



## Consejo Económico y Social

Distr. limitada  
2 de abril de 2012  
Español  
Original: francés

### Adopción de medidas

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

##### Junta Ejecutiva

##### Primer período ordinario de sesiones de 2012

5 a 8 de junio de 2012

Tema 5 a) del programa provisional\*

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

#### República de Guinea

##### *Resumen*

El proyecto de documento sobre el programa de la República de Guinea 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 44.710.000 dólares con cargo a los recursos ordinarios, con sujeción a la disponibilidad de fondos, y de 57.000.000 dólares con cargo a otros recursos, con sujeción a la disponibilidad de contribuciones para fines concretos, para el período comprendido entre 2013 y 2017.

\* E/ICEF/2012/9.

\*\* 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, junto con una matriz de resultados, a más tardar seis semanas después de que la Junta Ejecutiva lo examine en su período de sesiones anual de 2012. El documento revisado se presentará a la Junta Ejecutiva para su aprobación durante el segundo período ordinario de sesiones de 2012.



**Datos básicos†****(Corresponden a 2010 a menos que se indique otro año)**

Población infantil (menores de 18 años) (en millones)	4,9 <sup>a</sup>
Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos)	130
Niños con peso inferior al normal (porcentaje de casos moderados y graves, 2008)	21
(en las zonas urbanas/rurales y entre los más pobres/los más ricos)	15/23, 24/19
Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos, 2008)	680 <sup>a</sup>
Matriculación/asistencia en enseñanza primaria (porcentaje neto de niños/niñas, 2009)	79/69 <sup>b</sup>
Alumnos de enseñanza primaria que llegan al último grado (porcentaje de niños/niñas, 2008)	63
Utilización de fuentes mejoradas de agua potable (porcentaje)	74
Utilización de servicios mejorados de saneamiento (porcentaje)	18
Prevalencia del VIH en adultos (porcentaje, 15 a 49 años, hombres/mujeres, 2009)	1,3
Trabajo infantil (porcentaje de niños/niñas de 5 a 14 años, 2003)	25
Registro de nacimientos (porcentaje, menores de 5 años)	43
(porcentaje de niños/niñas, en las zonas urbanas/rurales, más pobres/más ricos)	44/42, 78/33, 21/83
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares EE.UU.)	380
Niños de 1 año inmunizados contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (porcentaje)	57
Niños de 1 año inmunizados contra el sarampión (porcentaje)	51

† 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/).

<sup>a</sup> 980 muertes por cada 100.000 nacidos vivos es la estimación para 2005 preparada por el Grupo Interinstitucional de Estimación de la Mortalidad Materna (OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial, junto con expertos técnicos independientes), ajustada para tener en cuenta la notificación incompleta y la clasificación errónea de la mortalidad materna. En [www.childinfo.org/maternal\\_mortality.html](http://www.childinfo.org/maternal_mortality.html) se puede encontrar más información al respecto.

<sup>b</sup> Datos de las encuestas.

## Situación de los niños y las mujeres

1. Guinea se caracteriza por una situación económica y social complicada y ocupa el puesto 156 de 169 en el Índice de Desarrollo Humano (2010). Entre 2006 y 2010, la tasa de crecimiento anual medio del producto interno bruto se situó en torno al 2,2% frente a un aumento anual de la población estimado en un 3,1%. La tasa de pobreza ha pasado del 53% en 2008 a algo más del 58% en 2011. El análisis de las disparidades regionales muestra que, de los cinco quintiles, los tres más pobres (en torno al 60% de la población) tienen una calidad de vida netamente inferior a la de los otros dos quintiles.

2. La reducción de la ayuda exterior debido fundamentalmente a la inestabilidad política de los últimos años y la desigualdad en la distribución de los recursos disponibles han tenido como consecuencia una degradación de los servicios sociales básicos (SSB) y un menor acceso a los mismos por parte de las poblaciones más pobres, especialmente las que habitan en las zonas rurales, lo que, a su vez, ha supuesto un deterioro de los indicadores de bienestar infantil.

3. En el sector de la salud, la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, que ha pasado de 163 a 130 por cada 1.000 nacidos vivos entre 2005 y 2010, sigue siendo elevada. El análisis de las tendencias muestra que los progresos realizados se han reflejado principalmente en la mortalidad juvenil, un poco menos en la mortalidad infantil y mucho menos en la mortalidad neonatal. El 68% de los niños menores de 5 años muere por tres causas principales: la malaria, las infecciones respiratorias agudas y las diarreas.

4. La tasa de mortalidad materna ha aumentado a 680 muertes por cada 100.000 nacidos vivos frente a 528 muertes por cada 100.000 en 1999. Ello se ha debido en gran medida al reducido porcentaje de partos atendidos por personal cualificado (48%, de los cuales un 32% corresponde a las zonas rurales y un 84% a las zonas urbanas). Además, el 80% de las muertes maternas estuvo directamente relacionado con causas obstétricas. El 97% de las mujeres embarazadas de las zonas urbanas y el 86% de las de las zonas rurales se benefician al menos de una red de protección de la infancia.

5. El 34% de los niños menores de 5 años sufren malnutrición crónica. De ellos, el 21% sufre esta enfermedad de forma grave. Los niños de 6 a 23 meses son los más afectados por la emaciación, en particular los del grupo de edades de 6 a 11 meses. Los dos tipos de malnutrición están directa o indirectamente relacionados con malas prácticas de lactancia materna, una alimentación complementaria inadecuada, una inseguridad alimentaria y una exposición habitual a agentes patógenos sin medidas sanitarias adecuadas.

6. La transmisión del VIH de madre a hijo ha aumentado en el medio urbano y en las zonas de mayor actividad económica. La seroprevalencia nacional del VIH es del 1,5%, mientras que la de las mujeres embarazadas que acuden a una red de protección de la infancia han pasado del 2,5% en 2008 al 3% en 2010. El 80 % de las personas que viven con el VIH en las zonas rurales no tienen acceso a atención médica.

7. Los costes directos, los indirectos y los bajos niveles de preescolarización limitan las posibilidades de acceso a las escuelas. Las tasas de permanencia y finalización del ciclo de estudios primarios siguen siendo bajas, especialmente en el

caso de las niñas y los niños vulnerables. Menos de un niño de cada dos comienza la enseñanza primaria a la edad obligatoria (7 años) y solo un niño de cada cinco en edad escolar termina la enseñanza primaria a la edad obligatoria (12 años). La tasa bruta de finalización en el caso de las niñas (44%) es 12 puntos inferior a la de los niños, sin duda debido a los efectos combinados de la escolarización tardía, los factores socioculturales nefastos y los embarazos precoces. De hecho, más de una mujer de cada cuatro (26%) de entre 15 y 19 años ya es madre.

8. Debido a la baja tasa de matriculación y a la tasa de deserción escolar (un promedio del 8%, un 13,2% en el caso de las niñas y un 6% en el caso de los niños en 2011), la cifra estimada de adolescentes no escolarizados o que abandonan los estudios se sitúa en 915.846, de los cuales 567.733 (62%) son niñas. La exclusión del proceso educativo y el desempleo juvenil provocan un sentimiento de frustración en los adolescentes, que se vuelven vulnerables. Esta situación supone también un reto para la consolidación de la paz.

9. Los embarazos precoces agravan el analfabetismo de las niñas y las exponen a una elevada mortalidad durante el parto. El promedio de nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años es de 154 en el conjunto del país: 104 en las zonas urbanas y 187 en las zonas rurales. Las adolescentes que inician su vida reproductiva son más numerosas en el quintil más pobre (39%) que en el de los más ricos (20%). Esta fecundidad precoz de las niñas se debe en gran parte a la sexualidad precoz así como a la pobreza de las familias.

10. La práctica de la ablación del clítoris y la mutilación genital femenina afecta a casi 9 de cada 10 mujeres de entre 15 y 19 años (90%), lo que expone a las jóvenes a riesgos de morbilidad y mortalidad elevados. Afecta a todas las capas sociales sin distinción de nivel de instrucción, religión o entorno. Para explicar la perpetuación de esta práctica se suelen alegar razones iniciáticas y de preparación para el papel de futura esposa.

11. La tasa de registro de nacimientos es baja (43%) y presenta grandes disparidades: un 59% de nacimientos no registrados en las zonas rurales frente a un 23% en las zonas urbanas. Este porcentaje varía entre el 37% en el caso de los quintiles más ricos y el 66% en el de los más pobres. Este bajo nivel de registro de nacimientos se debe a la distancia a la que se encuentran los centros del registro civil, al coste de la emisión de las actas de nacimiento y al analfabetismo de la mayoría de los padres, especialmente de las mujeres.

12. En general, tras estas cifras se ocultan disparidades entre Conakry y las demás regiones de Guinea. Por ejemplo, la tasa bruta de finalización de la enseñanza primaria en el caso de las niñas es del 94% en Conakry, mientras que en una región como Nzérékoré, al sur del país, asciende solo al 26%. La tasa de mortalidad de lactantes y de niños es del 92% en Conakry frente al 204% en las zonas rurales. Las poblaciones de las subprefecturas situadas fuera de la ciudad de Conakry no disponen de unos servicios sociales básicos funcionales y de calidad. Cuando los servicios existen y funcionan, el nivel de pobreza de las comunidades impide a sus habitantes acceder a ellos.

13. Por lo que respecta a la oferta y la demanda de servicios, el deterioro de la situación de los niños y las mujeres se explica por los siguientes factores: a) una insuficiencia de las inversiones en los servicios sociales básicos, lo que agrava las disparidades; b) unas estructuras insuficientes que no ofrecen servicios de calidad; y

c) las normas sociales, los comportamientos y las prácticas familiares. Esto, sumado a los retrasos en la disponibilidad de los datos y la escasa fiabilidad de estos, no favorece la supervivencia y el desarrollo del niño, pero contribuye a mantener los indicadores de bienestar del niño y de la madre a un nivel elevado.

14. El Gobierno de Guinea presentó su informe inicial al Comité de los Derechos del Niño en 1999 y el segundo informe, presentado en 2008 no se debatirá hasta junio de 2012, lo que demuestra el escaso seguimiento que reciben las recomendaciones formuladas por el Comité.

15. El país participa en la iniciativa en favor de los países pobres muy endeudados y la consecución del punto de culminación de la misma y las inversiones previstas en el sector minero suponen fuentes potenciales de disponibilidad financiera para el Gobierno.

## **Principales resultados y experiencia adquirida del programa de cooperación anterior, 2007-2012**

### **Principales resultados logrados**

16. Durante el ciclo pasado, el apoyo del UNICEF a las campañas periódicas ha permitido reducir el número de casos de tétanos neonatal (aunque 15 distritos se siguen considerando de “alto riesgo”) y el número de casos confirmados de fiebre amarilla. En 2011, Guinea registró dos casos confirmados de poliomielitis. Por el contrario, por lo que respecta a la inmunización sistemática, la situación ha empeorado para todos los antígenos, a excepción de las vacunas contra la tuberculosis y la fiebre amarilla. La tasa de primer contacto de las consultas de atención primaria curativa por niño y por año ha pasado de 0,37 en 2007 a 0,57 en 2009 y 2010. Esta recuperación ha permitido aumentar las coberturas de consulta prenatal 3 del 80% al 82% y de consulta de atención primaria curativa de 0,2 a 0,3 contactos/habitante/año entre 2009 y 2010. El porcentaje de partos atendidos por personal cualificado ha pasado del 48% en 2007 al 61% en 2011.

17. El estado nutricional de los niños ha mejorado en conjunto. La prevalencia de la malnutrición global ha pasado del 8% en 2007 al 5% en 2011, la malnutrición crónica del 40% al 34% y el peso bajo al nacer del 21% al 16%. Por el contrario, la tasa de lactancia materna exclusiva ha caído del 56% al 18% debido al retroceso del apoyo gubernamental y de los asociados para la promoción de esta práctica.

18. El UNICEF ha contribuido a ampliar la cobertura geográfica de la prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI), que ha pasado del 6,5% en 2006 al 28% en 2011. La proporción de mujeres embarazadas seropositivas atendidas en consulta prenatal a las que se han administrado antirretrovirales (ARV) para la PTMI ha pasado del 6,6% en 2006 al 26% en 2010 y el 9% de los niños nacidos de madres seropositivas han recibido un tratamiento profiláctico con ARV.

19. En relación con la incidencia del cólera, que era de más de 8.000 casos con 310 fallecimientos en 2007, en 2010 no se registró ningún caso y en 2011 se registraron solo dos casos (sin fallecimiento). El UNICEF ha contribuido a su reducción mediante la promoción del cloro y del uso de letrinas. El Saneamiento Total Liderado por la Comunidad (CLTS) y el abastecimiento de agua potable han permitido reducir la tasa de diarrea y de enfermedades hídricas, que ha caído un 77% en las zonas que han recibido ayuda.

20. Las tasas bruta y neta de matriculación en el primer curso han mejorado. La tasa bruta de matriculación ha pasado del 77% al 82% (del 74% al 76% en el caso de las niñas) entre 2007 y 2010. La tasa neta de matriculación ha pasado del 35% al 44% (del 34% al 41% en las niñas). Sin embargo, la tasa de finalización de los estudios ha caído del 59% (49% entre las niñas) al 57% (45% entre las niñas). La paridad entre los géneros, el avance hacia la finalización universal de la enseñanza primaria y la calidad de la educación siguen siendo temas preocupantes. El UNICEF ha desempeñado un papel importante en la aplicación del Programa sectorial de educación (PSE).

21. La tasa de registro de nacimientos ha aumentado y la atención que reciben los niños que han sido víctimas de abusos ha mejorado. Gracias a los esfuerzos conjuntos, la tasa de registro de nacimientos ha pasado del 28% al 43% entre 2005 y 2010. El sistema comunitario de protección de los niños se va construyendo progresivamente gracias a la implantación de más de 200 comités locales de protección. Se ha reforzado el marco jurídico, especialmente mediante la aprobación de 11 textos de aplicación del Código del Niño y de la firma y publicación de cinco órdenes que prohíben y reprimen la ablación del clítoris y la mutilación genital femenina.

### **Experiencias adquiridas**

22. El sector educativo posee una visión estratégica y cuenta con una planificación a largo plazo, definidas con el apoyo de los asociados técnicos y financieros (entre ellos el UNICEF), que incorporan la dimensión de equidad e identifican las intervenciones prioritarias en materia de educación básica. Existe un mecanismo de coordinación funcional entre los asociados técnicos y financieros y entre estos y el Gobierno. Este mecanismo debería garantizar la movilización de los fondos necesarios y la coordinación de las acciones en respuesta a las necesidades del sector. Se copiará esta estrategia en el sector sanitario.

23. La estrategia de descentralización del programa ha contribuido a reforzar el vínculo entre los niveles de toma de decisiones y los niveles operativos del Gobierno y de las subprefecturas. Ha permitido trabajar directamente con las comunidades y hacer un seguimiento estrecho de las intervenciones y los gastos. También cabe señalar la eficacia de las intervenciones de base comunitaria y una mayor facilidad para intensificar dichas intervenciones cuando las autoridades en los niveles desconcentrado y descentralizado se implican en la planificación, la ejecución y el seguimiento de las actividades. Esta descentralización permitirá, además, acompañar de forma más eficaz la ejecución de actividades integradas de base comunitaria y el fortalecimiento de los sistemas de seguimiento locales indispensables para el seguimiento de la eliminación de los cuellos de botella y de las barreras que reducen el impacto de las intervenciones a favor de los niños.

24. Los avances logrados gracias al Saneamiento Total Liderado por la Comunidad (un 77% de reducción de la diarrea) demuestran que una combinación del tratamiento del agua a domicilio y un saneamiento total, asimilados por las comunidades que compran el cloro y construyen sus letrinas sin ayuda exterior, puede generar un resultado espectacular en la reducción de enfermedades diarreicas y de infecciones helmínticas.

## Programa del país, 2013-2017

### Cuadro sinóptico del presupuesto

(En miles de dólares EE.UU.)

<i>Componentes del programa</i>	<i>Recursos ordinarios</i>	<i>Otros recursos</i>	<i>Total</i>
Salud de la madre y del niño	13 000	14 500	27 500
Nutrición	4 500	11 000	15 500
Los niños y el VIH/SIDA	4 510	5 000	9 510
Agua, higiene y saneamiento	4 500	6 000	10 500
Educación básica de calidad	6 500	10 000	16 500
Protección del niño	5 000	5 500	10 500
Políticas sociales, promoción, seguimiento y evaluación	3 700	3 000	6 700
<b>Total</b>	<b>44 710</b>	<b>57 000</b>	<b>101 710</b>

### Proceso de preparación del programa

25. En el marco de la preparación del nuevo Programa del país, la Oficina ha iniciado diversos encuentros (entre ellos un momento de reflexión estratégica con altos directivos), que han influido positivamente en las reflexiones sobre la equidad. Se han ofrecido indicaciones sobre acciones prioritarias y estratégicas que permitirían llegar a los niños más desfavorecidos. También se ha realizado un análisis de la situación de las mujeres y de los niños en colaboración con todas las estructuras desconcentradas y centralizadas, con las organizaciones no gubernamentales (ONG) y con el Parlamento de los Niños.

26. El próximo programa se inscribe en el contexto general del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD), del plan quinquenal y del documento de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP). El UNICEF no solo ha copresidido el Grupo de Armonización de Programas de las Naciones Unidas, sino también la temática “Servicios Sociales Básicos” del MANUD, en conexión con el DELP y el plan quinquenal. Las matrices de resultados del MANUD coinciden con las prioridades que recoge la estrategia de desarrollo alternativa.

### Resultados y estrategias de los componentes del programa

27. El Programa del país se inscribe en el marco de los objetivos del DELP y presta especial atención a los niños más vulnerables y desfavorecidos. Pretende contribuir a reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años en un 25%, a aumentar la tasa de finalización de la enseñanza primaria en un 20% y a brindar a los niños una protección equitativa y duradera. Además, contribuirá a crear un entorno en el que se ejerzan los derechos de los niños a participar en la toma de decisiones sobre las cuestiones que afectan a sus vidas.

28. Al mismo tiempo que desarrolla los ejes de intervención que emanan de las estrategias principales descritas anteriormente, el programa promoverá la incorporación del concepto de cambio de comportamiento en cada uno de los resultados intermedios de los diferentes componentes con el objetivo de fomentar la adopción de las prácticas esenciales de convivencia en familia en las subprefecturas

que presenten grandes disparidades. A largo plazo, esta estrategia intersectorial pretende lograr el siguiente resultado específico: que las comunidades, y en particular los grupos vulnerables y marginados, participen en el establecimiento de normas sociales favorables a la salud y al desarrollo del niño, fortaleciendo la adopción de las prácticas esenciales de convivencia en familia y el uso de los servicios sociales básicos prestando particular atención a la movilización en favor de la vacunación. Se reforzará la asociación con las organizaciones religiosas y los medios de comunicación para promover las prácticas esenciales de convivencia en familia y la participación de los jóvenes en los procesos de desarrollo.

29. Con el fin de llegar a los niños más desfavorecidos, el programa se basará en tres estrategias principales con las que se pretenderá lograr los siguientes objetivos: a) influir en el diálogo político para fortalecer los programas y las inversiones en favor de unos servicios sociales básicos accesibles, equitativos y de calidad; b) reforzar el sistema de gestión entre el nivel central y las subprefecturas; y c) reforzar y mejorar la prestación y el uso de los servicios a nivel comunitario, además de la adopción de normas y comportamientos fundamentales allí donde los indicadores de desigualdades son más importantes.

30. **Salud de la madre y del niño.** Este componente del programa se centrará en: a) un aumento de los recursos nacionales para financiar las intervenciones de gran impacto con vistas a reducir la mortalidad materna e infantil; b) la producción periódica de datos fiables que informen sobre la eficacia y el impacto de las intervenciones curativas, preventivas y promocionales de gran impacto; y c) unos servicios sanitarios de calidad disponibles y utilizados sobre todo por las mujeres y los niños menores de 5 años, en las zonas más desfavorecidas por su difícil acceso geográfico y la escasa cobertura de intervenciones.

31. Este componente tendrá por objeto acelerar la puesta en marcha de estrategias eficaces para la supervivencia y el desarrollo del niño. El UNICEF contribuirá a la elaboración del nuevo plan nacional de desarrollo sanitario y a los mecanismos de programación, presupuestación, ejecución y coordinación implantados por el Gobierno con los asociados técnicos y financieros. Se hará hincapié en el fortalecimiento del Programa ampliado de vacunación de rutina prestando apoyo a la renovación y la gestión de la cadena de frío, la mejora de la fiabilidad de los datos, la aplicación de la estrategia “Llegar a todos los distritos”, la introducción de nuevas vacunas para prevenir la neumonía y la diarrea y una acción decidida encaminada a erradicar la poliomielitis y a eliminar el sarampión. La atención integrada de las enfermedades del recién nacido y del niño y la promoción de las prácticas esenciales de convivencia en familia seguirán siendo estrategias fundamentales para luchar contra las enfermedades más letales.

32. **Nutrición.** Este componente del programa se centrará en la lucha contra la malnutrición crónica. Los resultados serán los siguientes: a) se presta un mayor apoyo financiero a la promoción de la lactancia materna exclusiva y de la alimentación complementaria para reducir las tasas de malnutrición; b) se generan en tiempo real datos estadísticos sobre el estado nutricional y se utilizan en la toma de decisiones políticas y programáticas; y c) las familias que viven en las regiones más desfavorecidas adoptan comportamientos que favorecen una buena nutrición de los niños menores de 5 años y aquellos que padecen malnutrición aguda reciben cuidados de calidad. Para ello, este componente hará hincapié en la introducción de una alimentación complementaria apropiada, el suministro de suplementos de

micronutrientes, la distribución de alimentos enriquecidos y la promoción de la diversificación de los alimentos consumidos por las comunidades. Se reforzará la atención prestada a las personas que sufren malnutrición aguda grave mediante la creación de centros terapéuticos de calidad y una buena gestión de los datos para lograr un buen aprovisionamiento de alimentos terapéuticos. Las estrategias consistirán en el refuerzo de las capacidades institucionales y de los interesados, la atención y la prevención comunitarias, el suministro de suplementos y la comunicación para el desarrollo.

**33. Los niños y el VIH/SIDA.** Este componente del programa contribuirá a reducir la propagación de la infección por el VIH entre los niños y a mejorar el acceso de los niños infectados al tratamiento antirretroviral. El objetivo es realizar la transición hacia la estrategia de eliminación de la transmisión de madre a hijo. Se adoptarán medidas para: a) fortalecer el diálogo político, programático y presupuestario con el fin de acelerar la prevención y la atención al VIH/SIDA infantil; b) disponer de datos fiables que permitan hacer un seguimiento de la aplicación y el impacto de las intervenciones; y c) administrar ARV a las mujeres embarazadas seropositivas para reducir el riesgo de transmisión de madre a hijo y prestar la atención adecuada a los niños seropositivos. La mejora del tratamiento de las madres seropositivas (incluido el diagnóstico precoz), el tratamiento y los cuidados a los lactantes expuestos al VIH, la prevención primaria y la atención prestada a los niños en situación vulnerable a causa del VIH serán ejes fundamentales de la intervención.

**34. Agua, higiene y saneamiento.** En el marco de este componente del programa se desarrollarán actividades integradas con los componentes de salud y educación para contribuir a reducir las tasas de mortalidad y de abandono de la enseñanza primaria entre las niñas. El componente “Agua, higiene y saneamiento” persigue dos resultados principales: a) el fortalecimiento del diálogo político, programático y presupuestario con el fin de buscar enfoques eficaces en función del costo para mejorar el entorno y reducir la incidencia de las enfermedades hídricas; y b) el acceso equitativo al agua potable y a los servicios de saneamiento en las comunidades, las escuelas y los centros sanitarios de las zonas desfavorecidas. El componente se centrará en los métodos de cloración y purificación del agua en el momento de su uso para reducir las consecuencias de la diarrea.

**35. Educación básica de calidad.** Este componente del programa se centrará en aumentar la tasa de finalización de la enseñanza primaria por parte de las niñas y de los niños de los grupos vulnerables de las regiones más desfavorecidas. Los resultados previstos son los siguientes: a) el Programa sectorial de educación (PSE) se actualiza y se incrementa su financiación para mejorar la calidad de la educación y la tasa de finalización de la enseñanza primaria por parte de las niñas y de los niños más desfavorecidos; b) la coordinación de la aplicación del PSE es efectiva a nivel centralizado y descentralizado y está respaldada por datos estadísticos fiables y obtenidos puntualmente; y c) se mejora la calidad y el éxito del aprendizaje entre todos los niños, en particular entre las niñas de las zonas desfavorecidas. Entre las principales intervenciones se incluyen la promoción de una educación preescolar de base comunitaria con el objetivo de fomentar el comienzo de la escolarización a la edad obligatoria (6 años), la ejecución de actividades innovadoras (tutoría, por parte de las niñas mayores, de las niñas más jóvenes con riesgo de abandono escolar, seguimiento del aprendizaje, clases para los niños que empiecen más tarde) para reducir la tasa de deserción escolar, mejorar los resultados y garantizar una

educación acelerada para los niños no escolarizados o que abandonaron la escuela antes de tiempo. Se hará hincapié en la promoción y puesta en práctica del modelo de “escuela amiga del niño”, centrándose en la intensificación de las pedagogías activas, la mejora del entorno y la participación de los niños en la vida y la gestión de las escuelas.

**36. Protección del niño.** Este componente del programa se centrará en la aplicación de mecanismos de registro de nacimientos y en la participación de los niños en todas las acciones que les afecten. Se prestará especial atención al desarrollo de una política de protección social para los niños más desfavorecidos en colaboración con diversos asociados. Se adoptarán medidas programáticas específicas para sortear las lagunas y los desafíos que afrontan los adolescentes con la vista puesta en la mejora de sus condiciones de vida, en la promoción de oportunidades y en la consolidación de la paz, haciendo hincapié en la reinserción social y profesional de los adolescentes en situación de riesgo. Los resultados previstos son los siguientes: a) se refuerzan los programas y presupuestos en favor de los niños más vulnerables; b) se implanta un sistema de gestión entre la administración central y las subprefecturas para hacer un seguimiento del registro de nacimientos y se producen regularmente datos sobre los casos de violencia contra los niños y se utilizan dichos datos en la toma de decisiones; y c) los niños y los jóvenes son reintegrados y se benefician de una respuesta multisectorial y las familias adoptan un comportamiento que propicia el registro de nacimientos y la reducción de los casos de mutilación genital femenina y los embarazos precoces. Se alcanzarán todos estos resultados gracias a la instauración de un sistema reforzado de protección de los niños.

**37. Políticas sociales, promoción, seguimiento y evaluación.** Este componente del programa prestará apoyo al análisis de las políticas nacionales, la elaboración de estrategias y el refuerzo de las capacidades de las principales instituciones del Gobierno para garantizar que las asignaciones de recursos y las intervenciones tengan en cuenta a las poblaciones más pobres de forma equitativa y duradera con asistencia para la consolidación de la paz. Asimismo, se centrará en la recopilación y difusión de datos correctamente analizados (por género, grupo y zona geográfica) para demostrar el impacto de los servicios en los niños más desfavorecidos. Con respecto a la antigüedad de los datos, se hará hincapié en la realización de una serie de encuestas y estudios como la encuesta de indicadores múltiples y la encuesta demográfica y de la salud (EDS IV). Los resultados previstos son los siguientes: a) el Gobierno adopta una programación y una presupuestación favorables a los pobres y equitativas a nivel nacional y una planificación en la que el niño desempeña un papel central en los procesos de desarrollo nacionales y que permite reducir las desigualdades; y b) los mecanismos y los sistemas de recopilación de los datos y de seguimiento de los indicadores sociales son funcionales y tienen en cuenta las cuestiones relacionadas con la equidad. Se instaura un marco de seguimiento y evaluación de la equidad que permite medir la eliminación de las barreras y cuellos de botella que impiden mejorar las condiciones de vida de los niños y de las mujeres.

**38.** El UNICEF coordinará la respuesta de los asociados en materia de nutrición, agua y saneamiento y educación en períodos de crisis y urgencia humanitaria (por ejemplo, inundaciones, desórdenes y conflictos sociales y conflictos en los países vecinos) que ponen en riesgo la obtención de los resultados esperados del programa.

Se adoptarán medidas útiles para mitigarlos y evaluarlos cada año y para ajustar en consecuencia las estrategias del programa.

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

39. El programa contribuirá directamente a alcanzar los objetivos del MANUD, que está formado por tres ejes estratégicos: a) la promoción de la buena gobernanza; b) la aceleración del crecimiento y la promoción de oportunidades de empleo y de ingresos para todos; y c) la reducción de la vulnerabilidad y la mejora de las condiciones de vida. Los diferentes componentes del Programa del país coinciden en el eje 3 con algunos subcomponentes del programa de Protección en el eje 2.

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

40. Los objetivos estratégicos del MANUD en la República de Guinea están inspirados en la Declaración del Milenio y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Por otra parte, la concepción del programa, las estrategias y los resultados previstos para el programa del UNICEF para el período 2013-2017 se han guiado por la Convención sobre los Derechos del Niño, la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Un mundo apropiado para los niños, la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda, el Programa de Acción de Accra y el Marco de Acción de Hyogo. El programa contribuye al plan estratégico a medio plazo del UNICEF y al documento “Únete por la niñez, únete con la juventud, únete para vencer al SIDA”.

### **Principales asociados**

41. El Gobierno sigue siendo el asociado prioritario del UNICEF. Además, el UNICEF seguirá colaborando con el Fondo Mundial, la Alianza Sanitaria Internacional, la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización y la Alianza Mundial para la Educación. Se va a reforzar la cooperación, especialmente con el Banco Mundial, la Unión Europea, el Banco Africano de Desarrollo, el Banco Interamericano de Desarrollo, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Alemania, Francia, Japón y los comités nacionales. El UNICEF seguirá cooperando con las organizaciones no gubernamentales y religiosas, que aportan un apoyo fundamental a los servicios sociales básicos y a las personas vulnerables a nivel comunitario. Se buscarán asociaciones estratégicas con las ONG internacionales y con los organismos del sistema de las Naciones Unidas en el marco del MANUD para intensificar las acciones de gran impacto en favor de los niños más desfavorecidos.

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

42. El ministerio de Cooperación Internacional y el ministerio del Plan, especialmente a través de la Unidad Central de Coordinación, se ocuparán de la coordinación del programa de cooperación. Se va a elaborar un plan de acción quinquenal y planes de acción anuales en colaboración con los ministerios correspondientes.

23. El UNICEF va a seguir trabajando en estrecha colaboración con los servicios estadísticos de los principales ministerios asociados para la puesta en marcha de mecanismos de recopilación de datos con el objetivo de disponer de estadísticas

oficiales de calidad, en un plazo oportuno y que se difundan a nivel centralizado para la toma de decisiones. Se ha previsto realizar una serie de encuestas y estudios para conocer la situación de los niños y los avances logrados, incluidos los avances obtenidos hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Las encuestas y los estudios identificados se incluirán en el Plan de Seguimiento y Evaluación de la Oficina. Además, el UNICEF reforzará el seguimiento de las actividades en sus oficinas descentralizadas. En 2015 se realizará un examen de mitad de período del programa.

---