



EXPERIENCIAS EN INNOVACION SOCIAL Ciclo 2006-2007

Mejoramiento de la calidad de vida de niños y niñas que conviven con VIH/Sida, y niños y niñas desprotegidos, a través del acceso a educación preescolar terapéutica. Cali, Colombia

En 1992, la fundación colombiana FUNDAMOR da apertura al programa de albergue para adultos portadores del VIH/SIDA en etapa terminal. El enfoque inicial del mismo fue la dignificación del ser humano, para brindar a personas enfermas, rechazadas y moribundas, la oportunidad de recibir afecto, compañía, y atención a sus necesidades básicas. Como sus responsables lo expresan "trabajaban por buen morir".

Poco a poco fueron recibiendo niños y niñas portadores de VIH/SIDA, considerados en fase terminal, a los cuales atendían también para que su corta vida fuese lo mejor posible¹. Sin embargo los años pasaban y muchos de estos niños y niñas continuaban vivos². Este comportamiento llevo a las directivas de FUNDAMOR a replantearse el objetivo: trabajar por el "buen vivir". Así, temas como la educación formal y la reintegración de estos niños y niñas a su familia comenzaron a surgir como elementos centrales de su labor. Comenzaron a buscar preescolares de la zona en donde se ubica la casa de la Fundación para matricular a los menores. La negativa fue rotunda, por lo temores de trabajar con niños "infectados". Ante esta situación FUNDAMOR decide, en 2000, construir unas instalaciones para el jardín infantil que atendería a sus beneficiarios.

Es así como la fundación crea un programa de educación preescolar terapéutico que incluye un proceso de sanación temprana, que ha logrado aumentar la sobrevivencia de los niños y niñas, unido a la atención que reciben dentro del hogar de la misma. Los beneficiarios fueron creciendo en edad y era necesario que muchos de ellos iniciaran su educación primaria. Nuevamente enfrentaron problemas de rechazo, pero estaban convencidos de que no tenía ningún sentido, crear una escuela primaria y mantener a los menores aislados. Insisten y logra admisión en un colegio primario de la zona. Este conjunto de acciones conducentes a atender a niños y niñas

¹ Los médicos que atendían a los niños y niñas les daban, cuando más, cinco años de vida.

² La tasa de mortalidad infantil en FUNDAMOR ha sido del 3%.

portadores de VIH/SIDA se presentó, en 2006, al Concurso "Experiencias de Innovación Social", iniciativa de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), con el apoyo de la Fundación Kellogg, en el ciclo 2006-2007, logrando una mención honrosa especial por su trabajo.

VIH/SIDA como un problema mundial

Desde que se declaró el primer caso de SIDA en el mundo a principios de los años ochenta, esta enfermedad se ha convertido en la principal causa de muerte prematura en el África sub-sahariana y en la cuarta a nivel mundial, con más de 25 millones de personas muertas por esta causa³. En los países más afectados (prácticamente ninguno se ha librado de esta amenaza), la epidemia del VIH/SIDA, además de provocar incalculables sufrimientos, ha dado marcha atrás a los progresos de desarrollo que habían tardado décadas en conseguirse.


En 2000 los Jefes de Estado y de Gobierno representados en la Asamblea General de la Naciones Unidas definieron y aprobaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio entre los cuales precisamente esta el Objetivo No. 6 plantea "Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades". Específicamente la Meta 7 de este objetivo define: "Haber detenido o comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA". Los indicadores utilizados con: Disminución de la mortalidad de mujeres embarazadas entre 15 y 24 años de edad; el uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos; los conocimientos amplios y correctos sobre el SIDA entre la población de 15 a 24 años y la relación entre la matrícula de niños huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años (Ver cuadro No. 1). Posteriormente en 2001, en el seno de la Asamblea General de las Naciones Unidas tuvo lugar el primer periodo extraordinario de sesiones sobre el VIH/Sida, en la cual por unanimidad, aprobaron la Declaración de compromiso sobre el VIH/Sida⁴, que reconoce que la epidemia constituye una emergencia mundial y es uno de los «retos más colosales» para la vida y la dignidad humana. La Declaración estableció una amplia serie de metas, con plazos estipulados, para apoyar el Objetivo de Desarrollo del Milenio de contener y empezar a invertir el curso de la epidemia para 2015. Metas que incluyen acciones que deben realizarse a nivel de cada país como es el caso de asegurar el establecimiento y la ejecución de estrategias y planes de financiación nacionales multisectoriales para luchar contra el VIH/SIDA e incorporar las prioridades de la prevención, atención, tratamiento, apoyo y reducción de sus en los planes de desarrollo, incluidas las estrategias de erradicación de la pobreza, las asignaciones de los presupuestos nacionales y los planes de

³ ONUSIDA, Infección por VIH/SIDA en Colombia. Estado del Arte 2000-2005. 2006

⁴ Naciones Unidas. Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, "Crisis mundial - Acción mundial". 2001. <http://www.un.org/spanish/ga/aidsmeeting2006/finaldeclaration.html>

desarrollo sectorial, para 2003. En 2006, la Asamblea General reafirmó su compromiso y subrayó la necesidad urgente de avanzar de forma progresiva y significativa hacia el objetivo de acceso universal a programas integrales de prevención, tratamiento, atención y apoyo en materia de VIH.⁵

Cuadro No. 1 **Objetivos de desarrollo del milenio** **Naciones Unidas**

	Objetivo 6. Combatir el HIV/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA	
<ul style="list-style-type: none">• 18. Tasa de morbilidad del VIH entre las mujeres embarazadas entre los 15 y los 24 años de edad (ONUSIDA)• 19. Uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos y Población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA• 20. Relación entre la matrícula de niños huérfanos y la matrícula de niños no huérfanos de 10 a 14 años (ONUSIDA)	

Fuente: Naciones Unidas, Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2000

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe anual, ONUSIDA 2008, sobre la situación de esta enfermedad en el mundo, reporta la reducción en el número de nuevas infecciones que paso de 3.0 millones en 2006 a 2.7 en 2007, cifra que si bien demuestra que se ha estabilizado, lo ha hecho a niveles "inaceptablemente altos"⁶ (Ver Gráfico No. 1). Para ese mismo año el total de personas que viven con VIH eran 33.2 de los cuales 30,8 millones son adultos y 2.5 millones son niños y niñas. Dentro de los adultos el 50% son mujeres, cifra que se ha mantenido mas o menos constante en los últimos años. Se calcula además que unos dos millones de enfermos han muerto en el último año⁷.

Unos 22,5 millones de personas viven en el continente africano con el virus, es decir, el 68% de la población mundial afectada, mientras que en Asia hay 4,9 millones de infectados, de los cuales 440.000 son del último año. En términos relativos, el Caribe es la segunda región del mundo afectada por la enfermedad, con un 1% de los adultos portadores del virus. En los últimos 12 meses se han registrado en esta región 11.000 muertos a causa del Sida, 17.000 nuevos infectados y un total de 230.000 personas que viven con el virus. (ONUSIDA, 2007)

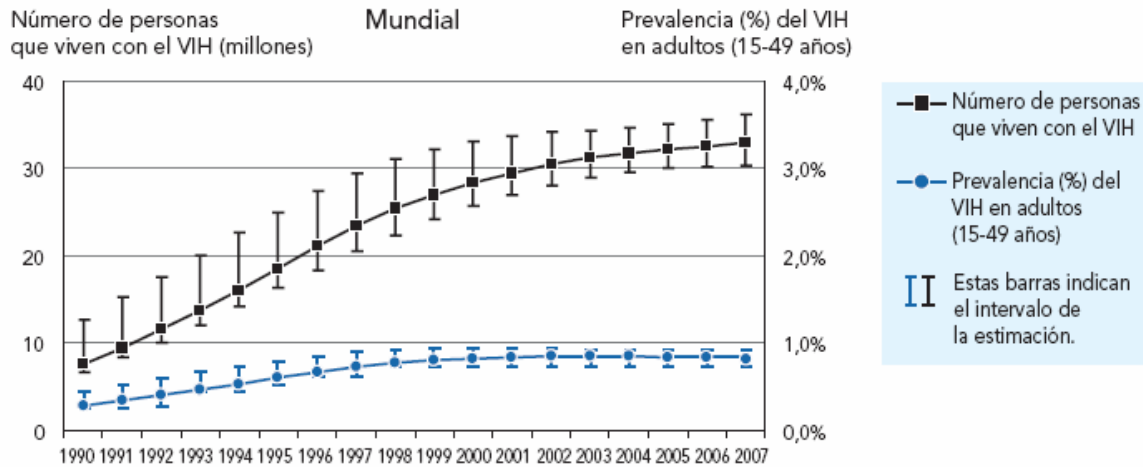
⁵ ONUSIDA, 2007. "Informe mundial del ONUSIDA, conoce tu epidemia"

⁶ ONUSIDA, 2008. Informe Anual sobre la epidemia mundial del SIDA. 2008

⁷ ONUSIDA, 2008

Gráfico No. 1,

Número estimado de personas que viven con el VIH y prevalencia del VIH en adultos. Epidemia mundial de VIH, 1990-2007



Fuente: ONUSIDA, 2008

Cuadro No. 2, Resumen mundial de la epidemia del VIH/SIDA, 2007

	Número de personas que vivían con el VIH en el 2007 (millones)	Defunciones causadas por el SIDA, 2007 (millones)
Adultos	30,8	1,7
Menores de 15 años	2,5	300.000
Mujeres	15,4	N/D
Total	33,2	2,1

Fuente: ONUSIDA, 2007:1

VIH/SIDA en América Latina y el Caribe

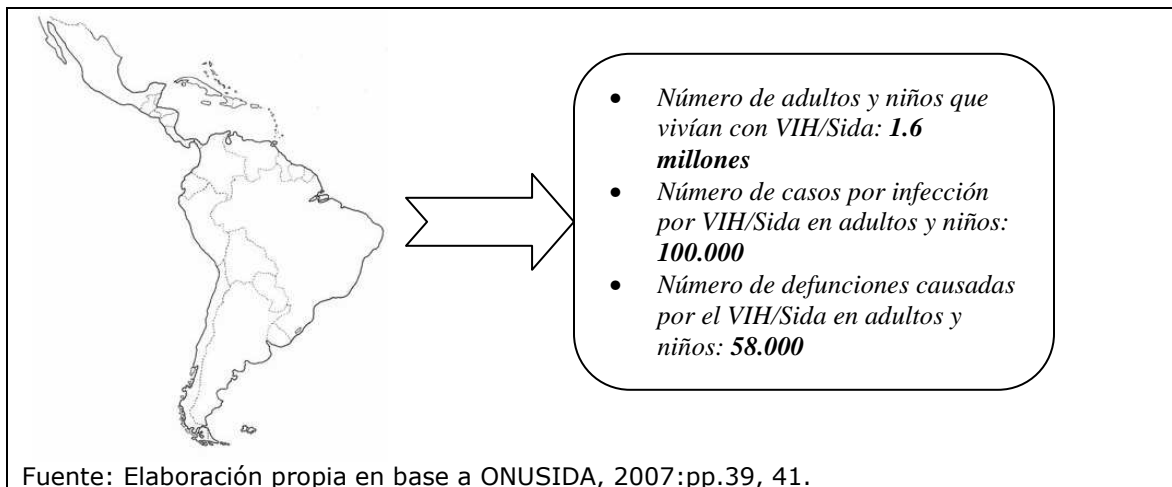
“En efecto, el VIH/SIDA se ha propagado por todas las sub-regiones con una rapidez extraordinaria, sobre todo por la vía sexual. Según los datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Caribe registra la prevalencia más alta entre adultos después del África subsahariana, con una tasa promedio del 2,3% en los adultos, por lo que se ha convertido en la causa de muerte más importante en la población de 15 a 49 años. En toda la región también se han observado incrementos significativos del número total de personas infectadas entre 2002 y 2004. Se estima que en 2004 había un total de 2,4 millones de personas infectadas en América Latina y el Caribe, un 21% de las cuales vive en el Caribe (ONUSIDA/OMS,

2004). Asimismo, se calcula que en ese período en América Latina se produjo un aumento de 200.000 en la categoría de personas que viven con el VIH/SIDA; en el Caribe la cifra es de 20.000 personas.”⁸

El informe de ONUSIDA para América Latina en 2007, señala que un tercio de las personas que viven con VIH/Sida se concentra en Brasil, en donde la mayor parte se debe a la falta de protección en relaciones sexuales entre hombres⁹, mientras en la Argentina, la mayoría de los contagios se da en relaciones heterosexuales.

A modo general, en el gráfico No. 2 se puede observar el estado del VIH/Sida en cifras para esta región.

Gráfico No. 2 Estado del VIH/Sida en América Latina, 2007



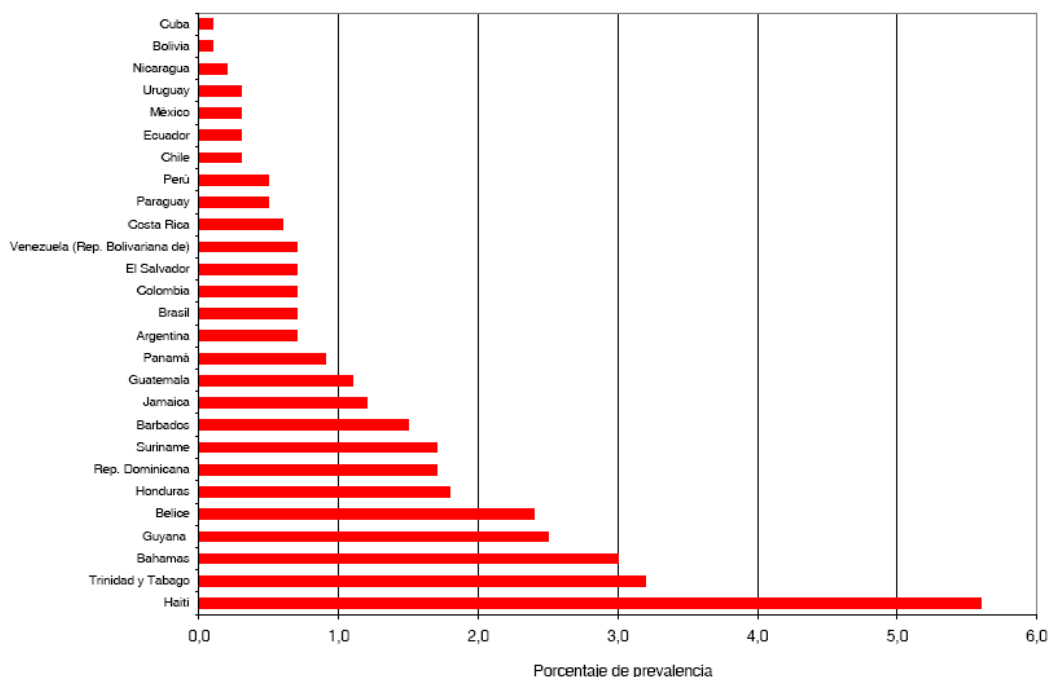
Entre los países de América Latina y el Caribe que han informado sobre su situación respecto del VIH/SIDA, 11 registran una prevalencia superior al 1% y 5 una incluso superior al 2%. Ocho de los once países de alta prevalencia están en el Caribe (si se incluyen Guyana y Belice) y se destaca el caso de Haití, único país de la región que tiene una prevalencia superior al 5%¹⁰ (ver Gráfico No. 3).

⁸ Naciones Unidas, 2005. "Objetivos del Desarrollo del Milenio, Una Mirada desde América Latina y el Caribe", Impreso en Santiago de Chile.

⁹ Esta situación se presenta en: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú, Paraguay y Uruguay. Como también en países de Centroamérica, tales como: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Panamá (Ver ONUSIDA, 2007).

¹⁰ Naciones Unidas, 2005

**Gráfico 3,
América Latina y el Caribe: Prevalencia del VIH/SIDA, 2003**



Fuente: Naciones Unidas, 2005. En base al informe anual de ONUSIDA 2004.

Cada vez son más los jóvenes que se ven afectados por el VIH/SIDA. En 2003, la mitad de los casos nuevos de infección por VIH se han producido en personas de 15 a 24 años, lo que difiere de la tendencia observada en la primera mitad de la década de 1990, en la que se producía principalmente en personas de 30 a 39 años; fenómeno que se ha definido como 'rejuvenecimiento' de la epidemia¹¹.

El VIH/SIDA en niños y jóvenes

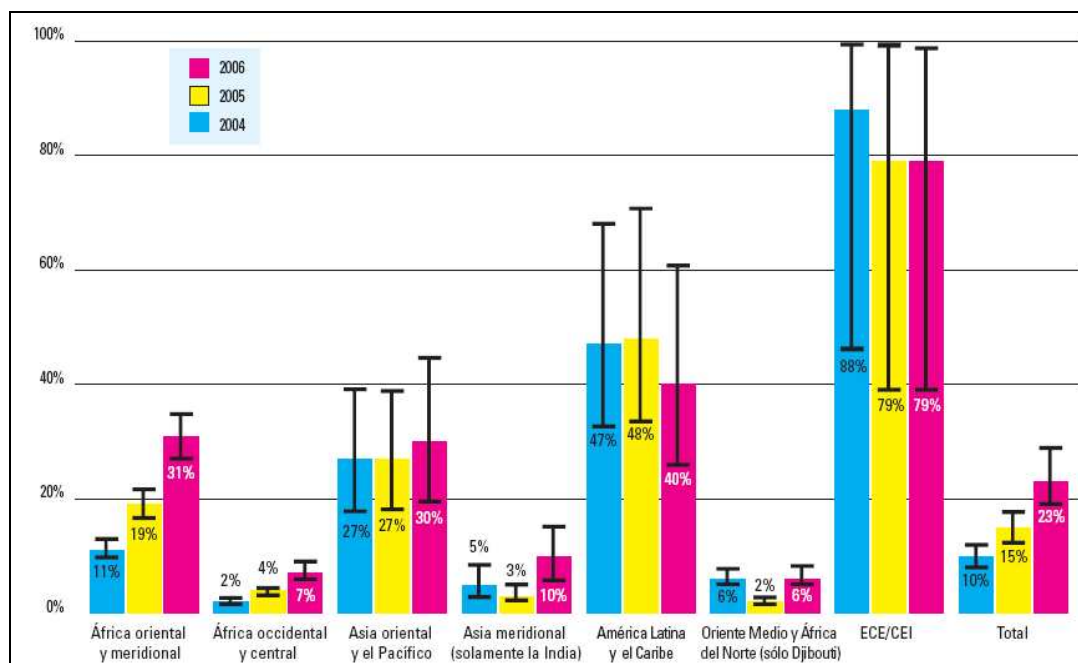
Aunque estamos habituados a pensar en el VIH/SIDA como una enfermedad relacionada exclusivamente con los adultos, no hay que olvidar que también afecta a la niñez, por lo que se denomina vía vertical, esto es, por contagio materno, bien sea intraútero, intraparto o por la lactancia. Sólo un 5 % de los contagios en esta edad se dan por vía horizontal, por transmisión sexual o por vía parenteral¹² (Ver gráfico No. 4).

Al nacer el 100% de hijos de madres infectadas por el virus tendrán anticuerpos anti-VIH, pero esto no significa que los niños vayan a estar infectados. De hecho sólo entre el 15 y el 25 % contraerán la enfermedad y si se trata y se controla el embarazo, la tasa de transmisión puede descender y llegar a ser inferior al 1 %⁸.

¹¹ Naciones Unidas, 2005

¹² ⁸ <http://demedicina.com/el-sida-en-ninos/>

Gráfico No.4
Mujeres embarazadas con VIH que recibieron antirretrovirales para prevenir la transmisión de la madre al hijo, en % (2004-2006)



Fuente: UNICEF, La infancia y el SIDA

Se calcula que 2,1 millones de menores de 15 años en el mundo vivían en 2007 con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), 290.000 habían muerto a causa del SIDA y 420.000 habían contraído la infección¹³.

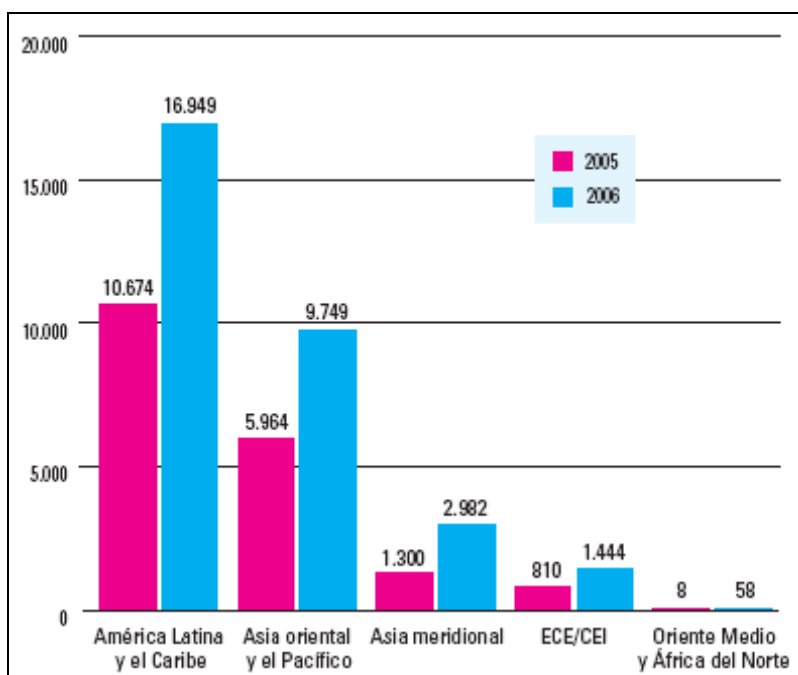
En América Latina y Caribe el número de niños menores de 15 años que viven con el VIH/SIDA alcanza a 54.000 con un estimado de 22.000 niños en el Caribe, y 32.000 en América Latina¹⁴. En esta misma región sólo 16.949 niños de este mismo tramo de edad recibieron en el 2005 el tratamiento antiretroviral (ver gráfico No. 5). Sin este tratamiento, la mitad de los niños recién nacidos con VIH morirá antes de su segundo año de vida. En la región en el 2005, 6.000 niños han muerto por causas relacionadas con el SIDA (2.900 en Latino América y 3.100 en el Caribe)¹⁵.

¹³ <http://www.unicef.org/spanish/aids/>

¹⁴ http://www.unicef.org/panama/spanish/resources_7938.htm

¹⁵ Idem.

Gráfico No. 5
Número de niños con VIH menores de 15 años que reciben
tratamiento antirretroviral, 5 regiones (2005-2006)



Fuente: UNICEF, La infancia y el SIDA.

Los niños afectados por el SIDA corren graves peligros que comprometen no solo su salud sino su educación, posibilidades de socialización y bienestar en general. Algunos tienen que abandonar la escuela por salud o por rechazo, otros, al haber perdido a sus padres están a cargo de parientes, que enfrentan dificultades para asegurarles sus necesidades básicas; suma de cosas que da como resultado procesos profundos de uso de la angustia y la depresión.

Hasta el año 2005, más de 15 millones de niños y niñas menores de 18 años habían perdido a uno o a ambos progenitores debido al SIDA¹⁶.

Contexto económico y social en el cual se desarrolla el proyecto

El proyecto se lleva a cabo en la ciudad de Cali, Colombia, país que ocupa el tercer lugar en población en América Latina y el Caribe con casi 43 millones de habitantes¹⁷. Cali es la tercera ciudad en población con más de 2 millones de habitantes. En el país se estima que el 46,8% vive bajo la línea de la pobreza y el 20,2 viven bajo la línea de la indigencia¹⁸, condición que como

¹⁶ UNICEF, 2008. La infancia y el SIDA.

¹⁷ Dane, Censo de Población y Vivienda 2005

¹⁸ CEPAL, 2007: anexos

es conocido aumenta la vulnerabilidad social e individual ante el VIH/SIDA. La condición de pobreza se vincula a la falta de acceso a servicios de educación y salud, que se refleja en últimas, en el poco acceso a métodos de promoción de la salud, prevención específica de la enfermedad, asesoría, diagnóstico temprano y atención integral de los casos¹⁹. Por su parte Cali presente un índice de pobreza de 27.4%, siendo la octava ciudad con mayor nivel de pobreza.

Por otra parte, a más de la pobreza ya indicada, Colombia ha enfrentado un largo conflicto armado que ha traído consigo el desplazamiento de más del 5% de su población, convirtiéndola en la tercera nación del mundo con el más alto porcentaje de población desplazada²⁰. El Valle del Cauca, ha recibido el 6.11% del total de la población desplazada y Calí cerca del 50% de esta²¹.

Mapa Cali, Colombia



Cali, es una ciudad caracterizada por la alta proporción de población con menos de 40 años y una mayor población de mujeres en casi todos los rangos de edad, excepto entre la

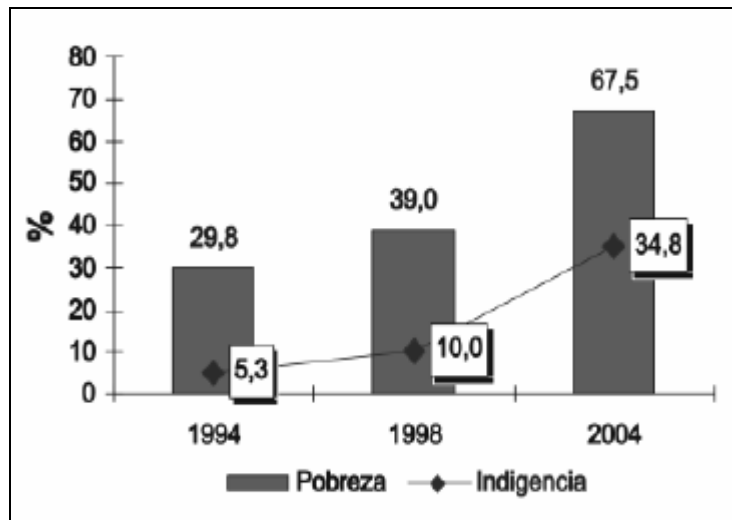
¹⁹ Infección por VIH/SIDA en Colombia. Estado del Arte 2000-2005

²⁰ Ibáñez, Ana María; Velásquez, Andrea. El impacto del desplazamiento forzoso en Colombia: condiciones socioeconómicas de la población desplazada, vinculación a los mercados laborales y políticas públicas. Serie. Política Social. 2008

²¹ Cálculo de los autores con base en los Tabulados de Población Desplazada de Acción Social, Presidencia de la República de Colombia. 2009 <http://www.accionsocial.gov.co/Estadisticas/publicacion%20enero%2031%20de%202009.htm>

población más joven. Según el informe “*Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad*” del año 2004, en Cali el 67,5% de los habitantes de la ciudad se encuentran en situación de pobreza y 34,8 en indigencia (Ver Gráfico No. 6)²². Y al mismo tiempo es la sede de grandes industrias colombianas, como son las papeleras o los ingenios azucareros.

Gráfico No. 6
Evolución de la pobreza en Cali, Colombia



Fuente: 1994 y 1998, Urea y Ortiz, 1999. Año 2004. DANE-ECH, sobre tabulaciones de la Fundación Foro Nacional por Colombia

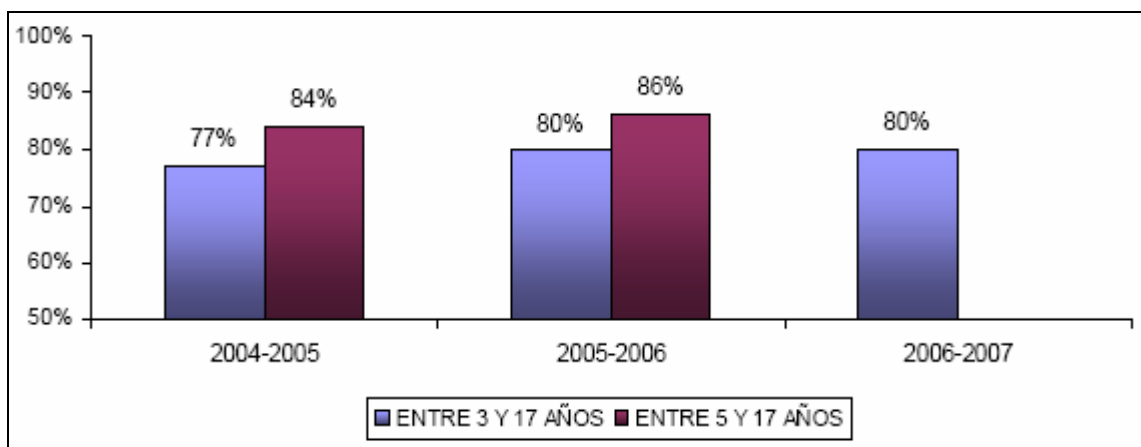
La tasa de analfabetismo total de Cali es del 6%, la cual es superior al promedio de las principales ciudades del país (4,9%), mientras el número de años de educación, (6,5 para mujeres y 7,0 para hombres) es superior a la media del país (4,9)²³. Para 2006, la tasa de cobertura para menores en el rango de 3-17 años fue del 80% y del 86% en el rango de 5-17 años (Ver gráfico No. 7), mientras la deserción escolar promedio llega a 3,34% del total de estudiantes matriculados (2007), mientras el del instituciones privadas es 4,10% y las oficiales (2,83%).²⁴

²² Fundación Foro Nacional por Colombia. “*Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad*”, 2004. Para el año 2004, las líneas de la pobreza y de la indigencia fueron calculadas con base a una metodología propia, la cual puede distorsionar la imagen con los años anteriores. El valor de las líneas de la pobreza e indigencia es LP \$234.076 y LI \$ 80.30 del año 2004.

²³ Idem, 2004

²⁴ Cámara de Comercio de Cali y otros, 2007. Informe de Evaluación 2004-2007. “*Cali cómo vamos*”.

Gráfico No. 7
Tasas de Cobertura Neta en educación según rango de edad.



Fuente: Alcaldía de Cali, Secretaria de Educación Municipal.

La tasa bruta de natalidad (TBN) de la ciudad es de 20,2 recién nacidos por cada 1.000 habitantes, un poco menor que el promedio del país (22,0) y el mundial (21,0). Por su parte, la tasa global de fecundidad, de 1,9 hijos por mujer y; la de mortalidad infantil, de 12 por cada 1.000 niños nacidos vivos son inferiores a los promedios nacionales (2,6 el primero y 26 el segundo).

VIH/SIDA en Colombia y en Cali

Se estima que en Colombia hay 160.000 personas infectadas con el virus²⁵, ocupando el tercer lugar entre los diez países con el mayor número absoluto de casos de VIH en América Latina y el Caribe (Ver gráfico No. 8).

En el periodo 2000-2004 se han notificado 17.819 nuevos casos, cifra mayor a la notificada durante el quinquenio anterior (15.015). Al comparar los últimos cuatro quinquenios, desde que se posee registro, el patrón de notificación ha sido incremental. El mayor porcentaje de casos en el período 2000-2004 correspondió al grupo de edad de 25 a 34 años seguido del grupo de 35 a 44 años (Ver Gráfico No. 9), patrón similar al de los quinquenios previos. Aunque la notificación continúa siendo mayor en hombres, el número de casos notificados en mujeres ha aumentado y la brecha entre hombres y mujeres. Si bien a fines de los 80 y principios de los noventa la proporción era de 39 a 1, en 2007 esta llegó 2 a 1, es decir. Otro dato revelador es que la tasa de incidencia en los adolescentes que en el 2004 era de 9,4 por 100.000 habitantes, pasó a 12,4 el año 2007.

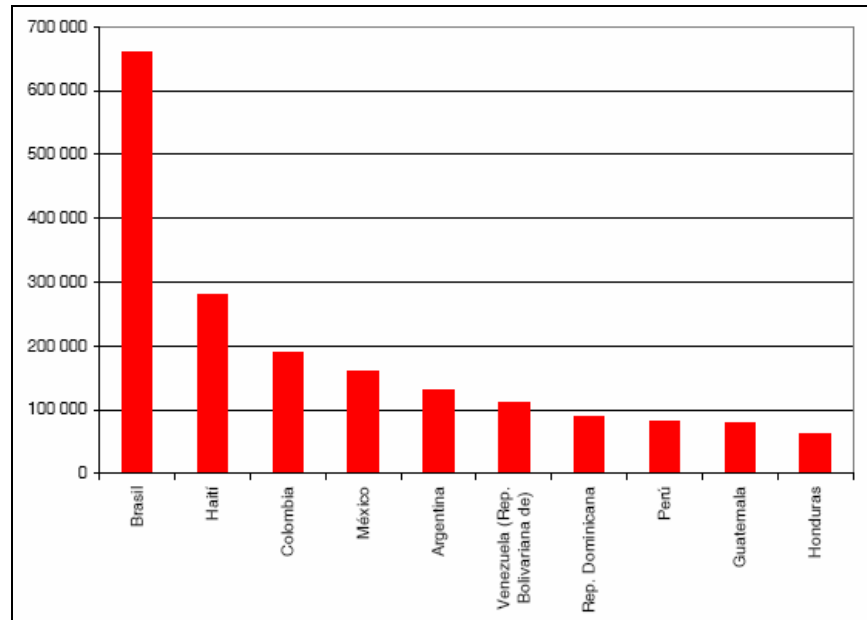
La mayoría de los casos corresponden notificaciones sobre la infección, pero continúa descendiendo el reporte de personas fallecidas, aún cuando a la vez

²⁵ UNICEF, ver:

http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/colombia_statistics.html

la mortalidad por SIDA ha ido en aumento como proporción de las causas generales de muerte²⁶.

Gráfico No. 8
América Latina y el Caribe: Número total de personas con VIH en los diez países con el mayor número absoluto de casos de VIH



Fuente: ONUSIDA, 2004

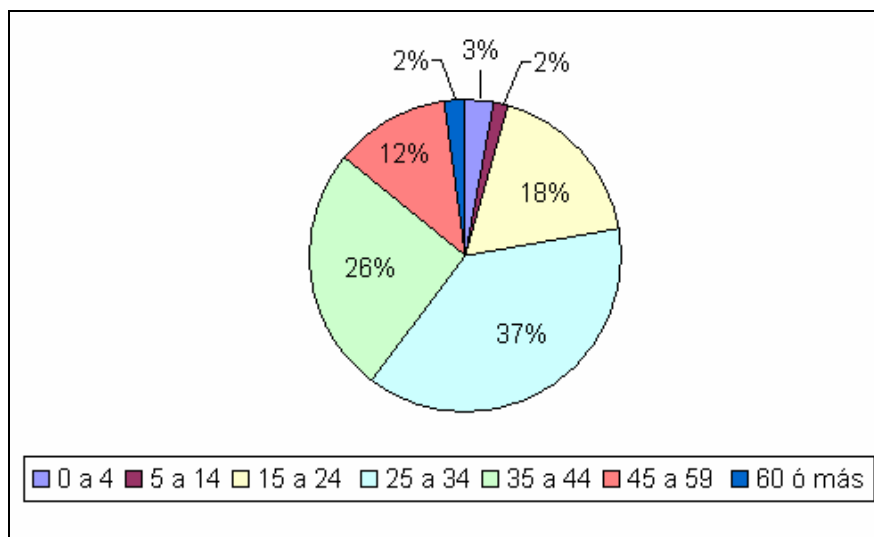
El número de años de vida potencialmente perdidos (AVPP) por VIH/SIDA ha aumentado ocho veces entre 1991 y 2002. En 1991 se perdieron 25 años por cada 100.000 habitantes y para el año 2002 se perdieron 165 años por cada 100.000; 6.6 veces fue el crecimiento presentado durante esta década de los AVPP por cada 100.000 habitantes.²⁷

En Cali, la situación con respecto al VIH/SIDA no es muy distinta a la del país. A la fecha se han detectado 9.742 casos desde que en 1986, se detectó el primero (Ver Gráfico No. 10 y Cuadro No. 3).

²⁶ De acuerdo con los registros del Ministerio de Protección Social de Colombia, la mortalidad por SIDA como proporción de la mortalidad por enfermedades infecciosas pasó del ser el 3,7% en 1995 al 28% en el 2002. De mantenerse esa tendencia, para el 2010 esta causa podría representar, entre el 40 y el 50 por ciento del total de muertes por enfermedades infecciosas en el país.

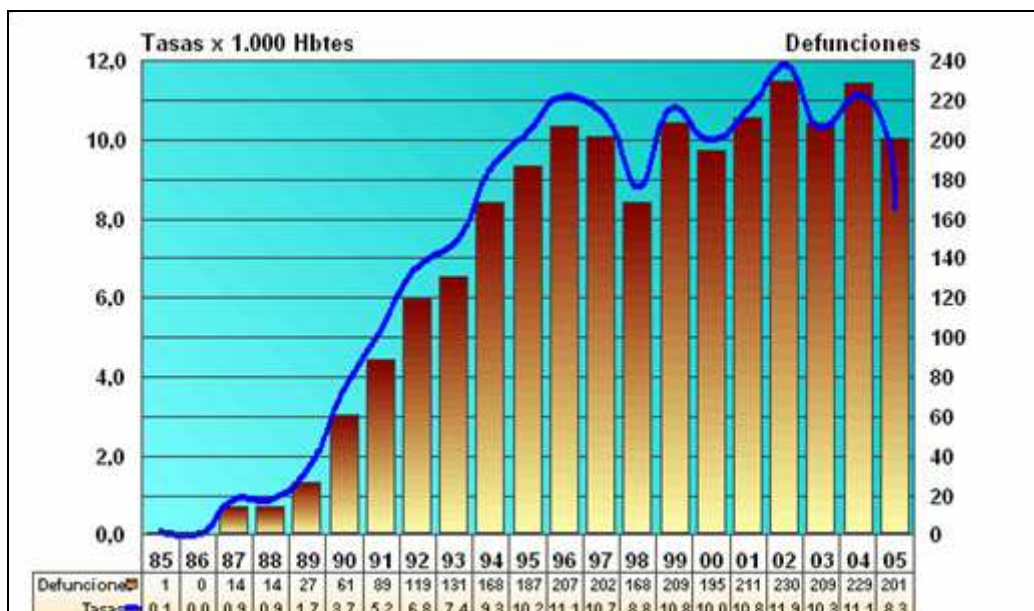
²⁷ ONUSIDA, Infección por VIH/SIDA en Colombia. 2000-2005

Gráfico No.9
Notificación del VIH/SIDA por grupo de edad, en porcentaje.
Quinquenio 2000-2004. Colombia



Fuente: ONUSIDA, Infección por VIH/SIDA en Colombia. 2000-2005, pp. 48²⁸

Gráfico No. 10
Comportamiento de la mortalidad por SIDA.
Cali 1985-2005



Fuente: Alcaldía de Cali, Secretaria de Salud Municipal

²⁸ Sólo comprende a los casos notificados que presentaban datos en tramo de edad. Total 9.622. de los 17.819

Cuadro No. 3
Estadísticas asociadas al VIH/SIDA en Cali,
Colombia

- 96% es el porcentaje de prevalencia del factor sexual como mecanismo de transmisión del sida.
- 74% de los casos detectados en Cali desde 1996 hasta hoy han sido en la fase asintomática.
- 28% de los casos de sida, según el mecanismo de transmisión, son perinatales.
- 35,5% de los casos de VIH del 2005 pertenecían al régimen contributivo de aseguramiento en salud.
- 26,8% de los casos detectados no estaban asegurados a ningún régimen de salud.
- 75,7% del total de casos identificados entre 1985 y 2005 en la ciudad fueron hombres.

Antecedentes proyecto

FUNDAMOR inicia labores en 1992, enfocando su atención a enfermos adultos terminales del VIH. Su crítico estado de salud hacía que la prioridad se centrara en ayudarles, como los directivos lo expresan "a bien morir". En un lapso de siete años fallecieron en la Fundación 300 pacientes adultos infectados de VIH/SIDA. Algunas de las personas que ingresaban al Programa llegaban con sus hijos pues no contaban con el apoyo de sus familias para su cuidado. Al morir la madre la Fundación se encuentra con niños y niñas huérfanos con VIH positivo. Dada esta situación, en 1996 crea la casa-hogar y el programa de atención y protección integral para niños y niñas afectados por el VIH.

Al abrir este programa el concepto, incluso de los médicos que participan era que estos niños y niñas tenían una expectativa de vida máximo de cinco años. Por esta razón el enfoque inicial era similar al programa de adultos; la atención se centraba básicamente en garantizar unas condiciones de vida dignas, un entorno saludable y acogedor, en donde los pocos años de vida recibieran todo el afecto que se merecían.

Temas como la vinculación a la educación formal y el trabajo con familias con miras al reintegro del menor al contexto socio-familiar no fueron elementos fundamentales durante los primeros años. Sin embargo en la medida en que pasaba el tiempo y muchos de los niños y niñas atendidas continuaban con vida, los anteriores objetivos fueron adquiriendo fuerza dentro del trabajo de la Fundación. Su objetivo paso de "un buen morir" a una "buena vida". Si bien, como sus representantes afirman, la muerte siempre esta presente entre estos niños su objetivo cambio radicalmente. La expectativa de vida va en aumento y tienen sólo un 3% de mortalidad, tasa que en niños con VIH/SIDA no es tan alta como parece.

La Fundación comienza a crecer con los niños y a comprender que el rol que desempeña no se limita a la oferta de un lugar de habitación, alimentación y a ser facilitador de una muerte digna, sino que además debe asumir un rol activo en el proceso formativo de los niños, preparándolos para una adecuada inclusión en la sociedad - esto implica no solamente la atención médica sino la educación, formación, concientización y sensibilización sobre una actitud responsable alrededor del tema VIH/SIDA. Se inicia entonces la búsqueda de instituciones educativas a nivel preescolar que recibieran a los niños y niñas, sin embargo la gestión fue en vano pues ninguno de estos colegios aceptó su ingreso, producto del temor y la desinformación frente al VIH/SIDA. Por esta razón, en 2000 la Fundación toma la decisión de crear un preescolar que incluye primero de primaria, dentro de sus instalaciones.

Nuevamente el paso de los años les demuestra que es indispensable que los niños y niñas continúen sus estudios y luego de diferentes análisis y debates sobre el tema deciden que deben hacer todos los esfuerzos necesarios para asegurar que estos pueden ingresar a escuelas primarias de educación regular y no continuar profundizando la sensación de "ghetto", segregación y estigmatización de una institución exclusiva para ellos. Dentro de los debates que llevaron a la decisión de no crear una escuela se llegó a considerar si tendrían incluso que fundar una universidad o institución de formación técnica para que los atendiera, empresas en donde trabajaran, etc. Fue así como tomaron la decisión de hacer todas las gestiones que fuesen necesarias para que estos niños y niñas pudiesen ingresar a un colegio convencional en donde pudieran vivir una "vida normal" con otros niños y niñas. Luego de "golpear muchas puertas" en 2003, la escuela pública Pantano de Vargas, aceptó recibirlos.

Este logro fue muy positivo tanto para la Fundación, como para los niños y la comunidad educativa de ese colegio, convirtiéndose en un referente de solidaridad e inclusión para el país. La integración de los niños al entorno social y escolar ha exigido un esfuerzo muy grande en el diseño y desarrollo de un adecuado proceso de sensibilización frente a la comunidad educativa pero los resultados han sido muy positivos y se ha convertido en una experiencia maravillosa para todos los actores involucrados. Fue así necesario trabajar con los profesores para que tuvieran las herramientas necesarias para enfrentar la posible segregación y el miedo que podían sentir ellos mismos, los padres y madres de los estudiantes y los mismos alumnos; también se trabajó con los alumnos y sus familias y con los niños y niñas de FUNDAMOR para darles las herramientas necesarias para enfrentar un ambiente abierto y nuevo para ellos.

Hoy la problemática del VIH es muy diferente a la que se presentaba hace quince años. Hoy se cuenta con mayor información sobre los efectos de la enfermedad, las formas de transmisión; la ciencia y la medicina han evolucionado y si bien no se ha encontrado una cura definitiva si se han obtenido logros importantes frente al control del virus y la atención de sus

diferentes síntomas, todo lo cual ha sido de enorme ayuda en la inserción de los niños y niñas en la escuela pública.

Objetivos del proyecto

Como ya se ha anotado, el objetivo general de la Fundación es asegurar la mejor calidad de vida integral a niños y niñas portadores del VIH/SIDA, sin embargo de aquí en adelante el documento profundizará en la creación y el funcionamiento del subprograma *“Mejoramiento de la calidad de vida de niños y niñas que conviven con VIH/Sida, y niños y niñas desprotegidos, a través del acceso a educación preescolar terapéutica”*. Este tiene como objetivo principal: “generar procesos de aprendizaje en las diferentes dimensiones del ser que le apunten en el desarrollo de su integralidad, previniendo, atendiendo y potencializando capacidades, habilidades y actitudes que hacen que los niños y niñas sean competentes para integrarse a su realidad social y escolar”.

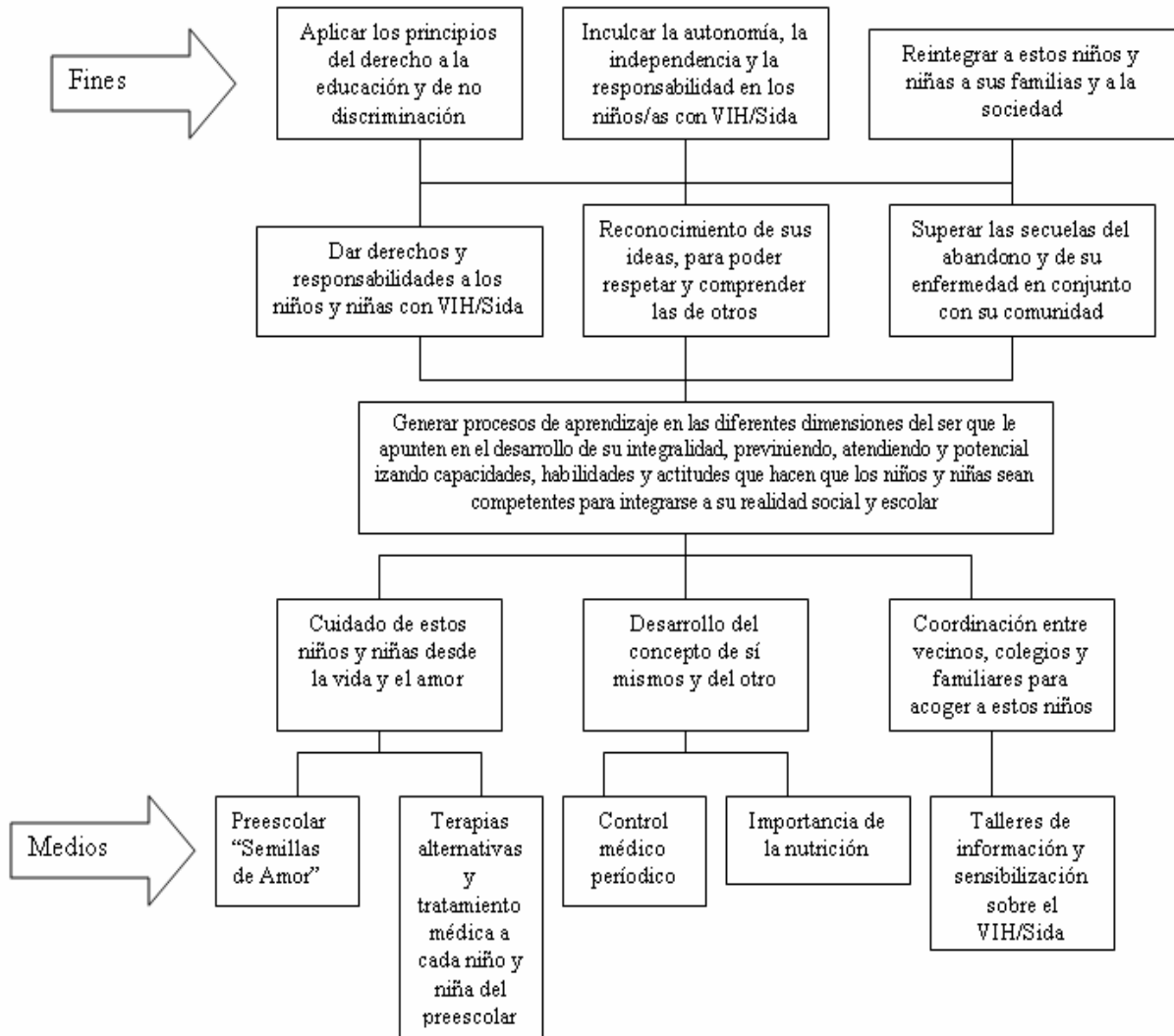
Sus objetivos específicos son:

- 1-** Ofrecer a niños y niñas que conviven con VIH/SIDA ó que han sido maltratados o atropellados en sus derechos, un ambiente escolar saludable;
- 2-** Ofrecer en el preescolar terapéutico de FUNDAMOR, a niños y niñas que conviven con VIH/SIDA ó que han sido maltratados o atropellados en sus derechos; valores agregados que lo diferencian de los preescolares existentes en la ciudad;
- 3-** Desarrollar hábitos y rutinas en los niños y las niñas promoviendo procesos de independencia autonomía, auto cuidado y responsabilidad;
- 4-** Reconocer los derechos y responsabilidades que se tienen como niños y niñas integrantes de una institución, de una familia y de una sociedad;
- 5-** Desarrollar competencias en las diferentes dimensiones del ser atendiendo a los lineamientos establecidos por el MEN (Ministerio de Educación Nacional) para la enseñanza del preescolar; y
- 6-** Promover espacios de participación y socialización con otros grupos de niños y niñas dentro y fuera de la institución”.
- 7-** Este programa pretende, además niños y niñas con VIH/SIDA que conozcan sus derechos pero a la vez tomen conciencia de su enfermedad y su responsabilidad en el control del contagio.

De este modo, la misión de este proyecto consiste en “contribuir a la formación integral de niños y niñas que conviven con VIH-Sida y en riesgo psico-social, apoyando la construcción de sus proyectos de vida, restituyendo derechos y generando procesos de sanación interior, terapias de salud y rehabilitación; que les posibiliten su

integración al medio escolar, familiar y social en el marco del amor, el conocimiento y la responsabilidad social y escolar²⁹ (Ver diagrama No 1).

Diagrama No. 1: Árbol de objetivos del proyecto



Fuente: Elaboración propia, en base a la información proporcionada por el proyecto

Los anteriores objetivos tienen como metas que los niños y niñas logren desarrollar capacidades, habilidades y actitudes que les permitirán ser competentes para integrarse a su realidad social y escolar. Es así como

²⁹ Información entregada por los responsables del programa en el Formulario de Postulación. 2007.

deben ser capaces de actuar con responsabilidad, independencia, autonomía, ser conscientes de las exigencias de auto cuidado que su situación les exige y ser capaces de construir un proyecto de vida.

Ejecución del proyecto

Acorde con los objetivos y metas expuestos, *Preescolar terapéutico Semillas de Amor*, se basa en cinco líneas de trabajo que guían la ejecución del mismo: socio-afectiva, comunicativa, cognitiva, corporal y estética.

a) Área socio-afectiva

Esta área pretende que los niños se reconozcan y reconozcan a otros, respetando sus diferencias físicas y de pensamiento. De ahí se puede inculcar la autonomía y la capacidad de resolver conflictos en base a normas; siempre priorizando el respeto y la convivencia entre ellos. Para lograr este fin, esta línea de trabajo se divide en subgrupos, los cuales tienen distintas metas que se reseñan a continuación.

Metas:

- Desarrollo de valores espirituales y éticos.
 - Aceptar como propio los patrones sociales de conducta.
 - Tener confianza en si mismo durante el desarrollo de actividades.
 - Aprender a ser solidario con sus compañeros.
 - Ser capaz de manifestar sus deseos y necesidades de manera adecuada. teniendo en cuenta al otro.
 - Desarrollar el sentido de amistad.
 - Adquirir pequeñas responsabilidades haciéndose cargo de sus pertenencias.
 - Tomar conciencia y actuar de acuerdo a lo que es correcto.
 - Desarrollar su capacidad de amar, de respetar y de ser solidaridad con el otro.

- Desarrollo del rol femenino y masculino
 - Comenzar a adquirir la identidad de género.
 - Establecer las diferencias físicas entre hombres y mujeres.
 - Organizar su comportamiento alrededor de su mismo género.
 - Comenzar a desarrollar un concepto de lo que significa ser hombre o ser mujer en su misma cultura.

- Desarrollo concepto de si mismo y autocuidado
 - Aprender a controlar esfínteres.

- Aprender a comer utilizando cubiertos.
- Adquirir rutinas de higiene.
- Organizar y ordenar su sitio de trabajo y/o el hogar.
- Aprender a expresar emociones y estados de ánimo.
- Controlar voluntariamente sus movimientos y moverse armónicamente con su entorno.
- Autoaceptarse y aceptar a los demás.
- Desarrollar su capacidad de amar, de respetar y de ser solidario con el otro.
- Tomar conciencia y responsabilidad de los medicamentos que debe tomar.
- Aprender a cuidar su salud adquiriendo conciencia de ingerir alimentos sanos y rechazar los que no le convienen.

- Desarrollo de la autonomía

- Lograr cierto grado de autonomía en sus juegos.
- Familiarizarse a ciertos lugares que le sean desconocidos.
- Aprender a vestirse y a desvestirse.
- Adquirir el hábito de compartir los juguetes y enseres escolares.
- Ser capaz de asumir sus responsabilidades.
- Aprender a organizar los materiales escolares, juegos y pertenencias.
- Aceptar y responder positivamente a los límites impuestos por el adulto
- Ser capaz de utilizar los cubiertos y comer solos.
- Expresar sus necesidades de manera espontánea y adecuada.
- Aprender a medir riesgos para su protección reconociendo y anticipándose al peligro.

b) Área cognitiva

En esta se desarrollan las habilidades y el pensamiento, para que el niño/a conozca de manera significativa el medio que le rodea, de acuerdo a su nivel de pensamiento, a su estilo de aprendizaje y a sus conocimientos previos. Igualmente se dan los instrumentos de abstracción y concentración que les permite desarrollar los procesos cognoscitivos, acordes con su edad, que les dan las bases de la lecto-escritura, las matemáticas y la estimulación general, claves para su paso a la educación primaria y su futuro como personas y eventuales profesionales.

c) Área Comunicativa

Favorece el desarrollo de habilidades de expresión, de interpretación y de comprensión del mundo que lo rodea. Lo que permite a estos niños/as expresar sentimientos, ideas, experiencias y conocimiento. También permite que los niños/as tengan un lenguaje claro, organizado, coherente y con una adecuada pronunciación. Las subáreas y actividades realizadas para lograr este fin son:

Habla

- Amplia su vocabulario empleando palabras con una correcta pronunciación en niños de 4 a 7 años.
- Amplia su vocabulario empleando palabras con los problemas de dicción propios de su edad en niños de 2 a 4 años.
- En niños de 2 a 4 años Dice palabras bien articuladas con: /m/,/p/,/b/,/t/,/d/, /f/,/ñ/,/ll/,/c/,/g/, /j/. Sustituye y/o omite fonemas
- En niños de 4 a 7 años Dice palabras bien articuladas con, /l/,/s/,/r/,y/rr/. Articular correctamente la mayoría de los fonemas, puede omitir y/o sustituir /l/,/s/,/r/,/rr/ y combinaciones silábicas /l/ y /r/ y /rr/.
- Comunica sus vivencias a través del lenguaje y medios gestuales.
- Formula y responde preguntas utilizando pronombres, niños entre los 1 1/2 a 2 años "mío", de dos a cuatro años "Yo" "tu" y "tuyo" y de tres a siete años "él", "ella", "nosotros" y "se".
- Intercambia ideas mediante el lenguaje oral corporal y gráfico.
- Habla con los demás de experiencias pasadas y presentes de 2 a 4 años
- Habla con los demás de experiencias, narra sus experiencias pasadas, futuras y presentes con mayor ubicación temporal espacial en niños de 4 a 7 años
- Expresa sentimientos, ideas y problemas con sus palabras.
- Reproduce canciones breves en niños de 2 a 3 años y en niños
- Reproduce canciones de mas 2 estrofas en niños de 3 a 4 años.

Audición

- Escuchar una historia de 15 a 20 minutos en niños 2 a 4 años
- Escuchar una historia de 25 a 30 minutos en niños de 4 a 7 años.
- Mantener la atención por periodos de 30 minutos para niños de cuatro a siete años
- Mantener la atención por periodos de 10 A 15 minutos para niños de 2 a 4 años.
- Sostener el contacto visual con el interlocutor en niños de 2 a 4 años en conversaciones cortas y

- Sostener el contacto visual con el interlocutor en niños de 4 a 7 años mientras conversa le dan una historia completa o le dan instrucciones.
- Ejecutar dos instrucciones relacionadas que involucren dos acciones y/o objetos.
- Escuchar al otro y esperar turno para ser escuchado.
- Reconocer y discriminar sonidos

Interpretación y comprensión

- Comprende la idea central del cuento en niños de 4 a 7 años.
- Identifica algunos personajes según sus movimientos y expresiones relativos al cuento sin identificar todavía la idea central del cuento en niños de 2 a 4 años.
- Interpreta y tramite mensajes sencillos en niños de 2 a 4 años y en niños de 4 a 7 años con mayor complejidad y precisión.
- Comprenden canciones cuentos y poesías verbalmente en niños de 4 a 7 años y en niños de 2 a 4 años dramatizando.
- Nombrar objetos por su nombre en niños de 2 a 4 años y en niños de 4 a 7 años utilizando plurales, sinónimo y antónimos.
- Comprende algunos símbolos escritos que pueden traducirse en acciones a la edad de 4 a 7 años .reconoce y reproduce sonidos del medio

d) Área corporal

En esta área, se promueve el desarrollo de la motricidad fina, la motricidad gruesa y la coordinación dinámica general; lo que comprende del ajuste corporal, equilibrio y el desarrollo de su eje vestibular (freno inhibitorio y/o pausa). Todo esto, a través de todos los sentidos y de su cuerpo. Así, se desarrollan las siguientes actividades:

- Rolar con el eje corporal muy bien organizado en diferentes direcciones.
- Mantener la postura en dos apoyos sin desplazamiento, por más tiempo, y sin deterioro en la respuesta.
- Desplazarse en cuatro apoyos sin deteriorar el patrón cruzado.
- Mantener el eje vertical de la columna durante el transcurso de la actividad.
- Caminar solo moviendo los brazos de forma alterna y sincronizada con las piernas.
- Caminar manejando muy bien el espacio: limitado y libre.
- Trepar por diferentes superficies sin apoyo alternando los pies.
- Subir y bajar escaleras de forma alterna con buen dominio del cuerpo sin apoyo.

- Sentarse en el piso como chinito con la espalda recta durante el tiempo que dura la actividad.
- Intentar sentarse en cuclillas apoyando las manos por tiempo prolongado.
- Desplazarse en diferentes velocidades, lento- rápido.
- Desplazarse entre los objetos.
- Mantener y adoptar una posición corporal variándola de acuerdo a las indicaciones dadas.
- Desarrollar y utilizar los órganos sensoriales.

Además de todo lo anterior, el preescolar terapéutico *Semillas de Amor* desarrolla diversas terapias en las que se trabaja con elementos lúdicos como complemento a la educación y el progreso de su salud. Básicamente, dichas terapias son un complemento a las cinco áreas de trabajo, las cuales son:

- Música y de arte
- Trabajo en el agua
- Los colores
- La estimulación física
- El deporte
- La equinoterapia
- La intervención terapéutica y educativa desde la perspectiva bioenergética (la implementación de esta propuesta marca una clara diferencia entre FUNDAMOR y cualquier otra institución de características similares que en este momento esté funcionando, al aplicar la bioenergética incorporada al proyecto educativo y a su funcionamiento cotidiano)
- Ejercicios terapéuticos (estiramiento, correr, jugar, nadar, baño, yoga, etc.)
- Manejo del descanso, del silencio, de la meditación u la oración
- Trabajo a través del dialogo personal con el Psicólogo, profesor, terapeuta acerca de sus problemas concretos de inseguridad, angustias, carencia de padres, de tipo sexual, etc.
- La respiración
- La observación
- La lectura
- El trabajo en grupo
- El contacto con la naturaleza – para ello FUNDAMOR cuenta con una granja de Producción orgánica -
- La recreación (visita a museos, zoológico, parques naturales, bibliotecas etc.)

Actualmente cuenta con los siguientes niveles:

Nivel de bebés: Recién nacidos hasta 1 año y medio (los cuales reciben atención terapéutica)

Nivel de Caminantes: 1 ½ - 2 años

Nivel de Párvulos: 2- 3 años

Nivel de Pre-jardín: 3 – 4 años

Nivel de Jardín: 4 - 5 años

Nivel de Transición: 5- 6 años

Al concluir esta etapa ingresan a primero de primaria en la Escuela pública Pantano de Vargas.

En cada etapa, hay ciertas características de permiten amoldar los objetivos del programa con el modo de aprendizaje de los/as niños/as. Así, en el nivel de párvulos (2- 3 años), “los/as niños/as presentan un mayor deseo de autonomía e independencia, median sus relaciones a través de lo afectivo y también del lenguaje que es su principal medio de comunicación. Expresan de manera más clara sus sentimientos, sus deseos y sus dificultades. Adquieren una mayor capacidad en la construcción de normas para actuar dentro de un grupo, para autorregularse, para mediar situaciones y conflictos propios de su edad; y también hay una mayor interiorización de las normas grupales³⁰”. En el pre-jardín y el jardín los/as niños/as ya pueden trabajar y desarrollar diversas actividades en base a normas y reglas, lo que permite que cada uno desarrolle gradualmente su autocontrol, con mayor independencia que antes. Por último, en la etapa de transición hay mayor profundidad en las actividades. Los/as niños/as están muy cercanos a comenzar a leer y a escribir, por lo que incrementa su capacidad para retener más detalles de las situaciones que les rodea y contarlas al resto de forma más elaborada.

Con esta estrategia y organización, el preescolar pretende contribuir a la formación integral de niños y niñas que conviven con VIH-Sida; apoyando la construcción de sus proyectos de vida y exigiendo sus derechos. Complementado con apoyo en la salud y en lo psicológico, a través de terapias de salud y rehabilitación; que les permitan su integración al medio escolar, familiar y social. Todo esto en el marco del amor, el conocimiento, la responsabilidad social y escolar.

El preescolar cuenta con el reconocimiento del Ministerio de Educación Nacional de Colombia, lo que facilita el ingreso de los niños y niñas a la escuela pública.

Administración, costos y financiamiento

El programa de educación preescolar es administrado directamente por la Fundación, a través de su representante legal y del Consejo Directivo. Se realizan reuniones semanales de seguimiento y evaluación con el personal involucrado en la propuesta, y se ajusta el programa general del preescolar. Igualmente, una vez al mes se lleva a cabo la reunión con el Consejo

³⁰ Información entregada por los responsables del programa en el formulario de postulación. 2007.

Directivo, en la cual se presenta un informe sobre la situación del general del preescolar y de cada uno de los/as niños/as y, se discuten temas relevantes. Cada quince días se hacen reuniones con la directora de la escuela Pantano de Vargas a la que asisten los niños y niñas de nivel primario para evaluar su adecuación y las necesidades específicas que requieren para mejorar su desarrollo. Se realizan igualmente dos talleres al año, sobre sensibilización y concientización sobre el tema del VIH/Sida con la comunidad del Hormiguero (Corregimiento de Cali, donde se encuentra ubicada la escuela). Además, cada tres meses se presenta informe, tanto académico como financiero, a la Secretaria de Educación Municipal de Cali.

El costo total el programa preescolar en 2007 era de \$105.004.138 (aprox. US\$53.000) y el costo por niño/a fue de \$4.772.915 pesos colombianos (aprox. US\$2.400³¹), costo que esta relacionado con la atención médica y los medicamentos que estos niños y niñas requieren, que no es corriente en la educación preescolar de uno sin problemas de salud.

Dentro del financiamiento (Ver cuadro No. 4) con el que cuenta la Fundación se destaca en primer lugar la importancia de los aportes del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar que representan un poco más del 50% del total. Igualmente son de gran importancia los recursos de la Fundación que representan el 25% del total. Y no se debe desconocer la importancia del trabajo voluntario de profesionales de la salud que representan el 12% del total.

Cuadro No. 4
Financiamiento del proyecto

Fuente	Monto (pesos colombianos)	
Aportes en especies	Equinoterapia	1.680.000
	Fisioterapia	388.000
	Odontología	6.552.000
	Pediatría	288.000
	Terapias alternativas	6.000.000
	Musicoterapia	1.728.000
Financiamiento directo al Preescolar	Recursos propios de FUNDAMOR	34.183.869,09
	Secretaria de Educación Municipal	14.978.617,18
	Corporación Autónoma del Valle del Cauca	2.463.429,60
	Instituto colombiano de Bienestar Familiar	68.279.895,42
TOTAL	136.541.811,29	

Fuente: Elaboración propia en base a la información de la visita de campo.

³¹ Para establecer la equivalencia se ha tomado la tasa de cambio oficial de las Naciones Unidas para agosto 2007. US\$1 = \$Col 1.976.

Logros e innovación

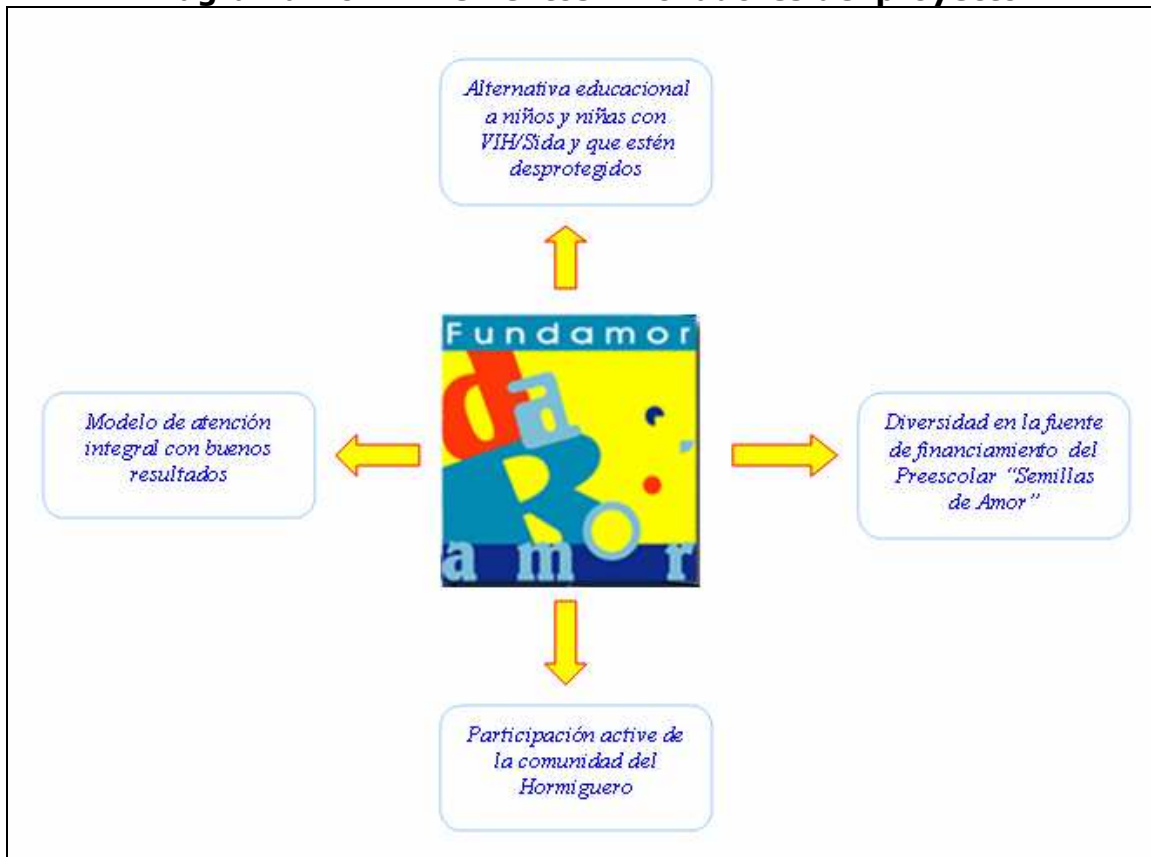
Hablar de los logros de este proyecto es algo complicado, porque el objetivo principal de FUNDAMOR y el proyecto del preescolar es muy difícil de cuantificar (el enfoque en la vida y en el amor en el crecimiento de niños/as con VIH/Sida); no obstante, se pueden destacar los siguientes elementos concretos:

- Han desarrollado un modelo que garantiza el derecho a la educación preescolar y escolar de niños/as que conviven con VIH/Sida
- Dicho modelo incluye la debida preparación para que los niños/as puedan pasar a la educación primaria en una escuela regular del sistema educativo, pero contando con los apoyos específicos que requieren tanto en el área de educación como en la de la salud.
- Los niños y niñas que han ingresado a la educación primaria han logrado excelentes resultados académicos
- Ha sido posible el reintegro de 36 niños y niñas, a sus propias familias o han sido adoptados.
- Han logrado una tasa de mortalidad inferior al 3%
- 82 % de los niños han presentado una disminución en su carga viral
- Más del 65% de los niños/as presentan un resultado de carga viral no de detectable
- El 92 % se encuentra en estado asintomático.
- El 89% a presentado mejorías en su estado nutricional
- El 100% se encuentran cubiertos por el régimen subsidiado en salud y el 19% han sido declarados clínicamente como serorevertores,³² logrando revesar completamente la enfermedad

Con respecto a los elementos innovadores, en el diagrama No. 2 se pueden ver los cuatro elementos innovadores de este proyecto: educación a los niños/as con VIH/Sida, Diversas fuentes de financiamiento, participación activa de la comunidad y el modelo de atención integral.

³² Seroconversión: Cambio de una prueba sexológica negativa a positiva, que indica el desarrollo de anticuerpos en respuesta a la presencia de un antígeno. La seroconversión también puede ser positiva a negativa. En la caso del VIH la seroconversión ocurre aproximadamente a las cuatro semanas de que el virus ha penetrado en el organismo, aunque algunas veces tarda meses (Formulario básico del proyecto).

Diagrama No. 2: Elementos innovadores del proyecto



Fuente: Elaboración propia.

Alternativa educacional. FUNDAMOR y su proyecto permiten educar en el misma fundación a los pequeños con VIH/Sida, luego los inserta en las escuelas de su comunidad. Acoge a los niños y niñas que son abandonados, los hace crecer y educarse. Realmente, la fundación logra darles una buena educación preescolar, y seguir sin ningún problema en la escuela Pantano de Vargas.

Diversidad en el financiamiento. El proyecto, tal como se mostró en la sección anterior, posee diversas fuentes de financiamiento, lo que permite llevar a cabo el plan de salud, educación y terapias complementarias. Además, permite la participación directa de la comunidad, ya que se aceptan donaciones monetarias y en especies. Todo esto permite formar una red entre la comunidad, FUNDAMOR y las entidades de gobierno, que está destinada a proteger y ver crecer a los niños y niñas con VIH/Sida.

Participación activa de la comunidad del Hormiguero. La comunidad en donde se encuentra *Semillas de Amor* participa en talleres organizados por la fundación; pero también participa con aportes monetarios directos a la fundación. También se trabaja con voluntarios, lo que acerca aún más a la población joven del Hormiguero a la realidad de los niños y niñas de FUNDAMOR. Es más, las personas que viven en esta comunidad pueden

invitar a los niños de FUDAMOR, permitiendo que la familia entera se involucre con esos niños.

Finalmente, *el modelo de atención integral* permite que estos niños con VIH/Sida tengan más que atención médica, incluyendo la educación y el desarrollo afectivo. El objetivo principal de FUNDAMOR es crecer con estos niños, todo esto enfocado hacia la vida.

Para mayor información
contactarse con:

Guillermo Garrido Sardi
Presidente Ejecutivo de
FUNDAMOR

Teléfono: 57-2-5557616

Fax: 57-2-5557613

dir@fundamor.org

Bibliografía

ONUSIDA, 2006. "Infección por VIH/SIDA en Colombia. Estado del Arte 2000-2005".

Naciones Unidas, 2001. Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, "Crisis mundial – Acción mundial".

<http://www.un.org/spanish/ga/aidsmeeting2006/finaldeclaration.html>

ONUSIDA, 2007. "Informe mundial del ONUSIDA, conoce tu epidemia"

ONUSIDA, 2008. Informe Anual sobre la epidemia mundial del SIDA. 2008

Naciones Unidas, 2005. "Objetivos del Desarrollo del Milenio, Una Mirada desde América Latina y el Caribe", Impreso en Santiago de Chile.

DANE, 2005. Censo de Población y Vivienda 2005

UNICEF, 2008. La infancia y el SIDA.

CEPAL, 2007. Panorama Social de América Latina y el Caribe 2007. Santiago de Chile

Ibáñez, Ana María; Velásquez, Andrea. 2008. El impacto del desplazamiento forzado en Colombia: condiciones socioeconómicas de la población desplazada, vinculación a los mercados laborales y políticas públicas. Serie. Política Social.

Acción Social, Presidencia de la República de Colombia. 2009
<http://www.accionsocial.gov.co/Estadisticas/publicacion%20enero%2031%20de%202009.htm>

Fundación Foro Nacional por Colombia. "Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad", 2004.

Cámara de Comercio de Cali y otros, 2007. Informe de Evaluación 2004-2007. "Cali cómo vamos".

ONUSIDA, Infección por VIH/SIDA en Colombia. 2000-2005

Naciones Unidas, Objetivos de Desarrollo del Milenio, 2000

Sitios Web visitados de la UNICEF:

<http://www.unicef.org/spanish/aids/>

http://www.unicef.org/panama/spanish/resources_7938.htm

http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/colombia_statistics.html