



## Consejo Económico y Social

Distr. limitada  
30 de marzo de 2010  
Español  
Original: inglés

### Adopción de medidas

---

#### Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

##### Junta Ejecutiva

##### Período de sesiones anual de 2010

1 a 4 de junio de 2010

Tema 5 a) del programa provisional\*

### Proyecto de documento sobre el programa del país\*\*

#### Swazilandia

##### *Resumen*

El proyecto de documento sobre el programa de Swazilandia se presenta a la Junta Ejecutiva para que lo examine y formule observaciones al respecto. Se pide a la Junta Ejecutiva que apruebe el monto indicativo total del presupuesto de 3.755.000 dólares con cargo a los recursos ordinarios, con sujeción a la disponibilidad de fondos, y de 31.750.000 dólares con cargo a otros recursos, con sujeción a la disponibilidad de contribuciones para fines concretos, para el período comprendido entre 2011 y 2015.

---

\* E/ICEF/2010/8.

\*\* De conformidad con la decisión 2006/19 de la Junta Ejecutiva, el presente documento se revisará y se publicará en el sitio web del UNICEF a más tardar seis semanas después de que la Junta Ejecutiva lo examine en su período de sesiones. La Junta Ejecutiva procederá a aprobarlo durante su segundo período ordinario de sesiones de 2010.



## Datos básicos<sup>†</sup>

(Corresponden a 2008 a menos que se indique otro año)

|                                                                                        |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Población infantil (menores de 18 años) (en millones)                                  | 0,6   |
| Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos)           | 83    |
| Niños con peso inferior al normal (porcentaje de casos moderados y graves, 2006-2007)  | 5     |
| Tasa de mortalidad materna* (por cada 100.000 nacidos vivos, 2000-2007)                | 590   |
| Matriculación en enseñanza primaria (porcentaje neto de niños/niñas, 2006)             | 83/86 |
| Alumnos de enseñanza primaria que llegan al quinto grado (porcentaje, 2004)            | 71    |
| Utilización de fuentes mejoradas de agua potable (porcentaje, 2006)                    | 60    |
| Utilización de servicios mejorados de saneamiento (porcentaje, 2006)                   | 50    |
| Prevalencia del VIH en adultos (porcentaje, 2007)                                      | 26,1  |
| Trabajo infantil (porcentaje de niños de 5 a 14 años, 2000)                            | 9     |
| Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares EE.UU.)                                  | 2 520 |
| Niños de 1 año inmunizados contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (porcentaje) | 95    |
| Niños de 1 año inmunizados contra el sarampión (porcentaje)                            | 95    |

<sup>†</sup> Para obtener datos más amplios sobre la situación de los niños y las mujeres del país, consúltese el sitio [www.childinfo.org/](http://www.childinfo.org/).

\* La estimación para 2005 elaborada por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial y ajustada para tener en cuenta la notificación incompleta y la clasificación errónea de la mortalidad materna, asciende a 390 por 100.000 nacidos vivos.

## Situación de los niños y las mujeres

1. El Reino de Swazilandia ha disfrutado de una larga historia de estabilidad política; sin embargo, la pobreza, la inseguridad alimentaria y las perturbaciones económicas externas continúan siendo problemas enormes para el país. Estos problemas se han agravado debido a la rápida proliferación del VIH/SIDA durante los dos últimos decenios. La situación ha alcanzado ahora niveles de pandemia, lo que ha acabado con las esperanzas de lograr muchos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Más de dos tercios de la población viven por debajo del umbral de la pobreza y el 63% vive en la pobreza extrema. La riqueza está distribuida de una forma desigual, como refleja un coeficiente de Gini de 0,507<sup>1</sup>. El panorama económico ha empeorado en los últimos años, con un producto interno bruto que descendió desde el 3,5% registrado en 2007 hasta apenas el 0,4% en 2009. El Gobierno es el mayor empleador del país y ha dependido de las sumas percibidas de la Unión Aduanera del África Meridional para pagar un cuantioso costo salarial del sector público (del 56 al 70% del gasto público total). La asignación para Swazilandia procedente de esta fuente disminuirá en 2010/2011, lo que causará un déficit presupuestario significativo que afectará a las iniciativas del Gobierno en algunos sectores. Swazilandia continúa sufriendo las secuelas de la recesión económica mundial y de la crisis alimentaria y de los combustibles de 2007–2008. El país se ha visto especialmente afectado, dada su fuerte dependencia de las importaciones de alimentos y otras materias primas y de las remesas de fondos que envían miembros de las familias que se encuentran

<sup>1</sup> Última encuesta sobre los ingresos y gastos de los hogares.

en el extranjero, lo que ha contribuido al aumento del desempleo y al deterioro del poder adquisitivo de los hogares de Swazilandia.

2. La inseguridad alimentaria se ha exacerbado durante los últimos años debido a las sequías recurrentes que se han padecido en algunas partes del país, situación que ha provocado unos elevados niveles de malnutrición y ha sumido al 25% de la población en un déficit alimentario en 2009. La encuesta demográfica y de salud de Swazilandia de 2006/2007 reveló que casi tres de cada 10 menores de cinco años mostraban signos de retraso en el crecimiento (el 32% de los niños y el 26% de niñas). El acceso limitado al agua limpia y a servicios de saneamiento y una pobre infraestructura para la prestación de servicios son factores que contribuyen a que se produzcan enfermedades de la infancia como la diarrea, que es la causa del 10% de la mortalidad infantil total. La neumonía sigue suponiendo un motivo de preocupación importante, ya que representa el 12% de las muertes infantiles.

3. El VIH/SIDA, con una prevalencia del 26% entre la población general, es con diferencia el mayor desafío al que se enfrenta el país. Las mujeres se han visto especialmente afectadas a este respecto: la prevalencia entre las mujeres de 15 a 49 años es del 31%, mientras que entre los hombres del mismo grupo de edad es del 20%. La prevalencia entre las mujeres embarazadas ha aumentado de forma drástica, del 3,9% en 1992 al 42% en 2008. El VIH/SIDA es responsable del 60% de los ingresos hospitalarios y del 47% de las muertes de niños menores de 5 años, de acuerdo con las estimaciones del Ministerio de Salud. El VIH/SIDA está asociado asimismo al resurgimiento de la tuberculosis; la prevalencia de esta enfermedad se ha multiplicado por 400 en los últimos 15 años. Las diversas causas que subyacen a la alta prevalencia del VIH, que ha alcanzado unos niveles alarmantes, están profundamente arraigadas en las condiciones socioeconómicas del país. Entre los factores clave de la epidemia se incluyen las relaciones con varias parejas y con parejas simultáneas, el sexo intergeneracional, los bajos niveles de circuncisión masculina, la violencia sexual, las transacciones sexuales y la iniciación sexual a edades tempranas.

4. Los efectos adversos de estos desafíos son de gran alcance y afectan de un modo grave a la vida diaria de la mayoría de los swazis y en especial a la de los niños. La esperanza de vida ha disminuido, pasando de 60,7 años en 1998 a 45,3 años en 2007, y la mortalidad de los niños menores de 5 años ha crecido, de 60 por cada 1.000 nacidos vivos en 1992 hasta 120 por cada 1.000 nacidos vivos en 2006-2007. La tasa de mortalidad materna se ha duplicado con creces, pasando de 229 por cada 100.000 nacidos vivos en 1996 a 589 por cada 100.000 nacidos vivos en 2006-2007. Según la encuesta demográfica y de salud, casi uno de cada cuatro niños ha perdido a uno de sus progenitores. Esta circunstancia ha motivado una profunda erosión de las estructuras familiares tradicionales. Solo el 22% de los menores de 18 años vive con sus dos progenitores, y alrededor de un tercio de ellos no vive con ninguno de sus padres biológicos. Ancianos a cargo de niños y niños que cuidan de otros niños son ahora situaciones comunes en la cultura swazi. Las mujeres asumen las cargas más pesadas en cuanto al cuidado del número cada vez mayor de huérfanos y niños vulnerables, y tienen que hacer frente al riesgo de perder los derechos de propiedad si el varón cabeza de familia muere.

5. Debido a la mayor tensión a la que está sometida la vida de la familia y la comunidad, a la erosión de las redes de seguridad tradicionales y a la creciente demanda de servicios de salud y bienestar social proporcionados por el Gobierno, son muchos los niños que no pueden disfrutar de sus derechos. Por ejemplo, sólo se han satisfecho las necesidades básicas (un par de zapatos, dos mudas de ropa y una comida al día) del 61%

de los huérfanos y niños vulnerables. Además, los niños corren también el riesgo de ser objeto de maltrato y explotación; tres de cada 10 niñas sufren algún tipo de abuso sexual antes de cumplir los 18 años y una de cada tres es víctima de maltrato físico, de acuerdo con un estudio realizado en 2007 por el UNICEF y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos de América.

6. Aún así, algunos progresos logrados constituyen buenos presagios de cara al futuro. En 2005, el país aprobó una constitución que contenía disposiciones relativas a un sistema más democrático, como un poder judicial independiente, una detallada declaración de derechos y garantías fundamentales, más derechos para las mujeres y el establecimiento de comisiones contra la corrupción así como de derechos humanos. La constitución ha anunciado también la implantación de la educación primaria gratuita, que se está instaurando a través de la eliminación progresiva de las tasas académicas de la escuela primaria, comenzando por los cursos primero y segundo. Con una tasa de matriculación en la enseñanza primaria del 93% en 2007, la campaña en favor de una educación primaria gratuita sitúa el Objetivo de Desarrollo del Milenio sobre educación al alcance de Swazilandia. Estos logros resultan particularmente significativos en vista de las conclusiones de la encuesta demográfica y de salud, que indican la existencia de una correlación entre los mayores niveles de educación y la menor prevalencia del VIH. No obstante, la calidad de la educación sigue siendo motivo de preocupación, puesto que el país continúa luchando contra las altas tasas de deserción escolar y de repetición de curso, que se traducen en que apenas el 44% de los alumnos que acceden a la escuela primaria termina los 10 años de educación básica. El acceso al aprendizaje en la primera infancia supone también un desafío, puesto que solamente el 21,6% de los niños accede a algún tipo de servicio de estimulación temprana antes de incorporarse al sistema oficial de enseñanza escolar.

7. Tras la presentación del informe al Comité de los Derechos del Niño en 2006, el Gobierno ha seguido las recomendaciones principales del Comité, incluida la necesidad de incorporar convenciones internacionales a la ley nacional, de reforzar los mecanismos de coordinación de las iniciativas relacionadas con los niños y de prevenir el maltrato de niños, el trabajo infantil y la trata de personas. Sin embargo, en algunos casos se han producido grandes retrasos en la elaboración y aprobación de políticas y leyes.

## **Principales resultados y experiencia adquirida del programa de cooperación anterior, 2006-2010**

### **Principales resultados logrados**

8. La asignación de los asuntos relacionados con la infancia a la Oficina del Viceprimer Ministro y la creación de una Unidad de Coordinación para la Infancia nacional, dos medidas recomendadas por el UNICEF, han ayudado a resaltar la importancia de los niños en el discurso nacional. Desde que la Oficina del Viceprimer Ministro asumió la responsabilidad de las cuestiones relacionadas con la infancia, Swazilandia ha contado con un examen y una aprobación más rápidos de una serie de importantes instrumentos, como la política sobre la infancia, la política de desarrollo social, la legislación contra la trata y la adhesión a los Protocolos Facultativos de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño. Con un mayor desarrollo de la capacidad de la Unidad de Coordinación para la Infancia nacional y del Departamento

de Bienestar Social, la Oficina del Viceprimer Ministro contará con el potencial para lograr resultados aún mejores para los menores en el futuro.

9. Swazilandia ha progresado de un modo notable en lo que respecta a la mitigación de las peores repercusiones de la pandemia de VIH y a la mejora del acceso al tratamiento, mientras que el progreso en el ámbito de la prevención primaria ha sido más limitado. De acuerdo con el plan estratégico nacional contra el VIH/SIDA, los esfuerzos de coordinación y el acceso a los servicios de prevención de la transmisión de la madre al niño y la terapia antirretroviral mejoraron con ayuda de los colaboradores para el desarrollo, como la Organización Mundial de la Salud, el UNICEF y el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR). Casi ocho de cada 10 centros de atención sanitaria del país ofrecen ahora servicios de prevención de la transmisión de la madre al niño, lo que se traduce en la realización de las pruebas de detección del VIH al 81% de las mujeres embarazadas que acuden a clínicas prenatales. El 74% de la población total estimada de mujeres embarazadas seropositivas recibió profilaxis antirretroviral para prevenir la transmisión a sus bebés y el 64% de los niños expuestos al VIH recibieron también la profilaxis. La terapia antirretroviral continúa siendo gratuita y el acceso se está ampliando con ayuda del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. La atención pediátrica relacionada con el VIH se ha reforzado, incluso por medio de la introducción de pruebas de reacción en cadena de la polimerasa del material genético (conocidas como PCR del ADN) para el diagnóstico infantil precoz a través de la asociación mundial del UNICEF con el Fútbol Club Barcelona. Según las estimaciones, en 2009 el 75% de los niños que necesitaban una terapia antirretroviral recibió tratamiento, frente al 26% de 2006. Con un éxito significativo en la promoción del acceso a la prevención de la transmisión de la madre al niño y la atención pediátrica, la calidad del servicio se está respaldando en la actualidad a través de un sistema nacional de mejora de la calidad.

10. La disposición de otras intervenciones capaces de salvar vidas, como la inmunización en la infancia, se mantuvo por todo el país. La polio se ha erradicado y tanto el tétanos materno y neonatal como los trastornos relacionados con la carencia de vitamina A y de yodo prácticamente se han eliminado. La cobertura de la vacuna combinada de la difteria, la tos ferina y el tétanos para niños menores de 1 año fue superior al 90% y la cobertura contra el sarampión fue de 82,7%. Como resultado de la promoción de las nuevas vacunas por parte de la Organización Mundial de la Salud y del UNICEF, el Gobierno añadió la vacuna neumocócica pentavalente al calendario del Programa Ampliado de Inmunización. También se prestó atención a la diarrea aguda, la malnutrición, el suministro de agua potable, el saneamiento y la práctica de lavarse las manos con jabón.

11. La educación primaria gratuita cubre actualmente a los niños de primer y segundo curso. Cada año, se incorporará un curso más hasta que todos los niños de las escuelas primarias estén cubiertos en 2015. La asistencia del UNICEF en el sector complementó las asignaciones gubernamentales para huérfanos y niños vulnerables, que han aumentado cada año desde 2004. La primera fase de la iniciativa de las escuelas amigas del niño ha llegado al 40% de las escuelas primarias del país, con un paquete de servicios que incluye educación sobre el VIH, la salud y la preparación para la vida, así como apoyo psicosocial y respaldo para la reducción del estigma. Estos esfuerzos combinados por mejorar el acceso a la educación y la calidad han contribuido al aumento de la asistencia escolar del 71% registrado tanto para niños como para niñas en el período de 1997 a 2002 al 83% para niños y el 86% para niñas en el intervalo de 2000 a 2007. Con el apoyo de la Unión Europea y del UNICEF, el Ministerio de Educación y Formación también ha desarrollado su primera política sobre el cuidado y el desarrollo del niño en la primera infancia.

12. Swazilandia lanzó un plan nacional de acción para huérfanos y niños vulnerables de cinco años de duración e implantó y mejoró con éxito centros de atención gestionados por la comunidad (NCP) y un cuadro de protectores de menores en la comunidad. En la actualidad, Swazilandia tiene más de 950 centros de este tipo, de los que más de 700 están financiados directamente por el UNICEF, que prestan servicio a más de 50.000 niños. Se han desarrollado una visión y una estrategia nuevas dirigidas a la conversión de los NCP en centros para el cuidado y el desarrollo del niño en la primera infancia que ofrecen servicios exhaustivos y normalizados para niños vulnerables, como apoyo psicosocial, protección, estimulación temprana, atención sanitaria y nutrición.

13. Para ayudar a reducir el riesgo de desastres, Swazilandia estableció un Organismo Nacional de Asistencia en Casos de Desastre, responsable de coordinar la preparación y la respuesta en situaciones de emergencia.

14. Se reforzaron las capacidades para la gestión basada en los resultados por medio del respaldo a encuestas y a los sistemas nacionales de gestión de información. La vigilancia comunitaria se instauró por medio de los centros *KaGogo* (literalmente "casa de la abuela"), a través de los que el Gobierno coordina la ayuda al desarrollo y la vigilancia en la comunidad. Con el apoyo del UNICEF y de otros asociados, Swazilandia ha documentado la pobreza infantil, la situación de los hogares dirigidos por niños, las razones de que la tasa de deserción escolar sea alta y la epidemiología de la violencia contra niños y mujeres jóvenes. Las iniciativas de comunicación y promoción obtuvieron el apoyo de los líderes de opinión y del público general para las cuestiones relativas a la infancia. Se puso a los miembros del Parlamento al corriente de la legislación y los protocolos pendientes, se informó al comité de gestión de cartera del Parlamento encargado de asuntos relativos a menores sobre las cuestiones de la infancia y se proporcionó a los periodistas capacitación en materia de derechos del niño y la comunicación adaptada a las necesidades de los niños. Se llevaron a cabo campañas nacionales de comunicación, se movilizó a la comunidad y se aplicó un conjunto de herramientas de prevención del VIH a fin de promover un cambio social y de comportamiento positivo, como la prevención del VIH y de la violencia y las prácticas de salud e higiene.

## **Experiencia adquirida**

15. La experiencia de Swazilandia en la respuesta ante el VIH/SIDA muestra lo mucho que se puede conseguir en un corto período de tiempo, incluso en un país con pocos recursos, con escasez de personal del sector público y de personal experto con experiencia y una falta de capacidad de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en el sector. La formación y la tutoría intensivas han resultado esenciales para el progreso en este contexto. A medida que se amplían las intervenciones, las oportunidades perdidas para prestar un servicio integrado se hacen más evidentes y críticas para lograr seguir avanzando. En vista de la prolongada situación de emergencia respecto al VIH, son precisos esfuerzos más intensos a fin de optimizar el uso de todos los encuentros sanitarios para a) seguir mejorando la cobertura y la calidad de la prioridad de los servicios relativos al VIH y b) promover intervenciones nuevas o retrasadas, como la circuncisión masculina, incluida la de recién nacidos. Un plan sistemático para el desarrollo de la capacidad, que comprenda la estrecha colaboración con las Naciones Unidas y otros colaboradores para el desarrollo, resultará fundamental para asegurar la sostenibilidad a largo plazo.

16. La prevención del VIH va a la zaga del progreso en el tratamiento y en la mitigación del impacto del virus. Entre las lecciones aprendidas se incluye la necesidad de transmitir mensajes coherentes, sostenibles y respetuosos con las diferencias culturales que sean específicos para cada edad y respondan de una forma directa a los aspectos locales de la epidemia. El nuevo programa del país tiene como objetivo establecer una colaboración más estrecha con los dirigentes (gubernamentales, tradicionales y juveniles) a escala nacional y comunitaria a fin de encontrar modos innovadores de abordar el estigma, la discriminación y las normas que contribuyen a la propagación de la enfermedad.

17. Swazilandia tiene una base de donantes pequeña y no cuenta con presencia local de las instituciones financieras internacionales. Los esfuerzos del UNICEF por movilizar recursos para la infancia de los principales donantes de la respuesta nacional contra el VIH (el Gobierno, el Fondo Mundial y el PEPFAR), han producido unos resultados alentadores. La clave para atraer recursos ha sido la capacidad de UNICEF para dirigir intervenciones innovadoras que crean la base de pruebas que fomenta la inversión. Un ejemplo ha sido el uso de subsidios para mejorar la asistencia escolar de los huérfanos y niños vulnerables y la prestación de servicios básicos a través de los NCP. La ayuda directa del Gobierno a los subsidios de educación para estos niños creció de los 2 millones de dólares de EE.UU. de 2002 a 17 millones de dólares de EE.UU. en 2009. El Consejo Nacional de Respuesta de Emergencia al VIH/SIDA financió la mejora del 84% de los NCP, en los que los huérfanos y los niños vulnerables reciben al menos una comida caliente al día, disfrutan de la supervisión de un adulto que es un miembro de la comunidad y ha recibido capacitación a tal fin, y tienen acceso a otros servicios básicos. El Programa Mundial de Alimentos está ofreciendo ayuda con la alimentación y el PEPFAR está respaldando la prestación de servicios para la infancia en 200 NCP. En el nuevo programa del país, el UNICEF continuará dirigiendo intervenciones innovadoras de gran repercusión y tratando de llegar tanto a los donantes actuales como a otros nuevos para mejorarlas.

## Programa del país, 2011-2015

### Cuadro sinóptico del presupuesto

(En miles de dólares EE.UU.)

| <i>Programa</i>                           | <i>Recursos ordinarios</i> | <i>Otros recursos</i> | <i>Total</i>  |
|-------------------------------------------|----------------------------|-----------------------|---------------|
| Supervivencia y desarrollo infantil       | 750                        | 10 000                | 10 750        |
| Educación básica                          | 750                        | 7 000                 | 7 750         |
| Protección infantil                       | 750                        | 9 000                 | 9 750         |
| Promoción y comunicaciones                | 560                        | 2 000                 | 2 560         |
| Política social, supervisión y evaluación | 385                        | 1 250                 | 1 635         |
| Costos intersectoriales                   | 560                        | 2 500                 | 3 060         |
| <b>Total</b>                              | <b>3 755</b>               | <b>31 750</b>         | <b>35 505</b> |

*Nota:* El capítulo "Otros recursos" no incluye fondos de emergencia, que se recaudarán cuando sean necesarios.

## **Proceso de preparación del programa**

18. El desarrollo del programa del país es el resultado de una serie de exámenes y consultas. En 2008, el UNICEF efectuó un análisis de la situación de los niños y las mujeres y un examen de mitad de período que comprendía consultas exhaustivas con organizaciones gubernamentales, representantes de los donantes, organismos de las Naciones Unidas y la sociedad civil, jóvenes incluidos. En 2008 se realizó también un examen de mitad de período del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) 2006-2010, seguido de un análisis complementario del país en 2009, que sentó las bases para el desarrollo del MANUD para 2011-2015. Su preparación incluyó consultas de gran alcance con asociados de las Naciones Unidas y otros interesados con objeto de definir los cuatro pilares del apoyo de las Naciones Unidas para el próximo ciclo de planificación. El equipo de las Naciones Unidas en el país, incluido el UNICEF, llevó a cabo satisfactoriamente varias iniciativas conjuntas para probar diferentes modalidades de colaboración. Entre ellas se incluía el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (ONUSIDA), la prevención de la violencia por razones de género y el refuerzo de los sistemas de supervisión y evaluación. Una serie de análisis del sector realizados por colaboradores para el desarrollo y el examen de mitad de período del plan nacional de acción para huérfanos y niños vulnerables, así como una evaluación del progreso realizado en cuanto a la puesta en práctica de las recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño, ofrecieron una contribución y pruebas valiosas para informar sobre el desarrollo del nuevo programa del país del UNICEF.

## **Resultados y estrategias del componente del programa**

19. El objetivo general del programa del país es ayudar a Swazilandia a mantener su progreso con el fin de hacer realidad la Declaración del Milenio y alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la infancia. Este programa sigue centrándose en las prioridades del antiguo programa del país, puesto que los factores que afectan a la situación de los niños y las mujeres continúan siendo los mismos: el VIH/SIDA, la pobreza, el reducido acceso al agua y los servicios de saneamiento, y la sequía. Los principales resultados que se espera lograr son los siguientes:

a) Una mayor cobertura de la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño de calidad, así como de la atención pediátrica relacionada con el VIH con el objeto de reducir el índice de nuevas infecciones de VIH en madres y niños, tratar a niños infectados y realizar un seguimiento de las madres infectadas con el VIH para garantizar que reciban planificación familiar que evite los embarazos no deseados y el tratamiento antirretroviral;

b) Un aumento de la cobertura y la calidad de los servicios curativos para enfermedades de la infancia, especialmente neumonía, complicaciones maternas y neonatales y malnutrición aguda;

c) El refuerzo y la sostenibilidad de la cobertura de intervenciones de gran repercusión preventivas en relación con la salud de madres, recién nacidos y niños, la nutrición y el agua, los servicios de saneamiento y la higiene, centrándose en las regiones más afectadas, para abordar otros factores que influyen en la morbilidad y la mortalidad infantiles, como la neumonía y la diarrea;

d) Un incremento de las tasas de matriculación en la escuela primaria que asciendan desde el 93% de 2007 hasta el 100% para 2015, así como de las tasas de finalización de la educación básica de calidad tanto para niños como para niñas, que aumenten desde el 44% registrado en 2007 hasta el 70% en 2015;

e) Lograr que al menos el 90% de los niños y los jóvenes, en especial los adolescentes, posean conocimientos adecuados sobre el género, la subsistencia y la preparación para la vida necesaria para la prevención del VIH y para facilitar la transición a la vida adulta;

f) Un mayor acceso de los niños menores de 9 años, especialmente de los más vulnerables, a un paquete integral de servicios para el cuidado y el desarrollo del niño en la primera infancia que refleje las nuevas realidades causadas por el VIH/SIDA;

g) El fortalecimiento de los sistemas legislativos y de cumplimiento de la ley y la mejora de la capacidad de protección y respuesta a fin de proteger a mujeres y niños de la violencia, la explotación y el maltrato tanto a escala nacional como subnacional;

h) El refuerzo de los programas de protección social adaptados a las necesidades de los niños que vayan dirigidos a niños vulnerables y familias, incluidos aquellos infectados o afectados por el VIH;

i) El fortalecimiento de la capacidad institucional, en particular en el seno del Gobierno, para establecer una comunicación eficaz destinada a generar un cambio social y de comportamiento positivo que preste una especial atención a los comportamientos de alto riesgo relacionados con el VIH, incluidas las relaciones con varias parejas y con parejas simultáneas;

j) Iniciativas de investigación, análisis, evaluación y supervisión de políticas examinadas a la producción de pruebas de calidad destinadas a elaborar leyes, políticas, programas y presupuestos que tengan en cuenta las necesidades de los niños;

k) Unos sistemas y estructuras nacionales que mejoren la integración de la reducción del riesgo de desastres en los programas de desarrollo, incorporen las cuestiones de género, preparen a la población para las situaciones de emergencia y respondan a ellas a fin de asegurar el cumplimiento de los compromisos esenciales con los niños en situaciones de emergencia.

20. El programa del país se basará en los siguientes enfoques estratégicos:

a) La explotación de oportunidades presentadas por otros componentes del programa como plataformas para la prevención y el control del VIH con el objeto de mejorar la eficacia de las intervenciones específicas relacionadas con el VIH. Esto incluirá el recurso a las escuelas amigas del niño para promocionar la prevención del VIH, a clínicas prenatales para prevenir la transmisión de la madre al niño y a iniciativas de comunicación para abordar los factores de la epidemia.

b) El funcionamiento como catalizador y mediador para los asociados mediante la creación de consenso sobre los derechos del niño y el apoyo del pensamiento analítico e innovador y la puesta en común de experiencias. Se fomentará la cooperación con otros colaboradores para el desarrollo y donantes para reforzar el compromiso con los niños y captar recursos para ellos.

c) Subsanación de las lagunas de la capacidad de los responsables, a través de un enfoque de programación, haciendo hincapié en las disparidades que impiden que los niños y las mujeres conozcan sus derechos. Se promoverán enfoques orientados a la

familia y basados en la comunidad y se garantizará que las iniciativas para el desarrollo sean adecuadas y que se basen en capacidades y sistemas a nivel de la familia y la comunidad.

d) Uso de la comunicación para el desarrollo para influir en el cambio social y de comportamiento y para mejorar la aceptación de los servicios, a través de enfoques respetuosos con las diferencias culturales que se basen en logros anteriores y vinculen las normas tradicionales y religiosas a las normas internacionales.

e) Colaboración con los principales interesados para llevar a cabo programas piloto e identificar enfoques innovadores dirigidos a aumentar la participación significativa de niños, mujeres y hombres en las políticas, la planificación y la programación.

f) Incorporación en todos los componentes de las cuestiones relacionadas con el género, la reducción del riesgo de desastres y la sostenibilidad ambiental.

### **Relación del programa con las prioridades nacionales y el MANUD**

21. El nuevo programa del país se ha adaptado a las prioridades nacionales de desarrollo del Gobierno de Swazilandia, como se establece en la estrategia de lucha contra la pobreza y el plan de acción 2006-2015, el marco estratégico nacional sobre el VIH 2009-2014 y el programa de acción 2009-2013 del Gobierno de Swazilandia, así como en varios enfoques sectoriales. Preparado junto con el MANUD 2011-2015, el programa del país contribuye al respaldo de los cuatro pilares de las Naciones Unidas en Swazilandia: el VIH/SIDA, los servicios sociales básicos, la pobreza y la gobernanza. El programa del país refleja cambios en las prioridades nacionales de apoyo a los niños identificados durante el examen de mitad de período del plan nacional de acción para huérfanos y niños vulnerables, y proporciona también conclusiones de la valoración del progreso en cuanto a la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño.

### **Relación del programa con las prioridades internacionales**

22. La Convención sobre los Derechos del Niño y la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño encarnan los principios rectores del programa del país. El diseño del programa, las estrategias y los resultados previstos se han guiado por la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la iniciativa *Un mundo apropiado para los niños*, la Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo, el Programa de Acción de Accra y el Marco de Acción de Hyogo. Las principales esferas de resultados corresponden a los cinco ámbitos del plan estratégico de mediano plazo del UNICEF y recurren al enfoque basado en cuatro puntos, el plan estratégico de las cuatro "P", de la campaña Únete por la niñez, únete con la juventud, únete para vencer al SIDA<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Las cuatro "P" son 1) *prevención* de la transmisión del VIH de la madre al niño; 2) *provisión* de tratamiento pediátrico del SIDA; 3) *promoción* de la sensibilización para prevenir la infección entre los adolescentes y jóvenes; y 4) *protección* y respaldo de los niños afectados por el SIDA.

## Componentes del programa

23. **Supervivencia y desarrollo infantil.** Este componente responde directamente a las principales causas de mortalidad en los primeros años de vida. Se pondrá en práctica en el marco de la política del sector de la salud de Swazilandia, el plan estratégico nacional del sector de la salud, el marco estratégico nacional sobre el VIH y el SIDA y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Para cumplir los objetivos necesarios para lograr el acceso universal, este componente a) mantendrá y reforzará el apoyo del UNICEF a las intervenciones de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño y, en particular, la extensión del enfoque basado en cuatro puntos y destinado a la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño y a actividades relacionadas con el tratamiento pediátrico del SIDA, incluida la circuncisión neonatal masculina; b) invertirá en el desarrollo de la capacidad de las instituciones nacionales para asegurar la consolidación de los triunfos anteriores y aumentar la cobertura de otras intervenciones de gran repercusión preventivas para la salud materna, neonatal e infantil y de nutrición, incluida la asistencia prenatal, la asistencia especializada en el parto, la inmunización, la provisión de suplementos de vitamina A, la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria; y c) apoyará la mejora de la cobertura y la calidad de los servicios curativos para enfermedades de la niñez (especialmente neumonía, diarrea, complicaciones maternas y neonatales y malnutrición aguda) en un entorno en el que el VIH es una causa principal subyacente de la morbilidad, incluida la expansión de la cobertura de los servicios de agua, saneamiento e higiene para mujeres y niños de zonas rurales, especialmente de las escuelas primarias.

24. **Educación básica.** Este componente contribuirá a los esfuerzos del Ministerio de Educación y Formación dirigidos a proporcionar educación básica gratuita a todos los niños y prestará especial atención a los niños y niñas vulnerables. El componente dará prioridad al apoyo al Ministerio en los siguientes ámbitos: a) la planificación, coordinación, puesta en práctica y supervisión eficaces del sistema educativo y la promoción de la aprobación y ejecución de las políticas de educación; b) el acceso mejorado a los servicios educativos y la atención en la primera infancia, así como el acceso, el mantenimiento y la finalización de la educación básica, en particular para niños vulnerables, especialmente niñas; c) la expansión a todas las escuelas de la iniciativa de las escuelas amigas del niño, lo que reforzará la calidad de la educación en un entorno de protección; d) en colaboración con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la mejora de la calidad de las iniciativas para la prevención del VIH; e) el refuerzo de la atención a los profesores, la capacitación de éstos y las metodologías orientadas a los niños y que incorporen las cuestiones de género; y f) la creación de oportunidades de aprendizaje para niños y adolescentes que no asistan a la escuela.

25. **Protección infantil.** Este componente contribuye al marco estratégico nacional sobre el VIH y el SIDA, al plan nacional de acción para huérfanos y niños vulnerables, a la política de desarrollo social y a la política sobre la infancia de las siguientes maneras: a) mediante el apoyo de sistemas legislativos y de cumplimiento de la ley eficaces, así como la protección mejorada y la respuesta a la violencia, la explotación y el maltrato; b) mediante la asistencia a las instituciones pertinentes para la comunicación de la puesta en práctica de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y el seguimiento sistemático de las recomendaciones efectuadas por los correspondientes comités; y c)

mediante el refuerzo de los programas de protección social adaptados a las necesidades de los niños y dirigido a niños y familias vulnerables.

**26. Promoción y comunicación.** Este componente contribuirá a la respuesta nacional para la prevención del VIH, un ámbito que cobra mayor importancia a medida que Swazilandia consolida sus espectaculares logros en la prevención de la transmisión de la madre al niño y en la aplicación de un tratamiento más eficaz para personas seropositivas. a) Reforzaré la comunicación para el desarrollo y asegurará su integración en todos los ámbitos del programa a fin de generar un cambio social y de comportamiento positivo y se hará hincapié en la prevención de los comportamientos de alto riesgo y la violencia; b) otorgará a las comunidades, incluidos los niños, las mujeres y las familias, conocimiento exhaustivo, habilidades, motivación y autoridad para reducir riesgos y mitigar el impacto de la infección por VIH; c) fomentará la participación de niños y adolescentes a través del diálogo coherente sobre las cuestiones que les afectan; y d) comunicará los derechos de los niños y las responsabilidades relacionadas de forma que se respeten las diferencias culturales y se adapten a las necesidades de los niños.

**27. Política social, supervisión y evaluación.** Este componente hace hincapié en el VIH/SIDA y, en especial, en su prevención, así como en la reducción de la pobreza, la vulnerabilidad y las disparidades. a) Fortalecerá la capacidad de las instituciones relacionadas con los niños, tanto las del Gobierno como las de la sociedad civil, a fin de dirigir la investigación y el análisis de las políticas y producir así pruebas de calidad en apoyo de las leyes, las políticas, los programas y los presupuestos adaptados a las necesidades de los niños; b) reforzará los sistemas de información para la gestión, así como los sistemas de supervisión y evaluación en los niveles nacional y subnacional; c) creará alianzas con colaboradores para el desarrollo y con las partes interesadas de la sociedad civil a fin de promover la mejora de la situación de las mujeres y los más desfavorecidos, en particular; y d) asegurará la incorporación de las cuestiones de género en todos los componentes del programa.

**28. Los costos intersectoriales** incluyen costos de explotación así como la coordinación y planificación del programa, la gestión de la información estratégica y la coordinación de la reducción del riesgo de desastres y de la respuesta en situaciones de emergencia.

## **Principales asociados**

**29.** Los principales asociados del UNICEF en la puesta en práctica del programa del país serán los ministerios de Planificación Económica y Desarrollo, Salud y Educación y Formación, así como la Oficina del Viceprimer Ministro, que alberga la Unidad de Coordinación para la Infancia nacional, el Consejo Nacional de Respuesta de Emergencia al VIH/SIDA, y el organismo nacional de asistencia en casos de desastre. Las organizaciones de la sociedad civil, incluidas las organizaciones religiosas, continúan siendo asociados fundamentales en la prestación de servicios. Para ampliar la base de asociados y reforzar la capacidad se forjarán alianzas más sólidas con comunidades y organizaciones comunitarias. También se promocionarán los vínculos con las instituciones académicas y del sector privado para recurrir a ellos en áreas de competencia específicas. Con el espíritu de "unidos en la acción", el UNICEF trabajará en estrecha colaboración con todos los organismos de las Naciones Unidas en el país para lograr las prioridades nacionales de desarrollo a través del MANUD. Los interesados multilaterales y bilaterales que trabajan en ámbitos que afectan a niños del

país seguirán siendo valiosos asociados, como el Gobierno de los Estados Unidos de América, el Fondo Mundial y el Banco Mundial. Las alianzas mundiales también se aprovecharán para captar recursos para la infancia. En vista de la efectividad probada de los comités de interesados, el UNICEF promoverá el trabajo de esos comités como la Red de Protección de la Infancia, el Comité de Educación, así como los foros de interesados en los campos de la alimentación y la nutrición, y del agua, el saneamiento y la higiene. Los enfoques sectoriales emergentes se convertirán en mecanismos de coordinación en sectores sociales y guiarán la cooperación del UNICEF con los asociados.

### **Supervisión, evaluación y gestión del programa**

30. Los indicadores de rendimiento y los objetivos se basarán en el plan estratégico a mediano plazo y estarán en consonancia con el MANUD y los marcos de supervisión nacionales. Los datos se desglosarán por género, edad y región con el fin de poner de relieve las disparidades subyacentes. La información necesaria para supervisar el programa del país recurrirá a las fuentes nacionales, como SwaziInfo, los datos de la Oficina Central de Estadísticas, los informes de los sistemas de información de gestión nacional y las encuestas nacionales. El sistema de supervisión comunitario puesto en práctica recientemente proporcionará asimismo datos fundamentales para realizar un seguimiento de la situación de niños y mujeres. El UNICEF apoyará las capacidades nacionales para reunir, analizar y divulgar datos a través de la asistencia técnica y financiera, como parte de un movimiento nacional para promover la gestión basada en resultados.

31. La ejecución del proyecto se supervisará de forma directa por medio de visitas sobre el terreno, informes de progreso e inspecciones como parte de un enfoque armonizado en cuanto a las transferencias de efectivo. Se realizará un seguimiento mensual de las principales prioridades de gestión, al tiempo que los exámenes anuales conjuntos de las Naciones Unidas brindarán la oportunidad de consolidar la información sobre el progreso relacionado con la consecución de resultados identificados en el plan integrado de supervisión y evaluación y la matriz de resultados del MANUD. Los exámenes y las evaluaciones específicas del proyecto se realizarán de acuerdo con las necesidades identificadas. Éstas aportarán información a los responsables de la programación a través del aprendizaje continuo de la organización y contribuirán a un examen de mitad de período en 2013 y una evaluación de fin de ciclo en 2015. La revisión a mitad de período y la evaluación del programa del país estarán en consonancia con los procesos de revisión del MANUD y se llevará a cabo en colaboración con el Gobierno de Swazilandia. El equipo de gestión del país coordinará la puesta en práctica del programa del país, en colaboración con el Ministerio de Planificación Económica y Desarrollo.