse parte de la sociedad y útil dentro del sistema social, son condiciones inherentes a la esencia humana, en un contexto de libertad.

Siguiendo la lectura del ser de los Derechos Humanos de las personas con VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja, se considera una característica flotante es la relacionada con el deber de confidencialidad de la información; la persona con VIH SIDA tiene derecho a que el personal médico o encargado, manejen con confidencialidad la información sobre su diagnóstico. Frente a esta situación, en el municipio se presentan ciertas particularidades que denotan violación a este derecho:

*“la información se filtra, no sé cómo sale la información de un centro de salud, la confidencialidad no existe... si tu vas a Secretaría...en la oficina atienden a las personas con VIH pero cuántas personas hay detrás... que no tienen nada que ver con la problemática, entonces aquí la información se filtra porque los casos los están manejando como cualquier otro caso... un caso cualquiera... cuando la ley dice que a estas personas hay que guardarles su secreto y ninguna persona puede saberlo”<sup>60</sup>*

*“Yo creo que la situación sí es complicada desde el mismo momento del diagnóstico porque no hay confidencialidad del diagnóstico”.*

Sin embargo, y desde otro punto de vista, la excesiva confidencialidad es también una limitante en el proceso de notificación y vigilancia epidemiológica como lo explorado en el Policlínica de ECOPETROL, en la cual los pacientes con VIH y con SIDA tienen una historia adicional a la historia clínica; esta historia e información son exclusivamente manejadas por la médica encargada y una auxiliar de promoción y prevención; las historias de pacientes con VIH SIDA no se identifican con el nombre de la persona sino por medio de código numérico, hecho que da cuenta del manejo que algunas entidades suelen darle al tema de la confidencialidad de las personas con VIH SIDA.

---

<sup>60</sup> Op. Cit. Entrevista realizada a Carlos Ovidio Nieto

La situación puede volverse crítica cuando al ser notificada la información a la Secretaría de Salud, se obvia información importante sobre los casos, lo cual origina subregistros. (Para mayor claridad sobre esta característica, consultar el anexo 3 que presenta la entrevista realizada a personal de salud de la Policlínica). Frente a esto, que es responsabilidad de las entidades encargadas en salud, deben ser tomados los correctivos necesarios para que, sin sacrificar información importante, se garantice la confidencialidad del diagnóstico y más aún en contextos como el municipio que ha tenido una delicada situación en cuanto a la violación de los Derechos Humanos y estigmatización de las personas con VIH/SIDA. Ello implica cumplir con la mayor prudencia y eficacia posibles, los protocolos de notificación y de vigilancia epidemiológica.

Otro aspecto importante es la situación de la mujer frente a la feminización de la epidemia y la situación de derechos humanos, característica que actualmente es motivo de estudio a nivel internacional por los acelerados cambios en las composiciones poblacionales. El VIH y el SIDA ha aumentado tanto en su incidencia como prevalencia a nivel mundial, nacional y municipal y la relación hombre mujer que anteriormente reflejaba la mayoría de casos en hombres, actualmente está mas cercana, es decir: “la epidemia tiene una fuerte tendencia hacia la feminización, de tal forma que la proporción de hombres infectados, respecto a mujeres infectadas, ha pasado de 11.2 a 2.8 en el periodo comprendido entre 1985 y 2004, imponiéndose la necesidad de dar un enfoque de género a los programas”<sup>61</sup>. El municipio de Barrancabermeja no está exento de dicha realidad, pues en el informe epidemiológico del año 2007 de la Secretaria de Salud Municipal se resalta que la razón Hombre-Mujer es:  $22/16 = 1.3$  lo cual quiere decir que por cada mujer que se contagia, hay 1,3 hombres contagiados. De esta manera según Patricia Ferrin:

*“...el trabajo desde la perspectiva de género es importante ya que la relación es muy inequitativa, con desfavorabilidad para las mujeres...es muy importante en la juventud estar trabajando este tema hoy en la parte de estrategias o los roles que se juegan ahí, en la autonomía, ¡sí!, La*

---

<sup>61</sup> Op. Cit. Plan Nacional de Respuesta al VIH SIDA

*autonomía que debe ganar la mujer en el conocimiento de sus prácticas sexuales y todo el reconocimiento en sí como ser mujer.... me parece que todo lo referente a las relaciones de género es bien importante”.*

Por último, algunas reflexiones en torno a la situación de los Derechos Humanos, y la importancia de la superación de la violación a los mismos para la garantía de las condiciones posibles para vivenciar el Desarrollo Humano. De esta manera superando los obstáculos que se presentan para los Derechos Humanos y del Desarrollo Humano, y de la mano con la participación responsable del ente gubernamental y participación activa de los actores sociales empoderados como sujetos de derechos, se posibilita el camino hacia la construcción comunitaria de los escenarios sociales en los cuales, cada individuo y la comunidad, puedan desenvolverse de acuerdo a los intereses comunes que les permitan gozar de las mejores condiciones de vida y la idealización de un proyecto de vida social.

*“la idea no es entregarle el diagnóstico al paciente y tómesese esta droga y mire a ver cómo consigue para el pasaje... lo que pasa es que hemos visto mucha carencia de la parte económica, social, humana, cultural frente al VIH...en las asesorías se les dice a ellos que es una enfermedad crónica que se puede manejar con medicamentos, pero una cosa es decirles: tienes esto, tiene esta posibilidad de vincularte, el diagnóstico es tuyo, de tu familia y puedes tener una vida normal”<sup>62</sup>; “Una necesidad importante es que ellos no se sientan como víctimas... que la gente no los mire como pobrecitos, esa es una necesidad importante que he percibido... esto como un castigo divino... como pobrecito de mí por esta enfermedad y la necesidad que sus familiares entiendan la problemática se concienticen mas, de que todos estamos expuestos, de que cualquier persona la puede contraer, que no es una enfermedad de monstruos, ni de aberrados sexuales, ni de homosexuales, les pasa a las amas de casa... están siendo infectadas por sus maridos y además que se les garantice su*

---

<sup>62</sup> Op. Cit. Entrevista realizada a Leyda Moreno Mármol

*derecho de salud y además que en todo sistema de salud se le da a la persona como si fuera un regalo y es un derecho fuera o no pagado”.*<sup>63</sup>

- **PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD**

EL DEBER SER DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN SOBRE VIH/SIDA:

Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010: *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad (PyP)*: El Plan Nacional de Desarrollo adopta las recomendaciones del CONPES Social 91 de 2005 para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Para tal fin es fundamental el desarrollo e implementación del plan estratégico de salud pública que hace énfasis en las regiones y grupos poblacionales más afectados. El país debe reconocer al VIH/SIDA como una enfermedad crónica. Las metas y estrategias serán las del CONPES Social 91. Se actualizará el Plan Intersectorial de prevención y control del VIH/SIDA, contemplando el desarrollo de un estudio de seroprevalencia y la encuesta sobre comportamientos sexuales en 2008. Las acciones de prevención incluyen la reducción de factores de vulnerabilidad en adolescentes desplazados en 48 municipios (24 departamentos), la difusión y seguimiento a la aplicación de la norma de atención integral del VIH/SIDA, la sostenibilidad del programa de prevención de la transmisión madre-hijo y la educación en la prevención de enfermedades sexualmente transmisibles en el ámbito escolar. El Plan Obligatorio de Salud debe mantener actualizados los beneficios para la atención integral del VIH. En 2008 se consolidará un fondo de medicamentos antiretrovirales de bajo costo.

Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010<sup>64</sup>: Líneas de la política: 1. La promoción de la salud y la calidad de vida. 2. La prevención de los riesgos.

---

<sup>63</sup> Op. Cit. Entrevista realizada a Patricia Ferrin

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida<sup>65</sup>:

La promoción de la salud y la calidad de vida constituye un proceso político y social que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud como derecho humano inalienable, a consolidar una cultura de la salud que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en su conjunto, a integrar el trabajo de los sectores y las instituciones en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva. Se asume la promoción de la salud y la calidad de vida como una dimensión del trabajo de salud que ubica su centro en la noción de salud, en su sentido positivo como bienestar y calidad de vida, que se articula y se combina con la acción preventiva. La promoción de la salud y la calidad de vida integran las acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud.

Línea de política número 2. Prevención de los riesgos<sup>66</sup>:

Es el conjunto de acciones individuales y colectivas en salud orientadas a la reducción de los riesgos de enfermar o morir. El objetivo de esta línea de política es minimizar la pérdida de bienestar, evitando, mitigando o reduciendo al mínimo la probabilidad de daño, mediante intervenciones compartidas entre el Estado, la comunidad, las entidades promotoras de salud - EPS, las administradoras de riesgos profesionales - ARP y los sectores cuyas acciones tienen incidencia en la salud de las personas. Esta línea de política abarca las medidas destinadas no solamente a evitar la aparición de la enfermedad, la prevención primaria, sino también a gestionar el riesgo para detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida, la prevención secundaria.

---

<sup>64</sup> Ministerio de la Protección Social. Decreto número 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010

<sup>65</sup> *Ibíd.* Pág. 8

<sup>66</sup> *Ibíd.* Pág. 10

Prioridades Nacionales en Salud: El Plan Nacional de Salud Pública define las prioridades y los parámetros de actuación en respuesta a las necesidades de salud, a los recursos disponibles y a compromisos establecidos por la Nación en los acuerdos internacionales. La segunda prioridad nacional en salud, es la Salud Sexual y Reproductiva.

Línea de política número 1. Promoción de la salud y la calidad de vida:

- a. Conformación de mecanismos de coordinación y articulación local intersectorial para la formulación y seguimiento de los planes locales de salud sexual y reproductiva y control social de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
- b. Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural, para promover el ejercicio responsable de la sexualidad y los derechos y deberes en salud sexual y reproductiva.
- c. Desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etno-cultural para la promoción del buen trato y la prevención integral en salud a víctimas de la violencia y abuso sexual.
- d. Fomentar la construcción de redes sociales de apoyo para la promoción y garantía del derecho a la protección de la salud sexual y salud reproductiva.
- e. Fomentar la estrategia de inducción a los servicios de control prenatal en el ambiente laboral y en los espacios públicos comunitarios como supermercados, CADES, taquillas para eventos, entre otros.
- f. Realizar abogacía para el desarrollo en instituciones educativas de programas de formación para la sexualidad, construcción de ciudadanía y habilidades para la vida que favorezcan el desarrollo de un proyecto de vida autónomo, responsable, satisfactorio, libremente escogido y útil para sí mismo y la sociedad, teniendo en cuenta la diversidad étnica y cultural.

Líneas de política números 2 y 3. Prevención de los riesgos y recuperación y superación de los daños en la salud:

- a. Desarrollar estrategias de identificación de poblaciones vulnerables y de inducción de la demanda hacia los servicios de tamizaje, detección y tratamiento de los riesgos y daños en salud sexual y reproductiva.
- b. Garantizar la habilitación específica funcional para la idoneidad de los servicios de atención del control prenatal, del parto, del nacimiento, del puerperio y de los servicios que ofrecen atención de la interrupción voluntaria del embarazo.
- c. Implementar la atención integral protocolizada en salud con enfoque de riesgo bio-psico-social, sin barreras y con calidad para las emergencias obstétricas, control prenatal, atención del parto y posparto e interrupción voluntaria del embarazo, atención de abuso sexual en servicios de urgencia.
- d. Identificación y capacitación por competencias de las alternativas no institucionales para la atención de parto.
- e. Promover la utilización de métodos anticonceptivos modernos, mediante la inducción de la demanda, la eliminación de barreras de acceso y el seguimiento de su uso por parte de los servicios de salud, de acuerdo con las características y necesidades de la población en edad fértil.
- f. Implementar el modelo de servicios amigables para atención en salud sexual y reproductiva para los adolescentes, con énfasis en consejería, oferta anticonceptiva de emergencia y de métodos modernos.
- g. Implementar el modelo de gestión programática de VIH y la guía para el manejo sin barreras y con calidad de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.
- h. Incrementar la cobertura de asesoría y prueba voluntaria para VIH en población general y gestante.
- i. Suministro de tratamiento a mujeres embarazadas y leche de fórmula a los recién nacidos para reducir la transmisión peri natal del VIH.
- j. Desarrollo de mecanismos de inspección, vigilancia y control de estándares de calidad de las instituciones con servicios obstétricos habilitados y de las instituciones que realizan control prenatal, atención del parto y puerperio,

detección y diagnóstico de cáncer de cérvix y mama y la atención de infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

Plan Nacional de Respuesta al VIH SIDA 2008-2011<sup>67</sup>: En este nuevo Plan se reorganizaron los ejes de la siguiente forma:

- Eje I: Promoción y prevención.
- Eje II: Atención integral.
- Eje III: Apoyo y protección social.
- Eje IV: Seguimiento y evaluación de la respuesta.

Objetivos del plan con relación a promoción y prevención: Promover los factores protectores y reducir los factores de vulnerabilidad relacionados con las ITS, el VIH y Sida, con énfasis en poblaciones específicas caracterizadas como de alta vulnerabilidad (HSH, TS, FFAA, población desplazada, población carcelaria, migrantes, desmovilizados, minorías étnicas), de acuerdo con los contextos regionales.

## EL SER DE LOS PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENCIÓN DE ITS.

Para comenzar con la caracterización del componente de los programas de promoción y prevención sobre VIH SIDA, se sugiere recordar y releer la conceptualización sobre promoción de la calidad de vida y prevención de riesgos a la salud, anteriormente enunciada.

Según Leyda Moreno coordinadora de vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud Municipal: *“cada institución o cada EPS tiene su programa de promoción y prevención, lo que se vio ayer en el diagnóstico comunitario es que hay una deficiencia en los programas de prevención y promoción porque mas que todo están focalizados en lo educativo, en vacunación,... sí, salud*

---

<sup>67</sup> Ministerio de Protección Social. Plan Nacional de Respuesta al VIH SIDA 2008-2011

*sexual reproductiva pero al VIH le hace falta más capacitación sobre todo al personal médico en los temas de manejo de protocolos y del proceso del diagnóstico por el mismo evento*<sup>68</sup>

Dentro de las debilidades encontradas en los programas de promoción y prevención que se realizan en entidades de salud como la Secretaria de Salud Municipal en el anterior Plan de Atención Básica se encontraron: a) la contratación temporal de personal y b) inclusión del VIH/SIDA dentro del paquete de programa de salud sexual y reproductiva, dejando de lado la orientación específica en promoción y prevención al VIH/SIDA, tanto en la planeación de objetivos, estrategias, acciones, asignación de recursos y responsables, no como prioridad dentro de la problemática de salud pública (sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio) ni como causa particular de morbi-mortalidad en el municipio.

Respecto a estas limitantes y haciendo lectura de las entrevistas realizadas a fuentes primarias de información se encontró que en la mayoría de las entidades de salud son poco visibles las actividades realizadas sobre promoción y prevención y de esta manera los resultados y el impacto sobre dichas situaciones son poco efectivos. Se analiza que frente a las estrategias de prevención y promoción existe poco interés de para intervenir en la salud comunitaria aunque existen diversas directrices tanto nacionales como internacionales que propenden por seguir estas estrategias, siendo estas de vital importancia para la educación en salud y prevención de los riesgos y enfermedades.

*“esas políticas deben manejar un análisis con las EPS-S...que si van contratar sean EPS-S serias no EPS-S de garaje porque a esas EPS-S de garaje ¿quien les hace seguimiento? incluso las EPS-S dentro del nivel nacional tienen que hacer promoción y prevención entonces mi pregunta es ¿Aquí que EPS-S hace promoción y prevención? Ninguna EPS-S hace prevención, no hay dineros para promoción y prevención”*<sup>69</sup>.

---

<sup>68</sup> Op. Cit. Entrevista realizada a Leyda Moreno Mármol

<sup>69</sup> Op. Cit. Entrevista realizada a Carlos Ovidio Nieto

Igualmente *“el psicólogo que se contrate para el programa de salud sexual y reproductiva es quien tiene toda la función de realizar los talleres relativos al tema en todas las escuelas y colegios públicos y privados de Barrancabermeja”*<sup>70</sup>,

Este último aspecto ya había sido tratado anteriormente\* en referencia a la contratación temporal de personal de enfermería, psicología y medicina por un periodo de seis meses para ejecutar la planeación sobre los programas de salud sexual y reproductiva, realizando actividades cortoplacistas de bajo impacto por su alcance y porcentaje de población intervenida. Se encuentra como oportunidad que desde lo propuesto por la nueva administración municipal se pretende que los programas y proyectos dirigidos desde dependencias de la Alcaldía sean continuos y a cargo de personal que lleve un verdadero proceso.

*“Entonces la idea es que el paciente tenga un seguimiento continuo de acuerdo a lo que le está ofreciendo el convenio y la política que... lo manifestó el Alcalde Carlos Contreras, no terminar el contrato del profesional que presta labores y termina el contrato y chao se fue y no se hizo como un seguimiento a las acciones y ahí murió el problema. La idea es asegurarle calidad de vida a los pacientes”*<sup>71</sup>.

Lo anterior se manifiesta como una oportunidad además por el visible interés de la administración municipal y la Oficina de Gestora Social de trabajar en torno esta problemática. En conversaciones entre la Oficina de Gestión Social, la Secretaria de Salud, la Oficina de Gestión Social y el equipo de trabajo del Observatorio se observa el interés de trabajar en esta problemática de manera integral, así lo manifestó:

*“inclusive yo le manifestaba a una de las representantes de la Oficina de la Gestora Social que sería bueno vincularlos a ellos en el sentido de ofrecerles un ambiente socio-económico y familiar digno, en la medida que puedan ser productivos, porque toda persona es digna y merece respeto pero ellos en su condición de pacientes VIH se deprimen mucho*

---

<sup>70</sup> Op. Cit. Entrevista realizada a Leyda Moreno Mármol

\* Este aspecto fue anteriormente expuesto en la lectura de la Matriz DOFA del análisis situacional sobre VIH SIDA

<sup>71</sup> Op. Cit. Entrevista realizada a Carlos Ovidio Nieto.

*porque sienten que su vida llegó hasta ahí... que ya no pueden ser productivos.... que tienen que cargar con esta enfermedad hasta la muerte y en eso falta todavía mucha educación y eso lo tratamos de dar*<sup>72</sup>.

Esta misma debilidad de contratación y convenios temporales se da en otras entidades u organizaciones no gubernamentales que intervienen específicamente en una problemática como el VIH SIDA durante el tiempo en el que el proyecto está financiado; al término de esta financiación, se tiende a dejar abandonado el proceso, sin que se logre intervenir para cambiar las condiciones estructurales de la problemática.

Dentro de los programas o proyectos encontrados sobre promoción y prevención del VIH SIDA están los siguientes: lo planeado en el Plan Operativo Anual (POA) del Plan de Salud Básica del año 2007 en el Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (VER ANEXO POAS EN EL CD), y el Proyecto Colombia.

El Proyecto Colombia estuvo coordinado por Patricia Ferrín, representante legal de la Corporación Bohiti; de su relato sobre el particular, se extractan las siguientes consideraciones sobre dicho proyecto:

*“El proyecto Colombia nació de una experiencia de trabajo con ITS en jóvenes en Barrancabermeja y se trabajó en el tema de ITS y VIH entonces fue una cosa de educación y replicación entre pares...esa experiencia fue muy bonita... además tuvo un estudio por medio de encuestas CAP (conocimientos, actitudes, practicas) y esos resultados dieron también bases para que se propusiera el proyecto Colombia en Barranca. El objetivo macro del proyecto Colombia era que se involucrara a todos los actores del municipio...que se construyera una respuesta intersectorial, y se dejara la política publica instalada y que hubiera continuidad entre todos estos procesos...se logró solo en parte...el año pasado se quiso continuar con lo de servicios amigables para jóvenes pero es difícil si no está la política publica construida entre todos los actores y eso no es tan fácil para un proyecto de dos años...eso toma mucho mas, y como es la idea ahora se debe construir decenalmente eh hh los objetivos han sido como muy puntuales y van*

---

<sup>72</sup> Op. Cit. Entrevista realizada a Leyda Moreno

*como dirigidos a concienciar a la gente en el uso del condón y se toman los programas mas como charlas ¡no! El programa se constituye y son charlas para jóvenes que son como la población objeto...charlas y charlas pero no se hace un seguimiento del impacto que produce esta intervención y el impacto general a mas largo plazo. Con el proyecto Colombia logramos integrar lo que era el mecanismo de coordinación municipal para el proyecto en donde estaban organizaciones de base comunitarias, desplazadas, comunitarias, ONG, organizaciones de jóvenes, la ESE, instituciones relacionadas con el tema... en ese mecanismo se logró incluir a todas estas personas... se logró capacitación en el tema de VIH, en el marco legal, en prevención... justamente el nombre era construcción de una respuesta intersectorial en el tema de ITS con enfoque en VIH y se hizo un plano importante en aunar esfuerzos para el tema para la construcción de política en VIH. Cuando se acabó el proyecto se desarticuló la mesa intersectorial”.*

Este antecedente del proyecto Colombia en el trabajo con VIH SIDA, permitió tener un referente para el otro objetivo del este proceso de práctica que recoge este documento: promover la organización de los actores sociales por medio de una Mesa de Trabajo Municipal sobre VIH SIDA.

Siguiendo con el antecedente del Proyecto Colombia en Barrancabermeja, dentro de este proyecto también se realizaron otras acciones estratégicas en trabajo articulado entre instituciones entre la corporación Obusinga, la Secretaria de Salud Municipal, la Fundación Gente en Acción, EPS-S CAFABA, el PDPMM, tales como: *“desde hace como 3 años ha estado funcionando el centro de jóvenes en el Danubio en donde se trató de hacer un programa en que hubo psiquiatras, una trabajadora social , una enfermera jefe, un médico para personas jóvenes de 10 a 24 años...era específico para este grupo de edad- podían ir, se les hacia la prueba, se les hacia la asesoría pretest y postest y toda la colaboración en conjunto con el proyecto Colombia en donde ellos nos suministraron los antiretrovirales y así se pudo pues hacerle manejo y seguimiento con infectólogo por un año”*<sup>73</sup>. Hubo trabajo interinstitucional durante el periodo de duración del proyecto Colombia, siguiendo el objetivo fundamental de este proyecto como lo era lograr la articulación intersectorial para dar respuesta al VIH SIDA; en efecto, este proyecto, aunque significó y es

---

<sup>73</sup> Op. Cit. Entrevista realizada a Leyda Moreno Mármol

un primer antecedente importante en la intervención intersectorial al VIH SIDA en el municipio, se declinaron los esfuerzos generados en torno al trabajo intersectorial. Sin embargo, la experiencia fue tomada como referente para la creación y fortalecimiento de la Mesa de Trabajo Municipal sobre VIH SIDA.

Carlos Ovidio Nieto, representante legal de la Fundación Gente en Acción y quien trabajó también en el proyecto Colombia, relata lo siguiente:

*“hemos hecho mucho trabajo como el de la Campaña “Regálame cinco minutos de tu rumba”.... hemos ido a la rumba y les hemos regalado manillas fosforescentes para que el joven se detenga a pensar...a lo menos, la manilla le recuerde que el VIH esta por ahí.... hicimos pruebas de VIH pero no es solo hacer la prueba del VIH esperábamos algunos resultados como dos personas infectadas por sesenta pruebas que se hicieron; la respuesta fue nueve casos... está disparado..... el Centro Amigable cayó pero ahora en esta administración se va a volver a retomar, se va a volver a fortalecer.... son los únicos programas aparte de lo que pueda hacer la Secretaria de Salud.... lo que pueda hacer Profamilia.... son los únicos sitios públicos a los que por lo menos se puede venir por una orientación o una información clara,..... lo demás, lo que los entes educativos tienen a nivel de salud sexual era un proyecto de prevención dirigido a adolescentes, los jóvenes, a comunidad vulnerable, a desplazados, al hacinamiento también y las llegadas de personas que vienen también de otras culturas, a desplazados, a LGBT a HSH, a mujeres que prestan un servicio sexual... y también lo hemos hecho en policía y ejército que también lo hay...se cree que por el encierro hay comportamientos de riesgo. Hay un estigma a trabajar con HS”. Dentro de los obstáculos y limitaciones que tuvo este proyecto se encuentra la oposición por parte de la Iglesia porque durante su ejecución, dificultó muchos de los objetivos y estrategias del mismo.*

Las debilidades de los proyectos y programas sobre prevención y promoción de VIH y SIDA se relacionan en torno a que el proceso de planeación de estos proyectos se visiona por un corto periodo de tiempo; asimismo, en la planeación municipal del PAB dentro del programa de salud sexual y reproductiva son limitantes la contratación temporal de personal, la escasa contratación de personal para intervenir en estos proyectos, la inexistencia de política pública municipal sobre la salud sexual y reproductiva y sobre el VIH y SIDA, al igual que la no inclusión de otros grupos de población objeto de

intervención en los proyectos sobre VIH y SIDA como por ejemplo, los Hombres que tienen Sexo con Hombres(HSH).

Con referencia este ultimo limitante, se retoma lo expuesto por Carlos Nieto durante la entrevista: *hacer la incidencia política de VIH SIDA a personas HSH o sea hombres que tienen sexo con hombres porque no son de ninguna orientación sexual...es decir, se le hace promoción, prevención al LGBT pero ellos quedan por fuera y es un grupo poblacional donde mayor incidencia en el virus hay,... hoy no es solo LGBT...hoy es más que todo en personas podríamos llamarlo personas bisexuales pero que ellos no se consideran bisexuales sino HSH o sea personas que dicen que tienen una aventura y ya.*

Para finalizar esta caracterización sobre programas o proyectos VIH y SIDA es fundamental incluir en éstos la importancia en la prevención de la infección vertical madre-hijo. Existe a nivel de la ESE Barrancabermeja atención y orientación madres gestantes del régimen subsidiado así como en la mayoría de las entidades de salud encargadas de hacerlo, pero se presentan graves dificultades y limitantes en la entrega de los resultados de las pruebas por parte del laboratorio; estos resultados son fundamentales para diagnosticar e intervenir a tiempo a la gestante para controlar la no transmisión de la infección al bebé. Por razones como la demora en la entrega de resultados -que por lo observado en el municipio no existen laboratorios certificados y estas pruebas por lo general se represan en los laboratorios- se incrementa el número de casos de infección vertical madre-hijo, propiciando la multiplicación y propagación de la epidemia en estos grupos poblacionales. Este fenómeno se muestra en los cambios de las tendencias epidemiológicas que ha tomado el VIH y el SIDA como, la feminización de la epidemia y el rejuvenecimiento de la misma.

- **ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PVVS<sup>74</sup>**

---

<sup>74</sup> Personas viviendo con VIH o con SIDA

*Lo que sí nos tiene un poco preocupados es la atención integral, la demora en la entrega de resultados, la demora en la gestión con infectología... todo el proceso de gestión de citas para especialistas y luego, cada vez se deteriora mas la calidad de vida del paciente porque es población con una capacidad económica muy baja en donde muchas veces no tienen dinero para desplazarse a la ciudad de Bucaramanga a recibir el tratamiento antiretroviral*

**Leyda Moreno Mármol. Oficina de Epidemiología. Secretaría Local de Salud Barrancabermeja.**

*“las muertes que se han causado por VIH SIDA a nivel de Barranca sí han sido por omisión de atención, los tratamientos no llegan a tiempo ya que aquí solo se atiende hasta el segundo grado de atención el tercer grado se debe atender en Bucaramanga”*

**Carlos Ovidio Nieto.**

**Director Fundación Gente en Acción.**

Consideraciones similares con relación a las deficiencias en las posibilidades de de atención integral en el municipio de Barrancabermeja, como los mencionados anteriormente, son usuales por parte de las personas que día a día trabajan con el evento bajo estudio.

La Atención Integral es definida como “el conjunto de servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o a un grupo de ellas en su entorno bio-psicosocial, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva”<sup>75</sup>; pero a estos servicios integrales poco o nada tienen acceso las personas diagnosticadas con VIH o con SIDA, producto de un Sistema de Salud que desestímula a los pacientes en la búsqueda de posibilidades de mejora de su salud y vulnera las leyes vigentes

---

<sup>75</sup> Decreto 1543 de 1997. Artículo 2º.

para las personas con VIH<sup>76</sup>, a lo cual se agrega que el estado del paciente con VIH, generalmente, presenta una complejidad que hace necesaria la intervención de otros trabajadores de la salud, diferentes al médico encargado.

Con relación a la atención integral debe señalarse también que desde el mismo momento del diagnóstico de la infección, no se le brinda a la persona el apoyo psicológico necesario que posibilite la comprensión de su situación. Por el contrario, las personas que trabajan en el 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\* para detectar la presencia del virus. (Ver entrevista con Patricia Ferrín de la Corporación Bohití).

La situación de los laboratorios, ha afectado considerablemente al municipio de Barrancabermeja puesto que la ciudad no cuenta con laboratorios especializados que realicen pruebas confirmatorias para VIH, razón por la cual se debe optar por enviar las pruebas a Bucaramanga para su respectivo análisis.

*“Cuando el examen llega, ya la persona tiene una toxoplasmosis, una tuberculosis o cáncer; entonces la política del estado también influye para que las personas con VIH a nivel municipal se mueran rápido... y es que al Estado le sale mas barato un funeral que un tratamiento...”*

**Carlos Ovidio Nieto.**

**Director Fundación Gente en Acción.**

Con base en lo anterior puede afirmarse, que el retraso en la entrega de resultados por parte del Laboratorio Departamental (allí es a donde se envían las pruebas), ha ocasionado que en varias ocasiones se obstruya el suministro

---

<sup>76</sup> Ley 972 de 2005. Artículo 1.

\* Existen dos tipos de pruebas para el diagnóstico por VIH: 1. Pruebas presuntivas: detectan las defensas que el cuerpo creó para defenderse frente al virus. 2. Pruebas Confirmatorias: Detectan la presencia del virus en el organismo. Tomado de: LIGA SIDA. Soporte VIH SIDA. 2000.

oportuno de tratamiento antiretroviral a, por ejemplo, las madres gestantes quienes deben recibir un oportuno manejo del diagnóstico, para evitar la infección de el o la hija.

La atención en sí misma, es otra de las dificultades que tienen las personas viviendo con VIH y SIDA en el municipio, puesto que como señalaban los relatos anteriores, existe un alto porcentaje de personas que no cuenta mensualmente con los recursos que genera el desplazamiento a la ciudad de Bucaramanga sumado a los trámites que tienen que realizar en esta ciudad para acceder a la atención. Además, muchas personas tienen que pasar por condiciones precarias como dormir en la calle cuando el mismo día no logran ser atendidas (ésto lo confirman los pacientes que han vivido la situación).

*“La atención no es integral, la atención es que lo vea un médico que le formule  
(un medicamento) y ya... chao...”*

**Patricia Ferrín.**

**Representante legal Corporación Bohití**

La situación económica a su vez, también afecta el mismo tratamiento de las personas, ya que tal como señala Ovidio Nieto, generalmente la epidemia del VIH/SIDA afecta a los grupos poblacionales más pobres o vulnerables, siendo ello otro obstáculo dentro de las dificultades que implica la situación de pobreza o miseria.

*...las personas con VIH son de una condición económica muy baja y resulta que está comprobado que la alimentación influye en el estado de salud de una persona con esta infección; entonces pasa que esas personas no tienen las dietas de alimentación, algunas personas no comen, (una desventaja frente al virus)... sus dietas están mal porque si tienen para trasladarse para Bucaramanga no tienen para comer...”*

**Carlos Ovidio Nieto.**

**Director Fundación Gente en Acción.**

De esta manera, se hace necesario, promover estrategias que posibiliten el bienestar económico de las personas y las familias afectadas por el virus, y que a su vez dichas condiciones faciliten estrategias que contribuyan al Desarrollo Humano de las personas vulneradas en el derecho a la salud, como fundamental para la vida del ser humano.

El acuerdo 245 de 2003, del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, determinó la necesidad de desarrollar guías de atención en salud, que aplicadas en el marco de un modelo de atención, permitan alcanzar el mayor impacto positivo en la salud de los pacientes y lograr mayor eficiencia en el manejo de los recursos; de esta manera en el año 2006 mediante la resolución 3442 del Ministerio de la Protección Social, se hace obligatoria la implementación de la Guía de manejo para el VIH SIDA.

Esta guía se convierte en un modelo óptimo para la prestación de servicios en salud para las personas con VIH y al cual tienen derechos a acceder las personas que viven con este virus; dentro de las acciones contempladas, se deja claro que el equipo de trabajo de atención debe ser interdisciplinar en donde se cuente con espacio, tiempo y equipos para labores como Médicas, Psicológicas, Nutricionales y de Trabajo Social<sup>77</sup>.

Cabe señalar, que es necesario analizar el tema de la atención integral desde la perspectiva de los usuarios, quienes son los que verdaderamente perciben las maneras en que la atención brindada afecta o no su salud. Este análisis permite profundizar en la evaluación y seguimiento al cumplimiento de los protocolos y guías para la atención integral de dicha enfermedad.

Al existir protocolos-guías para la atención a las personas que viven con VIH y con SIDA en el país, habría que analizar las causas de la omisión de dichos protocolos y generar estrategias que permitan dar cumplimiento a lo establecido por la norma, partiendo de la premisa de calidad a la que debe orientarse el Sistema Nacional de Salud.

---

<sup>77</sup> Guía para el manejo del VIH y el SIDA. MPS

- **VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**

La pandemia por VIH/SIDA ha generado numerosas pérdidas humanas, deterioro de la calidad de vida de millones de personas, consecuencias económicas negativas derivadas del incremento de los recursos necesarios para la atención en salud y de la incapacidad y muerte de miles de personas en edad productiva, que la sitúan como uno de los mayores desafíos para la humanidad<sup>78</sup>.

La Vigilancia Epidemiológica se convierte en la herramienta fundamental para analizar los avances, logros, dificultades o limitaciones en el proceso frente a la reducción de los índices de VIH/SIDA, y es soporte básico para tomar decisiones a emprender en materia de destinación de recursos y focalización de los esfuerzos en los componentes de salud de las naciones del mundo.

### **Situación de VIH y SIDA a nivel Internacional.**

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ha cobrado la vida de más de 25 millones de personas desde que fue identificado por primera vez en 1981, siendo una de las epidemias más destructivas de la historia. Pese a las recientes mejoras en el terreno del acceso al tratamiento antirretroviral y la atención en muchas regiones del mundo, en el año 2005 la epidemia de SIDA (según ONUSIDA) acabó con la vida de 3,1 millones (intervalo 2,8 –3,6 millones) de personas, de las cuales más de medio millón (570 000) eran niños.

El número total de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha alcanzado su nivel más alto: se estima que 40,3 millones (intervalo 36,79 –45,3 millones) de personas viven en la actualidad con el VIH y cerca de 5 millones contrajeron el virus en 2005, siendo ello un indicio claro de

---

<sup>78</sup> MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de VIH SIDA. SD.

la importancia de articular y compartir experiencias globales en el manejo y la atención de las personas con el diagnóstico.

Si bien, África es el continente más afectado por la epidemia, la situación en América Latina va en aumento en el número de personas diagnosticadas con el VIH; según estimaciones de ONUSIDA, la cifra (a 2005) ha aumentado a 1,8 millones (intervalo 1,4 millones –2,4 millones). La mortalidad a causa del SIDA es otra de las preocupaciones aparte de la incidencia de casos notificados. En 2005, aproximadamente 66.000 (intervalo 52.000 –86 000) personas fallecieron, y se registraron 200.000 nuevos casos de infección por el VIH (intervalo 130.000 –360 000) especialmente en los grupos vulnerables de América Latina. Entre los jóvenes de 15 –24 años, se estima que el 0,4% (0,3-0,8%) de las mujeres y el 0,6% (0,4 –1,1%) de los varones vivían con el VIH en 2005. En la tabla 1 se presentan indicadores de algunos países americanos y la estimación que ONUSIDA hace de adultos diagnosticados.

**Tabla 1. Número de Personas que viven con VIH en los países de América Latina**

1. Número estimado de personas que viven con el VIH						
País	Adultos y niños, 2005		Adultos y niños, 2003		Adultos (15 años y más), 2005	
	Estimación	[estimación alta– estimación baja]	Estimación	[estimación alta– estimación baja]	Estimación	[estimación alta– estimación baja]
América Latina	1 600 000	[1 200 000 – 2 400 000]	1 400 000	[1 100 000 – 2 000 000]	1 600 000	[1 200 000 – 2 400 000]
Argentina	130 000	[80 000 – 220 000]	120 000	[75 000 – 170 000]	130 000	[78 000 – 220 000]
Belice	3700	[2000 – 5700]	2900	[1600 – 4500]	3600	[2000 – 5600]
Bolivia	7000	[3800 – 17 000]	6400	[3500 – 16 000]	6800	[3600 – 16 000]
Brasil	620 000	[370 000 – 1 000 000]	560 000	[350 000 – 800 000]	610 000	[370 000 – 1 000 000]
Chile	28 000	[17 000 – 56 000]	25 000	[16 000 – 37 000]	28 000	[17 000 – 56 000]
Colombia	160 000	[100 000 – 320 000]	140 000	[90 000 – 210 000]	160 000	[100 000 – 320 000]
Costa Rica	7400	[3600 – 24 000]	6400	[3300 – 11 000]	7300	[3500 – 24 000]
Ecuador	23 000	[11 000 – 74 000]	22 000	[11 000 – 36 000]	22 000	[11 000 – 71 000]
El Salvador	36 000	[22 000 – 72 000]	34 000	[22 000 – 52 000]	35 000	[22 000 – 71 000]
Guatemala	61 000	[37 000 – 100 000]	55 000	[34 000 – 79 000]	59 000	[35 000 – 97 000]
Guyana	12 000	[4700 – 23 000]	12 000	[4700 – 23 000]	11 000	[4400 – 22 000]
Honduras	63 000	[35 000 – 99 000]	58 000	[32 000 – 91 000]	61 000	[33 000 – 95 000]
México	180 000	[99 000 – 440 000]	170 000	[91 000 – 410 000]	180 000	[97 000 – 440 000]
Nicaragua	7300	[3900 – 18 000]	5900	[3200 – 14 000]	7200	[3900 – 17 000]
Panamá	17 000	[11 000 – 34 000]	16 000	[10 000 – 24 000]	17 000	[10 000 – 33 000]
Paraguay	13 000	[6200 – 41 000]	11 000	[6000 – 19 000]	13 000	[6000 – 41 000]
Perú	93 000	[56 000 – 150 000]	84 000	[52 000 – 120 000]	91 000	[55 000 – 150 000]
Suriname	5200	[2800 – 8100]	4500	[2500 – 7000]	5100	[2800 – 8000]
Uruguay	9600	[4600 – 30 000]	8100	[4200 – 14 000]	9500	[4500 – 31 000]
Venezuela	110 000	[54 000 – 350 000]	96 000	[50 000 – 160 000]	110 000	[52 000 – 350 000]

**Fuente:** ONUSIDA: Situación de VIH a 2006 Anexo 2 Estimaciones y datos sobre el VIH y el SIDA a 2005.

Es fundamental señalar, que ONUSIDA ha hecho valiosos esfuerzos en la lucha contra el SIDA en el mundo y se convierte en un espacio investigativo, metodológico, técnico y de consulta para las personas que trabajan con la situación de VIH en cualquier parte del mundo.

### **Situación de VIH y SIDA a nivel Nacional**

La situación en Colombia, si bien no es alarmante, no deja de generar expectativas ya que, debido a la ausencia de diagnósticos integrales, no se conoce el verdadero estado de la epidemia en el país, ni aún sus características demográficas, dificultándose el proceso de toma de decisiones para efectos de implementar acciones estratégicas en el tema de salud.

En el periodo 1983 a 2007 han sido diagnosticados en Colombia cerca de 57.500 casos de personas que viven con el virus de VIH o que han desarrollado la enfermedad del SIDA; de esta cifra, 24.000 han fallecido, lo que demuestra que existen grandes falencias en la garantía de una mejor calidad de vida que se vea reflejada en la esperanza de vida para estas personas. Aunque en los últimos años el sistema de vigilancia 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 casos. Es decir, según estimaciones de ONUSIDA, por cada persona que conoce su diagnóstico, hay por lo menos diez más que no lo saben; de ahí la importancia de apostarle a la realización de programas de detección temprana.

En general, de la situación de VIH/SIDA en el país se pueden sacar una serie de conclusiones<sup>79</sup>:

---

<sup>79</sup> DNP, Presidencia de la República, Acción Social, et al. Hacia una Colombia Equitativa e incluyente. Informe de Colombia, Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2005

- Alta concentración de la epidemia especialmente en los grupos poblacionales de mayor riesgo: hombres que tienen sexo con hombres<sup>80</sup> (HSH), trabajadoras y trabajadores sexuales y usuarios de drogas inyectables (UDI). La prevalencia de la infección en HSH es de 18% (según cifras al año 2000 de la Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA y el Instituto Nacional de Salud).
- La prevalencia de la infección en la población general es de menos de 1% y la prevalencia nacional en personas de 15 a 49 años es de 0.7% (cifras a 2004).<sup>81</sup>
- Se observa en el país un cambio del patrón predominante de transmisión homosexual hacia la transmisión por coito heterosexual, en particular, evidente en la región nororiental (Santander y Norte de Santander) y en los departamentos de la región caribe, donde el número de nuevas infecciones en mujeres jóvenes ha aumentado a mayor velocidad que en hombres de la misma edad desde comienzos de los noventa (ONUSIDA y Ministerio de Salud, 1999).
- De acuerdo con las estimaciones efectuadas (por el DANE), de no realizarse intervenciones preventivas exitosas, en 2015 la prevalencia de infección estaría alrededor de 1,5%.; es decir, que según el estimativo más reciente, el número de personas infectadas estaría entre 200.000 y 220.000 personas, y para 2010 podría superar las 800.000 personas.
- El VIH/SIDA representa una pesada carga social y económica para el país. Hacia el año 2002, se estimaba que esta enfermedad le representaba al país un costo directo equivalente a 0,05% del PIB (Cálculos de ONUSIDA y MPS, 2006). El costo indirecto, o de oportunidad, representado en la cantidad de años de vida e ingresos potenciales perdidos es aún mayor. El país gasta cerca de un dólar per cápita en prevención y atención al VIH/SIDA.

---

<sup>80</sup> Categoría epidemiológica que agrupa las distintas significaciones de población con comportamiento exclusivo u ocasional homo y bisexual.

<sup>81</sup> Op. cit.

## **Situación de VIH en el municipio de Barrancabermeja.**

El municipio de Barrancabermeja, como se ha reflejado en anteriores gráficas, presenta una de las mayores tasas tanto de incidencia de VIH, como de mortalidad a causa del SIDA. La cultura machista y patriarcalista, el contexto ampliamente conocido de comercio sexual producto de la bonanza petrolera en la región, la ausencia de programas efectivos en prevención de infecciones de transmisión sexual, entre otros factores, han hecho que la situación de VIH/SIDA en Barrancabermeja, vaya en aumento generando las traumáticas consecuencias reiteradas en este documento.

Es preciso también, analizar los mitos y las falsas creencias que incrementan los riesgos de transmisión generando una falsa percepción de invulnerabilidad; es decir que, contrario a la creencia popular, en Barrancabermeja cada vez es más relevante la transmisión por relaciones sexuales heterosexuales y la epidemia tiene una fuerte tendencia hacia la feminización, obstaculizándose los procesos de autonomía y libertad en el marco del desarrollo humano para las mujeres del municipio.

Según datos de la oficina de vigilancia epidemiológica de la Secretaría Local de Salud, durante los años 2004 – 2007 se presentaron 113 casos nuevos de VIH en el municipio, teniendo como punto más alto el año 2007 con 38 casos reportados, lo cual invita a analizar la pertinencia y efectividad de los programas implementados en salud sexual relacionados con el VIH. De los 38 casos reportados, 22 son hombres y 16 mujeres, lo que constata el avance que la epidemia está ganando en el avance hacia el grupo poblacional de mujeres.

En la tabla número 2, se presenta la relación de los casos notificados en los últimos años:

**Tabla N° 2**

**Casos de VIH notificados por año, Barrancabermeja, Santander**

<b>AÑO</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Nº</b>	<b>35</b>	<b>18</b>	<b>22</b>	<b>38</b>

**Fuente:** Secretaría Local de Salud

EL VIH, es la quinta causa de morbilidad en el municipio de Barrancabermeja, después del dengue, la intoxicación alimentaría, la violencia intrafamiliar y la tuberculosis, y por tal motivo requiere que la situación tenga un tratamiento especial, teniendo en cuenta que aún no es una enfermedad curable y que además puede seguir generando consecuencias negativas desde lo demográfico, lo económico y lo social para el municipio.

Según el informe epidemiológico de la Secretaría Local de Salud a diciembre de 2007, las causas para que el año 2007 hubiese sido el año con mas casos notificados, están relacionadas con el mejoramiento de los procesos de notificación el municipio y con la mayor accesibilidad a la realización de la prueba para VIH a través del programa de salud sexual y reproductiva de la Secretaría Local de Salud, lo que da indicios de que la verdadera situación de VIH en el municipio seguirá oculta hasta que no se hagan los estudios respectivos y se garantice la masificación de toma de pruebas que logren determinar una línea de base más adecuada sobre el estado real de este evento de salud pública en el municipio. Otro de los aspectos que ha contribuido a que el VIH aumente en la población del municipio es la demora en la entrega de resultados de las pruebas diagnósticas en madres gestantes por parte de los laboratorios contratados por las diferentes EPS-subsidiadas, (antiguas ARS) y por parte del Laboratorio de Salud Departamental. Asimismo, las conductas inadecuadas de la comunidad frente al manejo de su sexualidad son, para la Secretaría, un factor causal del aumento de la epidemia.

Las causas citadas, pueden servir de insumo para programar acciones que apunten a mitigar el impacto que dejan sobre la salud de la población Barrameja.

### **Sistema de Notificación de eventos de interés en Salud Pública**

*“...nos queda todavía trabajo por hacer con los otros laboratorios particulares para que en Barrancabermeja se notifiquen los casos porque hay un subregistro”...la deficiencia está en el personal médico, no quieren llenar la ficha, colocan a estas auxiliares de enfermería a ser toderas a que llenen todo y hay falta de compromiso en la parte médica, no en la parte de enfermería ni en las enfermeras jefes, en la parte médica... estamos tratando que sea un poco mejor”.*

**Leyda Moreno.**

**Secretaría local de Salud**

Los anteriores relatos, muestran el incumplimiento a los protocolos de notificación obligatoria para eventos de interés en Salud Pública emitidos por el Instituto Nacional de Salud por parte de las Unidades Primarias Generadoras de Datos (UPGD) que son las distintas instituciones que prestan servicios de Salud y llegan a diagnosticar eventos de interés para las cuentas nacionales en el tema de Salud Pública.

El objetivo fundamental de la vigilancia epidemiológica para el tema específico VIH SIDA, está dado por la generación de información útil, confiable y oportuna que permita evaluar el comportamiento de la epidemia, para de esta manera, facilitar la toma de decisiones frente a la prevención y control de este evento en el país, objetivo que apunta a mejorar desde el sistema de notificación, hasta la calidad de los reportes emitidos, a fin de tomar decisiones acertadas en materia de salud pública.

*...la oficina de vigilancia epidemiológica hay que fortalecerla, solo hay una persona, a veces entra una persona o dos más temporalmente, no hay un control estricto con las IPS ni las EPS, la notificación obligatoria no es tan obligatoria...*

**Patricia Ferrín.**

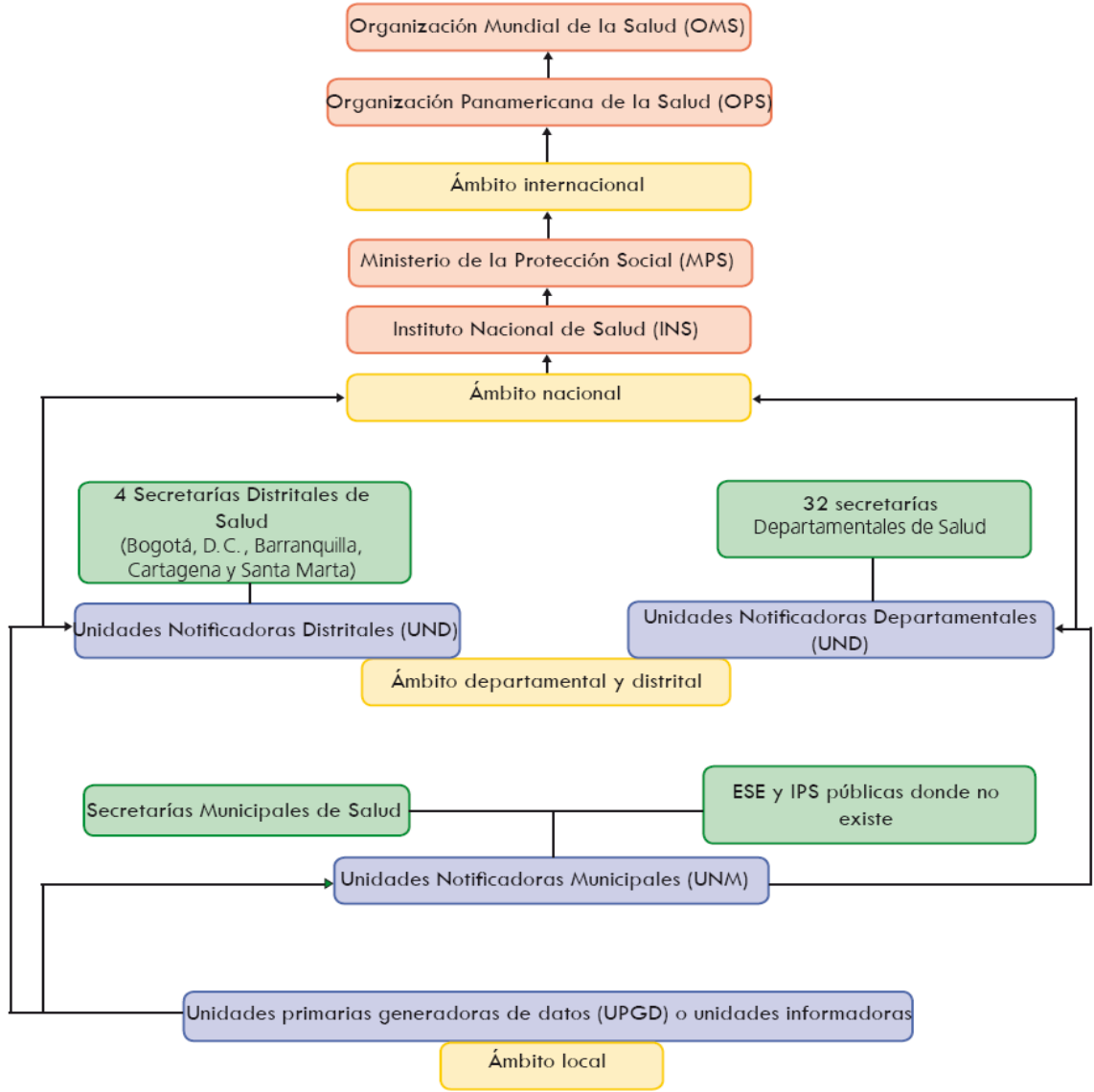
**Representante legal de la Corporación Bohití.**

La debilidad de la oficina de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud de Barrancabermeja, originada en la ausencia de personal suficiente para las acciones y funciones que dicha oficina tiene que cumplir, obstaculiza que los procesos epidemiológicos en Salud en el municipio se estén llevando de la manera establecida en los protocolos del Instituto Nacional de Salud, en coherencia con los principios orientadores del Código Sanitario Nacional.

El proceso de notificación nacional, es sistémico; es decir, la calidad de la información que se ofrezca desde el inicio del proceso va a permitir tomar decisiones respecto a lo que debe ser la orientación de las prioridades en salud pública del país y los municipios. En el gráfico nº 5, se presenta el flujograma al cual semanalmente se le tiene que dar cumplimiento para cumplir la legislación establecida al respecto.

De esta manera, se puede concluir que aunque la Secretaria Local de Salud se ha esforzado por mejorar el sistema de notificación con la capacitación en las entidades y personal encargado, aún cuando ha aumentado la notificación del evento, aún persisten fuertes debilidades en el sistema de notificación. De esta manera, el proceso de vigilancia epidemiológica es parcial y los sistemas de información creados para manejar esta información incluyen altas posibilidades de subregistro, lo cual obstaculiza el proceso de conocimiento de la verdadera realidad del VIH a nivel municipal, y plantea la importancia de la mejoría de los sistemas de información y de notificación.

**Gráfico 5. FLUJOGRAMA DE NOTIFICACIÓN SEMANAL SIVIGILA<sup>82</sup>**



**Fuente: Instituto Nacional de Salud. Sistema de Vigilancia en Salud.**

<sup>82</sup> Sistema de Vigilancia en Salud del Instituto Nacional de Salud.

### **3.3.2. OBJETIVO 2:**

Consolidar alianzas estratégicas y acuerdos entre el ORDHS y las instituciones que trabajan en relación a VIH y SIDA en el municipio de Barrancabermeja, Santander.

**ESTRATEGIA:** Creación y fortalecimiento de alianzas estratégicas.

La estrategia de creación y fortalecimiento de alianzas estratégicas, surge a partir de la elaboración de la matriz DOFA y se relaciona con una de las líneas de trabajo del Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible (Alianzas estratégicas y Redes sociales); esta estrategia es fundamental en la medida que posibilita la conexión y cooperación entre diferentes instituciones que comparten objetivos similares posibilitando, además, el alcance de mejores resultados estratégicos a mediano y largo plazo.

El proceso adelantado para la conformación de la alianza estratégica entre el ORDHS y las instituciones cuya labor está directa e indirectamente relacionada con el VIH y el SIDA, comenzó por una caracterización de las diversas instituciones relacionadas con la problemática. La compilación de instituciones, se realizó a partir de la búsqueda en el directorio telefónico (específicamente la Secretaría de Salud y las EPS, EPS-S) y se procedió a hacer el contacto con los representantes de dichas instituciones y organizaciones.

En la Secretaría de Salud y en las EPS y EPS-S, se hizo contacto con las personas encargadas de la vigilancia epidemiológica, los programas de promoción y prevención y, en algunos casos, con las personas encargadas de los programas para las enfermedades de alto costo (VIH, Cáncer, entre otras). La visitas a las mencionadas instituciones, permitió a su vez, tener referencia de instituciones como organizaciones no gubernamentales (ONG`s) y de la sociedad civil cuyo trabajo se relaciona con la Salud Sexual y Reproductiva incluido el VIH/SIDA.

Luego de realizadas las entrevistas, se indagó sobre el interés de conformar una alianza estratégica entre entidades que manejan programas de salud en el municipio, presentándose para todos los casos una actitud favorable al respecto. Se coincidió en que era necesaria la conformación de alianzas estratégicas que permitieran un trabajo interinstitucional más coordinado y que permitiera el alcance de los objetivos nacionales con relación al VIH, lo anterior se refleja en relatos como:

*“Claro que sí (importancia del trabajo interinstitucional), porque si no, cada institución trabajaría por aparte y se dejaría de atender población que lo necesita”.*

**Astrid Mene.**

**Diócesis de Barrancabermeja.**

*“No es que lo considere necesario (la articulación interinstitucional) es que es importantísimo, es que es necesario porque si no es así, vamos a tener una tragedia en salud pública en el municipio”.*

**Carlos Ovidio Nieto.**

**Director de la Fundación Gente en Acción**

Los relatos recogidos en las entrevistas, permitieron conocer que la articulación del trabajo interinstitucional e intersectorial es una necesidad sentida y una propuesta constantemente expresada por parte de los distintos actores que trabajan con relación al VIH/SIDA en el municipio.

Esta necesidad sentida, 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 de VIH SIDA en el municipio.

En el proceso de conformación de la Mesa de Trabajo, se comenzó por explorar el “estado del arte” por consulta electrónica sobre experiencias

similares, obteniendo como resultado la no consecución de este tipo de experiencias. Luego, se realizó un análisis que permitió la reflexión sobre el proceso a adelantar y se consolidó un marco conceptual – normativo el cual sustentó la creación de la Mesa de Trabajo. (Ver presentación Mesa de Trabajo anexo en el CD adjunto).

En los acercamientos institucionales con relación al VIH SIDA, se logró conocer que desde la Oficina de la Gestora Social del municipio, se pretendía trabajar con enfermedades de alto costo, especialmente cáncer y VIH/SIDA y se realizó el contacto con dos de los asesores de esta oficina .Se sostuvo una reunión con dichas personas el día 04 de febrero de 2008, en la que además se contó con la participación del señor Carlos Ovidio Nieto representante legal de la Fundación Gente en Acción que trabaja en defensa de los derechos de personas que viven con VIH o SIDA; los puntos acordados en la reunión se detallan a continuación\*:

- Tanto la Oficina de Gestión Social de la Alcaldía de Barrancabermeja como el Observatorio Regional de Desarrollo Humano, tienen interés de apostarle a la creación y consolidación de una Mesa de Trabajo para la situación de VIH SIDA en el municipio.
- El ORDHS, se ofreció como facilitador del proceso de conformación y consolidación de dicho espacio aportando desde lo investigativo, lo técnico y lo metodológico a su construcción.
- Se propuso y aprobó como objetivo para la reunión de conformación de la Mesa de Trabajo: “Hacer participativos los aportes de las distintas instituciones para de esta manera llegar a la constitución de una Mesa de Trabajo concebida como una forma organizativa pertinente en su accionar para la formulación de una política pública con referencia al VIH en el municipio”.

---

\* Para mayor especificidad véase el archivo digital “Proceso con oficina de Gestión Social” “Primera Relatoría en el CD adjunto.

- Se definió una metodología de trabajo para el día de la reunión.
- Se listaron las instituciones a las cuales dirigir la convocatoria: la red de Empresas Sociales del Estado, las aseguradoras (EPS, EPS-S), las ONG`s y otras organizaciones de la sociedad civil.
- La oficina de la Gestora Social se comprometió a realizar la convocatoria, a gestionar el lugar para la realización de la actividad, a proveer los recursos audiovisuales y de papelería. Se comprometió, a su vez, a enviar la invitación a los medios de comunicación.
- El Observatorio se comprometió a gestionar refrigerios y a realizar el aporte técnico luego de concluida la reunión.

La planificación debe considerar la aplicabilidad permanente de las formas y medios de control y evaluación, según Tobón,<sup>83</sup> mediante la generación de estrategias que permitan el seguimiento al proceso para reducir el impacto de los imprevistos generados en el mismo.

El proceso de seguimiento llevado a cabo para el cumplimiento de los acuerdos establecidos entre el ORDHS y la oficina de la Gestora Social de la Alcaldía de Barrancabermeja, se realizó con visitas constantes a dicha oficina, teniendo como resultado en una de las visitas y por testimonio de uno de los asesores que “para la oficina de la gestión social era imposible en dicho momento comprometerse con el trabajo de la mesa, puesto que era prioridad la formulación del Plan de Desarrollo del municipio”; de esta manera, el proceso de creación de la alianza estratégica, fué asumido completamente por el ORDHS.

---

<sup>83</sup> TOBON, María; Op Cit. Pág 169.

Se dió continuidad al proceso de planeación y se realizó la reunión para la conformación de la alianza estratégica para promover la creación y consolidación de una Mesa de Trabajo de VIH SIDA en el municipio de Barrancabermeja. Durante la reunión se pretendía analizar la problemática de VIH y SIDA, sus causas y consecuencias con la finalidad de plantear posibles estrategias de solución en el municipio de Barrancabermeja, además de explorar los intereses por parte de las distintas instituciones participantes al respecto. Como resultado del análisis y puesta en común de la situación de VIH y SIDA en el municipio, sobresalió la necesidad del trabajo articulado entre las diferentes entidades además de la importancia de que este proceso fuese asumido y liderado desde la Secretaria de Salud Municipal. El equipo de Trabajo Social asumió el compromiso de gestionar y promover ante los entes gubernamentales la incorporación de la iniciativa en la agenda administrativa como de interés en salud pública.

Como resultado, se creó una Mesa interinstitucional en respuesta a las problemáticas relacionadas con el VIH y el SIDA con la participación de personal vinculado a instituciones como: Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio, Diócesis de Barrancabermeja, Comfenalco Santander, Corporación BOHITI, Fundación Gente en Acción, Cruz Roja Colombiana, CAFABA EPS – EPS-S, Clínica San José\*. El equipo de Trabajo Social planteó también la creación de un acta de constitución de la Mesa de Trabajo con un recuento de lo trabajado durante la reunión de creación, en donde se plasmara el interés de pertenecer a la Mesa y las propuestas aportadas con miras a mejorar la situación del VIH-SIDA en el municipio. (Ver anexo nº 7)

Durante la reunión para la constitución de la alianza estratégica, se acordó una agenda de trabajo orientada al proceso de consolidación de la misma, destacándose en ella los siguientes aspectos:

---

\* Ver listado de asistencia Anexo nº 6

- Participación de la Mesa de Trabajo, en la “Mesa Nacional Virtual de VIH/SIDA y desplazamiento” el día 11 de marzo de 2008.
- Gestionar desde el ORDHS la realización del evento “Mesa de situación de SIDA Barrancabermeja” con la participación de expertos en esta temática y con presencia de la Alcaldía Municipal, la Secretaria de Salud Departamental y municipal, el Instituto Nacional de Salud, la Superintendencia de Salud, el Ministerio de Protección Social, con el fin de analizar la situación de VIH SIDA y plantear soluciones a la problemática.
- Adelantar por parte del ORDHS y el Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio la gestión encaminada a que la Mesa de Trabajo, en calidad de “Equipo Consultor”, fuese avalada por el gobierno Municipal.

Cabe señalar que se ha venido adelantando gestión con asesores del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA (ONUSIDA), y especialmente con la Secretaría de Salud Municipal de Barrancabermeja, para que se institucionalice dicho espacio como escenario válido desde el cual pueda formularse política pública de VIH SIDA y articularse las acciones que se realizan en el municipio.

Finalmente, tal como se señaló en páginas anteriores, es importante resaltar que la idea de construcción de respuesta interinstitucional e intersectorial a la problemática, no es nueva en el municipio, pues el proyecto Colombia ya había tratado de consolidar ese tipo de trabajo, proyecto que, según sus actores, abortó debido a la ausencia de pertenencia grupal de sus miembros dentro del equipo de trabajo; a que no se centró en un interés común y a la escasa organización de la sociedad civil en el territorio, sugiriéndose, por tanto, la necesidad de colocar el liderazgo de este tipo de procesos en el ente gubernamental, por cuanto es su responsabilidad como representante estatal y, además, dispone de los recursos necesarios para tal fin.

Finalmente, hay que señalar que la evaluación realizada por los y las asistentes a la reunión de la conformación de la alianza de trabajo en VIH SIDA, fue satisfactoria, calificando como acertada la iniciativa y planteando el compromiso de seguir trabajando en la consolidación de la misma. (Ver anexo 10).

Como parte de la gestión ante el gobierno municipal para que la Mesa fuera reconocida e incorporada por parte del ente gubernamental, el equipo de Trabajo Social en reuniones sostenidas con el Secretario de Salud propició la motivación necesaria para motivar el interés y la iniciativa hacia la adopción pública de la propuesta. De esta manera, el Secretario de Salud tuvo conocimiento de todo el proceso llevado a cabo hasta el momento y del objetivo fundamental de su institucionalización, en el marco de una estrategia de organización y cooperación social. Toda esta gestión estaba precedida por los contenidos del Desarrollo Humano, de Derechos Humanos y de la importancia de esta propuesta como ejercicio de organización social de los diferentes actores relacionados con el tema.

En este sentido, para que la temática fuese incorporada en la agenda pública del municipio, también se participó en la formulación del Plan de Desarrollo; el proceso de planeación se desarrolló en los primeros meses del año 2008 con una propuesta participativa, enmarcada en los principios de los Derechos Humanos, el Desarrollo Humano Sostenible y la búsqueda de cumplimiento a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En este sentido, el VIH/SIDA fue incorporado como una de las prioridades a tratar en este gobierno. Con la participación de varios de los integrantes de la Mesa de Trabajo sobre VIH y SIDA, representantes de cada entidad miembros de la misma; el tema de VIH/SIDA fue visibilizado e incorporado en la convocatoria para el sector salud realizada por la Alcaldía municipal para la formulación de dicho plan, (VER ANEXOS FOTOS).

### **3.4. SEGUNDA ETAPA DEL PROCESO DE PLANEACIÓN.**

Posteriormente a este proceso llevado a cabo durante los meses de diciembre de 2007, enero, febrero y marzo de 2008, y finalizada la práctica como requisito académico, se presentó a la Dirección General de Regionalización la Propuesta de Trabajo para el Fortalecimiento de la Mesa de Trabajo sobre VIH en el municipio de Barrancabermeja para continuar con el proceso adelantado en la promoción de la Mesa de Trabajo debido a que se encontraba en un momento especial para su consolidación. Igualmente, los miembros que integraban la Mesa (gobierno, sociedad civil, entidades de salud, ONGS, y la universidad) consideraban importante y necesario darle continuidad a este proceso y avanzar en la incidencia política sobre el tema. El equipo de Trabajo Social elaboró una propuesta de continuidad durante los meses de abril y mayo, y asumió el compromiso con el aval de la Dirección General de Regionalización y del ORDHS, planeando y ejecutando lo siguiente:

### 3.4.1. Plan Operativo 3.

**OBJETIVO:** Promover el fortalecimiento de la Mesa de Trabajo sobre VIH y SIDA en el municipio de Barrancabermeja, dinamizando el proceso de consolidación de su estructura interna y creando un plan de trabajo que permita hacer funcional este espacio de participación.

**ESTRATEGIA:** Fortalecimiento de espacios participativos

ACCIONES ESTRATÉGICAS	TAREAS	METAS	INDICADORES O CRITERIOS DE MEDIDA	AVANCE DE PROCESOS
1. Consolidación de la estructura de la mesa VIH/SIDA.	Planeación participativa de la estructura interna de la mesa de trabajo VIH/SIDA	Al 30 de abril se ha definido la estructura interna organizativa de la mesa VIH/SIDA	Documento pactado con la estructura interna de la mesa VIH/SIDA  Elaborada una relatoría de la reunión	Se presento documento pactado de la estructura interna de la mesa ( VER ANEXO)  Se elaboraron relatorías de las reuniones para la conformación de la estructura interna de la mesa (VER ANEXOS) Fotos reuniones ( VER ANEXO)
	Definición de la plataforma estratégica de la mesa VIH/SIDA	Al 30 de abril haber concertado la plataforma estratégica que sustenta la mesa de trabajo VIH	Elaborado un documento síntesis de la plataforma estratégica de la mesa VIH/SIDA	Se elaboro documento síntesis de la plataforma estratégica (VER ANEXO)

<p>2. Hacer funcional el espacio de participación en relación con el tema de interés.</p>	<p>Construcción participativa de un plan de trabajo a corto y mediano plazo de las instituciones de la Mesa</p>	<p>Al 5 de mayo tener elaborado un plan de trabajo articulado entre las instituciones que dan respuesta al VIH/SIDA en el municipio</p>	<p>Elaborado documento de plan de trabajo conjunto de las distintas instituciones que hacen parte la mesa VIH/SIDA en el municipio</p>	<p>Se elaboro participativamente un plan de trabajo a corto plazo (VER ANEXO) Fotos evento (VER ANEXO)</p>
<p>3. Promoción de la institucionalización gubernamental de la Mesa de VIH/SIDA</p>	<p>Pactar compromisos con los entes gubernamentales asistentes a los espacios de trabajo</p>	<p>Al 15 de mayo se ha concretado la coordinación de la Mesa VIH en la Secretaria de Salud Municipal</p>	<p>Elaborado un documento con la estructura interna de la mesa y unas responsabilidades generales de las instituciones participantes</p>	<p>Se logro la construcción del documento de institucionalización de la Mesa (VER ANEXO)</p>

### **3.4.2. EJECUCIÓN:**

**OBJETIVO:** Promover el fortalecimiento de la Mesa de Trabajo sobre VIH y SIDA en el municipio de Barrancabermeja, dinamizando el proceso de consolidación de su estructura interna y creando un plan de trabajo que permita hacer funcional este espacio de participación.

**ESTRATEGIA:** Fortalecimiento de espacios participativos

Con el objetivo de promover el fortalecimiento de la Mesa de Trabajo, se planearon tres estrategias de acción que permitieran el alcance de los objetivos. Como ejes transversales de este proceso fueron tenidos en cuenta la participación social y la concertación social, mediante las siguientes estrategias de acción:

1. Consolidación de la estructura de la mesa VIH/SIDA.
2. Hacer funcional el espacio de participación en relación con el tema de interés.
3. Promoción de la institucionalización gubernamental de la Mesa VIH/SIDA

Para la consolidación de la estructura interna de la Mesa de Trabajo VIH/SIDA, se elaboró un cuidadoso plan de trabajo con actividades y tareas que permitieron avanzar en este cometido. Cada una de las reuniones de la Mesa avanzó en logros significativos respecto a la intencionalidad global del proceso y, a tono con el objetivo previsto para cada una de las reuniones programadas. El equipo de Trabajo Social sirvió como promotor y facilitador del proceso, en tanto los logros dependieron de la participación y voluntad de concertación incorporada y vivenciada por los miembros de la Mesa.

Las actividades realizadas iniciaron con el abordaje y lectura teórica y conceptual sobre el tema de Mesas de Trabajo y sostenibilidad de procesos de articulación social. Esto para tener un mayor conocimiento sobre su conformación, aunque como ya se anotó, el equipo no encontró experiencia alguna que sirviera de referente sobre el tema. Respecto a la búsqueda teórica sobre sostenibilidad de procesos sociales se exploró en fuentes de información como búsqueda en Internet y asesoría con expertos. Esta asesoría se realizó con personas a cargo de líneas estratégicas de trabajo del Programa de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio. Como aprendizaje significativo se resalta la importancia que tiene la motivación de los actores sociales articulados en un proceso social, para trabajar conjuntamente por un tema u objetivo de interés; asimismo, es importante que el proceso incorpore la participación, cooperación, concertación, así como un plan de trabajo o guía clara sobre lo que se va a hacer para la obtención de los objetivos o del futuro deseado y por último, es necesario que el proceso se visibilice mostrando resultados y aprendizajes significativos tanto al proceso, como a las personas que lo integran.

Posteriormente a este abordaje, se pasó a la planeación participativa para la consolidación de la estructura interna de la Mesa. La participación fue un eje transversal durante el proceso de creación de la Mesa, como de la consolidación de su estructura interna y planeación. Participativo, en el sentido de que se abordaba la situación con las personas expertas en este trabajo en el municipio, se promovía el diálogo y debate para generar propuestas o alternativas de solución o de acción para seguir con el trabajo. El equipo de Trabajo Social promovió el proceso a partir de su rol de facilitador durante el transcurso del mismo, direccionando el camino a seguir para alcanzar los objetivos y asumiendo diferentes responsabilidades que posteriormente se fueron delegando a los demás miembros de la Mesa para que el proceso fuera asumido de manera directa por sus integrantes.

Para reactivar el proceso que se venía llevando a cabo, que tuvo un receso de actividades un mes, debido a la finalización del tiempo de practica académica, se realizaron acercamientos nuevamente a los miembros de la Mesa de manera personal, por vía telefónica y vía correo electrónico, convocándolos a una reunión que se llevó a cabo el día 11 de abril, con los siguientes objetivos:

- Promover la consolidación de la estructura interna de la MESA DE TRABAJO DE VIH/SIDA del municipio de Barrancabermeja, para avanzar en la articulación institucional y la planeación de un plan de trabajo conjunto para dar respuesta efectiva al VIH/SIDA en el municipio y presionar su inclusión en el ámbito de la política pública.
- Avanzar en la institucionalización del espacio llamado MESA DE TRABAJO DE VIH/SIDA DE BARRANCABERMEJA, por parte de la administración gubernamental municipal y las diferentes dependencias relacionadas con la atención y respuesta a la situación de VIH/SIDA, como escenario de participación democrática en las decisiones y acciones de política pública.

La reunión se planeó metodológicamente para la consecución de estos objetivos, los cuales fueron concretados parcialmente. Los avances más significativos fueron los siguientes: (VER ANEXO 11).

- Mayor conocimiento sobre la situación de VIH SIDA en el municipio, generado a partir de la presentación por parte del equipo de Trabajo Social del “Análisis situacional de VIH/SIDA con los componentes de: atención integral programas de promoción y prevención, Derechos Humanos y vigilancia epidemiológica”, igualmente con la presentación del diagnóstico epidemiológico de la enfermedad en el municipio presentado desde la información que maneja la Secretaria de Salud Municipal. El conocimiento de la situación de VIH SIDA en el municipio

es una importante estrategia de la Mesa de VIH/SIDA para planear la intervención frente a esta situación de acuerdo a las particularidades y aspectos sobresalientes que se presentan y que requieren de atención por parte de cada uno de los miembros de la Mesa según su competencia. Como el conocimiento de la realidad permite una mejor intervención sobre la misma, se socializó el proyecto que desde la Oficina de la Gestora Social de la Alcaldía se va a implementar para enfrentar la problemática.

- Balance de gestión de los avances logrados para el posicionamiento de la Mesa en los escenarios local, departamental, nacional e internacional. Este balance de gestión mostró los acercamientos que se han hecho con entidades como: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) , Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y SIDA (ONUSIDA), Oficina para la coordinación de asuntos humanitarios (OCHA), Programas de salud sexual y reproductiva de la Secretaría de Salud Departamental, Facultad de Salud de la UIS, Instituto Nacional de Salud, medios de comunicación (incluida la Web), Secretaria de Salud Local, Mesa Virtual VIH/SIDA y desplazamiento convocada por el Fondo Global de VIH el día 11 de marzo, Plan Territorial de Salud en las provincias de la Secretaria de Salud Departamental, la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA, el Observatorio Departamental de Salud.
- Los acercamientos con las anteriores entidades partieron básicamente de la gestión política o incidencia política, entendida como el proceso en el cual se concerta, dialoga, acuerda, decide, sobre un tema de interés a posicionar como prioritario en las acciones que repercuten en el individuo o sociedad, llegando a acuerdos de cooperación mutua. Se puede decir que en el proceso llevado a cabo se evidenció la importancia de la iniciativa, reconociéndose que son pocas las intervenciones que se han hecho al respecto y sobre todo con la estrategia de organización social de los actores que trabajan en relación al tema. De esta manera, aunque el Proyecto Colombia significó una

primera experiencia de coordinación interinstitucional, su permanencia fue corta debido entre otros aspectos a que este proyecto no fue liderado desde el ente gubernamental y no se concebía la construcción de política o planes participativos sobre el tema.

Al contar la Mesa con aliados, como los mencionados anteriormente, que expresan su interés y apuesta a esta iniciativa (VER ANEXO 12), los aprendizajes que permiten direccionar el accionar son guías emitidas por expertos sobre el tema, que permitieron ampliar el panorama sobre el cual la Mesa se ubicó frente al reto de intervenir en esta situación.

- Compromiso y voluntad política por parte del Secretario de Salud de incorporar a la Mesa en las líneas estratégicas de esta dependencia, pensada dentro de esta gerencia como parte de una unidad de negocio entre las cuales están: bienestar social, financiación, medios de comunicación y proyectos especiales. Siguiendo estas apreciaciones, la Mesa se concibe como un espacio de articulación, asesoría, ejecución y seguimiento de las acciones pertinentes al VIH/SIDA, en la cual, confluyen varios actores sociales interesados en trabajar conjuntamente sobre el tema. (VER ANEXO 11). La intervención del Secretario de Salud como representante del gobierno municipal es un importante avance que vislumbra el inicial objetivo a lograr en la gestión de la Mesa, a saber, que este espacio sea reconocido e institucionalizado por parte de la administración municipal para que de esta manera, se garantice la sostenibilidad y funcionalidad del espacio a favor de la construcción de política pública sobre el VIH/SIDA y la democratización de la participación de la sociedad en la solución de las problemáticas que la afectan y las potencialidades que le permiten progresar en el Desarrollo Humano.

La idea desde la Secretaría de Salud sobre la Mesa, fue la de acogerla, pensándola como un espacio que debe generar, tanto conocimiento sobre la

situación, como planeación de las acciones a seguir para intervenir en ella, al igual que el seguimiento al proceso y la socialización a la comunidad. Para pensar en incorporar concretamente a la Mesa dentro de la estructura de la Secretaria de Salud, se debe analizar la posibilidad de integrar la idea que el Secretario de Salud propuso a este espacio y la forma en que es pensada por los miembros de la Mesa. Este aspecto se tuvo en cuenta durante el proceso y está en construcción y definición; es decir, se tiene claro que existe la voluntad y compromiso político sobre la institucionalización de la Mesa pero queda el trabajo de concertar el carácter de la misma, así como su estructura interna.

- Resultado de la deliberación y concertación participativas de la reunión, se acordó como paso inicial para la consolidación de la estructura interna de la Mesa el desarrollo de la “guía elaborada para la consolidación de propuestas” (VER ANEXO 13). Para esto se acordó que cada entidad enviaría al correo de la Mesa los siguientes documentos: desarrollo a la guía, propuestas de plataforma estratégica de la Mesa (misión, visión, objetivos, líneas de acción), perfil institucional de cada entidad, e información diagnóstica que manejen sobre VIH/SIDA o salud sexual y reproductiva. Estos acuerdos son avances del trabajo conjunto que como forma de organización social se asumen para progresar en la construcción participativa de este espacio. De esta manera es necesario darle un perfil y carácter a la Mesa acordado por los y las miembros. El equipo de Trabajo Social asumió el papel de facilitador, de compilar la información para el análisis, síntesis y presentación del resultado del compilado de propuestas.

El análisis de las propuestas partió de la lectura y clasificación de los elementos comunes y particulares que aportaron a la construcción de la Plataforma estratégica de la Mesa y de la estructura interna. Siguiendo la categorización y análisis de aquellos elementos, se fueron consolidando poco a poco los insumos iniciales de la Mesa. Para ello se consultaba diariamente el correo de la Mesa a fin de verificar los documentos enviados por cada entidad. En la medida que los compromisos se fueron cumpliendo por algunas

entidades, con esta información se inició la clasificación, categorización y análisis de las propuestas, tanto de plataforma estratégica como de estructura interna de la Mesa. Cabe recordar que estas propuestas no eran diferentes a la propuesta inicial que presentó el equipo de Trabajo Social sobre la estructura interna de la Mesa y su carácter. Continuamente, se recordaba a los miembros por medio de vía telefónica o de correo electrónico de la Mesa los compromisos asumidos para tener listo el material. También, fueron publicados los avances de la Mesa y el proceso en la página Web del observatorio.

Por otro lado, la incidencia política considerada importante durante todo el proceso, fue una estrategia que se retomó durante esta parte del proceso para lograr la vinculación y participación de la Secretaría de Desarrollo Económico y Social. Para este cometido se agendaron reuniones con funcionarios de esta dependencia, así como con el Secretario de Desarrollo Económico y Social. Durante las conversaciones el diálogo fue herramienta fundamental sobre: la situación de VIH/sida en el municipio, cómo nace la iniciativa de la Mesa, por qué nace, y cómo va el proceso; de esta manera se tenía una conversación horizontal sobre el tema y sobre las expectativas de la vinculación de esta dependencia (VER ANEXO 14). Como resultado de dichas conversaciones, desde esta dependencia se designó a una persona como representante para ser participe de la Mesa. De igual forma, el Secretario de Desarrollo Económico y Social afirmó su interés en este espacio y el compromiso de apoyar la iniciativa en la medida que se fuese avanzando en su consolidación.

Para el día 22 de abril, se convocó a la tercera reunión de la Mesa con los siguientes objetivos: Consolidar la estructura interna de la Mesa de Trabajo VIH/SIDA del municipio de Barrancabermeja, para avanzar en la articulación institucional y la formulación de un plan de trabajo conjunto para dar respuesta efectiva al VIH/SIDA en el municipio ,además, para avanzar en la institucionalización del espacio llamado Mesa de Trabajo VIH/SIDA Barrancabermeja, mediante los acuerdos con la administración municipal y las diferentes entidades relacionadas con atender y responder a la situación de

VIH/SIDA, como escenario de participación – acción en torno a la salud sexual en el municipio.

Los avances significativos de esta reunión son los siguientes: (VER ANEXO 15)

- Socialización del proceso que hasta el momento había tenido la conformación de la Mesa de Trabajo VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja. Esta socialización permitió tener una mejor ubicación sobre el proceso en el que se encontraba la Mesa y sirvió además para hacer un balance y evaluación del mismo, así como del trabajo subsiguiente. Los aportes planteados por los miembros fueron de suma importancia para el fortalecimiento de la Mesa. En esta reunión se hizo la entrega oficial del material sobre el Proyecto Colombia que sirvió de base para el accionar del espacio, así como de la propuesta de la Estampilla Pro VIH para implementarla como mecanismo de información y sensibilización sobre el VIH y, a su vez que asegure un ingreso de soporte a las actividades de la Mesa.
- Reconocimiento y participación por parte del Secretario de Desarrollo Económico y Social sobre la importancia de este espacio y mecanismo como escenario de articulación de las acciones e iniciativas de respuesta al VIH SIDA, así como del interés que este espacio se fortalezca desde lo gubernamental, con el fin de construir política pública sobre el particular. Se resaltó la importancia de tener el conocimiento real sobre la situación, partiendo de la necesidad de implementar sistemas de información y diagnósticos que permitan construir líneas de base para intervenir directamente sobre la situación de VIH/SIDA.
- Para que este proceso de organización social sea sostenible y funcionalmente efectivo sobre la situación de VIH/SIDA, es importante

que los distintos actores sociales asuman su papel protagónico y la responsabilidad social sobre la situación. Es decir, como proceso de organización social tanto los entes gubernamentales, como de la sociedad civil, entidades de salud y académicas deben trabajar en cooperación mutua por medio de la concertación social, en la cual la manera de gobernar trascienda de la institución gubernamental hacia la corresponsabilidad entre los actores organizados.

Como avance favorable y por gestión del ORDHS, se obtuvo la participación del coordinador del Observatorio de Salud Pública de Santander, quien comentó la importancia de contar con la vinculación del gobierno municipal en cabeza de la Secretaría de Salud y de otras dependencias como Secretaría de Desarrollo Económico y Social y de la Oficina de la Gestora Social. Asumiendo a la vez compromisos con la Mesa.

Se presentó adicionalmente, el compilado de las propuestas hasta el momento enviadas al correo de la Mesa, lo cual sirvió como insumo inicial para proponer de manera participativa y concertada el carácter de la Mesa, la estructura interna y sus líneas de acción.

- El documento que se presenta a continuación, corresponde al acta de concertación presentada por la Secretaria de Salud respecto a la institucionalización de la Mesa de Trabajo de VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja:

“Corresponde a la Secretaría Local de Salud como organismo encargado de dirigir el sistema territorial de seguridad social en salud en el municipio de Barrancabermeja, la dirección, planeación, orientación, coordinación y control de gestión del sistema acorde con las políticas, planes programas y proyectos del nivel nacional y distrital, según lo preceptuado en el artículo 174 de la ley 100 de 1993 y el título III capítulo II de la ley 715 de 2001.

La Alcaldía Municipal tiene como política pública articular las instituciones y entidades que ejecuten acciones en la población de Barrancabermeja incluyendo temas del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Asimismo dentro del Plan Nacional de Salud Pública, se establece como prioridad la línea de Política de Salud Sexual y Reproductiva, motivo por el cual la Secretaría Local de Salud, en apoyo con la oficina de la Gestora Social y bajo el liderazgo del Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible, busca generar procesos técnicos, administrativos, y académicos que garanticen el sostenimiento de la política en SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Se propone establecer una gerencia de proyecto que garantice la viabilidad de la propuesta, de la que se desprendan líneas de investigación, de financiación, bienestar social, medios de comunicación y el desarrollo de proyectos especiales que apuesten a cumplir los objetivos de esta línea de trabajo. En este marco se considera fundamental incluir dentro de esta estructura la Mesa de Trabajo VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja con el fin de dar relevancia y posicionar un equipo de trabajo alrededor del tema.

La Secretaría Local de Salud se compromete dentro de este ejercicio a:

1. Plantear en un lapso no mayor a tres (3) meses la institucionalización de la Mesa de Trabajo VIH/SIDA a través de una Resolución de la Secretaría Local de Salud, conformación que está sujeta a la verificación de unos resultados concertados con sus miembros.
2. Todas las entidades aquí reunidas adquieren el compromiso con la firma de este documento de presentar en el término de tres(3) meses, un informe de gestión
3. Garantizar la sostenibilidad de la Mesa VIH/SIDA
4. Establecer la direccionalidad de los procesos generados en la Mesa
5. Generar a través de la Mesa estructura de trabajo

6. Propiciar de manera concertada los elementos para generar por un acuerdo municipal los compromisos adquiridos.

En constancia de lo anterior, se firma en Barrancabermeja, a los veintidós (22) días del mes de abril de dos mil ocho (2008), por los que en ella intervinieron, una vez leída y aprobada.”

Después de leída esta acta, el Secretario de Salud intervino y comentó que la Mesa se debe visionar dentro de las líneas de política del Ministerio de Protección Social y la línea de salud sexual y reproductiva; concebida de esa manera y dentro de esa estructura, manifiesta el apoyo irrestricto de la Secretaría Local de Salud. El planteamiento es cómo articular el trabajo de la Mesa en las líneas de política de la Secretaria. Estas políticas deben trascender el discurso y convertirse en acciones, en hechos concretos que generen impacto positivo. La Mesa adquiere unos compromisos, resultados en tiempo y se evalúan los avances.

En la dinámica de la reunión se dialogó y debatió sobre el carácter de la Mesa, la importancia de la institucionalización de la misma, la responsabilidad constitucional del gobierno municipal de responder a esta problemática social, el compromiso y voluntad político y la participación de las entidades de salud.

Como resultado de las propuestas y opiniones, entre los miembros de la Mesa se acuerda inicialmente que la Mesa sea de carácter consultivo, dinamizador, ya que no queda claro cómo sería el carácter ejecutor de la Mesa; es decir, cómo la Mesa podría entrar a ser ejecutora de proyectos y manejar recursos presupuestales para los mismos. Se definieron inicialmente las siguientes líneas de acción para la Mesa: atención integral, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, atención social y económica e investigación y sistemas de información. Estas líneas están acordes con las líneas de acción del Plan Nacional de Respuesta al VIH SIDA 2008-2011.

Se planteó, además, la necesidad de analizar el acta presentada por el Secretario de Salud y tener una profundización en los temas y contenidos

propuestos. Igualmente, se consideró de fundamental importancia que la Mesa haga parte de las líneas y proyectos que la Secretaria de Salud plantea, así como la necesaria dinámica que debe tener en el proceso. Quedó establecido igualmente, que las acciones deben ser planeadas en el marco del Plan de Desarrollo Nacional y Municipal, como del Plan Territorial de Salud y el Plan de Respuesta Nacional al VIH SIDA 2008-2011. Esta planeación debe tener en cuenta el enfoque poblacional y en particular a la población vulnerable que tradicionalmente no ha sido focalizada para intervenir en esta situación como lo es población joven desplazada, hombres que tienen sexo con hombres, personas con VIH o con SIDA, habitantes de calle, trabajadores/as sexuales, desmovilizados, personas privadas de la libertad.

- Como parte de la planeación se planteó un plan a corto plazo que integra las actividades, responsables y tiempos. Este plan es un avance en la planeación participativa de la Mesa ya que cada actividad es asumida por un miembro de la Mesa, de tal manera que se comparten responsabilidades. Así, los miembros de la Mesa van asumiendo mayores compromisos y de la misma manera, se generan nuevas propuestas para el trabajo a seguir. Lo anterior, expresa el interés y motivación existentes para consolidar la propuesta, así como la apropiación que cada uno/a hace a este espacio y su apuesta para que sea funcional. Como propuesta importante se plantea la Conmemoración de la Vigilia por el VIH SIDA, actividad celebrada anualmente para recordar a las víctimas del VIH y sensibilizar a la población sobre esta enfermedad, quedando compromisos para adelantar y presentar en la próxima reunión (VER ANEXO 15).
- Los avances de esta reunión también se socializaron en la página Web del observatorio.

Siguiendo el compromiso asumido por parte de la Secretaria de Salud Local, se convocó, desde esta dependencia, a la próxima reunión de la Mesa programada para el día 30 de abril. En esta reunión, el equipo de Trabajo

Social asumió la responsabilidad de presentar la propuesta consolidada sobre la estructura interna de la Mesa y la respectiva plataforma estratégica. El objetivo de la reunión fué planear la conmemoración de la Vigilia por el VIH/SIDA desde la Mesa de Trabajo.

En el desarrollo de la reunión se obtuvieron significativos avances, tales como:

- Presentación por parte del equipo de Trabajo Social del consolidado de la plataforma estratégica y estructura interna de la Mesa, previa recopilación, análisis y síntesis de la información enviada por cada entidad. Este consolidado se presenta a continuación:

#### MESA DE TRABAJO DE VIH/SIDA DEL MUNICIPIO DE BARRANCABERMEJA

#### PLATAFORMA ESTRATEGICA

La Mesa de Trabajo VIH/SIDA, es un espacio consultivo, dinamizador y de acción de carácter interinstitucional e intersectorial, en torno al quehacer relacionado con el tema del VIH y el SIDA, en el municipio de Barrancabermeja y avalado por la Secretaría de Salud del Municipio

#### FUNCIONES:

- 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).

- 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

#### ESTRATEGIAS:

- Comunicación
- Cooperación mutua
- Gestión de recursos
- Redes Sociales

#### LINEAS DE ACCION:

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

#### MISIÓN

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

#### VISIÓN

La Mesa de Trabajo VIH/SIDA, será una experiencia exitosa de articulación y coordinación de acciones entre la sociedad civil, las entidades de salud y los entes gubernamentales, habrá logrado mayor eficiencia y eficacia de los recursos y esfuerzos destinados para responder a la problemática y con el apoyo gubernamental habrá logrado incidencia en política pública y en la garantía de los Derechos Humanos.

## OBJETIVOS:

Promover una respuesta integral a la situación de VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja, al diseñar medios idóneos para 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 cumplimiento a los protocolos de atención y vigilancia epidemiológica y la planeación de programas de prevención y promoción, adecuados para lograr un impacto sobre la situación en el municipio.

## ACCIONES PRIORITARIAS:

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

## ESTRUCTURA DE LA MESA:

- Coordinación
- Secretaría Técnica
- Red 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 de posibilitar desde lo gubernamental y desde la responsabilidad estatal las acciones de la Mesa de Trabajo.

- **SECRETARÍA DE 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 VIH.

Así por el momento se tendría:

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

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

## **RED DE APOYO**

- **INTERNA:** Integrada 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 el Observatorio Regional para el Desarrollo Humano Sostenible (ORDHS)
- **EXTERNA:** Integradas por las instituciones y organizaciones sociales de carácter no-municipal que brindan apoyo y asistencia técnica a la Mesa. (ONUSIDA, UNFPA, Observatorio de Salud Pública de Santander OSPS, Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA, OCHA, Secretaría de Salud de Santander).

Como continuidad a esta presentación se abrió espacio para las opiniones y modificaciones y se acordó por consenso entre los miembros de la Mesa que los contenidos presentados se incorporaran como los documentos que en

adelante servirán de fundamento a las acciones que la Mesa emprenda frente al Trabajo de VIH SIDA en el municipio.

Posteriormente se planeó la actividad de la Vigilia por el VIH/SIDA, la cual contó con los valiosos aportes de cada entidad, planteándose entre otras varias actividades, la lectura de poemas, de historias de vida y relatos de personas con VIH/SIDA dichas actividades se realizaron en horarios de clase en los colegios de la ciudad, igualmente se divulgó a través de medios de comunicación la conmemoración el día 17 de mayo (VER ANEXO 17). Se acordó manejar un mismo lenguaje e información sobre el tema y se elaboró un documento con esta información que se envió posteriormente al correo de cada entidad o personal.

Para el trabajo en colegios públicos, se acordó en la reunión que cada entidad enviaría, al correo de la Mesa los documentos que pudieran aportar sobre historias de vida, poemas, relatos canciones sobre personas con VIH/SIDA. El Equipo de Trabajo Social asumió la responsabilidad de compilar esta información y elaborar un documento para entregar en los colegios. Internet, radio clip y videos alusivos al tema que fueran de buen contenido para informar y sensibilizar a los jóvenes en los colegios sirvieron también como insumos importantes para el cumplimiento de esta tarea. El material fue entregado a los docentes del área de psicología de los colegios para que en el transcurso de la semana (del 12 al 16 de mayo) lo incorporaran en las clases.

El trabajo a través de medios de comunicación tuvo una agenda para el transcurso de la semana, logrando intervenciones de varios miembros de la Mesa en medios de comunicación municipal y regional como: emisoras radiales, canales de televisión, propagandas, volantes, pasacalles (VER ANEXO FOTOS Y VOLANTE).

La planeación para el día de la conmemoración fue participativa, la cual contó con la asistencia y aportes de los miembros de la Mesa; este evento fué el primero que la Mesa de Trabajo VIH/SIDA programó oficialmente en el municipio de Barrancabermeja. De esta manera, la agenda del día integró

varios puntos alusivos al tema como: información sobre la Vigilia, intervenciones musicales, teatrales, lectura de poemas, historias de vida, relatos, lectura de la proclama por el VIH/SIDA.

Para el evento intervino el Secretario de Salud reafirmando el compromiso de trabajar por la salud sexual y reproductiva de la comunidad y en especial de las víctimas del VIH/SIDA para mejorar la atención y garantía a los derechos; así mismo hubo valiosas intervenciones por parte del público asistente como de personas que viven con VIH/SIDA, avance considerado como de gran importancia ya que de esta manera se incorpora al trabajo a las personas dolientes de dicha situación quienes están motivadas y desean participar del trabajo que desde la Mesa se posibilita realizar. Posteriormente intervino el Alcalde del municipio quien socializó el interés del gobierno de trabajar integralmente sobre la problemática de manera que permita los mejores niveles de vida para la población afectada, encaminado hacia el Desarrollo Humano. Como resultado de estos compromisos asumidos desde el gobierno se propuso realizar otro evento alusivo al VIH/SIDA, para convocar a mayor población en especial población joven y que también por medio del arte, la música, y así generar en los y las jóvenes adecuados comportamientos frente a la sexualidad y prevención de enfermedades. (VER ANEXO FOTOS)

El evento de conmemoración de la Vigilia por el VIH/SIDA finalizó con el acto simbólico de encender una vela, con la cual cada miembro de la Mesa y participante del acto expresó su compromiso para trabajar en relación al VIH/SIDA (VER ANEXO FOTOS).

Para evaluar el desarrollo del evento, no solo debe considerarse la mera asistencia de público, puesto que se lograron avances significativos, como visibilización de la situación de VIH SIDA en el municipio y de la existencia a nivel municipal de la iniciativa de trabajo organizado que se ha denominado Mesa de Trabajo de VIH/SIDA. Por otra parte, se expresó públicamente el compromiso y voluntad política por parte del Alcalde, del Secretario de Salud,

el Secretario de Desarrollo Económico y Social y de todas las entidades que integran la Mesa.

#### **4. PROPUESTA TEORICA-METODOLOGICA Y DE ACCION PARA LA CONTINUIDAD DEL TRABAJO DE LA MESA VIH SIDA EN EL MUNICIPIO DE BARRANCABERMEJA**

##### **4.1. JUSTIFICACION DE LA PROPUESTA**

En el escenario mundial el VIH SIDA ocupa hoy un lugar importante en las decisiones que deben tomar los países frente a esta situación problemática y de interés para la salud pública. En Colombia se han realizado algunos avances en cuanto a la planeación de políticas y acciones estratégicas para atender esta situación, que incluyen a los Planes de Desarrollo vigentes a nivel nacional, departamental y municipal, el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, y el Plan Nacional de Respuesta al VIH/SIDA 2008-2011.

Una de las estrategias que favorece la consecución de los objetivos y metas propuestos por estos planes y que está en concordancia con el avance en el Desarrollo Humano, es la articulación de los diferentes actores y sectores que a nivel municipal actúan frente a la situación de VIH/SIDA, así como la participación y organización de estos actores en un espacio de concertación de las acciones y esfuerzos que se deben orientar para intervenir esta realidad.

Los procesos de movilización social u organización social alrededor de una problemática permiten que se evidencie la transformación de las tradicionales formas de gobernar para pasar a la construcción participativa de lo público y de interés colectivo. La participación activa de los actores sociales en los diferentes momentos de la planeación e intervención en la realidad favorece que la comunidad articulada se apropie y empodere de los temas que le son socialmente problemáticos y tome las decisiones acordes para el mejoramiento de las condiciones que afectan sus vidas.

Estos procesos visualizan la incidencia y construcción participativa de la política social. La concertación de los intereses y propuestas que los diferentes actores sociales adoptan, plasman esta combinación en la denominada “política pública social o económica”, para este caso, la política social se relaciona con factores como: educación, salud, vivienda, medio ambiente y otros. En Barrancabermeja se desarrollaron procesos de incidencia en política pública social y construcción participativa de la política pública social municipal sobre VIH SIDA.

En coherencia con lo anterior, en el municipio de Barrancabermeja se promovió la creación de la Mesa de Trabajo Interinstitucional de VIH SIDA con participación inicial de diversos e importantes actores sociales para dar respuesta efectiva a esta situación que para el municipio es socialmente problemática y de interés en la salud pública municipal. Este espacio se creó a partir de la necesidad de articular los diferentes actores sociales para avanzar hacia la vivencia de mejores condiciones de vida enmarcados en la Dignidad Humana y para el goce de una vida saludable y libre de enfermedades.

El proceso de creación y consolidación de la Mesa tuvo avances positivos y logros como los siguientes: visibilización y sensibilización de la situación, motivación e interés por parte de los diferentes actores sociales para trabajar articuladamente, pronunciamiento de voluntades políticas y civiles, el aval y el reconocimiento por parte del ente gubernamental de liderar el proceso y expectativas sobre la necesidad de planear un plan de trabajo integral a corto, mediano y largo plazo para atender el VIH en el municipio.

El espacio de la Mesa de Trabajo está en proceso de fortalecimiento, emergiendo la necesidad de darle contenido teórico y metodológico que sirva como fundamento para el direccionamiento de las líneas de acción a emprender. Es por esta razón que se presenta la siguiente propuesta que se orienta a servir como herramienta esencial para darle sostenibilidad y direccionalidad al trabajo de la Mesa.

El sustento teórico es necesario, ya que, es el marco o mapa sobre el cual se concibe este espacio y se aborda la situación. Este marco teórico permite analizar y aproximarse a la realidad, de tal manera que dirija el camino sobre el cual se basa el trabajo a realizar. Las acciones se deben orientar metodológicamente en un proceso inteligente, coherente y viable que favorezca el logro de objetivos propuestos y los contextos deseados. Las líneas de acción son las rutas sobre las cuales se dirigen los programas y actividades que se consideren oportunos para ser concretados en la realidad.

#### 4.2. OBJETIVOS:

##### OBJETIVO GENERAL:

Dotar de fundamento teórico y metodológico a la Mesa de Trabajo de VIH/SIDA del municipio de Barrancabermeja, aportando líneas de acción que permitan direccionar el quehacer de este espacio.

##### OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Sustentar teóricamente el espacio de la Mesa de Trabajo para fundamentar sus objetivos y misión.
- Planear metodológicamente la gestión de la Mesa para el desarrollo del plan de trabajo.
- Aportar líneas de acción para el trabajo de la Mesa que perfilen las alternativas de intervención.

#### 4.3. DESCRIPCION DE LA PROPUESTA:

##### FUNDAMENTACION TEORICA DE LA MESA DE TRABAJO VIH SIDA:

La Mesa de Trabajo como espacio de organización social y articulación de los actores sociales respecto a la situación de VIH SIDA en el municipio de Barrancabermeja, se fundamenta teóricamente en los contenidos de: Teoría de Desarrollo Humano, Derechos Humanos y Organización Social como base para el Desarrollo. A continuación se profundiza en estos contenidos:

- TEORIA DE DESARROLLO HUMANO

La Mesa de trabajo VIH SIDA retoma los postulados fundamentales del Paradigma de Desarrollo Humano al concebir al ser humano como la finalidad para el desarrollo y no como un medio; por tanto, el objetivo del desarrollo para una sociedad será lograr que el ser humano pueda expandir sus oportunidades y ampliar sus capacidades, de tal manera que le permitan hacer uso de éstas y decidir o valorar los aspectos que desea para su vida. Se considera importante la libertad y el bienestar humano, este último entendido como las realizaciones de que dispone un individuo, lo que puede ser y hacer.

Para alcanzar lo anterior, se requiere del compromiso y la voluntad política, así como de la creación de políticas que vayan encaminadas a esta finalidad, de igual manera se requiere eliminar las privaciones materiales y no materiales, consideradas como obstáculos para el desarrollo.

Dentro de las capacidades que propone este paradigma, las principales, sin ser las únicas son: gozar de una vida saludable y prolongada, adquirir conocimientos y tener los recursos económicos para llevar una vida digna, en condiciones de respeto a los derechos y la Dignidad Humana. La Mesa de Trabajo asume que su accionar está encaminado a lograr que, en la medida de sus alcances y su influencia en el medio social en el cual interviene, sus acciones propendan por lograr el Desarrollo Humano.

Para el caso específico del VIH/SIDA el abordaje teórico del Desarrollo Humano orienta tanto discursiva como metodológicamente el quehacer de la

Mesa de Trabajo propendiendo reflexionar y actuar frente a las privaciones socioeconómicas y culturales que expanden y reproducen la enfermedad; de igual manera, analizar e intervenir sobre los factores de riesgo y vulnerabilidad que potencializan la difusión de la enfermedad y sus implicaciones en el Desarrollo Humano.

- DERECHOS HUMANOS

Los Derechos Humanos como resultado de la lucha histórica de la humanidad y de los pueblos por mejorar las condiciones de vida de la población e incorporar las reformas necesarias para eliminar los regímenes de opresión de la humanidad, son esenciales para condicionar que las acciones emprendidas por todos los actores de la sociedad estén orientadas por el reconocimiento, garantía, respeto, vivencia y exigencia de los mismos.

La Mesa de Trabajo propende por la incorporación de los Derechos Humanos dentro de su quehacer, entendiéndolos integralmente como ejercicio real de reconocimiento de las facultades inherentes al ser humano, promoviendo el posicionamiento de la Dignidad Humana como fundamento indispensable para avanzar en el Desarrollo Humano y en la realización de una vida en igualdad y equidad.

Este discurso de los Derechos Humanos se pretende sea incorporado tanto normativamente como en la vida cotidiana de las personas; es decir, se requiere que los derechos pasen de ser un discurso, a ser aplicados y vividos en la cotidianidad de cada persona en su vida diaria, en su relación con los demás y en su proyección a futuro, tanto en su reconocimiento como respeto y exigencia en caso de ser violado. Igualmente los derechos deben pasar del plano abstracto al plano concreto y ser perdurables, sostenidos y e incorporados en la vida misma, en las costumbres y cultura de la comunidad.

Siguiendo estas ideas, la Mesa de Trabajo fundamenta su accionar y discurso en los Derechos Humanos siendo un espacio de reconocimiento, promoción, garantía y exigencia de estos mismos, tanto en los espacios públicos, como privados de la sociedad. Igualmente, se piensa como espacio para la construcción de alternativas de vivencia y exigencia de derechos.

Se considera que todos los derechos son importantes, sin distinción de grado alguno; no obstante se presta mayor atención a la garantía de los derechos a la vida, la salud, la seguridad sanitaria, la igualdad, teniendo en cuenta su multidimensionalidad e integralidad para la vida del ser humano. Se entiende que estos derechos están contenidos en actos y convenciones internacionales al igual que en la Constitución política de nuestro país y que existen los mecanismos e instrumentos de protección y promoción de los derechos humanos reconocidos tanto por organismos a nivel mundial como a nivel nacional.

- ORGANIZACIÓN SOCIAL

La organización social entendida como el proceso en el cual un grupo o varios grupos de personas deciden unirse y actuar frente a las condiciones que afectan ya sea de manera positiva o negativa los intereses o propósitos que cada uno y en colectivo están dispuestos a analizar, resolver y defender, por medio de la puesta en común de iniciativas y propuestas de trabajo conjuntas para llevar a cabo y lograr el resultado esperado por el grupo organizado.

La Mesa de trabajo de VIH/SIDA del municipio Barrancabermeja se formó como un espacio de organización social en el que convergen diferentes actores sociales como entes gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, entidades de salud, la universidad y personas que viven con VIH/SIDA. Este espacio es una experiencia pionera nacional en el campo de organización social de los diferentes actores sociales en torno al tema del VIH/SIDA.

Los procesos de organización social están a la vanguardia; es decir, la necesidad de que se generen procesos organizativos potencian la formación de escenarios de participación y movilización social, de tal manera que abren los senderos para que el individuo y la comunidad se apropien de los problemas y situaciones de su contexto y construyan conjuntamente alternativas de acción o de intervención, para cimentar la realidad o el contexto deseado.

Estos procesos muestran un horizonte alentador para la proyección social en la manera como se analiza la realidad, se toman las decisiones para intervenirla y se evalúa el impacto generado en la misma. Al ser la Mesa de Trabajo un espacio de organización social en el cual confluye un interés común, en este caso frente a la realidad que es el VIH SIDA para el municipio de Barrancabermeja, se dimensiona cuando las iniciativas y propuestas generadas en este espacio, sean desarrolladas de manera colectiva generando impacto positivo en la comunidad.

#### 4.4. PROPUESTA METODOLOGICA PARA LA MESA DE TRABAJO VIH SIDA:

Proceso de conocimiento e intervención de la situación de VIH SIDA en el municipio: Para este proceso se propone el desarrollo en cinco etapas con ejes transversales como la participación, cooperación, transparencia y solidaridad:

1. Con el fin de conocer y comprender en sus múltiples dimensiones la situación de VIH/SIDA, se inicia con la fase de exploración de las fuentes primarias y secundarias que contengan información pertinente sobre el tema; se continúa con la fase de organización de la información en medio magnético o físico. Posteriormente se categoriza esta información y se analiza de manera que permita profundizar en el conocimiento de la situación de VIH en el municipio. Se propone realizar ejercicios de profundización de conocimiento por medio de investigaciones y diagnósticos acerca de aspectos específicos de la problemática. La investigación puede ser de tipo cualitativo y/o cuantitativo; el

diagnóstico se sugiere sea de tipo participativo, con la participación de los diferentes actores de la Mesa y de otros que puedan aportar al proceso. Es importante tener en cuenta factores epidemiológicos, sociales, económicos, demográficos, políticos, culturales y ambientales relacionados con el VIH/SIDA. Este conocimiento de la situación de VIH/SIDA favorece la toma de decisiones acordes con la realidad encontrada y debe ser socializado a fin de visibilizar la situación.

2. Una vez recopilada la información más relevante de la situación, se procede a la toma de decisiones acordes con la determinación y priorización de la problemática y las necesidades que apremian según el contexto del municipio analizando el problema integralmente; los resultados obtenidos darán cuenta de los múltiples factores que influyen y están relacionados con la problemática del VIH/SIDA y la salud sexual y reproductiva de la comunidad. Para la priorización de las situaciones se propone seguir los lineamientos metodológicos afines al árbol de Problemas y Árbol de soluciones.

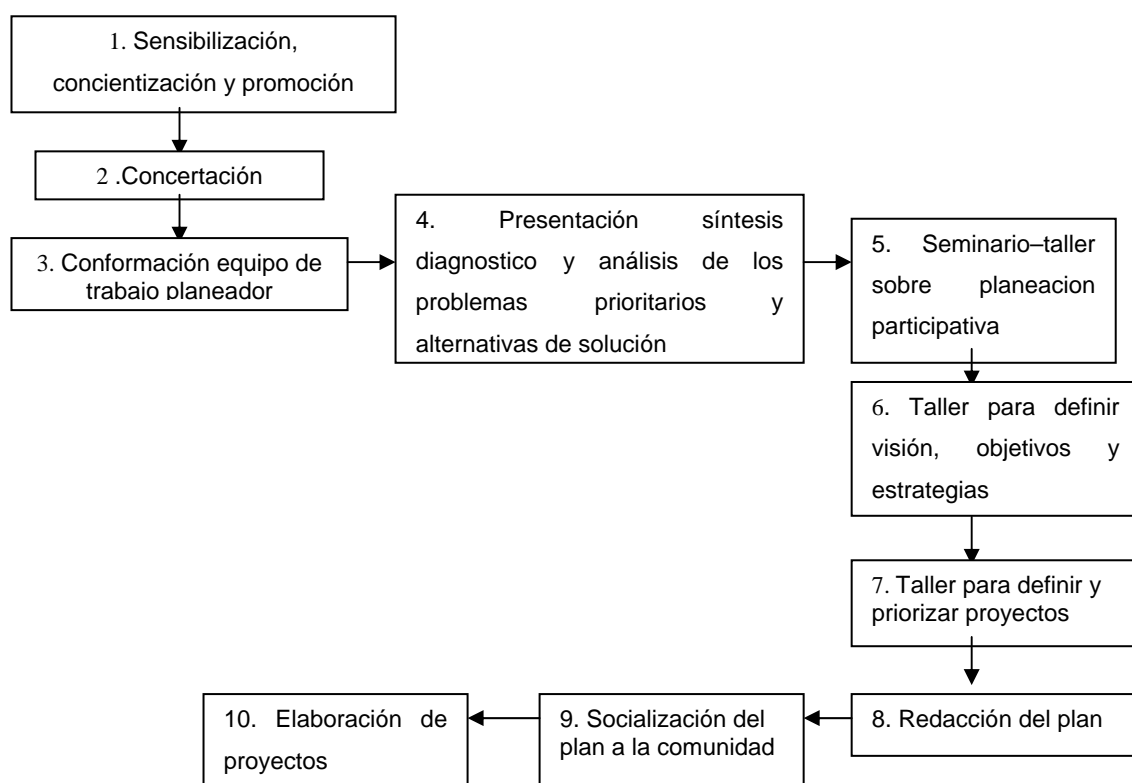
3. Con base en los avances alcanzados en la primera y segunda etapa, se procede a planificar, determinando los objetivos, estrategias y acciones y procedimientos a llevar a cabo para intervenir en esta situación. El proceso de planificación es útil para la elaboración de políticas, planes programas y proyectos que deben contar con la participación activa de la comunidad para que se validen estos procesos como verdaderos escenarios de construcción democrática del desarrollo.

La planeación es importante porque permite distribuir y utilizar eficientemente los recursos de manera que se puedan atender las necesidades o potencialidades apremiantes de la situación así como, proyectar racionalmente el desarrollo de la comunidad y para la comunidad.

Dicha planeación debe tener en cuenta los lineamientos propuestos por otros ejercicios como: los planes Nacional, Departamental y Municipal de Desarrollo,

Plan Nacional y Municipal de Salud y el Plan Nacional de respuesta al VIH/SIDA además de las directrices internacionales sobre el tema, y los fundamentos teóricos consagrados en el segmento anterior.

Se propone seguir el siguiente proceso de planeación participativa por etapas:<sup>84</sup>



4. En la etapa de ejecución se deben tener claros cuales son los objetivos, las estrategias, las actividades, las metas, los tiempos, los recursos y los responsables; todo esto se debe tener claro y socializarlo en el equipo de trabajo; es decir, el equipo de trabajo o el grupo de personas u organizaciones que van a ejecutar o llevar a la acción lo planeado, deben tener un previo

<sup>84</sup> Este proceso de planeación se encuentra en: Diagnóstico y Plan de Desarrollo Participativo. Arizaldo Carvajal Burbano. Universidad del Valle, 1997

conocimiento de todo el marco de cada actividad, su justificación y lo que se espera lograr con ella.

Para la ejecución y siguiendo los fundamentos de la organización y participación social, los actores sociales que convergen y están en el trabajo de la Mesa decidirán de manera democrática quien o quienes son los y las más aptos para desarrollar una u otra tarea o actividad, asignación que se debe hacer teniendo en cuenta que sea la persona ente u organización idónea para hacerlo y cumpla a cabalidad con su compromisos; todo este proceso de ejecución debe estar acompañado por la veeduría ciudadana, es decir, por el seguimiento que la comunidad debe hacer a este proceso.

Para este fin se propone conformar una comisión veedora que esté al tanto y fiscalice el trabajo que se ejecuta sobre lo planeado. El seguimiento debe ser continuo.

6. La evaluación como tal es una fase que debe ser transversal al proceso desde su inicio; se debe evaluar si lo planeado es lo más adecuado frente a la situación a intervenir; de igual forma cuando se ponga en marcha y se ejecute, se debe evaluar de acuerdo a objetivos, actividades, tiempo, impacto, recursos u otros, de esta manera se deben plantear y elaborar indicadores que faciliten la evaluación. Pero es importante que se definan sesiones periódicas de evaluación para realizar los ajustes o mejoras o correcciones que se consideren necesarios para que se logren los objetivos propuestos. Si el plan o proyecto se planea a un año o cuatro se deben realizar sesiones de evaluación y muestra de resultados periódicas, fechas que deben ser fijadas desde un comienzo. Es importante tener en cuenta que como fundamento se ha asumido el Desarrollo Humano, los Derechos Humanos y la Organización Social, fundamentos con los cuales se deben orientar las acciones.

En la etapa de evaluación se recomienda seguir los tres momentos de la evaluación: ex ante (¿Cuáles serán los efectos de la implementación?),

concomitante (durante el proceso, seguimiento y monitoreo), ex post (obtener resultados y enseñanzas); igualmente se deben incluir los indicadores propuestos y evaluar los resultados.

## PROPUESTA DE LINEAS DE ACCION PARA EL TRABAJO DE LA MESA VIH SIDA

La presente propuesta de líneas de acción retoma e integra los lineamientos planteados por directrices nacionales e internacionales vigentes para atender el VIH/SIDA, integrando principios como el respeto a los derechos humanos, equidad de género, empoderamiento, igualdad y justicia social.

Meta universal 7:

Detener y comenzar a reducir para el 2015 la propagación de la epidemia del VIH/SIDA

Metas Nacionales:

- Para el 2015 haber mantenido la prevalencia de la enfermedad por debajo de 1,2% para la población en general entre 15 y 49 años
- Establecer una línea de base desde el quinquenio 2005-2010 para lograr medir la enfermedad y reducirla en 20% durante el quinquenio 2010-2015
- Reducir en 20% la incidencia de transmisión madre –hijo durante el quinquenio 2010-2015 en comparación con el quinquenio 2005-2010
- Para el 2010 aumentar en 15% cobertura de la terapia antirretroviral a las personas que lo requieran y para el 2015 elevar esta cobertura a 30%

## LINEAS DE ACCION

- Promoción y prevención:

Promover en toda la población los conocimientos y aptitudes comportamientos y prácticas que propendan por el desarrollo de una sexualidad, responsable y placentera a lo largo del ciclo vital.

Promover los factores protectores y reducir los factores de vulnerabilidad relacionados con ITS, y VIH/SIDA en población general con énfasis en poblaciones vulnerabilidad (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores/as sexuales, población desplazada, población carcelaria, migrantes, minorías étnicas, desmovilizados, personas viviendo con VIH SIDA) de acuerdo a los contextos regionales

- Atención integral

Ampliar progresivamente la cobertura y acceso de atención integral con calidad dirigidas a las personas infectadas y/o afectadas por VIH SIDA

- Apoyo y protección social

Reducir el impacto social y económico de la epidemia del VIH/SIDA mediante la reducción de las condiciones de vulnerabilidad y el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas viviendo con VIH SIDA y familias afectadas especialmente las más desprotegidas

- Seguimiento y evaluación

Disponer de información que permita comprender la situación, la dinámica de la epidemia y de la respuesta nacional que oriente la toma de las decisiones y el ajuste de estrategias

Dentro de las estrategias propuestas por las políticas a nivel nacional se propone incorporar algunas que son aplicables y acordes al trabajo de la Mesa VIH SIDA ya que aportan aspectos importantes a tener en cuenta al dirigir las acciones, como las siguientes:

- Promoción de la salud sexual y reproductiva mediante estrategias IEC (información, educación y comunicación)
- Coordinación intersectorial e interinstitucional
- Fortalecimiento de la gestión institucional
- Fortalecimiento de la participación

- Potenciación de redes sociales de apoyo
- Desarrollo de investigación
- Capacitación y empoderamiento
- Creación de entornos favorables
- Reorientación de servicios sanitarios

Con la incorporación de estos fundamentos teóricos y metodológicos, además de las líneas de acción plasmadas en la propuesta, se espera contribuir al importante trabajo que la Mesa de Trabajo Interinstitucional de respuesta al VIH/SIDA debe desempeñar en el municipio de Barrancabermeja, y a que pueda ser tomada como ejemplo para atender esta realidad social para otros municipios y departamentos. De igual manera, cabe resaltar la importancia del compromiso y voluntad política del ente gubernamental y de los actores sociales, al asumir este espacio como un reto para la construcción participativa de la democracia social y del Desarrollo Humano, logrando maneras alternativas y propositivas de gobernar y asumir los problemas sociales de manera organizada y con fines de bienestar colectivo.

## 5. CONCLUSIONES

- La situación del VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja, es compleja (permeada por factores de tipo económico, social, cultural, político, administrativo) y requiere la participación de diversos actores que generen movilización social respecto a la solución a las necesidades y problemáticas que atañen a la situación.
- El número de casos reportados en los últimos años, da cuenta de la imperiosa necesidad de estimular la detección temprana de la epidemia en el municipio y avanzar en la construcción de respuestas interinstitucionales e intersectoriales en respuesta a dicha situación.
- Los programas en promoción de la Salud Sexual y prevención de la enfermedad, que desde lo gubernamental han venido realizando las pasadas administraciones, no comprometen procesos de verdadero impacto (con indicadores de seguimiento (medibles y verificables) sino por el contrario, son actividades sin una clara intencionalidad en relación con los compromisos nacionales e internacionales en salud pública.
- El trabajo en VIH/SIDA realizado por las organizaciones de la sociedad civil es hasta el momento muy reducido.
- La situación de vulneración de Derechos Humanos para las personas y familias viviendo con VIH y con SIDA en el municipio de Barrancabermeja, -como quizás en el resto del país- es constante; además se han naturalizado las frecuentes fallas que tienen el Sistema de Salud en cuanto a la garantía de Atención Integral de los procesos de salud.
- El conflicto armado en el municipio ha afectado también a las personas con VIH/SIDA, se conoce de persecuciones en razón de ser portador del virus, situación que refleja una serie de imaginarios negativos con relación a la enfermedad.
- La austera situación económica para muchas de las personas que viven con VIH/SIDA en el municipio dificulta una mejor calidad de vida y se

refleja, desde la misma, imposibilidad de realizar las visitas mensuales a los controles en Bucaramanga lo que se convierte en una cadena de problemáticas que obstaculiza el desarrollo de estas personas, razón por la cual es necesario fomentar iniciativas productivas o de emprendimiento.

- Si bien, el sistema de vigilancia epidemiológica se encuentra bien estructurado, existen dificultades de tipo técnico-administrativo que dificultan la realización efectiva de las funciones que debería cumplir la oficina de vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud Municipal.
- Existen en el municipio actores sociales dispuestos a trabajar articuladamente en torno a una respuesta más integral a las problemáticas relacionadas con el VIH y el SIDA, lo que requiere la voluntad política de la Administración Municipal en el aprovechamiento de esta clase de iniciativas.
- Existe por parte de la actual administración municipal la voluntad política de darle a la temática el trato especial que merece a nivel de destinación de recursos y el adecuado cumplimiento de las políticas públicas para su respuesta integral.
- Con la implementación de la primera actividad en conjunto “Vigilia municipal por el VIH/SIDA” se visibilizó que los actores sociales en el municipio pueden trabajar concertadamente en el alcance de las metas propuestas.
- La organización social como estrategia de intervención profesional es una herramienta fundamental para avanzar en la articulación y cooperación de los diferentes actores de la sociedad en torno a un objetivo común. De esta manera el proceso de conformación de la Mesa de Trabajo siguiendo estos lineamientos resultó ser una experiencia exitosa en la organización y articulación social frente a la situación de VIH/SIDA y el interés común de los actores sociales de construir una respuesta integral a esta problemática.
- Analizar la situación del VIH/SIDA de manera integral desde el paradigma del Desarrollo Humano permite superar la visión tradicional desde las

ciencias de la salud y las ciencias sociales sobre esta epidemia, de esta manera se generan interrelaciones entre el impacto del VIH/SIDA sobre el desarrollo y viceversa, que permiten conocer e intervenir sobre los factores que tienen implicaciones directas entre uno y otro.

- La organización y participación de la sociedad en los procesos que le afectan directa o indirectamente en su desarrollo y bienestar, son alternativas de intervención social frente a la realidad que permite que el conjunto de los actores sociales se apropien de sus problemáticas y potencialidades para que ellos mismos generen propuestas de cambio o de solución.
- Frente a la actual y creciente propagación del VIH/SIDA en todo el mundo, se deben tener en cuenta los lineamientos internacionales que se dicten para aplicarlos internamente en los países, estos sirven como guías de acción para la intervención en estas situaciones. Asimismo sirven como directrices generales para la formulación de políticas, planes programas y proyectos en torno a la problemática, contando a la vez con cooperación y apoyo internacional en las regiones.
- La política pública es un medio de empoderamiento social y construcción de democracia. De esta manera la creación de política pública frente a los temas que son de interés para una comunidad como lo es el VIH/SIDA, deben ser apropiados y asumidos por ésta para que los procesos de transformación social estén realmente encaminados a los intereses de la comunidad.
- La intervención de Trabajo Social en una realidad o situación específica debe partir del conocimiento y comprensión de la complejidad del mismo, para lograr intervenir de manera positiva frente a las contingencias que cada contexto social exprese, propiciando la organización, concertación y apropiación de los actores sociales frente a las alternativas o estrategias posibles de solución a sus problemas.
- Para que los procesos de organización social generen procesos de cambio y transformación, los actores sociales individual y conjuntamente deben sentirse parte del proceso y que este mismo genere resultados

positivos e interés en que el proceso construido participativamente se proyecta concretamente hacia el escenario deseado.

- La apropiación y gestión gubernamental de los procesos de organización social y participación comunitaria, dan una mayor garantía y seguridad en la sostenibilidad las iniciativas de esta índole. Es decir, no solo la responsabilidad desde el ente gubernamental garantiza la sobrevivencia de los procesos de organización social, es la misma integración de los diferentes actores sociales entre estos el ente gubernamental y la cooperación mutua en el trabajo, lo que da garantía en cabeza de la representación gubernamental de la seriedad e impacto de los procesos sociales.

## 5. EVALUACIÓN

### DEL CAMPO DE PRÁCTICA

El campo de práctica académica en el Observatorio Regional de Desarrollo Humano de la Universidad Industrial de Santander, es un excelente espacio que le permite al o la practicante desarrollar habilidades tanto críticas, como reflexivas por medio de la integración e interrelación y cuestionamiento de la propia realidad específica a intervenir con los conocimientos adquiridos y la formación académica, los habilidades y destrezas personales y las experiencias anteriores en procesos de intervención en la realidad. Este proceso permitió hacer un análisis de las fortalezas y debilidades profesionales tanto teóricas, epistemológicas y metodológicas, así como de las fortalezas y aspectos a mejorar en lo personal frente a la experiencia de enfrentar un contexto específico a intervenir.

El proyecto del Observatorio, aunque se encuentra en construcción, tiene claras líneas y fundamentos que permitieron dirigir el proceso de intervención, sobre las bases del desarrollo humano y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Aunque se pueden ampliar estos fundamentos, los lineamientos bases en los que actualmente se orienta el observatorio sirvieron como referente para contextualizar la situación a intervenir.

Debido a que en la experiencia de práctica la mayoría de los procesos se desarrollaron en una zona provincial o municipal alejada de la sede central de la universidad, faltó mayor comunicación mutua entre practicantes y director de práctica, aunque en la Sede de la Universidad existe un Director de proyectos de desarrollo regional quien a su vez es el Coordinador General del Observatorio y en la Sede Central una Trabajadora Social encargada de la Auxiliatura Docente de los estudiantes y, a su vez, puente de enlace directo con el Supervisor oficial de las prácticas. Nuevas formas y canales de

comunicación diferentes a los tradicionales están a la base de esta supervisión y corresponde a alumnos y estudiantes adaptarse a los mismos.

El campo de práctica y la dinámica de la misma permiten que el o la practicante asuman con autonomía el campo de práctica y el área de intervención de acuerdo a su interés. Esto fue favorable ya que permitió un mayor aprendizaje en el quehacer profesional y en la adaptación a la zona de intervención.

Se considera como limitante la ausencia de recursos ofimáticos en la sede de la universidad destinados a los practicantes, que permitieran sistematizar la información sobre VIH SIDA y los adelantos llevados a cabo durante el proceso.

## DE LOS PRACTICANTES

El interés y motivación del equipo de trabajo de práctica sobre el VIH/SIDA se ve 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 la población.

El y la practicante tuvieron un buen desenvolvimiento profesional para llevar a cabo lo planeado; así mismo, como representantes del Observatorio, dejaron positivas expectativas frente el trabajo que éste adelanta. 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 de continuar con el proceso adelantado.

Los practicantes desarrollaron y potenciaron capacidades que sirvieron para llevar a mejor avance el proceso, como fueron capacidades discursivas, de gestión de información, de gestión de participación en espacios públicos, de gestión en la organización de proceso de movilización social, de incidencia en

espacios políticos, como mediadores ante organismos estatales y no gubernamentales para promover alianzas estratégicas, de adaptación a contextos novedosos y cambiantes.

## DEL CONTEXTO POLITICO Y ECONOMICO DEL MUNICIPIO

En el contexto político, se evidenció como fortaleza que durante el proceso de práctica se estuviera desarrollando la formulación del Plan Municipal de Desarrollo, lo cual permitió conocer la dinámica de estos procesos y ser participes u observadores de las acciones emprendidas en el municipio para la conformación de este plan; se evalúa como positiva esta oportunidad, al igual que la participación en espacios pertinentes con la problemática de VIH/SIDA como la planeación participativa del sector salud que permitió visibilizar la situación e importancia de intervenir prioritariamente en dicho sector y en la planeación de política pública sobre VIH/SIDA.

Se evalúa que la participación en estos espacios de planeación fue activa; es decir, se desempeñó un papel analítico y propositivo en los distintos espacios en los que se participó.

El municipio de Barrancabermeja tiene unas particularidades climáticas que influyen en cierta manera en el desarrollo de las actividades de la práctica; por las condiciones del clima y la extensión territorial del municipio, el auxilio de transporte interurbano es importante para el desplazamiento de los y las practicantes.

## DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

Durante el proceso de exploración y elaboración del análisis situacional en el mes de diciembre, se tenía planeado realizar el análisis sobre la violencia intrafamiliar y el VIH/SIDA; sobre el particular se recolectó la información necesaria, pero para dar continuidad al proceso, se decidió avanzar con

relación al VIH SIDA, decisión que fué acertada en cuanto se pudieron conseguir logros significativos, avances importantes, y se permitió la integración de capacidades, conocimientos, destrezas y experiencias del y la practicante para lograr mejores resultados en torno a los objetivos a alcanzar.

El proceso de planeación llevado a cabo en un comienzo tuvo una limitante y fue la situación anteriormente expuesta ya que no se tenía claro la problemática a intervenir ni la responsabilidad compartida o separada por parte de los practicantes. Durante el mes de diciembre se realizó una exploración a estas situaciones (violencia intrafamiliar y VIH/SIDA) decidiendo posteriormente intervenir conjuntamente sobre la problemática de VIH/SIDA; obviamente si desde el comienzo del proceso de planeación se hubiera definido la situación social a intervenir, hubiese sido posible aunar mayores esfuerzos para profundizar en el acercamiento integral a esta situación en el municipio.

El proceso planeado para intervenir sobre la situación de VIH/SIDA fue adecuado para cumplir en buena medida con los objetivos de la práctica, como lo fue conocer el contexto general de la situación de VIH/SIDA en el municipio de Barrancabermeja, Santander, con el propósito de visibilizar la situación existente en el municipio y promover la organización de los actores sociales pertinentes para dar respuesta efectiva a esta problemática.

Se evalúa como debilidad del proceso la necesidad de reflexionar sobre lo metodológico en relación a la planeación del proceso desde un comienzo; se considera que el proceso avanzó favorablemente, pero faltó mayor profundización en la metodología. No se quiere decir con esto que en el proceso estuvo ausente lo metodológico; por el contrario, reafirmar que ésta debe ser un determinante importante a tener en cuenta desde el inicio de los procesos de trabajo.

De la metodología utilizada "Planificación estratégica" se puede resaltar la gran utilidad que tuvo para diseñar las acciones que eran mas pertinentes para

abordar la situación social a intervenir, así como la utilidad para describir el proceso llevado a cabo.

## DE LA 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 el manejo de formulación, 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 siente una fuerte debilidad en 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 se reconoce que los esfuerzos realizados por el o la docente son meritorios, esta limitación del tiempo semestral dificulta que el o la Trabajadora Social 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.

Por último, otro aspecto que se considera importante es lo referente a la inclusión y manejo académico, político, ideológico y activista en la formación profesional en trabajo social frente al contexto político de la realidad del conflicto armado en el país, aspecto que aparece como elemental, en el sentido de la interrelación que el conocimiento y la práctica tienen en el contexto integral de la lectura de la realidad del país y en las implicaciones histórico políticas que esta temática tiene en Colombia.

## 7. RECOMENDACIONES

A la Dirección General de Regionalización UIS:

- Continuar apoyando el proyecto “Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible”, como espacio propicio para la consolidación y el crecimiento de los estudiantes de Trabajo Social (y de diversas disciplinas) como profesionales comprometidos con el desarrollo humano de la región.
- Crear mecanismos que permitan la asesoría y reflexión técnico-metodológica permanente con relación a los procesos netamente académicos de los y las practicantes, los cuales se convierten en la finalidad del aprendizaje durante los procesos prácticos de intervención profesional.

A la Escuela de Trabajo Social:

- Generar estrategias para el cambio en las falencias encontradas durante la evaluación a los procesos de práctica y de esta manera no pasar por alto las valiosas recomendaciones hechas por los estudiantes durante su procesos de formación.
- Continuar apoyando el espacio de práctica “Observatorio Regional de Desarrollo Humano Sostenible”, como posibilidad de articulación teórico-práctica con los problemas sociales de la región.

## BIBLIOGRAFÍA

- BLANCO RESTREPO, Jorge Humberto, MAYA MEJÍA, José María. Fundamentos de Salud Pública. Corporación para investigaciones biológicas. Tomo V, Medellín, Colombia, 1997.
- Constitución Política de Colombia.
- Decreto 1543 de 1997.
- Departamento Nacional de Planeación. CONPES 91
- Departamento Nacional de Planeación. CONPES 3077
- INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Lineamientos para el sistema de vigilancia y control en salud pública 2007
- Ley 972 de 2005.
- Ley 1112 de 2007
- Max-Neef, Manfred; Elizalde, A; Hopenhayn, M. Desarrollo a Escala Humana “una opción para el futuro”. Fundación Dag Hammarskjold, Ed. Cepaur, SD.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, ONUSIDA. Plan Intersectorial de respuesta ante el VIH/SIDA. Colombia 2004-2007.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de Control VIH 2007.
- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Resolución 412 de 2000.
- “ “, Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2003
- “ “, Decreto 2323 de 2006.
- “ “, Resolución 0425 de 2008.
- “ “, Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010.
- “ “, Resolución 3442 de 2006.
- Naciones Unidas, Acción Social, Departamento Nacional de Planeación, et al. Hacia una Colombia Equitativa e Incluyente, Informe de Colombia, Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2005.
- ONUSIDA. Estado del arte de la infección por VIH y SIDA: Colombia 2000-2005. Bogotá, 2006.
- “ “, Plan Nacional de Respuesta al VIH 2008 - 2011

- PLAN NACIONAL DE DESARROLLO “ESTADO COMUNITARIO DESARROLLO PARA TODOS 2006-2010”.
- Política Haz Paz en la ley 812 de 2003
- PROFAMILIA. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). 2005.
- SECRETARÍA DE SALUD DE SANTANDER, Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004 – 2007.
- Sistema de Naciones Unidas. Declaración del Milenio
- VISIÓN COLOMBIA II CENTENARIO 2019

### WEBGRAFÍA

- [www.pnud.org.do/primerdiplomadoendesarrollohumanoyvihsida](http://www.pnud.org.do/primerdiplomadoendesarrollohumanoyvihsida)
- [www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com)
- La Salud en el Desarrollo Humano. Informe anual del director de la Organización Panamericana de la Salud, año 2000. Tomado de [www.ops.org](http://www.ops.org) el día 24 de febrero de 2008.
- Adriana Velasco. Diplomado sobre Desarrollo Humano. Módulo 3: Las implicaciones del Desarrollo Humano Formación de capacidades y la Pobreza en la perspectiva de la capacidad. Tomado de [www.pnud.org.do/primerdiplomadoendesarrollohumanoyvihsida](http://www.pnud.org.do/primerdiplomadoendesarrollohumanoyvihsida)
- [http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/goal\\_1.html](http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/goal_1.html) el día 25 de febrero de 2008
- [www.observatoriosantanderuis.com](http://www.observatoriosantanderuis.com)
- [www.uis.edu.co](http://www.uis.edu.co)