



Consejo Económico y Social

Distr. limitada
13 de julio de 2009
Español
Original: inglés

Examen

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Junta Ejecutiva

Segundo período ordinario de sesiones de 2009

14 a 16 de septiembre de 2009

Tema 4 d) del programa provisional*

Resumen de los exámenes de mitad de período de los programas para los países

Región de África oriental y meridional

Resumen

El presente resumen de los exámenes de mitad de período de los programas para los países de la región de África oriental y meridional se ha preparado en cumplimiento de la decisión 1995/8 de la Junta Ejecutiva. Se invita a la Junta Ejecutiva a formular observaciones sobre los informes e impartir orientación a la Secretaría.

* E/ICEF/2009/16.

Introducción

1. En el presente informe se incluyen los exámenes de mitad de período de los programas para los países correspondientes a Namibia (2006-2010), Sudáfrica (2007-2010), Swazilandia (2006-2010) y Zambia (2006-2010), realizados en 2008 y a principios de 2009.
2. La región de África oriental y meridional registra algunas de las tasas de pobreza más altas del mundo y sigue siendo el epicentro de la epidemia del VIH/SIDA. El entorno de elaboración de programas de la región sigue siendo variado a lo largo de las etapas de emergencia, recuperación, transición y desarrollo. Dentro de este contexto de necesidades humanitarias y desigualdades cada vez mayores, la región de África oriental y meridional presenta las mayores deficiencias respecto del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En particular, la mayoría de los países de la región están mal encaminados hacia el logro de las metas establecidas en relación con la mortalidad infantil¹.
3. En la subregión de África meridional, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia y Zambia deben abordar la “triple amenaza” del VIH/SIDA, la pobreza extrema y la inseguridad alimentaria para no perderse los beneficios del desarrollo.

Exámenes de mitad de período

Namibia

4. **Proceso utilizado.** El examen de mitad de período del programa de cooperación para 2006-2010 se llevó a cabo entre febrero y septiembre de 2008, con la coordinación conjunta de la Comisión de Planificación Nacional y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El UNICEF y el Gobierno de Namibia definieron conjuntamente la finalidad, el alcance y las metodologías del examen de mitad de período. Se celebraron consultas internacionales, seguidas de un estudio teórico de las investigaciones y evaluaciones realizadas por expertos técnicos independientes, entrevistas con informantes clave, consultas entre los interesados y los asociados, y deliberaciones sobre el tema en grupos de debate integrados por jóvenes.

5. **Información actualizada sobre la situación de los niños y las mujeres.** Namibia ha registrado mejoras considerables en distintos ámbitos: los ingresos medios anuales prácticamente se han duplicado desde 1993/1994, de 5.448 dólares de Namibia a 10.358 dólares en 2003/2004; durante el mismo período el porcentaje de hogares pobres y extremadamente pobres disminuyó del 38% al 28% y del 9% al 4%, respectivamente; la tasa de alfabetización de adultos aumentó del 76% al 83%; y la tasa de matriculación en la escuela primaria fue del 92,3% en 2006. Namibia ha hecho avances importantes en lo que se refiere al acceso a la terapia antirretroviral, la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño y el diagnóstico temprano de la infección por VIH en los lactantes. No obstante, una disminución

¹ Dos países están bien encaminados, en tanto que ocho muestran progresos insuficientes y diez no muestran progresos en relación con el logro del cuarto Objetivo. La reducción anual del 1,7% de la tasa global de mortalidad de los niños menores de 5 años registrada entre 1990 y 2007 está muy por debajo del 4% anual que se requiere para el logro de la meta del cuarto Objetivo.

importante de la esperanza de vida, de 61 años a 49 años, principalmente a causa del SIDA, ha repercutido negativamente sobre estos avances en materia de desarrollo. Hay disparidades notables entre distintas zonas geográficas y grupos étnicos, y Namibia tiene el coeficiente de Gini más alto del mundo en lo que se refiere a la desigualdad de ingresos.

6. Desde la elaboración del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) y el programa para el país, la epidemia del VIH y la mayor inseguridad alimentaria han sido las principales amenazas para la realización de los derechos del niño. La encuesta demográfica y de salud de Namibia de 2006, el examen del sector de la salud y el examen de mitad de período del tercer plan para el VIH/SIDA a mediano plazo arrojaron datos más recientes sobre la situación de los niños y las mujeres. Preocupan en particular las tendencias ascendentes registradas entre 2000 y 2006 en la mortalidad materna (un aumento de 271 en 2000 a 449 muertes por 100.000 nacidos vivos en 2006), en la mortalidad de los lactantes (de 38 a 46 por 1.000 nacidos vivos) y en la mortalidad infantil (de 62 a 69 por 1.000 nacidos vivos). La ligera disminución de la tasa neta de matriculación en la escuela primaria no causa tanta preocupación como la mala calidad de los productos de la educación. Namibia sigue siendo uno de los países con peor acceso a instalaciones mejoradas de saneamiento (una persona de tres a nivel nacional). Aunque los datos recientes indican que la epidemia del VIH se está estabilizando en Namibia, el país tiene una de las mayores tasas de prevalencia del VIH, un 17,8% entre las mujeres embarazadas y un 15% estimado de la población adulta en general².

7. El brote del virus natural de la poliomielitis en 2006, importado de la vecina Angola, causó 19 muertes y se produjo en un momento en que Namibia se disponía a obtener su certificación como país en que la poliomielitis estaba erradicada desde hacía 10 años. De inmediato se puso en marcha una campaña nacional de inmunización. Las inundaciones ocurridas a principios de 2008 en el norte de Namibia causaron un importante desplazamiento interno, así como pérdidas de cultivos y ganado, afectando la seguridad alimentaria, de por sí frágil, en seis regiones del norte del país.

8. **Progresos y principales resultados.** El componente de supervivencia y desarrollo de la madre y el niño se centró en la prestación de ayuda al Ministerio de Salud y Servicios Sociales para mejorar la inmunización y los servicios básicos de salud infantil por medio de la estrategia para llegar a todos los distritos, la elaboración de un plan nacional para reducir la mortalidad de la madre y del recién nacido y el aumento de la cobertura de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño a fin de que abarque el 90% de las instalaciones de atención prenatal. El apoyo prestado a un examen amplio del sector de la salud permitió que los elementos fundamentales de un plan para la ampliación del programa acelerado de supervivencia y desarrollo del niño se incluyeran en un nuevo plan estratégico nacional del sector de la salud.

9. Mediante el componente de educación para la prevención y mitigación del VIH se prestó apoyo al Ministerio de Educación para mejorar la calidad e institucionalización de los programas no académicos de preparación para la vida, y se suministró asistencia a la campaña nacional de divulgación sobre la prevención

² Según la encuesta de vigilancia del VIH del Ministerio de Salud y Servicios Sociales de 2008.

del VIH coordinada por el Ministerio de Tecnología de la Información y las Comunicaciones. En 2008, se impartieron programas de prevención del VIH y preparación para la vida en el 84% de las escuelas primarias. El diálogo sobre políticas y las alianzas estratégicas, entre otras con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para paliar los efectos del SIDA, facilitaron la elaboración de una política nacional para huérfanos y niños vulnerables y la asignación de prioridad a los adolescentes más vulnerables en la estrategia de prevención del VIH en Namibia. La emergencia causada por las inundaciones de 2008 representó una oportunidad para fortalecer la preparación y capacidad de respuesta de emergencia del sector de la educación.

10. Mediante el componente de protección especial de los niños vulnerables se prestó apoyo al Gobierno para la formulación y puesta en marcha del Plan de Acción nacional para huérfanos y niños vulnerables de 2006-2010 a nivel subnacional, incluido el fortalecimiento de la capacidad del Ministerio de Igualdad de Género y Bienestar de la Infancia. A fines de 2008, 95.000 niños vulnerables recibían subsidios de asistencia a la infancia, frente a los 40.600 niños que los recibían en 2006. Se impulsó un mayor acceso al registro de los nacimientos mediante una asociación con el Ministerio del Interior e Inmigración. En colaboración con organismos de las Naciones Unidas, se fortaleció la capacidad institucional del Ministerio de Seguridad y los enfoques basados en la comunidad para prevenir el abuso sexual de menores y la violencia por motivos de género y la respuesta a esos fenómenos, por medio de 15 dependencias de protección de la mujer y el niño que abarcaban todas las regiones.

11. Por medio del componente del programa intersectorial se emprendieron actividades de promoción sobre la base de información comprobada para impulsar un debate público sobre cuestiones fundamentales que afectan a los niños, como la violencia y el abuso relacionados con el VIH, la higiene y el saneamiento, y los huérfanos y niños vulnerables. En colaboración con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo se han hecho progresos importantes en cuanto al fomento de la capacidad de los planificadores y los estadísticos de la Comisión de Planificación Nacional y los consejos regionales para vigilar y analizar la situación de los niños y las familias por medio del uso de la base de datos NamInfo.

12. **Recursos utilizados.** Durante los dos primeros años del programa para el país (2006-2007), el monto total de gastos del UNICEF ascendió a 8.474.273 dólares de los EE.UU., desglosados del siguiente modo: 1.367.018 dólares en concepto de recursos ordinarios y 7.107.254 dólares en concepto de otros recursos. Ese total representa el 37% del presupuesto del programa para el país previsto inicialmente de 25 millones de dólares y el 29% de los límites presupuestarios revisados de 31 millones de dólares, tras un incremento del límite de los otros recursos aprobado en 2008. Del total de 9.254.958 dólares disponibles para el programa para el país entre 2006 y 2007, se asignaron 3.286.679 dólares a la supervivencia y el desarrollo de la madre y el niño, 3.092.255 dólares a la educación para la prevención y mitigación del VIH, 2.365.409 dólares a la protección especial de los niños vulnerables y 510.613 dólares al programa intersectorial.

13. **Limitaciones y oportunidades que afectan los progresos.** Los principales problemas de la ejecución del programa siguen siendo la insuficiente protección jurídica y la merma de capacidad de los recursos humanos a nivel nacional y de la

comunidad. El suministro de servicios integrados de protección, cuidado y apoyo de niños y mujeres, la tramitación del número cada vez mayor de denuncias de casos de violencia por motivos de género y explotación infantil y el aumento del acceso a los servicios de prevención y tratamiento del VIH orientados a los adolescentes son cuestiones que exigen más atención. La respuesta a la emergencia de 2008 puso de relieve la preparación limitada de capacidad de planificación de todos los sectores. Un problema importante ha sido la movilización de fondos no asignados a fines específicos para servicios de personal técnico de categoría superior, ya que esos servicios afectan la capacidad del programa para suministrar asesoramiento estratégico de alto nivel y movilizar iniciativas y recursos en favor de la infancia. La aplicación no uniforme de la planificación basada en los resultados en el MANUD y el programa para el país del UNICEF planteaban problemas de vigilancia y medición de los progresos respecto del logro de resultados.

14. Existen oportunidades de fortalecer los enfoques nacionales de planificación del desarrollo mediante el establecimiento de un marco amplio de protección social y la utilización de datos desglosados sobre indicadores relacionados con la infancia, para incorporar en la elaboración de una política que tenga en cuenta las necesidades de los niños y en los procesos de asignación de recursos del presupuesto nacional.

15. **Ajustes realizados.** El examen de mitad de período confirmó el papel que desempeña el UNICEF en la asistencia al Gobierno para cumplir sus objetivos de desarrollo nacional, regional e internacional y fortalecer la promoción y formulación de políticas centradas en el niño y de base empírica en el marco más amplio del MANUD. El examen de mitad de período recomendó la aplicación coherente del enfoque de gestión basada en los resultados.

16. El componente de supervivencia y desarrollo de la madre y el niño se centrará en la formulación de políticas y planes de acción multisectoriales relacionados con la promoción del saneamiento y la higiene, la salud neonatal y la nutrición del lactante y del niño pequeño. Mientras que el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) amplía sus funciones en relación con los servicios de salud orientados a los adolescentes, el UNICEF se centrará en la maternidad sin riesgo en relación con la prevención del VIH en adolescentes y muchachas jóvenes y sus parejas, a fin de reducir la mortalidad materna. En cuanto a la distribución geográfica, se prestará atención especial a los distritos con resultados menos satisfactorios y tasas de prevalencia del VIH más altas de las cinco regiones identificadas inicialmente.

17. Se ampliará el alcance del componente de educación para la prevención y mitigación del VIH a fin de que se incluya a los jóvenes que asisten y a los que no asisten a la escuela de todas las regiones. El apoyo a la campaña nacional de prevención del VIH incluirá la comunicación para fomentar cambios en el comportamiento en relación con los servicios, a fin de abordar la cuestión de los principales elementos impulsores de la epidemia, como la promiscuidad y las relaciones sexuales intergeneracionales. Se instituirá un marco de vigilancia de programas basado en los resultados y medible que incluya productos de calidad y comportamiento claramente definidos. Se ampliará el apoyo del programa a la enseñanza de buena calidad para que abarque no solo a los huérfanos y niños vulnerables sino a todos los niños vulnerables de comunidades desfavorecidas, e incluya el fortalecimiento de la capacidad de la respuesta de emergencia en el sector.

18. En virtud del componente de protección especial de los niños vulnerables, se adaptarán los resultados estratégicos, los productos y los efectos directos al Plan de Acción nacional para huérfanos y niños vulnerables y se prestará mayor atención al fortalecimiento de la capacidad multisectorial para la puesta en marcha del Plan. Se ampliará el alcance del subcomponente de violencia por motivos de género para que no se limite únicamente a las actividades de promoción ni a la prevención de la violencia contra los niños y pase a centrarse en el fomento de la capacidad de los mecanismos de protección de base comunitaria para reducir el abuso, la violencia y la explotación de los niños, incluida la trata.

19. La reestructuración del componente del programa intersectorial se centrará en la planificación y vigilancia integradas orientadas a los resultados, la comunicación para el desarrollo, la formulación de políticas sociales y la investigación centrada en el niño. Un nuevo subcomponente de política, análisis e investigación social garantizará la disponibilidad de datos desglosados de alta calidad que impulsen la adopción de una política efectiva y eficaz que tenga en cuenta las necesidades de la infancia. El nuevo subcomponente tiene por objeto contribuir a la adopción de un enfoque centrado en el niño para las políticas de desarrollo, la planificación y asignación de recursos y la formulación de un enfoque de protección social amplio. El nuevo subcomponente de comunicación para el desarrollo facilitará la coordinación y el liderazgo técnicos internos en apoyo de intervenciones que fomenten los cambios de comportamiento en todos los componentes del programa. El nuevo subcomponente de planificación y vigilancia del programa se centrará en la coordinación y armonización interna de la planificación basada en los resultados y la vigilancia de los objetivos del programa para el país, incluidas las cuestiones relacionadas con situaciones de emergencia y con el género. El subcomponente de comunicación y promoción externas contribuirá a dar mayor visibilidad a los principales derechos del niño y a adoptar medidas al respecto. Se establecerán alianzas con el sector privado, asociaciones profesionales y personalidades que influyen en la opinión pública.

20. Los resultados revisados del programa, con las modificaciones introducidas tras el examen de mitad de período, permitirán centrar más específicamente el programa en el apoyo al tercer Plan Nacional de Desarrollo, los planes nacionales sectoriales y la respuesta multisectorial al VIH. En todos los resultados y metas del programa se destacan los vínculos directos con la prevención, la atención y la mitigación del VIH.

Sudáfrica

21. **Proceso utilizado.** El examen de mitad de período del programa para el país de 2007-2010 es el resultado de una serie de consultas y exámenes que se celebraron en 2008 y 2009, con la participación del Gobierno, organismos de las Naciones Unidas y otros asociados. Al preparar el nuevo MANUD y el proceso de planificación del programa para el país, la oficina del UNICEF en Sudáfrica optó por un examen de mitad de período somero, basado en las principales evaluaciones y procesos de examen de 2008, a saber: a) la evaluación conjunta del papel y la contribución del sistema de las Naciones Unidas para Sudáfrica, realizada por el Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas y el Gobierno de Sudáfrica; b) las consultas anuales sobre los progresos realizados en relación con el MANUD entre el Gobierno y el sistema de las Naciones Unidas; c) las consultas anuales de examen

del UNICEF con los funcionarios nacionales de contraparte; d) el análisis de la situación de los niños en Sudáfrica; y e) el examen quinquenal del Plan Nacional de Desarrollo. La realización de la evaluación de mitad de período de 2007-2010 del MANUD que, según se esperaba, serviría de base para el examen de mitad de período, se aplazó para el segundo semestre de 2009.

22. **Información actualizada sobre la situación de los niños y las mujeres.** Con un producto interno bruto de 281.000 millones de dólares y un ingreso per cápita de 5.740 dólares en 2008, Sudáfrica estaba clasificada como un país de ingresos medianos. No obstante, en 2007 el 41% de la población del país vivía por debajo del umbral de pobreza y las mujeres y los niños se veían afectados de forma desproporcionada, en un 68%. En 2007 la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años era de 59 por cada 1.000 nacidos vivos, prácticamente la misma de los dos últimos decenios³. La encuesta nacional de 2005 sobre el consumo de alimentos reveló que, de los niños de 1 a 9 años de edad, el 18% tenía un retraso del crecimiento, el 9,3% tenía peso inferior al normal y el 4,5% padecía de raquitismo, y se habían hecho escasos progresos desde 1995. Además, la mortalidad materna se había mantenido en alrededor de 150 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (encuesta demográfica y de salud de 1998). El 20% de las muertes derivadas de la maternidad era causado por el SIDA.

23. Sudáfrica es el país más gravemente afectado por el VIH y el SIDA en cifras absolutas; en 2008 5,2 millones de personas vivían con el VIH y se estimaba que 527.000 personas contraían la infección por año. La prevalencia es del 18,8% en la población en general (15 a 49 años) y del 28% entre las personas que reciben atención prenatal. Entre 250.000 y 300.000 recién nacidos por año corren el riesgo de contraer la infección por medio de la transmisión del VIH de la madre al niño. La encuesta por hogares sobre la prevalencia del VIH y el SIDA de 2008 realizada por la Fundación Nelson Mandela y el Consejo de Investigaciones sobre Ciencias Humanas reveló que había disminuido la prevalencia del VIH entre los niños de 2 a 14 años, del 5,6% en 2002 al 2,5% en 2008. Aproximadamente una tercera parte de los 3,8 millones de huérfanos del país han perdido uno o los dos progenitores a causa del SIDA. La tasa de incidencia de la tuberculosis fue de 645 por 100.000 personas en 2005, un fuerte aumento respecto de 169 por 100.000 personas en 1998; entre el 50% y el 80% de los pacientes de tuberculosis eran VIH-positivos y del 15% al 25% de los casos registrados de tuberculosis eran niños.

24. Sudáfrica está bien encaminada hacia el logro del segundo Objetivo de Desarrollo del Milenio. La tasa bruta de matriculación es del 98% en la enseñanza primaria y del 85% en la enseñanza secundaria, en tanto que el índice de paridad entre los géneros es de 0,98 y de 1,03, respectivamente. Se han promulgado la Ley sobre la infancia, la Ley sobre la justicia de menores y la Ley sobre delitos sexuales.

25. **Progresos y principales resultados.** La intensificación de la colaboración con el Gobierno en los ámbitos de la salud, la educación, el desarrollo y la protección social permitió potenciar políticas y programas, fomentar la capacidad nacional y fortalecer los sistemas para ampliar la prestación de servicios.

³ La mayor parte de las muertes son el resultado de afecciones prevenibles o tratables, como el SIDA (35%), causas neonatales (30%), diarrea (11%), neumonía (6%) y heridas (5%); el 60% de los niños que mueren sufren de malnutrición.

26. Las actividades de promoción y de asistencia técnica institucional que tuvieron éxito, suministradas por medio del componente de supervivencia y desarrollo del niño, contribuyeron a la ampliación de las intervenciones de gran repercusión: el 91% de las mujeres embarazadas dan a luz en centros de salud con la asistencia de médicos y enfermeros; la proporción de mujeres embarazadas que se sometieron a pruebas de detección del VIH aumentó del 59% en 2006 al 80% en 2008; y el acceso de mujeres embarazadas y bebés VIH-positivos al tratamiento con una sola dosis de nevirapina aumentó del 48% y el 39% en 2006 al 75% y el 47% en 2008, respectivamente. La cobertura de inmunización siguió siendo elevada para la mayoría de los antígenos: el 97% de los lactantes recibió tres dosis de la vacuna combinada contra la difteria, la tos ferina y el tétanos y el 83% se inmunizó contra el sarampión. Prácticamente se triplicó el número de niños infectados con el VIH que cumplían los requisitos para recibir la terapia antirretroviral altamente activa, de 23.369 en 2006 a 62.558 en 2008. Más del 40% de las 545 instituciones obstétricas obtuvieron el certificado del UNICEF “hospital amigo del niño” y el 68% de los establecimientos de atención primaria de la salud tenía profesionales de la salud capacitados de conformidad con la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

27. En colaboración con la Organización Mundial de la Salud, el UNFPA, el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, instituciones académicas y organizaciones de la sociedad civil, el programa prestó apoyo a la elaboración del Plan estratégico nacional sobre el VIH y el SIDA para 2007-2011, con el objeto de lograr la cobertura universal de la prevención de la transmisión de la madre al niño y el cuidado y tratamiento del VIH/SIDA en los niños antes de 2011, la revisión de las directrices nacionales de prevención de la transmisión de la madre al niño y el Plan nacional de aceleración de la prevención de la transmisión de la madre al niño.

28. El programa contribuyó a la formulación del primer Plan estratégico nacional sobre salud y nutrición materna, neonatal, infantil y de la mujer para 2008-2013, la elaboración de políticas y directrices en relación con la alimentación de lactantes y niños pequeños, y normas nacionales sobre la comercialización de alimentos para lactantes y niños pequeños. La base empírica para la ampliación de los servicios de salud materna, neonatal e infantil se fortaleció mediante la colaboración con las Universidades de Kwazulu Natal y de Western Cape para la realización de un estudio multipaís sobre la repercusión de la terapia antirretroviral altamente activa en la prevención de la transmisión de la madre al niño y la lactancia materna. En colaboración con la Universidad de Pretoria, el Departamento de Salud nacional está aplicando en todas las provincias un modelo de atención prenatal básica encaminada a reducir las muertes perinatales. La cooperación con la Universidad de Limpopo en relación con la elaboración de un modelo de atención neonatal se tradujo en la reducción de un 10% de la mortalidad neonatal, según los datos iniciales, y llevó a la aplicación del modelo en 40 hospitales. En 2008, la primera campaña nacional de administración de suplementos de vitamina A destinada a suplir una laguna de cobertura benefició a más de 3,2 millones de niños de 1 a 4 años. En colaboración con organizaciones no gubernamentales y organismos de las Naciones Unidas, el UNICEF respondió a los ataques xenófobos perpetrados en Sudáfrica en 2008 mediante la provisión de suministros médicos básicos, la administración de suplementos de vitamina A, agua y saneamiento, inmunización y orientación sobre

alimentación de lactantes. Durante el brote de cólera de 2008, el UNICEF prestó apoyo a las actividades de promoción de la higiene.

29. La colaboración en materia de políticas estratégicas en relación con el programa de enseñanza y desarrollo del adolescente permitió obtener importantes resultados. El plan nacional integrado para el desarrollo del niño en la primera infancia incorporó la atención y el apoyo a los huérfanos y niños vulnerables mediante un conjunto de servicios integrados de base comunitaria para la supervivencia, el desarrollo y la protección del niño a nivel central, comunitario y del hogar, prestando especial atención al niño pequeño afectado por la pobreza y el VIH y el SIDA. La continuación de las actividades de promoción basadas en datos empíricos para atraer inversiones destinadas al desarrollo en la primera infancia llevó a su reconocimiento como prioridad nacional y a un aumento de las asignaciones presupuestarias nacionales en 2008. El programa de “escuelas amigas del niño” se amplió de 25 escuelas modelo en 2006 a 585 escuelas en 2008 y el Gobierno se comprometió a ejecutarlo en otras 5.000 de las 26.000 escuelas. Se elaboraron directrices y un sistema de acreditación nacionales sobre las escuelas amigas del niño sobre la base de la experiencia adquirida con el modelo de “escuelas amigas del niño”. Mediante la iniciativa “deportes para el desarrollo” como preparación para la vida se abordó el problema de la violencia en las escuelas.

30. En 2008, más de 8 millones de niños vulnerables recibieron subvenciones en apoyo de los hijos y por conducto del programa de protección social del Gobierno se otorgaron subsidios para hogares de guarda a los cuidadores de unos 500.000 niños que recibían atención estructurada. El componente de protección social permitió determinar y facilitar el acceso a subsidios sociales de los niños y las familias que reunían los requisitos necesarios, y vigiló los efectos y la eficacia del programa nacional de protección social. Mediante unos 400 foros sobre atención del niño se suministran servicios integrados a unos 200.000 niños. Se estableció un Foro nacional sobre la atención y la protección del niño para orientar la aplicación de la Ley sobre la infancia, incluida la formulación de estrategias sobre el sistema de protección de la infancia para la atención alternativa, la prevención y la intervención temprana. Mediante una alianza con la Fiscalía Nacional se prestaba asistencia a 10.500 víctimas de la violencia por año por conducto de centros de apoyo integrales. El proyecto de aceleración de la protección de la mujer y el niño mediante la prevención de la violencia y el VIH y la respuesta a esos problemas sentó las bases para la ampliación del centro de atención modelo de Thuthuzela y las actividades de prevención de la violencia. En colaboración con las Naciones Unidas y asociados de organizaciones no gubernamentales, el programa fortaleció la capacidad e inclusividad de los sistemas nacionales de cuidado y protección, para abordar las necesidades de atención específicas de los niños migrantes, especialmente los niños no acompañados provenientes de Zimbabwe.

31. El componente de transformación social y movilización estratégica contribuyó al establecimiento de programas de subvenciones sociales más eficaces y estrategias de bienestar de la infancia mejoradas. Los estudios cualitativos y cuantitativos sobre el programa de subvenciones en apoyo de los hijos, realizados en asociación con el Departamento de Desarrollo Social y el Organismo de Seguridad Social de Sudáfrica, consolidaron la base empírica de la subvención e intensificaron el diálogo nacional en favor de la prestación de servicios a los niños más vulnerables y de la extensión de la edad máxima para recibir la subvención hasta los 17 años. Mediante un estudio sobre el seguimiento del gasto público, preparado en colaboración con el

Departamento de Educación y la Tesorería Nacional, se examinaron cuestiones relativas a la eficiencia del gasto y la equidad en los programas de desarrollo en la primera infancia. Se prestó apoyo estratégico a las legislaturas nacionales y provinciales para el fortalecimiento de la vigilancia parlamentaria y la legislación.

32. El componente de planificación, vigilancia y evaluación y la Oficina de los Derechos del Niño dependiente de la Presidencia llevaron a cabo un análisis de la situación de los niños en Sudáfrica. Se estableció una base de datos DevInfo, cuya responsabilidad se transferirá a la Oficina de Estadística de Sudáfrica.

33. El componente de relaciones exteriores y alianzas estratégicas recaudó 5.891.947 rand sudafricanos de donantes institucionales y particulares y 10.200.000 rand mediante asociaciones institucionales.

34. **Recursos utilizados.** El presupuesto aprobado del programa para el país asciende a 31.988.000 dólares, de los cuales 3.988.000 dólares corresponden a recursos ordinarios y 28.000.000 dólares a otros recursos. El gasto total de enero de 2007 a mayo de 2009 asciende a 21.120.816 dólares. De esta suma, 2.265.987 dólares son recursos ordinarios y el resto otros recursos. La oficina ha superado su límite establecido de otros recursos y ha recibido aprobación para recibir fondos adicionales. Del monto total de 39.587.490 dólares disponibles entre 2007 y 2009, las asignaciones presupuestarias se distribuyeron del siguiente modo: 11.849.723 dólares para enseñanza y desarrollo del adolescente; 8.585.032 dólares para supervivencia y desarrollo del niño; 11.504.755 dólares para protección de huérfanos y niños vulnerables; 2.375.624 dólares para planificación, vigilancia y evaluación de programas; 1.998.772 dólares para transformación social y movilización estratégica; 875.884 dólares para relaciones exteriores y alianzas estratégicas; y 1.740.516 dólares para gastos intersectoriales.

35. **Limitaciones y oportunidades que afectan los progresos.** A pesar de un entorno normativo y un marco legislativo favorables persisten problemas de aplicación y vigilancia. La pobreza y las diferencias generalizadas exigen inversiones sostenidas y considerables en el sector social destinadas a programas bien definidos y de gran repercusión comprobada. Las reformas legislativas recientes, entre ellas la Ley sobre la infancia, constituyen una oportunidad para promover el programa para la infancia. Se prevé que un mayor compromiso político acelerará la respuesta al VIH y el SIDA para la infancia. Entre las limitaciones figuran la escasa capacidad de ejecución en todos los niveles y la lentitud de los procesos de adopción de decisiones. Este problema exigirá una mayor atención a fin de garantizar la prestación de servicios oportuna mediante una mejor orientación y rendición de cuentas, el fortalecimiento de alianzas con organizaciones de la sociedad civil, organismos de las Naciones Unidas y organizaciones bilaterales, y un marco de vigilancia y evaluación más sólido. Ha progresado la labor a nivel de la comunidad, aunque se requiere un aumento de las inversiones y el desarrollo de sistemas para ampliar las intervenciones.

36. **Ajustes realizados.** El examen de mitad de período llegó a la conclusión de que el programa para el país está bien encaminado. Con el liderazgo del Gobierno y en estrecha colaboración con el equipo de las Naciones Unidas en el país, la sociedad civil y los asociados para el desarrollo, el programa se centrará ahora en la ampliación de sus principales componentes. Hará el seguimiento de los efectos que tiene la contracción económica mundial en los niños en Sudáfrica, suministrará

apoyo coherente a la mitigación del cambio climático y las actividades de adaptación a sus efectos y consolidará las iniciativas de innovación tecnológica en curso a fin de lograr resultados que beneficien a la infancia.

37. Las iniciativas nacionales se ajustarán con el objeto de mejorar la salud materna e infantil, prestando mayor atención a la mejora de la calidad de la atención de los servicios de salud para reducir la mortalidad materna y neonatal en los hospitales por lo menos en un 15%. Se ampliarán las intervenciones de base comunitaria en materia de salud materna, neonatal e infantil y de nutrición, que se centrarán en 18 distritos prioritarios, a fin de reducir la malnutrición y la mortalidad neonatal e infantil por lo menos un 10% y un 30%, respectivamente. Se utilizará terapia antirretroviral altamente activa en los servicios de atención primaria de la salud para mujeres embarazadas y niños que reúnen los requisitos, con el objeto de reducir la tasa de transmisión de la madre al niño de seis semanas a menos del 10% y de duplicar el número de niños que reciben esa terapia. Se ampliarán las campañas de comunicación de base comunitaria a fin de modificar el comportamiento en materia de salud, nutrición y VIH, prestando atención especial a la mejora de los sistemas de gestión de datos de los servicios de salud materna, neonatal e infantil y de la prevención de la transmisión de la madre al niño.

38. Mediante el componente de enseñanza y desarrollo del adolescente se prestará apoyo a la ampliación de la iniciativa de escuelas amigas del niño con miras al logro de la meta prevista de llegar a 5.000 escuelas. Se ampliará el alcance del componente de protección del niño a fin de que abarque el trabajo infantil, la trata de niños y la prostitución infantil, especialmente a la luz de los campeonatos internacionales de fútbol de 2009 y 2010. Se prestará atención especial al fortalecimiento de los sistemas para la prestación eficaz de servicios, las comunicaciones de apoyo a los programas para aumentar la conciencia del público respecto de la violencia contra los niños y la forma de prevenirla, así como la participación de los niños en las actividades de prevención de la violencia.

39. Por medio del componente de política social se suministrará apoyo mediante asesoramiento y herramientas de análisis a los gobiernos nacionales y provinciales con miras al logro de la participación eficaz en la adopción de decisiones sobre políticas relacionadas con los niños. La función de vigilancia y evaluación se centrará en la recopilación y el análisis mejorados de datos desglosados que sirvan de base para la aplicación de políticas. El componente de comunicación para el desarrollo estará destinado al cambio de comportamiento para abordar las limitaciones detectadas en la prevención de las violaciones en materia de protección de la infancia y la prevención del VIH.

Swazilandia

40. **Proceso utilizado.** El examen de mitad de período del programa para el país de 2006-2010, realizado conjuntamente por el Gobierno de Swazilandia y el UNICEF, se ajustó a los exámenes de mitad de período de otros organismos de las Naciones Unidas para su utilización posterior en el examen del MANUD de fines de 2008. El examen de mitad de período se basó en las nuevas conclusiones extraídas de la encuesta demográfica y de salud de Swazilandia, el censo nacional, el análisis del UNICEF de las privaciones padecidas por los niños y un informe del examen de mitad de período sobre la situación de las mujeres y los niños. Las consultas con los interesados sobre el examen de mitad de período se basaron en un examen interno

de los progresos realizados y las respuestas a un cuestionario sobre la eficacia del programa para el país. Participaron en las consultas más de 150 particulares, entre funcionarios públicos y representantes de donantes, el equipo de las Naciones Unidas en el país, organizaciones no gubernamentales y jóvenes. Todos los programas examinaron los progresos realizados respecto de los productos previstos en el Plan de Acción del programa para el país y se señalaron las ventajas, desventajas, oportunidades y amenazas. Los interesados aprobaron las recomendaciones en octubre de 2008.

41. **Información actualizada sobre la situación de los niños y las mujeres.** Swazilandia sigue enfrentándose con los tres problemas interrelacionados del VIH/SIDA, la pobreza y la inseguridad alimentaria. Siete de cada diez personas en Swazilandia viven por debajo del umbral de la pobreza y casi cuatro de cada diez viven en la pobreza extrema. El VIH/SIDA y la pobreza se ven agravadas por la creciente inseguridad alimentaria. Tras varios años de sequía persistente, en 2006/2007 Swazilandia sufrió una de las peores pérdidas de cosechas de su historia reciente y se estima que el 40% de la población necesitó ayuda alimentaria externa.

42. Swazilandia tiene la mayor prevalencia del VIH del mundo: el 26% de la población adulta, y el 49% de las mujeres de 25 a 29 años, lo que convierte a la epidemia del VIH en un grave problema de desarrollo. En gran medida debido al SIDA, la esperanza de vida se ha reducido a lo largo de un decenio de 60 años a 40 años, y una tercera parte de todos los niños están ahora en la categoría de huérfanos y vulnerables. Las mujeres están entre los más perjudicados a causa del VIH y los riesgos en materia de salud reproductiva⁴: se infectan con el virus del VIH a una edad más temprana que los hombres; son las principales cuidadoras de los afectados; y son objeto de estigma y a menudo de rechazo si revelan su condición de VIH-positivas.

43. Los efectos acumulados de esta triple amenaza tienen graves consecuencias para la salud y el desarrollo de los niños. De 1992 a 2006/2007 la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años se duplicó y es de 120 muertes por 1.000 nacidos vivos. Las tasas de retraso del crecimiento y de raquitismo entre los niños menores de 5 años se han mantenido sin cambios desde 2000, en un 30% y un 3%. Aunque la anemia sigue estando muy extendida y el 42% de los niños menores de 5 años la padecen, hay indicios de que se ha progresado en relación con la suplementación con micronutrientes. En parte debido a sequías reiteradas, las privaciones más comunes entre los niños son la falta de acceso al agua potable y el saneamiento (25% y 20%, respectivamente).

44. Ha aumentado considerablemente la matriculación en la enseñanza primaria, del 72% en 2000 a un 93% estimado en 2007⁵. La matriculación en la enseñanza secundaria aumentó levemente, del 29% en 2000 al 33% en 2007, si bien hay ciertas desigualdades entre los géneros⁶. Aunque el ingreso de estudiantes en el sistema de enseñanza primaria puede atribuirse al suministro gratuito de libros y la implantación de subsidios de educación para huérfanos y niños vulnerables por parte

⁴ El riesgo total de muerte de embarazo o parto a lo largo de la vida es elevado.

⁵ La matriculación en la enseñanza primaria muestra que prácticamente se ha alcanzado la paridad entre los géneros: el 92% de las niñas y el 94% de los niños.

⁶ La matriculación en la enseñanza secundaria es del 30% entre las niñas y del 37% entre los niños.

del Gobierno, otros gastos relacionados con la asistencia a la escuela, incluidos el uniforme y el transporte, continúan siendo un obstáculo para el acceso y son una causa de que las tasas de deserción escolar sigan siendo elevadas⁷. Se estima que sólo el 30% de los alumnos que ingresan en la enseñanza primaria finalizan los 10 años de estudios y sólo el 23% cursan todo el ciclo secundario.

45. El VIH, la pobreza y la sequía han incrementado las dificultades de la vida de la comunidad y se han deteriorado las redes de protección social tradicionales, con lo cual los niños se ven cada vez más expuestos al abandono, el abuso y la explotación. Un estudio a nivel nacional sobre la violencia contra los niños realizado en 2007 con el apoyo conjunto de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos reveló niveles alarmantes de abuso de mujeres en todo el país: el 33% es objeto de abuso sexual y el 25% de abuso físico antes de los 18 años; uno de cada tres niños es víctima de maltrato psicológico; y muchos niños son objeto de explotación mediante diferentes formas de trabajo infantil.

46. **Progresos y principales resultados.** El componente de supervivencia y desarrollo del niño permitió al Gobierno fortalecer la prestación de servicios de salud rural por medio de intervenciones de gran repercusión en relación con la supervivencia del niño, la mejora de las iniciativas destinadas a la salud materna y el aumento del acceso al agua potable, la prevención primaria y la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño. Con la colaboración del UNICEF, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para paliar los efectos del SIDA y la Clínica Baylor, se amplió rápidamente el programa de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño y la tasa de cobertura de dicha prevención fue la segunda de África⁸. Mejoró notablemente la prestación de servicios a niños expuestos al VIH o infectados con el virus, y en 2007 más de la mitad de todos los niños VIH-positivos tuvieron acceso a terapia antirretroviral. La renovación de iniciativas en pro de la supervivencia del niño, como la elaboración de un plan de supervivencia del niño y la puesta en marcha de intervenciones de gran repercusión por medio de sistemas y campañas periódicos, permitió a Swazilandia mantener su categoría de país libre de poliomielitis, la eliminación del tétanos materno y neonatal y tasas de inmunización sostenidamente elevadas⁹. En todos los hospitales y centros de salud se instituyó el uso del cinc y las sales de rehidratación oral de baja osmolaridad para el tratamiento de las enfermedades diarreicas. Se elaboró una política nacional sobre alimentación del lactante y el niño pequeño, un proyecto de código de comercialización de sucedáneos de la leche materna y directrices sobre el VIH y la nutrición. Se puso en marcha una campaña anual de tratamiento antiparasitario y se administraron suplementos de vitamina A en los Días de la Salud Infantil que se celebran anualmente y durante las visitas de inmunización periódicas. Actualmente se está ofreciendo en los principales hospitales y clínicas comunitarias alimentación terapéutica a niños con cuadros de malnutrición aguda grave. Como respuesta de emergencia contra la sequía, el UNICEF y sus asociados contribuyeron

⁷ Las tasas de deserción escolar son del 6% por grado en los primeros años de enseñanza primaria y del 10% en los últimos años de enseñanza primaria.

⁸ La cobertura de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño aumentó del 71% en 2006 al 80% en 2008.

⁹ La cobertura de las tres dosis de la vacuna combinada contra la difteria, la tos ferina y el tétanos para los niños menores de 1 año fue del 82%, frente al 62% de 2005.

a incrementar el acceso al agua potable de 180 centros de atención en los barrios en 2005 a 425 centros en 2008, y de 220 escuelas primarias a 250 durante el mismo período. El acceso a servicios de saneamiento en condiciones de seguridad en los centros de atención en los barrios aumentó del 20% al 50%.

47. El programa de redes de seguridad prestó apoyo a la formulación de seis políticas y leyes nacionales para mejorar la situación de las mujeres y los niños, incluidas la política sobre la infancia y la política de bienestar social revisadas. Se puso en marcha el Plan de Acción nacional para huérfanos y niños vulnerables de 2006-2010, que contiene una estrategia común sobre huérfanos y niños vulnerables elaborada con los interesados. Tras la presentación del primer informe al Comité de los Derechos del Niño en 2006, el UNICEF prestó apoyo al Gobierno para responder a 72 observaciones finales. Mediante campañas de información intensivas en todo el país se aumentó la conciencia nacional sobre diferentes formas de violencia, explotación y abuso contra los niños¹⁰. El programa prestó apoyo a mecanismos de base comunitaria para la detección y denuncia de la violencia y el abuso y la asistencia a los supervivientes, mediante una red de protectores comunitarios de la infancia en todo el país. Los centros de atención en los barrios siguieron funcionando como refugios seguros de la comunidad para huérfanos y niños vulnerables, y un total de 665 de estos centros prestaron asistencia a unos 30.000 niños. Se registró el nacimiento de más de 64.000 niños mediante una campaña de registro gratuito, y se han hecho avances en relación con las iniciativas de institucionalización del registro de los nacimientos en las instalaciones de salud. El socorro de emergencia en respuesta a la sequía y los incendios forestales incluyó equipos de supervivencia, mantas y otros artículos esenciales, y el UNICEF estuvo a la vanguardia de la coordinación, la promoción y el fortalecimiento de la capacidad institucional para la preparación y respuesta ante situaciones de emergencia en relación con la protección de la infancia.

48. De conformidad con el compromiso asumido por el Gobierno respecto del logro de la enseñanza primaria universal en 2009, mediante el programa de educación y preparación para la vida se prestó apoyo a la elaboración de una declaración de política nacional sobre educación y un plan de acción sobre enseñanza primaria universal, al despliegue de maestros voluntarios en 40 escuelas de la comunidad en el marco de la iniciativa “educación para todos” y al suministro de equipo y materiales. Mediante la iniciativa experimental de escuelas como centros de atención y apoyo se creó un entorno propicio para el aprendizaje en 360 escuelas. La colaboración entre el Gobierno y las organizaciones no gubernamentales facilitó un mayor acceso al agua potable y el saneamiento y la higiene mejorados en todas las escuelas de la iniciativa de escuelas como centros de atención y apoyo, y la cooperación con el Programa Mundial de Alimentos garantizó que todos los niños que asistían a esas escuelas recibieran por lo menos una comida caliente por día. Actualmente se imparten conocimientos culturalmente apropiados de preparación para la vida en el 75% de las escuelas. Entre las medidas importantes para el logro del acceso universal a la atención y el desarrollo de la primera infancia figuran la elaboración de una política sobre el tema y los progresos en relación con la armonización de los centros de atención en los barrios y las escuelas de educación preescolar. Como parte de una iniciativa nacional para combatir la violencia contra los niños, el UNICEF prestó apoyo a la enmienda de la Ley de servicios docentes,

¹⁰ El fenómeno incluye el abuso sexual y físico y el maltrato psicológico, el trabajo infantil y la apropiación de bienes.

por la cual se aplican sanciones más severas al maltrato de menores. Se estima que el 60% de las escuelas tienen por lo menos un maestro y un consultor capacitado en materia de protección de la infancia, y el Ministerio de Educación dispone de una línea telefónica gratuita para la denuncia de actos de violencia. Los maestros de las “escuelas modelo inclusivas” están dotados de las competencias necesarias para detectar a niños con necesidades de educación especiales y prestarles apoyo, y actualmente se aplica una política de educación inclusiva y las directrices correspondientes.

49. Las iniciativas en materia de comunicación respaldadas por el componente de promoción y comunicaciones atrajeron la atención de decenas de miles de niños y adultos respecto de temas relacionados con el VIH y el SIDA y el maltrato de menores por medio del teatro, la radio, el cine, el diálogo comunitario y actividades especiales. Un estudio nacional sobre la violencia contra los niños y las iniciativas aceleradas destinadas a mejorar la recopilación de datos contribuyeron a que la violencia contra las mujeres y los niños figurara en el programa nacional. El UNICEF cumplió una función catalizadora, estableciendo el consenso y alianzas sólidas, como la Red de Protección de la Infancia y el foro renovado de interesados sobre educación en materia de agua, saneamiento e higiene, y aumentando la capacidad de los asociados sobre cuestiones relativas a los niños. La creación de una dependencia de política social como parte del programa para el país contribuyó a mejorar la capacidad de información y análisis respecto de la vulnerabilidad de los niños.

50. **Recursos utilizados.** Desde que se puso en marcha el programa para el país en 2006 hasta fines de 2008, los gastos totales del UNICEF ascendieron a 18.862.000 dólares, desglosados del siguiente modo: 3.945.000 dólares en concepto de recursos ordinarios y 14.917.000 dólares en concepto de otros recursos, lo que representa el 75% de los recursos previstos inicialmente para el presupuesto del Plan de Acción del programa para el país, de 25 millones de dólares. Del monto total de 13.761.000 dólares disponibles para el programa para el país entre 2006 y 2008, 3.270.000 dólares (el 24%) se asignaron a la supervivencia y el desarrollo del niño; 3.270.000 dólares (el 24%) a educación y preparación para la vida; 4.770.000 dólares (el 35%) a las redes de seguridad para la protección de la infancia; y 2.451.000 dólares (el 18%) a las actividades de promoción y comunicación de los derechos del niño. La oficina del UNICEF en Swazilandia logró recaudar 18 millones de dólares en concepto de otros recursos y 2.789.458 dólares en concepto de fondos de emergencia, y se le otorgó un aumento de los límites presupuestarios del monto inicial de 21.250.000 dólares a 36.250.000 dólares. Pese a una movilización general de recursos satisfactoria, los componentes de agua, saneamiento y nutrición seguían sin financiación suficiente.

51. **Limitaciones y oportunidades que afectan los progresos.** La disminución general del gasto del sector social por parte del Gobierno entre 2006 y 2008¹¹ ha sido muy marcada en relación con la educación, mientras que las asignaciones presupuestarias nacionales para la protección social y la salud han registrado ligeros aumentos. A pesar de la presencia limitada de donantes en el país, el UNICEF

¹¹ El gasto del sector social disminuyó respecto del 39,6% del presupuesto total de 2006/2007 al 36,3% en 2007/2008 y al 37,4% en 2008/2009.

movilizó mayores recursos para intervenciones fundamentales en relación con la prevención del VIH y con la salud, educación y vulnerabilidad infantil. No obstante, se prevé que la crisis económica mundial traerá aparejadas nuevas limitaciones presupuestarias y una reducción de las contribuciones de los donantes.

52. El entorno de programación ha mejorado gracias a varios acontecimientos nacionales en el ámbito de los programas, entre ellos la puesta en marcha de la estrategia y el plan de acción de lucha contra la pobreza, la aplicación del plan estratégico nacional multisectorial sobre el VIH y el SIDA y un plan de acción nacional para huérfanos y niños vulnerables. Desde 2006, el Gobierno ha puesto en marcha un proceso nacional de descentralización y ha creado el Ministerio de Desarrollo Regional y Asuntos de la Juventud. El establecimiento de una dependencia nacional de coordinación sobre la infancia representa un avance importante en la capacidad institucional para formular y aplicar leyes y políticas relativas a la infancia. Está en vías de ratificarse la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño y los dos Protocolos facultativos de la Convención sobre los Derechos del Niño.

53. Las iniciativas aceleradas de las Naciones Unidas de los últimos años en favor de la coherencia se han traducido en mecanismos de programación conjunta mejorados, mayores sinergias y una mayor racionalización de la asistencia. La adaptación del MANUD a la estrategia y el plan de acción de lucha contra la pobreza y al primer examen conjunto de mitad de período del MANUD, a fines de 2008, marcaron hitos importantes en cuanto a la armonización del apoyo de las Naciones Unidas y brindaron oportunidades para dar una respuesta consolidada a la triple amenaza. La creación de una dependencia nacional de coordinación de los intereses de la infancia aportó liderazgo a los interesados que trabajan en favor de la promoción y protección de los derechos del niño.

54. En el examen de mitad de período se detectaron cuatro problemas intersectoriales importantes, a saber: a) un cambio de comportamiento limitado en relación con la prevención del VIH pese al éxito de las iniciativas de concienciación; b) demoras en la finalización y aprobación de leyes y políticas nacionales; c) mayor vulnerabilidad de los niños de las zonas urbanas y periurbanas; y d) escasez de profesionales cualificados, hecho que afecta adversamente el suministro y la prestación de servicios sociales fundamentales.

55. **Ajustes realizados.** El examen de mitad de período recomendó que el programa para el país mantuviera su orientación mientras perfeccionaba los enfoques y estrategias para la promoción de los derechos del niño en todos los niveles. Así pues, en los ajustes se fortalece el uso de un enfoque de programación basado en los derechos humanos y un criterio más sistemático sobre la incorporación de la prevención del VIH/SIDA, la igualdad entre los géneros y la prevención de la violencia. Se dará prioridad a la mejora de la preparación para emergencias y la capacidad de respuesta de los asociados, prestando especial atención al fomento de la capacidad nacional. Se instituirá un programa amplio de prevención primaria del VIH entre los jóvenes, que aborde las limitaciones de los resultados relativos al VIH.

56. El programa para el país impulsará la adaptación a los nuevos instrumentos nacionales y a la reforma en curso de las Naciones Unidas. Se intensificarán las actividades de promoción que garanticen la aprobación sin demoras de los proyectos de políticas y leyes relativas a la infancia, así como la ratificación, el ajuste a la

legislación interna y la vigilancia de los tratados, convenios y convenciones regionales y mundiales. Para abordar las preocupaciones acerca de la identificación con el programa y su sostenibilidad, se alentará una mayor participación de las comunidades, la sociedad civil y las instituciones gubernamentales.

57. El componente de supervivencia y desarrollo del niño acelerará el apoyo a un acceso mejorado de la atención materna y neonatal, la prevención de la transmisión de la madre al niño y el tratamiento pediátrico del VIH, y elaborará un programa amplio de apoyo a la prevención primaria del VIH. Las iniciativas para incrementar el acceso a intervenciones integradas, de gran repercusión sobre la salud y la nutrición, darán prioridad a las zonas remotas, y se aumentará el apoyo al sector del agua, el saneamiento y la higiene en las zonas rurales y periurbanas.

58. El componente de redes de seguridad para la protección de la infancia se centrará en: a) la consolidación y aplicación de políticas y leyes fundamentales sobre la protección de la infancia; b) la promoción de un enfoque basado en sistemas para la protección de la infancia; c) la ampliación a nivel nacional de la programación de base comunitaria; y d) la elaboración de una estrategia amplia para la prevención y gestión de la violencia contra los niños.

59. Mediante el componente de la enseñanza y preparación para la vida se seguirá trabajando con los asociados para intensificar las iniciativas de planificación y aplicación de la enseñanza primaria universal.

Zambia

60. **Proceso utilizado.** El examen de mitad de período del programa para el país de 2007-2010 se finalizó a principios de 2009 como parte del proceso conjunto del MANUD y el examen de mitad de período en Zambia, e incluyó la celebración de consultas con el Gobierno, donantes y asociados de la sociedad civil. En ese marco más amplio, el examen de mitad de período fue un proceso más somero, que se centró en los resultados específicos establecidos en el documento del programa para el país.

61. **Información actualizada sobre la situación de los niños y las mujeres.** Los datos de la encuesta de vigilancia de las condiciones de vida de 2007 indicaron un cambio drástico de la distribución de la pobreza, caracterizado por una disminución importante de la pobreza urbana y un aumento de la pobreza rural. En general, en las zonas urbanas hay acceso a la salud, la educación, la protección, el agua y el saneamiento, pero este es limitado en las zonas rurales. Además, la crisis económica hace peligrar los logros alcanzados desde 2000.

62. La encuesta de vigilancia de las condiciones de vida de 2007 y las conclusiones preliminares de la encuesta demográfica y de salud de Zambia de 2007 revelaron importantes progresos en el sector de la salud; se registraron reducciones drásticas en las tasas de mortalidad materna y de niños menores de 5 años, a 591 muertes por 100.000 nacidos vivos¹², y a 119 por 1.000 nacidos vivos¹³, respectivamente. La prevalencia del VIH en la población en general se redujo del 15,6% en 2002 al 14,3% en 2007, y la lactancia materna exclusiva aumentó del 40% en 2002 al 61% en 2007.

¹² De 729 por 100.000 nacidos vivos en 2002.

¹³ De 168 por 1.000 nacidos vivos en 2002.

63. Zambia ha realizado progresos importantes en materia de escolarización y finalización de los estudios. En 2007 la tasa de matriculación general en la enseñanza primaria llegó al 130% y la tasa de finalización aumentó al 91%. Se han logrado adelantos importantes en la matriculación de niñas, huérfanos y niños vulnerables. En una evaluación cuantitativa de los efectos de la educación en el período 2000-2007 se registró un aumento de la matriculación del 67% en los grados primero a séptimo, de 1,6 millones de alumnos en 2000 a 2,8 millones en 2007. Zambia tiene un índice de paridad entre los géneros de 0,96, lo que indica que está bien encaminada hacia el logro del segundo Objetivo de Desarrollo del Milenio, relativo a la enseñanza primaria universal en 2015. No obstante, dos terceras partes de las niñas no finalizan el ciclo de enseñanza primaria.

64. **Progresos y principales resultados.** El componente de salud y nutrición contribuyó al logro de importantes adelantos: ha aumentado el acceso de los niños a medicamentos antirretrovirales y ha mejorado la utilización de servicios de prevención de la transmisión de la madre al niño, del 26% en 2006 al 39% en 2007. Se han racionalizado el seguimiento y la identificación mediante la modificación de las tarjetas de salud de los niños menores de 5 años para que incluyan información sobre la situación en materia del VIH de la madre y el niño; en 2008 se imprimieron 500,000 de estas tarjetas. Se instituyó un plan de ampliación de la atención obstétrica y neonatal de emergencia con el objeto de mejorar la atención especializada durante el parto. En 24 de los 44 distritos funcionan grupos de acción sobre maternidad sin riesgo, establecidos para sensibilizar a la comunidad y fomentar la demanda de atención especializada durante el parto.

65. La cobertura de inmunización sistemática sigue siendo elevada (el 95% de cobertura de la vacuna triple en 2008) y Zambia ha mantenido su categoría de país libre de poliomielitis y la eliminación del tétanos materno y neonatal. Una encuesta de indicadores del paludismo representativa de la población nacional realizada en 2008 indicó que el 72% de los hogares tenía por lo menos un mosquitero y el 62% de estos tenía por lo menos un mosquitero impregnado de insecticida, lo que representaba un aumento del 50% y del 38% respectivamente, respecto de la encuesta de indicadores del paludismo de 2006.

66. En diciembre de 2007 habían comenzado en tres provincias la vigilancia y el control bianuales de la nutrición, que se ampliarían para abarcar todo el país. Siguen ejecutándose actividades destinadas a mejorar la suplementación con micronutrientes, como la cobertura de vitamina A de alrededor del 70% y un vigoroso programa nacional de yodación de la sal. El UNICEF prestó apoyo a las iniciativas de fomento de la capacidad nacional de los profesionales de la salud en materia de alimentación de lactantes y niños pequeños y gestión de la malnutrición grave. Se ha mejorado la integración de los programas de nutrición y el VIH y el SIDA por medio de la elaboración y divulgación de directrices de nutrición sobre la atención y el apoyo a las personas que viven con el VIH/SIDA.

67. Mediante el componente de educación se prestó apoyo a la respuesta del Gobierno al problema del VIH/SIDA formulando una política sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo para maestros y un programa de enseñanza para la vida dirigido a estudiantes. Las iniciativas de promoción aprovecharon el compromiso gubernamental de llevar la política sobre el VIH y el SIDA en el sector de la educación al ámbito escolar. El UNICEF contribuyó a la incorporación de la educación para la vida en los programas de estudio de enseñanza básica y de

formación del personal docente, así como al fomento de la capacidad para la formulación de planes de respuesta al VIH y el SIDA en las escuelas. El programa permitió aumentar el acceso modernizando y construyendo escuelas comunitarias en cuatro provincias y promovió la paridad entre los géneros mediante campañas de sensibilización dirigidas a los líderes locales sobre la importancia de la educación de las niñas. Las escuelas comunitarias se han convertido en proveedores fundamentales de servicios de educación y actualmente cursan allí estudios el 17% de los alumnos de enseñanza básica. En reconocimiento de este importante papel, las directrices para escuelas comunitarias adoptadas recientemente incluyen el aumento de apoyo docente y de material didáctico para esas escuelas.

68. El programa contribuyó a la formulación de políticas, estrategias y planes de estudio del programa de cuidado y educación del niño en la primera infancia del Gobierno y al suministro de servicios a dicho programa, en asociación con organizaciones no gubernamentales. Las actividades de concienciación de los medios de comunicación incrementaron la visibilidad del programa y el fomento de la capacidad de los especialistas fortaleció las competencias relativas a la elaboración de planes de estudio y la divulgación de instrumentos nacionales para la evaluación del niño. A pesar de los logros iniciales, el porcentaje de niños matriculados en primer grado que participaron en el programa sigue siendo muy bajo (el 17,1%).

69. Se estableció el Foro de saneamiento escolar y educación en materia de higiene, que depende del Ministerio de Educación, para mejorar el intercambio de información y la coordinación de la educación en materia de agua, saneamiento e higiene en las escuelas. En el marco del programa nacional rural de suministro de agua y saneamiento, el programa de autoabastecimiento de agua en las zonas rurales del componente de educación en materia de agua, saneamiento e higiene permitió mejorar más de 100 sistemas tradicionales de abastecimiento de agua que beneficiaron a unas 7.500 personas en la provincia de Luapula. En virtud del programa de saneamiento dirigido por la comunidad en la provincia Meridional, los servicios de saneamiento e higiene mejorados beneficiaron a unas 150.000 personas; otras 100.000 personas accedieron al tratamiento doméstico del agua de consumo por medio de iniciativas importantes de movilización y empoderamiento comunitarios, que incluyeron la capacitación de maestros y educadores de pares y el establecimiento de grupos de educación en materia de agua, saneamiento e higiene en 30 escuelas. Se construyeron o rehabilitaron instalaciones sanitarias en 48 escuelas de enseñanza básica y comunitarias y se suministró agua potable a 10 escuelas en las provincias Oriental, Meridional, Occidental y de Luapula.

70. El programa de protección de la infancia contribuyó a que la protección social se constituyera en una estrategia fundamental para la atención y el apoyo de huérfanos y niños vulnerables. En asociación con el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido y Care Zambia, se fortaleció la capacidad de los funcionarios de bienestar social de distrito para la gestión de transferencias en efectivo en seis distritos piloto. El UNICEF prestó apoyo al Gobierno para la realización de un estudio amplio sobre los niños de la calle, que orientó los debates normativos sobre el suministro de atención alternativa, el fortalecimiento de los sistemas de protección de la infancia a nivel de distrito y la finalización del Plan Nacional de Acción para la Infancia, que incluye un marco de vigilancia y evaluación para la puesta en marcha en 30 distritos piloto.

71. La cooperación con el sistema judicial y la policía ha permitido incrementar los conocimientos sobre la protección del niño en el sistema de justicia penal mediante la capacitación de 306 jueces, magistrados, agentes de policía, fiscales y trabajadores sociales en materia de preparación judicial de niños testigos. Mediante el aumento del número de centros de acción integral y lugares seguros se obtuvo una respuesta coordinada y coherente a la violencia por motivos de género en ocho provincias. Las campañas nacionales sobre protección de la infancia y violencia por motivos de género contribuyeron a aumentar el número de denuncias de casos de abuso de menores y violencia. Los niños se beneficiaron de marcos jurídicos y normativos fortalecidos mediante el proceso de reforma de la justicia de menores, la ley contra la trata recientemente promulgada y el establecimiento de dependencias de la mujer y el niño en comisarías. La participación del UNICEF fue decisiva para la creación de un grupo de promoción de los intereses del niño en el Parlamento nacional para incorporar las cuestiones relativas a la infancia en todas las actividades parlamentarias. La elaboración de una guía para el examen de la legislación sobre menores y la cooperación con la Comisión de Desarrollo Legislativo de Zambia para la realización de una auditoría legislativa de las leyes relativas a la infancia orientaron el proceso de reforma.

72. **Recursos utilizados.** En total, de los 33.826.457 dólares de recursos presupuestarios disponibles en 2006 y 2007, 16.015.064 dólares correspondieron a recursos ordinarios, 14.456.489 dólares a otros recursos y 3.354.904 dólares a fondos de emergencia. El monto total utilizado en ese período fue de 15.188.407 dólares de los recursos ordinarios y de 13.952.386 dólares de otros recursos. El incremento del gasto correspondió en particular a los componentes de salud y nutrición, y de educación, mientras que los de agua y saneamiento y de protección de la infancia tuvieron financiación insuficiente respecto de la cifra prevista de otros recursos para los dos primeros años del ciclo. La mayor parte de la financiación se asignó a salud y nutrición y al VIH/SIDA, 12.868.299 dólares (el 38%); en tanto que educación básica recibió 6.515.548 dólares (el 19%); agua, saneamiento e higiene, 3.630.786 dólares (el 11%); protección y empoderamiento de la infancia, 3.580.022 dólares (el 11%); planificación, seguimiento y evaluación participativos, 4.743.314 dólares (el 14%); y gastos intersectoriales, 2.488.568 dólares (el 7%).

73. **Limitaciones y oportunidades que afectan los progresos.** El apoyo amplio de los interesados al quinto Plan Nacional de Desarrollo (2006-2010) y la adopción de medidas prácticas en torno a este, e instrumentos de coordinación de la asistencia fundamentales, como la estrategia de asistencia conjunta de Zambia para 2007-2010 y el MANUD para 2007-2010, brindan un entorno propicio para los progresos.

74. Entre las principales limitaciones cabe mencionar las asignaciones presupuestarias reducidas para servicios sociales a nivel nacional, provincial y de distrito, así como la capacidad limitada de recursos humanos. La fragilidad del sistema de salud debido a la escasa capacidad para emprender la ampliación acelerada de los programas y la vigilancia de las actividades, explica la prestación de servicios deficiente.

75. El aumento considerable del nivel de conocimientos entre los adolescentes y los jóvenes sobre la prevención del VIH/SIDA no se ha traducido en los correspondientes cambios de comportamiento. La sobrecarga de los planes de estudio, sumada al limitado tiempo de contacto entre alumnos y maestros, la falta de material didáctico y las condiciones de trabajo deficientes de los maestros, ha

contribuido a la baja calidad de la educación. La financiación directa para las escuelas es limitada e irregular. El nuevo enfoque sectorial de la programación permite el apoyo coordinado de los interesados a la educación.

76. En cuanto a la protección de la infancia, la rápida rotación del personal capacitado y experimentado en el sector de los servicios sociales, el sistema judicial y la policía reduce los efectos de los programas de fomento de la capacidad. No obstante, asociaciones fuertes y diversas ofrecen la oportunidad de establecer una masa crítica de intervenciones eficaces basadas en los derechos humanos destinadas a los niños vulnerables.

77. **Ajustes realizados.** El programa fortalecerá el uso del enfoque basado en los derechos humanos respecto de la programación y la gestión basada en los resultados para facilitar un enfoque más medible y explícito centrado en los derechos del niño. Según surge del análisis de la situación y las conclusiones del examen de mitad de período, el programa de salud y nutrición incrementará la participación comunitaria para responder a la crisis de recursos humanos y fortalecer los enfoques de continuidad asistencial. Se elaborará un programa integrado para mejorar la eficiencia técnica e impulsar los progresos en relación con la aceleración de la supervivencia y el desarrollo del niño y la atención renovada a los programas de prevención del VIH/SIDA. El programa de educación ampliará la escala de las mejores prácticas de las escuelas amigas del niño, centrándose en los distritos de peores resultados y en la suspensión gradual de la construcción de escuelas. Mediante una estrategia triple de promoción de la atención y la educación del niño en la primera infancia se dará prioridad al aumento de la participación del Gobierno y las organizaciones no gubernamentales en la prestación de servicios. El programa de protección de la infancia centrará las intervenciones de protección social en la quinta parte de la población de menores ingresos, para facilitar la reducción de la disparidad. La labor con los comités de desarrollo de distrito se centrará en el VIH/SIDA y en medidas de protección especiales. El programa de educación en materia de agua, saneamiento e higiene fomentará el establecimiento de asociaciones y la participación en el enfoque sectorial y prestará asistencia técnica al Gobierno en relación con 20 distritos en que se ejecuta el programa. Se impulsará la elaboración de estrategias específicas e intervenciones coordinadas con otros organismos de las Naciones Unidas para afrontar el aumento de las necesidades en las zonas urbanas y periurbanas.

Conclusión

78. El entorno mundial cada vez más adverso, que afecta las condiciones económicas y los niveles de pobreza, ha influido en el enfoque estratégico de la programación del UNICEF en la región. Este cambio estratégico, hacia la asignación de recursos sobre la base de los resultados, las actividades empíricas y una mayor participación de la comunidad en la ampliación de las actividades de gran repercusión, en combinación con las contribuciones institucionales para el establecimiento y fortalecimiento de los sistemas, así como la comunicación para el cambio social y la integración de la respuesta para casos de emergencia en los programas corrientes, tiene por objeto ayudar a los países de la región a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en circunstancias difíciles. En el contexto del nuevo entorno de la asistencia, el cambio del enfoque del UNICEF hacia la armonización con otros asociados del desarrollo como parte del equipo “Una ONU” en apoyo de las prioridades nacionales reviste importancia fundamental.

79. Los exámenes de mitad de período confirman el firme compromiso de los Gobiernos, el UNICEF y los asociados en los cuatro países de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y contribuir al programa de protección social. En los exámenes de mitad de período se recomendó seguir impulsando la aceleración del componente de supervivencia y desarrollo del niño, por medio de intervenciones y campañas de divulgación y una mayor atención al fortalecimiento de los sistemas de salud. Los progresos realizados hacia el logro de los Objetivos relacionados con la educación son alentadores, aunque será necesario prestar apoyo sostenible para que no queden excluidos los niños más vulnerables, abordar las brechas de género que aún persisten y seguir mejorando la calidad de la educación. Si bien los exámenes de mitad de período registraron progresos importantes en materia de prevención de la transmisión de la madre al niño, los adelantos en materia de prevención del VIH fueron limitados en todos los países que fueron objeto de examen, a pesar del aumento considerable del nivel de conocimientos entre los jóvenes, debido a los escasos cambios de comportamiento. Se necesitarán importantes iniciativas y estrategias de programación innovadoras para lograr la meta 7 del sexto Objetivo, haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA en 2015.

80. Los exámenes de mitad de período pusieron de relieve los adelantos significativos logrados en la programación en favor de los huérfanos y otros niños afectados por el SIDA. En una región caracterizada por emergencias frecuentes, niveles de pobreza elevados, urbanización rápida y disparidades en aumento, los planes de acción nacionales y los programas de cooperación reflejaban la necesidad de ampliar la gama de los beneficiarios más allá de los niños huérfanos o vulnerables a causa del SIDA, y de lograr una mayor armonización de las iniciativas de mitigación del SIDA con las estrategias de lucha contra la pobreza y protección social, centrándose en el fortalecimiento de la capacidad de atención de la familia.

81. En todos los países que fueron objeto de examen deberán aplicarse nuevos enfoques programáticos para abordar las crecientes disparidades entre las zonas urbanas y rurales y las vulnerabilidades incipientes de las zonas urbanas y periurbanas.

82. En su calidad de asociado principal de distintos equipos de las Naciones Unidas en la región, el UNICEF sigue empeñado en velar por que la cooperación de las Naciones Unidas se ajuste a los planes nacionales de desarrollo, como se puso de relieve en la gestión conjunta del proceso de examen de mitad de período y en los vínculos evidentes entre los exámenes de mitad de período del UNICEF y los de los MANUD en todos los países que fueron objeto de examen.