



Consejo Económico y Social

Distr. limitada
8 de abril de 2004*
Español
Original: inglés

Adopción de medidas

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Junta Ejecutiva

Período anual de sesiones de 2004

7 a 11 de junio de 2004

Tema 4 del programa provisional**

Proyecto de documento del programa del país***

Zimbabwe

Resumen

La Directora Ejecutiva presenta el proyecto de documento del programa para Zimbabwe para su examen y para la formulación de observaciones. Se pide a la Junta Ejecutiva que apruebe el presupuesto global indicativo de 3.850.000 dólares con cargo a los recursos ordinarios, con sujeción a la disponibilidad de fondos, y por 14 millones de dólares con cargo a otros recursos, con sujeción a la disponibilidad de contribuciones para fines concretos, para el período 2005-2006.

* Se ha demorado la presentación del documento a fin de celebrar las necesarias consultas con la oficina del UNICEF en el país.

** E/ICEF/2004/8.

*** De conformidad con la decisión 2002/4 (E/ICEF/2002/8) de la Junta Ejecutiva, el presente documento se revisará y se publicará, junto con una matriz de resultados, en el sitio del UNICEF en la Web en octubre de 2004. La Junta Ejecutiva procederá a aprobarlo en su primer período ordinario de sesiones de 2005.

*Datos estadísticos básicos**(correspondientes a 2002 a menos que se indique otro año)*

Población infantil (menores de 18 años, en millones)	6,6
Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos)	123
Niños con peso inferior al normal (porcentaje de casos moderados y graves, 2003)	17
Tasa de mortalidad derivada de la maternidad (por 100.000 nacidos vivos, 1995-1999)	700*
Tasa de matrícula en la enseñanza primaria (porcentaje neto de niños/niñas, 2000)	80/80
Alumnos de la enseñanza primaria que llegan al quinto grado (porcentaje, 1999)	94
Acceso a fuentes mejoradas de agua potable (porcentaje, 2000)	83
Prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en adultos (porcentaje, 2003)	24,6
Trabajo infantil (porcentaje de niños de 5 a 14 años)	...
Ingreso nacional bruto per cápita (en dólares EE.UU.)	**
Niños de 1 año inmunizados contra:	
Difteria/tos ferina/tétanos (porcentaje)	58
Sarampión (porcentaje)	58

* Según la OMS, el UNICEF y el UNFPA, en 2000 la tasa de mortalidad derivada de la maternidad fue de 1.100 por cada 100.000 nacidos vivos. Esta estimación se ha ajustado para tener en cuenta errores de clasificación y la falta de informes.

** La cifra fluctúa entre 735 dólares y menos.

Situación de los niños y las mujeres

1. Según el proyecto de evaluación común para el país, el informe sobre el cumplimiento en el país de los objetivos de desarrollo del Milenio y otros informes, en Zimbabwe se viene experimentando un retroceso del progreso logrado en los esfuerzos por garantizar la salud y el bienestar de los niños y las mujeres en el país. Si bien existen deficiencias en los datos presentados recientemente, se observan claramente varias tendencias. Por ejemplo, la esperanza de vida disminuyó de 61 años a principios del decenio de 1990 a 43 años en 2001, al tiempo que se prevé que disminuya a 35 años para el 2005. Entre 1989 y 1999 las tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años aumentó de 40 a 65 por 1.000 nacidos vivos y de 59 a 102 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente. La tasa de mortalidad derivada de la maternidad, medida de la solidez de los servicios de salud, empeoró de 283 por 100.000 nacidos vivos en 1994 a 685 por 100.000 nacidos vivos en 1999. Para que Zimbabwe logre retomar el camino hacia la consecución de los objetivos del Milenio, es indispensable que se siga prestando apoyo a los programas eficaces destinados a mejorar la situación de los niños y las mujeres.

2. Las dos causas inmediatas de la elevada mortalidad y del retroceso del progreso logrado son una combinación de enfermedades que pueden prevenirse y la malnutrición. La creciente carga que representan las enfermedades se evidencia en el resurgimiento de epidemias de paludismo, cólera, disentería y tuberculosis. Los desplazamientos de la población desde zonas no endémicas a otras endémicas ha hecho más difícil prevenir el paludismo. Anualmente se registran 2 millones de casos de paludismo, al tiempo que aumenta la mortalidad debida a esa enfermedad. Tras alcanzar niveles universales en 1990, la inmunización disminuyó bruscamente después de 1997. El porcentaje de la población inmunizada con la vacuna triple contra

la difteria, la tos ferina y el tétanos disminuyó del 83% en 1995 a 47% en 1999. Las epidemias recurrentes del cólera en algunos distritos denotan un empeoramiento de las condiciones de higiene y del abastecimiento y la calidad del agua y el saneamiento. No funcionan casi la mitad de los pozos perforados en las zonas rurales.

3. En los decenios de 1980 y 1990 los niveles de retraso en el crecimiento de menores de 5 años de edad disminuyeron del 38% al 26%, al tiempo que los porcentajes de niños con un peso inferior al normal se mantuvieron entre el 13% y el 16%. No obstante, según la encuesta demográfica y de salud, entre 1999 y 2003 el porcentaje de niños con un peso inferior al normal aumentó del 14% al 17%. Los casos de emaciación aumentaron de aproximadamente el 1% en 1988 al 6% en 1996, nivel que parece haberse mantenido a lo largo de la crisis humanitaria, pues, según se informa, el porcentaje de casos de emaciación es del 5% (Ministerio de Salud/UNICEF, 2003). Conjuntamente con un bajo peso al nacer, las carencias de vitamina A y de yodo y la anemia por carencia de hierro siguen siendo importantes motivos de preocupación en materia de salud pública. Las prácticas de alimentación deficientes, la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), la crisis de los huérfanos y una reducción de la capacidad de atención contribuyen a agravar los elevados niveles de severa malnutrición que se registran en Zimbabwe.

4. Las causas subyacentes de la elevada malnutrición, morbilidad y mortalidad son la inseguridad alimentaria y el empeoramiento de los servicios sociales y la capacidad de atención en todos los planos. Otrora exportador neto de alimentos, Zimbabwe ha recibido asistencia alimentaria desde 2002 por una combinación de años sucesivos de sequía, la epidemia del VIH/SIDA y las consecuencias imprevistas de la reforma agraria. La media de personas que padecen inseguridad alimentaria oscila entre 5 millones y 7 millones, de los cuales del 60% al 70% son niños y mujeres. En las zonas urbanas el aumento de la inseguridad alimentaria está vinculado a un aumento de la pobreza. Según una evaluación de la vulnerabilidad en las zonas urbanas efectuada en 2004, la pobreza en esas zonas se duplicó desde 1995, a consecuencia de lo cual alrededor de 2,5 millones de pobladores urbanos padecen inseguridad alimentaria. En esa evaluación los factores que más influían en la seguridad alimentaria eran la inflación, el elevado costo de los servicios, el desempleo, los altos impuestos, las defunciones, las enfermedades y los gastos de hospital.

5. La disminución del gastos público y en infraestructuras, combinado con la notable pérdida de recursos humanos, ha contribuido a erosionar severamente los sistemas de salud pública y enseñanza. Esos dos sectores se caracterizan por la escasez de suministros fundamentales, la reducción de la accesibilidad a causa de un personal deficiente e inadecuadamente motivado y el debilitamiento de la capacidad de planificación y gestión. En la salud se ha registrado la mayor pérdida de recursos humanos atribuible a la "fuga de cerebros" y a la mortalidad del SIDA. Por ejemplo la tasa de vacantes en las 1.530 plazas para médicos es del 55%, al tiempo que en las 11.640 plazas para enfermeras es del 40%. Al ocupar los pacientes del SIDA hasta un 70% de las camas de hospital, los servicios de salud se ven sobrecargados, lo que hace que sea difícil para el Ministerio de Salud mantener los servicios indispensables, incluidos los de divulgación y reacción en casos de epidemias.

6. El SIDA es la principal enfermedad mortífera entre adultos y niños, pues se calcula que 3.290 personas (2.600 adultos y 690 niños) fallecieron a causa del SIDA semanalmente en 2003. Más del 90% de los niños con VIH han sido

infectados mediante la transmisión de padre a hijo, al tiempo que la mayoría de los adultos han sido infectados en las relaciones heterosexuales. Las niñas y las mujeres representan casi el 80% de los jóvenes de 15 a 24 años de edad infectados por el VIH. La prevalencia del VIH entre los adultos se ha disparado en los últimos decenios al aumentar de menos del 1% en 1983 a alrededor del 25% en 2003, según las estadísticas para 2003 del Ministerio de Salud, el Center for Disease Control and Prevention de los Estados Unidos y el Programa conjunto y de copatrocinio de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). La tendencia viene nivelándose, gracias en gran parte al compromiso político del Gobierno, que declaró el VIH/SIDA una catástrofe nacional y dispuso un impuesto del 3% que se recaudaría de los sueldos de los funcionarios públicos y que se reservaría para las actividades del VIH/SIDA por conducto del Consejo Nacional contra el SIDA. No obstante, la escala de la epidemia sigue siendo motivo de preocupación. Del total de más de 1.820.000 personas infectadas en 2003, aproximadamente 1.540.000 personas eran adultos de 15 a 49 años de edad y 165.000 eran menores de 14 años de edad. Las mujeres representaban el 56,5% de los adultos, al tiempo que los menores de 14 años de edad representaban el 9% del total. La desigualdad de las relaciones de poder entre el hombre y la mujer fomentan la enfermedad, especialmente mediante la transmisión intergeneracional. Según se calcula, alrededor del 67% de las mujeres de 15 a 24 años de edad tienen relaciones sexuales con hombres entre 5 y 10 años mayores que ellas, al tiempo que de cada cinco mujeres de 15 a 29 años de edad, más de una ha declarado haber sido obligada a tener relaciones sexuales.

7. La consecuencia más devastadora de la enfermedad ha sido la aparición de generaciones de huérfanos. De la cifra estimada de 1 millón de huérfanos en Zimbabwe en 2003, cerca de 761.000, esto es el 75%, quedaron huérfanos a causa del SIDA, cifra que, según se espera, será superada por la de 1,3 millones en 2005. Esa cifra no incluye a aproximadamente el 20% de los huérfanos en el grupo de edades de 15 a 17 años que no figuran en las actuales estadísticas. Para 2010 más del 20% de los niños serán huérfanos, comparado con la actual cifra de alrededor del 15%, según una proyección del UNICEF correspondiente a 2003. Como promedio, alrededor del 2% de los huérfanos son menores de 1 año de edad, el 15% menores de 4 años de edad, el 35% de 5 a 9 años de edad y el 50% de 10 a 14 años de edad. La mayoría de los huérfanos viven en zonas rurales ya que los padres tienden a volver a migrar a sus aldeas natales cuando enferman. Si bien las comunidades absorben la mayoría de los huérfanos mediante un sistema de la familia ampliada, ya de por sí sometida a enormes presiones, muchos huérfanos están a cargo de abuelos pobres, padres postizos o hermanos mayores. Dada la magnitud del problema, es más probable que las familias que acogen a huérfanos experimenten mayor pobreza debido al aumento del número de personas a cargo por cada persona que cuida, un promedio de 2,2, en comparación con el promedio de 1,4 en las familias con niños sin huérfanos.

8. Es más probable que el desarrollo psicosocial de los niños que han quedado huérfanos a causa del SIDA se vea más afectado por el estrés que entraña ver cómo los padres mueren lentamente a causa de la enfermedad, por la separación de sus familiares y por el poderoso estigma y la discriminación asociados con la enfermedad. Es menos probable que esos niños tengan una partida de nacimiento, asistan a la escuela y tengan acceso a servicios de salud, agua o saneamiento. Al propio tiempo, es más probable que esos niños estén malnutridos, padezcan inseguridad alimentaria y enfermedades y vivan o trabajen en las calles, o que sean víctimas de las

peores formas de maltrato. También es más probable que los huérfanos no puedan heredar bienes al carecer de certificados oficiales de últimas voluntades. Según calculan los analistas, el 25% de todos los niños viven como mínimo con un padre seropositivo que no tiene acceso a la terapia antirretroviral.

9. Se vienen erosionando varios logros importantes registrados en la educación en el decenio de 1990. En 2000 la tasa neta de matriculación en Zimbabwe había alcanzado el 92%, al tiempo que la tasa de alfabetización de jóvenes de 15 a 24 años de edad era del 98%. La matrícula escolar se caracterizaba por la paridad entre los sexos. Esos resultados obedecían en gran medida a las políticas de promoción de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria, incluida la Ley de la enseñanza gratuita de 1987. No obstante, la introducción del pago de derechos e impuestos de matrícula en el decenio de 1990, sumada a la compleja situación de emergencia actual, contribuyó a contrarrestar los efectos positivos de la política de enseñanza gratuita. Desde 2000 la matrícula ha disminuido un 30%, del 95% al 67% en el caso de los niños y del 90% al 63% en el de las niñas. En 2000 las tasas de terminación de los estudios, que habían alcanzado el nivel máximo del 83% en 1990, disminuyeron al 75%, con un 10% de niñas y un 5% de niños que no terminaron sus estudios. Los costos cada vez mayores de las matrículas, los libros de texto y los uniformes, además de los efectos del hambre y el VIH/SIDA, han influido negativamente en la matrícula, la asistencia y la capacidad de aprendizaje. Dado el empeoramiento de la situación de la educación, se precisan nuevos medios para hacer frente a esas cuestiones. Políticas tales como los planes recientes de educar a unos 800.000 huérfanos y niños vulnerables mediante el módulo de asistencia a la enseñanza primaria necesitan apoyo.

10. El rápido empeoramiento de la economía también ha hecho retroceder los logros sociales y económicos de Zimbabwe. Pese a los diversos planes nacionales de reanimación económica, el producto interno bruto real per cápita disminuyó de un 5,5% en 1990 a un menos 14,1% en 2003, con un 600% de inflación. Este empeoramiento ha contribuido a reducir la capacidad de inversión en los niños y en sectores fundamentales. En 2003 la pobreza abarcaba a aproximadamente el 70% de la población, en comparación con un 40% a fines del decenio de 1980, con niveles de pobreza en las zonas rurales considerablemente mayores a los de las zonas urbanas y mayores también en los hogares con padres con enfermedades crónicas o encabezadas por niños, mujeres y abuelos. Para revitalizar la economía se precisan cambios fundamentales de política que trasciendan las recientes campañas en materia de política monetaria y lucha contra la corrupción.

11. Las luchas políticas, unidas a la introducción de una reforma agraria desorganizada, han contribuido a multiplicar los problemas económicos de Zimbabwe, han provocado la polarización política y han creado tirantez en las relaciones con los países donantes. Las sanciones internacionales, combinadas con la decisión del Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y la mayoría de los donantes de retirarse de la cooperación para el desarrollo, han contribuido a empeorar las perspectivas de recuperación. Los preparativos de las elecciones parlamentarias de marzo de 2005 agudizarán con toda probabilidad las actuales tensiones políticas. Si bien las cuestiones relacionadas con la gestión pública y los derechos humanos son polémicas, el Gobierno ha reiterado que son cuestiones prioritarias “la promoción de los derechos fundamentales”, en particular los derechos de las mujeres y los niños, y el apoyo a la creación de un entorno en que se promuevan, se protejan y se ejerzan los derechos.

12. Sólo se financió el 54% (24,8 millones de dólares) del presupuesto total de 45,8 millones de dólares aprobados por la Junta Ejecutiva a consecuencia de la retirada de los donantes. Se recaudaron otros 13,9 millones de dólares por medio del proceso de llamamiento consolidado, con lo cual el total de recursos de otro tipo alcanza el 85% del presupuesto.

Principales resultados y enseñanzas aprendidas de las actividades de cooperación, 2000-2004

Principales resultados

13. Pese a las limitaciones provocadas por la insuficiencia de fondos, se realizaron progresos positivos en diversas esferas con la cooperación de los siguientes donantes: Australia; Bélgica; el Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA), el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo y los Centers for Disease Control and Prevention; Dinamarca; la Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea; Italia; Irlanda; el Japón; los Países Bajos; Nueva Zelandia; Noruega; la Iniciativa sobre Micronutrientes; Rotary International; Sudáfrica; la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo; la Fundación de las Naciones Unidas; el Departamento para el Desarrollo Internacional del Gobierno del Reino Unido; la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID); y varios comités nacionales por el UNICEF.

14. Tres resultados merecen una atención especial. En primer lugar, se logró detener la disminución de las tasas de inmunización mediante actividades del Ministerio de Salud y Bienestar Infantil, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el UNICEF y otros asociados, al tiempo que varios comités nacionales pro UNICEF, el CIDA y la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización proporcionaron fondos o asistencia. El UNICEF aportó asistencia financiera y técnica y proporcionó vacunas y suministros conexos. Como consecuencia de las actividades combinadas, la proporción de la población vacunada sistemáticamente contra la difteria, la tos ferina y el tétanos aumentó del 47% en 1999 al 58% en 2002. Además, el apoyo prestado a las jornadas especiales de inmunización permitió que se lograra vacunar al 95% de la población contra el sarampión, al tiempo que los suplementos de vitamina A llegaron al 90% de la población en 2002. En 2003 las actividades complementarias llevadas a cabo en 16 distritos de bajo rendimiento lograron similares tasas de cobertura.

15. En segundo lugar, la situación relativa a la nutrición se estabilizó mediante la alimentación suplementaria y terapéutica, alcanzándose una tasa de emaciación del 5%. Este empeño del Gobierno contó con el apoyo del Programa Mundial de Alimentos (PMA), las organizaciones no gubernamentales y el UNICEF, al tiempo que la Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea, el Departamento para el Desarrollo Internacional del Gobierno del Reino Unido y Noruega proporcionaron financiación. La asistencia del UNICEF benefició a más de 770.000 menores de 5 años de edad con alimentación suplementaria y a casi 4.500 niños con alimentación terapéutica.

16. En tercer lugar, el primer Plan de Acción nacional de Zimbabwe en favor de los huérfanos y niños vulnerables se elaboró y se aprobó mediante la celebración de una conferencia nacional. El apoyo técnico y la financiación facilitados por la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Italia, los Países Bajos, el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional y varios comités nacionales

pro UNICEF ayudó a movilizar a asociados e interesados, incluidos los niños, a fin de crear el plan e iniciar su ejecución.

Experiencia adquirida

17. La principal enseñanza que se desprende del enfoque basado en los derechos humanos de la programación que se ha aplicado en Zimbabwe contribuyó a desarrollar la capacidad de las comunidades de movilizar sus recursos y aprovechar la asistencia externa eficazmente en respuesta a situaciones de emergencia humanitaria. La elaboración de planes de acción comunitarios, con anterioridad a las situaciones de emergencia, en que se precisen las necesidades de los grupos de alto riesgo, así como la introducción de registros de aldea y mapas de vulnerabilidad habían contribuido a crear conciencia de los derechos, las obligaciones y las funciones de los dirigentes de aldea y de las familias y habían facilitado la organización de la movilización local a fin de responder a situaciones de emergencia.

18. Otra importante enseñanza se refiere a la utilidad de aplicar la experiencia adquirida y las prácticas óptimas a nivel de la comunidad para ejercer influencia en las políticas y estrategias en el plano nacional. La naturaleza potenciadora del enfoque del fomento de la capacidad centrada en la comunidad y el éxito que ha tenido en la movilización relacionada con las actividades sociales comunitarias han contribuido a que el Gobierno se convenciera de la necesidad de iniciar un examen de su estrategia de descentralización con vistas a fomentar una mayor participación de la comunidad por conducto del consejo de desarrollo rural y en la formulación del Plan de Acción nacional en favor de los huérfanos y niños vulnerables.

El programa del país, 2005-2006

Cuadro sinóptico del presupuesto

(En miles de dólares EE.UU.)*

<i>Programa</i>	<i>Recursos ordinarios</i>	<i>Otros recursos</i>	<i>Total</i>
Salud, nutrición y medio ambiente	800	4 000	4 800
Educación infantil y preparación para la vida	590	3 200	3 790
Protección de la infancia	460	4 000	4 460
El VIH/SIDA y el desarrollo de los jóvenes	700	2 400	3 100
Gastos multisectoriales	1 300	400	1 700
Total	3 850	14 000	17 850

* Se prevé que se aportará financiación adicional en respuesta a los llamamientos unificados para 2005-2006.

Proceso de preparación del programa

19. En el proceso de preparación participaron contrapartes del Gobierno, otros organismos de las Naciones Unidas, la sociedad civil, donantes y jóvenes, bajo la coordinación del Ministerio de Finanzas. Después de los exámenes de mitad de período, anual y de final de ciclo de programación, incluidos un examen conjunto de mitad de período del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) y

análisis actualizados sobre la situación de los niños, se elaboraron los proyectos de evaluación común para el país y del MANUD sobre la base de consultas de alto nivel entre las Naciones Unidas y el Gobierno. Otros procesos decisivos fueron la elaboración del informe sobre los objetivos de desarrollo del Milenio y el proceso de llamamientos unificados. También se realizó un examen de las evaluaciones ambientales del programa.

Objetivos, principales resultados y estrategias

20. Los elementos centrales del programa del país son los niños huérfanos y otros niños vulnerables y el VIH/SIDA. Todos los componentes del programa integran en sus estrategias y actividades la prevención del VIH y de la orfandad, y la supervivencia, protección y desarrollo de los niños huérfanos y otros niños vulnerables, así como el cuidado de las personas afectadas por el VIH/SIDA y la mitigación de sus sufrimientos. Los huérfanos se definen como niños menores de 18 años que han perdido a uno de los padres (huérfano de madre o de padre) o que han perdido a ambos (huérfano de ambos padres). Otros niños vulnerables incluyen a los niños seropositivos o cuyos padres viven con el VIH/SIDA, los niños de familias indigentes, y a los niños con discapacidad, que han sido víctimas de malos tratos o que viven en la calle.

21. El objetivo del programa del país es promover el derecho de todo niño de Zimbabwe a acceder a servicios sanitarios de calidad y a la enseñanza básica, a la vez que recibe un tratamiento equitativo y protección. Se presta especial atención a los niños huérfanos y otros niños vulnerables y al VIH/SIDA.

22. La estrategia general del programa del país consiste en desarrollar las capacidades de los responsables del cuidado y el bienestar de los niños, desde el nivel de la comunidad hasta el nivel nacional, para respetar, promover, proteger y realizar los derechos de los niños, prestando especial atención a los niños huérfanos y otros niños vulnerables y al VIH/SIDA, en una situación humanitaria prolongada y en deterioro. El programa se ejecutará en un período de dos años y se examinará anualmente para asegurar que responda y se ajuste de manera adecuada a los cambios en el macroambiente. Los logros de la estrategia del programa en la ejecución de programas del país anteriores se adaptarán al nuevo programa en dos niveles.

23. Primero, a nivel de la comunidad, el UNICEF apoyará el desarrollo de la capacidad de las familias y comunidades vulnerables a fin de reducir la vulnerabilidad de los niños huérfanos y otros niños vulnerables y promover su acceso a servicios sociales básicos y medios de vida sostenibles. En las actividades se utilizará un enfoque holístico que abarque todas las facetas y etapas de la vida del niño. La asistencia se centrará en 18 distritos que servirán de modelos innovadores e incluirá por lo menos un distrito de cada una de las 10 provincias que abarca el programa. Los criterios para la selección de los distritos se basan en el número de huérfanos, los niveles de prevalencia de las enfermedades de transmisión sexual como indicador directo de la incidencia del VIH/SIDA, y los niveles de población infantil y pobreza. Segundo, a nivel nacional, el UNICEF promoverá políticas, estrategias y reformas jurídicas e institucionales nacionales que garanticen la realización y la vigilancia del respeto de los derechos del niño en general, prestando especial atención a los niños huérfanos y otros niños vulnerables y al VIH/SIDA. Se continuará prestando servicios esenciales a nivel nacional, incluidos servicios de inmunización y enseñanza.

24. Los principales resultados previstos incluyen una reducción de la tasa de niños huérfanos; la equidad de género en la atención básica de la salud y la enseñanza y el acceso a ellas para 1 millón de huérfanos; y una disminución de la estigmatización de los huérfanos y la discriminación contra ellos, así como de la incidencia del VIH y el maltrato de menores.

Relación del programa con las prioridades nacionales y el MANUD

25. El programa del país establece una relación entre las prioridades nacionales para la asistencia que prestan las Naciones Unidas, que figuran en el informe sobre los progresos logrados en Zimbabwe en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio, el proyecto de evaluación común del país y el MANUD, el programa nacional de reactivación económica y diversos documentos normativos y jurídicos. Los documentos incluyen el Plan de Acción nacional a favor de los niños huérfanos y otros niños vulnerables para 2003, el Plan de Acción para la revitalización del sistema de atención de la salud para 2004, el marco normativo y estratégico nacional para el VIH/SIDA y la política de género de 2004.

Relación entre el programa y las prioridades internacionales

26. El programa del país se basa en la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño. En el programa se abordan las cinco prioridades establecidas en el plan estratégico de mediano plazo del UNICEF, las cinco prioridades establecidas en el programa de liderazgo regional de África oriental y meridional, el plan de acción de “Un mundo apropiado para los niños” y los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la infancia, prestando especial atención a los niños huérfanos y otros niños vulnerables y a la lucha contra el VIH/SIDA.

Componentes del programa

Educación infantil y preparación para la vida

27. El programa de educación infantil y preparación para la vida, que se concentra especialmente en la educación de los niños huérfanos y otros niños vulnerables, procura: a) aumentar la matrícula de niños y niñas en la escuela primaria; b) reducir las tasas de deserción escolar relacionada con el entorno escolar; c) mejorar la calidad y la pertinencia de la enseñanza; d) reducir las disparidades de género en la enseñanza básica; e) incorporar en la enseñanza primaria la preparación para la vida y el desarrollo de las aptitudes para la supervivencia; y f) contribuir al proceso nacional de examen de las políticas de educación. Se forjarán vínculos entre las actividades relativas a la violencia en las escuelas y sus alrededores, el agua y el saneamiento en las escuelas y la inscripción de nacimientos en los 18 distritos y el programa de alimentación escolar del Programa Mundial de Alimentos (PMA). Los principales asociados responsables de la coordinación serán el Ministerio de Educación, Deportes y Cultura y el Ministerio de Enseñanza Técnica y Superior.

28. El UNICEF promoverá amplias asociaciones para llevar a cabo una reforma de las políticas de educación que vele por los intereses de los niños huérfanos y otros niños vulnerables, promueva la inclusión y la no discriminación y garantice un acceso equitativo y tenga en cuenta las cuestiones de género, la finalización de la enseñanza y el aprovechamiento en los estudios. Se hará hincapié en las iniciativas basadas en el hogar y en la comunidad que desarrollen las capacidades institucionales y las capacidades basadas en los distritos y centros en materia de educación y cuidado de los niños en la primera infancia y que permitan a los huérfanos matricularse en la escuela y terminar su educación. El UNICEF alentará la participación de comités de padres y maestros, cuidadores y niños huérfanos y otros niños vulnerables en la administración de las escuelas y la prevención del VIH/SIDA, y procurará oportunidades alternativas de educación para los niños como medio de prevenir el abuso sexual.

29. Se propugnarán el examen de los planes de estudios y la consolidación de oportunidades de educación académica y complementaria de calidad para los niños huérfanos y otros niños vulnerables, que estén basadas en la preparación de los niños para la vida y el desarrollo de sus aptitudes para conseguir medios de subsistencia. A fin de preservar los recursos humanos en la enseñanza, se movilizará a los maestros para que accedan a servicios adecuados de prevención y atención del VIH/SIDA, especialmente para que accedan a las terapias antirretrovirales en sus lugares de trabajo. Se incorporará una perspectiva de género, especialmente mediante el suministro de datos desglosados por género, la promoción de una socialización positiva que tenga en cuenta las cuestiones de género desde los primeros años de la infancia, la garantía de la seguridad de las niñas que asisten a la escuela, la prevención de la explotación sexual y económica, actividades relativas a los costos directos y de oportunidad de la escolarización, y el trabajo con los maestros para reducir sus inhibiciones en las conversaciones sobre el sexo y la sexualidad que llevan a cabo en el contexto de la enseñanza respecto del VIH/SIDA. El UNICEF también prestará apoyo para analizar las tendencias en la educación de los huérfanos y vigilar los resultados del aprendizaje.

Salud, nutrición y medio ambiente

30. El programa de salud, nutrición y medio ambiente contribuirá a alcanzar los objetivos del Plan de Acción nacional para la reactivación del sector de la salud a fin de reducir la mortalidad maternoinfantil causada por enfermedades infantiles que se pueden prevenir, la malnutrición y los problemas de salud reproductiva. Los responsables de la coordinación del programa son el Ministerio de Salud y Bienestar Infantil, el Consejo Nacional contra el SIDA, el Consejo de Alimentación y Nutrición, el Ministerio de Vivienda, y los consejos de gobierno local y desarrollo rural.

31. En el marco de la gestión integrada de las enfermedades de la infancia y de la campaña de lucha contra el paludismo, el UNICEF prestará apoyo para aumentar la cobertura de inmunización contra todos los antígenos, así como para la administración de suplementos de vitamina A y la prevención y la lucha contra el paludismo y otras enfermedades infantiles. Los objetivos son: a) aumentar la cobertura de inmunización contra todos los antígenos al 80%, y la administración de suplementos de vitamina A del 46% al 70%; b) mantener la situación de la erradicación de la poliomielitis y de la eliminación del tétanos neonatal y materno; y c) aumentar al 30% el uso de mosquiteros tratados con insecticida e impulsar el

tratamiento de paludismo en los distritos endémicos para proteger a los niños huérfanos y otros niños vulnerables y a las embarazadas.

32. Los aportes del UNICEF incluirán la adquisición y distribución de vacunas, suministros y medicamentos esenciales para apoyar el tratamiento basado en el hogar de las enfermedades infantiles y la capacitación de los trabajadores sanitarios de hospitales y servicios comunitarios de salud. El UNICEF prestará asistencia técnica para realizar exámenes, estudios, actividades de supervisión y evaluaciones.

33. A fin de ayudar a impedir que las mujeres mueran y dejen huérfanos a sus hijos, el UNICEF complementará la labor del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para prestar servicios de atención obstétrica de emergencia, inclusive de remisión de casos, prevención y tratamiento del paludismo y buena nutrición. En apoyo del tratamiento con medicamentos antirretrovirales en el marco de la Iniciativa “3 x 5” de la OMS, el UNICEF movilizará esfuerzos para aumentar la capacidad y la cobertura de los servicios de pruebas de detección y apoyo psicológico de acceso voluntario y de prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos. El UNICEF también promoverá, junto con el Gobierno, la OMS, el ONUSIDA, las comunidades y otros interesados, la priorización de ciertos grupos de población en el tratamiento, en especial de madres, esposas y niños inscritos en los programas de prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos. El UNICEF también contribuirá con suministros, medicamentos esenciales, medicamentos antirretrovirales, capacitación de trabajadores sanitarios y apoyo técnico para controlar y acceder a los fondos globales.

34. El apoyo a una mejor nutrición se centrará en los niños huérfanos y otros niños vulnerables, y las familias y comunidades afectadas por el VIH/SIDA. Se establecerán vínculos entre la alimentación de los lactantes y niños pequeños, la gestión integrada de las enfermedades infantiles, la prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos, la prueba de detección y el apoyo psicológico voluntarios, los servicios comunitarios de extensión nutricional y el tratamiento antirretroviral. Se revitalizarán las actividades para combatir y eliminar las deficiencias de vitamina A, yodo y hierro, incluida la anemia por deficiencia de hierro. El UNICEF apoyará el desarrollo de sistemas de vigilancia de la nutrición. En la vigilancia del crecimiento a nivel de la comunidad se hará hincapié en el desarrollo de la capacidad de la comunidad para mejorar la situación de la nutrición de los niños huérfanos y otros niños vulnerables e impulsar los procesos de la “triple A” en los 18 distritos seleccionados. Se prestará apoyo a la elaboración de una política y una estrategia de nutrición y atención infantil con resultados definidos para los niños huérfanos y otros niños vulnerables. Mediante planes de trabajo en asociación con el Programa Mundial de Alimentos, el UNICEF apoyará la alimentación terapéutica y suplementaria, prestará asistencia en la capacitación y la vigilancia de la alimentación escolar y promoverá el enriquecimiento de la ayuda alimentaria.

35. El UNICEF contribuirá a promover el acceso universal al agua potable y a servicios básicos de saneamiento y su utilización, y la elaboración de políticas, estrategias y directrices nacionales coherentes para hacer frente a los desafíos de la pobreza y el VIH/SIDA y la crisis que suponen los huérfanos. Se prestará especial atención al desarrollo de la capacidad para la educación participatoria en materia de salud, higiene y saneamiento a nivel de la comunidad y de la escuela, así como a la gestión de los sistemas de abastecimiento de agua y de eliminación de desechos en las zonas rurales y periurbanas. Las actividades estarán centradas en comunidades y

hogares afectados por el VIH/SIDA, incluidos los que acogen a niños huérfanos y otros niños vulnerables. A fin de mejorar el entorno escolar de las niñas, el UNICEF prestará apoyo a los servicios de agua y saneamiento y desarrollará la capacidad de los maestros para informar a los estudiantes sobre el agua, la higiene y el saneamiento. Se estudiarán las posibilidades de utilizar modalidades de apoyo como subvenciones globales para la educación de los niños huérfanos y otros niños vulnerables. El UNICEF también ampliará sus alianzas con el sector público, los donantes y las organizaciones no gubernamentales a fin de desarrollar las capacidades de comunidades y distritos para la preparación y respuesta a brotes de enfermedades, tales como el cólera y el paludismo, que son causadas por el agua no apta para el consumo y por servicios de saneamiento precarios.

Protección de la infancia

36. Este programa compilará y difundirá a los interesados información sobre experiencia adquirida y las prácticas idóneas a fin de aumentar la eficacia de las intervenciones para la protección de la infancia y promoverá una respuesta de gran escala a los desafíos que enfrentan los niños huérfanos y otros niños vulnerables y movilizará y convocará a los asociados para formular dicha respuesta. El Ministerio de Administración Pública, Trabajo y Bienestar Social será el principal órgano encargado de la coordinación del programa en el marco del Plan de Acción nacional en favor de los niños huérfanos y otros niños vulnerables y del Foro Mundial de asociados para los niños huérfanos y otros niños vulnerables a causa del VIH/SIDA. También participarán en el programa el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Asuntos Jurídicos y Parlamentarios y el Ministerio de la Juventud, el Género y la Creación de Empleo.

37. Centrando sus actividades en 18 distritos, el UNICEF prestará apoyo a los consejos distritales rurales, los dirigentes locales y las organizaciones comunitarias para desarrollar las capacidades de las familias y los hogares para mejorar las condiciones de los niños huérfanos y otros niños vulnerables. Las capacidades desarrolladas ayudarán a mejorar las condiciones económicas; proporcionar apoyo psicosocial y asesoramiento a los cuidadores y a los niños víctimas de malos tratos; prolongar la vida de los padres; apoyar la planificación de la sucesión; facilitar una atención integrada; y promover la preparación de los jóvenes para la vida activa y para la supervivencia. A fin de fortalecer las respuestas basadas en la comunidad a los problemas que enfrentan los niños huérfanos y otros niños vulnerables, el UNICEF prestará apoyo a la movilización social que aliente el debate abierto sobre el VIH/SIDA y promueva actividades de cooperación y el cuidado de los niños que carecen de apoyo de la familia. Más aún, el UNICEF promoverá en favor de los niños huérfanos y otros niños vulnerables la educación obligatoria y gratuita, la inscripción de nacimientos, el acceso a servicios sanitarios y de nutrición; los servicios de agua potable y servicios básicos de saneamiento; la administración de justicia; los servicios de colocación de niños que no se encuentran bajo el cuidado de familiares; y la integración de las necesidades de los niños huérfanos y otros niños vulnerables en los planes y medidas a nivel local y de distrito.

38. A nivel nacional, el UNICEF propugnará la protección continua de los niños huérfanos y otros niños vulnerables por el Gobierno y la asignación de recursos para ellos, y promoverá la aplicación de un marco legislativo de apoyo. El UNICEF prestará apoyo al equipo nacional de tareas sobre los niños de la calle para abordar los problemas que enfrentan los niños que viven o trabajan en la calle. Con objeto de

contribuir al mecanismo de coordinación nacional del Plan de Acción nacional en favor de los niños huérfanos y otros niños vulnerables, el UNICEF continuará prestando apoyo técnico y financiero a la secretaría nacional y promoverá el establecimiento acelerado de mecanismos similares a nivel de distritos. Además, a fin de seguir sensibilizando a la población y creando un entorno que brinde apoyo a los niños huérfanos y otros niños vulnerables, el UNICEF contribuirá a las actividades en marcha en materia de evaluación y análisis participativos de la situación de los niños huérfanos y otros niños vulnerables. Se consolidarán las asociaciones establecidas durante la evaluación rápida de la situación de los niños huérfanos y otros niños vulnerables realizada en 2004. Estas incluyen las asociaciones con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Programa Mundial de Alimentos (PMA), el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el programa Support to Replicable Innovative Community/Village Level Efforts for Children Affected by HIV/AIDS (STRIVE) de los Servicios Católicos de Socorro, y el Grupo Futures International, formado durante la evaluación rápida de la situación de los niños huérfanos y otros niños vulnerables en 2004. Se dará apoyo al Comité Interministerial de Derechos Humanos para promover los derechos de los niños y las mujeres. También se prestará apoyo a fin de que se presenten en forma oportuna los informes sobre la Convención de los Derechos del Niño, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño.

El VIH/SIDA y el desarrollo de los jóvenes

39. Este programa compilará y difundirá a los interesados información sobre la experiencia adquirida y las prácticas idóneas para aumentar la eficacia de las intervenciones destinadas a prevenir la propagación del VIH y a fortalecer los cuidados dispensados a las personas afectadas por el SIDA y mitigar sus sufrimientos y desafíos. En el marco de la programación conjunta del ONUSIDA y el MANUD, el UNICEF propugnará una respuesta de gran escala para hacer frente al desafío del VIH/SIDA y movilizará a los asociados para formular dicha respuesta. El UNICEF hará hincapié en la integración del VIH/SIDA en otros sectores y programas, así como en el fomento de la cooperación. Los objetivos serán los siguientes: a) determinar los nuevos conocimientos y documentar las mejores prácticas y enseñanzas, facilitando su uso para la respuesta programática y normativa; b) hacer aportes técnicos al seguimiento y el análisis crítico a nivel nacional de la epidemia a fin de lograr una mejor comprensión de su carácter epidemiológico. Esta evaluación abarcará las prácticas culturales y la migración transfronteriza y posiblemente incluirá la cooperación con otras oficinas del UNICEF en países limítrofes; c) apoyar la movilización de recursos mundiales de fuentes tales como el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y el paludismo, a fin de formular una respuesta de gran escala; d) elaborar estrategias para una programación participativa de actividades para los jóvenes. Las principales contrapartes serán el Ministerio de Salud y Bienestar Infantil y el Consejo Nacional contra el SIDA.

40. El UNICEF propugnará la institucionalización del asesoramiento basado en la comunidad que haya tenido buenos resultados y la modificación de las normas y prácticas culturales y religiosas intergeneracionales que exacerban la propagación del VIH. Dado que los jóvenes son especialmente vulnerables a contraer el VIH, el UNICEF apoyará la elaboración de políticas y estrategias que faciliten una mayor participación de los jóvenes en las actividades de prevención. Este esfuerzo incluirá

el apoyo al asesoramiento entre pares; la promoción de centros comunitarios para la juventud; el aumento del número de escuelas de enseñanza primaria y secundaria con clubes para jóvenes para fortalecer la preparación para la vida; y el fomento de programas de jóvenes para jóvenes mediante el deporte.

Gastos multisectoriales

41. El componente de apoyo al programa sufragará los gastos recurrentes, incluidos sueldos, gastos de servicios públicos, sueldos pertinentes y seguridad para garantizar el cumplimiento de las normas mínimas de seguridad operacional de las Naciones Unidas.

42. La Dependencia de análisis de las políticas sociales y vigilancia, evaluación e investigación de los derechos procurará: a) llevar a cabo un análisis continuo del macroambiente de los niños y las mujeres y sus consecuencias en las diversas políticas, en particular las leyes relativas a los niños huérfanos y otros niños vulnerables; y b) facilitar los vínculos con el MANUD y las políticas, estrategias y planes nacionales y sectoriales. La Dependencia también facilitará la ejecución de las actividades de vigilancia, evaluación y gestión del programa que se describen a continuación.

43. La Dependencia de comunicaciones coordinará las actividades del UNICEF destinadas a promover los intereses de los niños huérfanos y otros niños vulnerables y la lucha contra el VIH/SIDA. La labor de promoción consolidará el logro del objetivo del programa del país fomentando una mejor comprensión de la situación de los niños huérfanos y otros niños vulnerables, destacando lo que se puede hacer y ayudando a garantizar que todos los interesados, tanto nacionales como internacionales, se comprometan plenamente a hacer frente al VIH/SIDA y a la crisis que suponen los huérfanos. Las iniciativas sobre comunicaciones se elaborarán y aplicarán en colaboración con diversos asociados, en particular otros organismos de las Naciones Unidas, ministerios gubernamentales y comités nacionales pro UNICEF. Esta estrategia está destinada a crear un liderazgo político más firme respecto del problema de los niños huérfanos y otros niños vulnerables y al VIH/SIDA, a educar a los donantes y a otros asociados respecto de iniciativas oportunas y a plasmar estos esfuerzos en una mayor financiación para estos programas. Se hará hincapié en la participación del público para impulsar y mantener el compromiso de los encargados de formular las políticas, los políticos, los donantes, el sector privado, las agrupaciones de la sociedad civil y otros asociados a fin de que cumplan sus obligaciones para con los niños huérfanos y otros niños vulnerables.

Principales asociados

44. Los principales asociados son el Gobierno de Zimbabwe, por intermedio de sus 10 ministerios, y otros asociados representados en el Comité de Desarrollo y Vigilancia de Programas. Entre los principales asociados a nivel de la comunidad, figuran los consejos de desarrollo rural y un número cada vez mayor de organizaciones no gubernamentales de la comunidad y organizaciones religiosas. El UNICEF también establecerá asociaciones con la sociedad civil, las redes de protección de la infancia, huérfanos y organizaciones que se ocupan de los problemas de la infancia, y otros organismos de las Naciones Unidas, mediante el MANUD. Es fundamental ampliar y estrechar las relaciones de asociación con los donantes que financiarán el programa.

Supervisión, evaluación y gestión del programa

45. El marco de vigilancia constará del plan integrado de vigilancia y evaluación y de la matriz de resultados del MANUD. En colaboración con la Oficina Central de Estadística y el Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre datos para el desarrollo, el UNICEF utilizará el sistema *DevInfo* para contribuir al desarrollo de una base de datos nacional sobre los niños y las mujeres. Con miras a lograr un criterio compartido y proporcionar una base para seguir elaborando intervenciones programáticas, el UNICEF apoyará la elaboración de un programa nacional sistemático de investigación sobre los niños y las mujeres, utilizando expertos locales e internacionales. El programa abarcará la encuesta demográfica y de salud de 2005, estudios de evaluación de la pobreza y la ampliación de los registros de aldeas. Además, el UNICEF realizará periódicamente visitas sobre el terreno y exámenes semestrales y anuales.

46. El Comité de Desarrollo y Vigilancia de Programas, copresidido por el Ministerio de Finanzas y el representante del UNICEF, se ocupará de la gestión del programa. Las reuniones bienales que se celebrarán en los 18 distritos seleccionados por el UNICEF permitirán realizar visitas sobre el terreno, cada una de medio día de duración, a las comunidades. El Comité está integrado por los 10 ministerios, dos organizaciones nacionales autónomas y dos organizaciones no gubernamentales. Para garantizar su vínculo con el MANUD, el Comité, en su reunión anual de 2003, aprobó la ampliación de su composición para incluir a otros organismos de las Naciones Unidas además del UNICEF, así como a importantes donantes, a fin de mejorar su comprensión del proceso de programación del país y aumentar su participación en él. La gestión interna se realizará mediante reuniones mensuales del equipo de gestión en el país y el equipo de gestión del programa.
