



Consejo Económico y Social

Distr. limitada
6 de julio de 2007
Español
Original: francés

Adopción de medidas

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Junta Ejecutiva

Segundo período ordinario de sesiones de 2007

5 a 7 de septiembre de 2007

Tema 4 del programa provisional*

Resumen de los exámenes de mitad de período y de las principales evaluaciones de los programas por países

Región de África occidental y central

Resumen

El presente informe se preparó en cumplimiento de la decisión 1995/8 de la Junta Ejecutiva (E/ICEF/1995/9/Rev.1), en la que ésta pidió a la secretaría que le presentara un resumen de los resultados de los exámenes de mitad de período y de las principales evaluaciones de los programas por países en el que se especificaran, entre otras cosas, los resultados alcanzados, la experiencia adquirida y los ajustes que fuese necesario introducir en los programas. De ser necesario, la Junta formulará observaciones sobre el informe y proporcionará directrices a la secretaría. Los exámenes de mitad de período y las evaluaciones que se describen en el presente informe se llevaron a cabo en 2006.

* E/ICEF/2007/13.



Introducción

1. En el presente informe se presentan los principales resultados de los exámenes de mitad de período correspondientes a los programas de cooperación ejecutados en Benín, República del Congo y Níger. En la segunda parte del informe se incluyen tres evaluaciones fundamentales y un estudio que se llevaron a cabo en 2006. Las evaluaciones se centraron en temas prioritarios como la supervivencia del niño, la educación y la respuesta humanitaria.

Exámenes de mitad de período

Benin

2. **Introducción.** El Ministerio de Desarrollo, Economía y Finanzas, con la participación de más de 100 asociados del Gobierno, representantes de los organismos de las Naciones Unidas, de las organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales y los socios bilaterales y multilaterales, coordinaron el proceso del examen de mitad de período. Los resultados del examen se incluirán en la evaluación del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo, prevista para abril de 2007.

3. **Situación de los niños y las mujeres.** Durante el periodo que se examina, en 2006, se celebraron elecciones presidenciales y el nuevo Gobierno expresó su compromiso con el crecimiento económico y el desarrollo social. Pese al aumento de las consignaciones presupuestarias destinadas a los sectores sociales, el crecimiento económico disminuyó en un 3%. La tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años se mantuvo entre las más elevadas del mundo (152 por cada 1.000 nacidos vivos).

4. La prevalencia del VIH/SIDA se mantiene en aproximadamente el 2%. En 2003-2004, las tasas netas de matriculación escolar alcanzaron respectivamente el 90% para los varones y el 71% para las niñas; sin embargo, la diferencia entre varones y mujeres sigue siendo importante. El fenómeno de la trata y la explotación de los niños resultan preocupantes.

5. **Progresos y resultados principales.** La supervivencia y el desarrollo del niño pequeño han experimentado considerables progresos, lo que contribuye directamente a la consecución del resultado esperado que es, de aquí a 2008, reducir en un 25% la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años, permitiendo de esa forma que Benin cuente con mejores perspectivas para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio. La experiencia piloto de la Estrategia acelerada para la supervivencia y el desarrollo del niño ha permitido una reducción de la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años estimada en un 16% en las zonas de aplicación de la Estrategia de alto impacto, y en un 11% en las zonas de expansión. La Estrategia ofrece un conjunto mínimo de actividades de alto impacto y bajo costo. La experiencia adquirida sobre la base de la Estrategia ha influido considerablemente en la actual elaboración de la estrategia nacional en pro de la salud de la madre, el recién nacido y el niño. La estrategia del programa se ha centrado en el desarrollo de la capacidad del personal de los servicios de salud, el suministro del material esencial y el fortalecimiento del seguimiento. La cobertura inmunológica para todos los antígenos, la cobertura en vitamina A, la tasa de eliminación de parásitos y la tasa de utilización de mosquiteros tratados con

insecticida, han revelado mejoras considerables. Por otra parte, el sarampión, el tétanos materno y neonatal están bajo control. La enfermedad del gusano de Guinea y la poliomielitis están en vías de erradicación. Se observa también la ampliación y el fortalecimiento de la iniciativa de Atención clínica integrada de las enfermedades del niño en el 84% de las 31 comunas destinatarias, y de la iniciativa de Atención comunitaria integrada de las enfermedades del niño en un tercio de las comunidades destinatarias.

6. Respecto del suministro de agua potable, a fines de 2005, sólo el 18% de la población seleccionada para 2008 se benefició de las intervenciones debido a la movilización tardía de fondos para el proyecto.

7. El programa de educación se ha centrado en el apoyo técnico encaminado a la elaboración de un Paquete de medidas educativas esenciales para la aceleración de la matriculación escolar de las niñas, y en la movilización de los socios respecto de ese conjunto de medidas. Éste forma parte del Plan decenal de desarrollo del sector de la educación (2006-2015) que se adoptó oficialmente a fines de 2006 en el seno del Consejo de Ministros y que recibió el apoyo de los interlocutores técnicos y financieros, permitiendo de esa forma que Benin cumpla los requisitos relativos a la iniciativa de aceleración de la educación para todos. Respecto del resultado encaminado a aumentar la tasa bruta de matriculación escolar de las niñas que contribuye a elevar esa tasa al 95% a nivel nacional, dos de las seis antiguas comunas en que, en 2004-2005, se ejecutó el programa han alcanzado tasas brutas de matriculación escolar de niñas que superan el promedio nacional; 5 de las 13 comunas que han recibido apoyo están por alcanzar el objetivo del 20% establecido para 2008. La decisión del Gobierno, anunciada en 2006, de suprimir todas las suscripciones y contribuciones exigidas a los padres para la educación preescolar y primaria, representa un paso hacia la educación para todos y el carácter gratuito efectivo de la educación preescolar y primaria.

8. En materia de protección del niño, uno de los resultados más importantes ha sido la contribución al fortalecimiento del marco legislativo e institucional, en particular, en el ámbito de la trata de niños y la justicia de menores. En 2006, se adoptó y promulgó una ley relativa a la represión de la trata de niños. Además, se ha fortalecido la cooperación subregional en materia de lucha contra la trata de niños por conducto de planes de acción comunes y la firma de acuerdos bilaterales y multilaterales, entre otros, el celebrado con Nigeria. Se ha reintegrado al 84% de los niños víctimas de la trata y la explotación económica; el objetivo establecido era del 80%. En materia de justicia de menores, se ha actualizado la orden relativa al establecimiento de medidas alternativas al encarcelamiento, y se la está por incorporar en el Código del niño actualmente en curso de elaboración. Se han elaborado guías de procedimientos y principios rectores en materia de asistencia a las víctimas de la trata, aprendizaje y justicia de menores. En el ámbito institucional, se ha fortalecido la coordinación de las actividades en materia de protección mediante la creación de una dependencia nacional de seguimiento y coordinación para la protección del niño, con comités técnicos y oficinas departamentales.

9. En materia de VIH/SIDA, el programa de cooperación ha prestado un apoyo técnico relativo a la elaboración de los componentes de prevención de la transmisión de la madre al hijo, al SIDA pediátrico, así como a los huérfanos y niños vulnerables. Se ha adoptado la estrategia de los estudiantes que cumplen funciones de educadores entre compañeros como estrategia nacional. La prevención de la

transmisión de la madre al hijo se practica actualmente en el 39% de las maternidades de Benin y se ha integrado en los servicios de salud materna e infantil. En las zonas de intervención, se observa una tasa de examen y asesoramiento voluntario del 90%. La colaboración con el Banco Mundial, el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y el Plan Benin se ha traducido en un fortalecimiento del análisis de la situación, en la elaboración de guías prácticas para los interesados, y en nuevos módulos de capacitación para la asistencia psicosocial de los huérfanos y los niños vulnerables.

10. El seguimiento y la evaluación son dos componentes importantes del programa de cooperación. Han contribuido a la creación de bases de datos mediante el sistema *DevInfo*. Ello ha facilitado la evaluación de los resultados de las actividades de los distintos programas, así como la mejora de la calidad de los estudios y las evaluaciones. El programa ha contribuido también a la realización del Estudio demográfico y sanitario, integrando módulos de la encuesta a base de indicadores múltiples.

11. En 2005, tras el ingreso en Benin de refugiados provenientes del Togo, las actividades en el marco del programa de cooperación permitieron el regreso a la escuela de todos los niños refugiados del Togo, la asistencia y la reunificación familiar de 255 niños no acompañados y separados, así como el equipamiento de los centros de salud para el seguimiento médico de los niños y las mujeres embarazadas. Se garantizó el suministro de agua potable y el saneamiento para los refugiados de los dos campamentos y las poblaciones aledañas. Para responder a la crisis nutricional en la zona septentrional del país, se está llevando a cabo una iniciativa de recuperación nutricional. En colaboración con el Programa Mundial de Alimentos, se han establecido dos centros de asistencia.

12. **Recursos utilizados.** En el periodo que se examina, los recursos disponibles para el programa experimentaron un crecimiento constante (de 6 millones de dólares en 2004 a 12,5 millones de dólares en 2006). Entre 2004 y 2006, la tasa de utilización de los recursos ordinarios y de otros recursos alcanzó, respectivamente, el 93% y el 85%.

13. **Limitaciones, oportunidades y experiencia adquirida.** La organización de las elecciones presidenciales y el establecimiento de un nuevo Gobierno crearon a veces ciertas limitaciones para la ejecución del programa. En los tres primeros años de ejecución del programa, otros factores, como la frecuencia de las huelgas de los docentes y el periodo de escasez de combustibles, frenaron las actividades. En Benin, se han presentado nuevas oportunidades de asociación: el Programa de refuerzo a la lucha contra el paludismo en África del Banco Mundial, la iniciativa de lucha contra el paludismo del Presidente de los Estados Unidos, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, la Fundación William J. Clinton de lucha contra el VIH/SIDA, el compromiso de los interlocutores técnicos y financieros con el plan decenal de educación, y la estrategia nacional para la supervivencia de la madre, el recién nacido y el niño.

14. Se han adquirido varias experiencias. El desarrollo de asociaciones ha sido el elemento fundamental para los éxitos alcanzados en todos los sectores: salud, VIH/SIDA, agua, protección y educación.

15. **Recomendaciones y ajustes propuestos.** En el examen se ha recomendado, entre otras cosas, lo siguiente: a) la creación de una asociación en el marco de las

actividades encaminadas a lograr la supervivencia de la madre, el recién nacido y el niño, y la elaboración de una estrategia nacional; b) el apoyo al Gobierno en su decisión de que la educación preescolar y primaria sean gratuitas y accesibles para todos, y el fortalecimiento de la promoción relativa a la adopción de un plan decenal de educación; c) el fortalecimiento de la coordinación de las actividades de lucha contra el SIDA y el desarrollo integrado del niño; d) un esfuerzo especial para adoptar un enfoque transfronterizo en el ámbito de la lucha contra la trata y las mutilaciones genitales femeninas; y e) el fortalecimiento de la capacidad en materia de seguimiento y evaluación.

República del Congo

16. En el examen de mitad de período, presidido por el Ministerio de Planificación y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se ha contado con la participación de distintos sectores, representantes del sistema de las Naciones Unidas, donantes y el presidente del parlamento de los niños. Se presentaron los resultados de los cinco exámenes sectoriales en la reunión de noviembre de 2006, con los auspicios del Ministerio y la participación de la Directora regional del UNICEF, los Ministros de los sectores sociales, así como representantes del parlamento de los niños, la sociedad civil y otros organismos de las Naciones Unidas.

17. **Situación de los niños y las mujeres.** Desde 2003, el Congo se ha propuesto luchar contra la pobreza con un documento de estrategia de lucha contra la pobreza provisional concluido en 2004. El 50% de la población vive por debajo del umbral de pobreza. La pesada carga de la deuda (21% del producto interno bruto) compromete las inversiones destinadas a los servicios sociales básicos, pese al nivel muy elevado de recursos disponibles en el país.

18. La tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años alcanzan 75 y 117 por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente. El país sufre una mortalidad neonatal de 33 por cada 1.000 nacidos vivos, y el 26% de los niños menores de 5 años sufren de malnutrición crónica. A ese respecto, las tasas más elevadas se registran en el ámbito rural. En 2001, se estimó la prevalencia nacional del VIH/SIDA para los jóvenes de 15 a 24 años en un 7,2%. En 2005, la tasa de mortalidad materna fue de 781 para cada 100.000 nacidos vivos. Más de la mitad de la población no tiene acceso al agua potable. La tasa de acceso a instalaciones sanitarias sólo alcanza el 19% en el ámbito urbano y menos del 8% en la zona rural. Las enfermedades diarreicas en los niños constituyen la quinta causa de mortalidad en el ámbito hospitalario.

19. En la esfera de la educación, los indicadores de acceso, equidad y calidad en el ciclo primario siguen siendo preocupantes. En 2005, la tasa bruta de admisión fue del 73%, pero el sistema sigue sin contar con la capacidad de acoger a todos los niños en edad de ingresar a la escuela primaria. La tasa de finalización pasó del 58% en 2004, al 61%. El índice de paridad entre niñas y niños es de 0,95.

20. Ciertos problemas sociales siguen afectando a la situación del niño. El 19% de los niños, por ejemplo, no se inscriben en el registro civil, en particular, en la población de los pigmeos. La violencia sexual persiste: violación, incesto y acoso sexual. La fragilidad económica y la pobreza generalizada de las familias alimentan los fenómenos de exclusión, sexualidad y maternidad precoces, explotación y marginación social de los grupos más vulnerables, como los huérfanos y los niños

soldados. Una situación de inseguridad sigue afectando a la región de Pool y se ha considerado que la situación humanitaria en la República Democrática del Congo corre el riesgo de degradarse.

21. El programa de cooperación tiene cuatro componentes sectoriales. A nivel nacional, se realizan actividades de apoyo estratégico e institucional. En las zonas de convergencia se utiliza un enfoque sistémico centrado en la mejora de la calidad de las prestaciones. Por último, en el programa se desarrolla un enfoque integrado de respeto y aplicación de los derechos del niño en las comunidades pobres o marginadas, como las de los pigmeos o las de ciertas zonas urbanas.

22. Los resultados del programa de supervivencia y desarrollo integrado del niño pequeño resultan alentadores aun cuando se consideran globalmente insuficientes para alcanzar los objetivos generales del programa. Respecto del programa ampliado de inmunización, en las 10 circunscripciones socio-sanitarias de alto riesgo, el programa ha contribuido a una cobertura del 90% para la poliomielitis, el 79% contra el sarampión y el 90% contra el tétanos. Sin embargo, en el examen se han señalado problemas como el hecho de que sólo el 7% de las mujeres embarazadas y el 5% de los niños menores de 5 años duermen con la protección de mosquiteros tratados con insecticida. Las tasas aún elevadas de mortalidad materna y de fallecimientos neonatales contrastan con las elevadas tasas de seguimiento del embarazo y de partos asistidos por personal calificado (86%), lo que revela un grave problema en la calidad de esos servicios. El acceso al agua y el saneamiento sigue siendo muy limitado, en particular en el ámbito rural, lo que tiene como consecuencia una elevada tasa de enfermedades diarreicas y relacionadas con el agua.

23. El componente de educación básica ha prestado un apoyo considerable a los servicios estadísticos de la enseñanza primaria, lo que ha permitido la actualización de los datos sobre la matriculación escolar, los documentos normativos como la Estrategia nacional de educación para todos y el estudio sobre la matriculación escolar de las niñas. Respecto de la educación primaria y la educación de las niñas, los resultados registrados han sido insuficientes, en particular, debido a que la disponibilidad del material escolar se manifiesta en detrimento de una inversión en la calidad de la enseñanza.

24. En el componente de protección se han observado importantes progresos en el marco de la promoción de la justicia de menores y la elaboración de un proyecto de Código de protección del niño armonizado con la Convención sobre los Derechos del Niño, que se está examinando actualmente en el Parlamento. Las actividades de promoción y una importante dotación de personal en los registros civiles han permitido la participación de una mayor cantidad de servicios, lo que ha tenido como consecuencia el registro de nacimientos del 38% de los niños beneficiarios.

25. El componente de lucha contra el VIH/SIDA ha obtenido importantes resultados en el ámbito de la prevención de los jóvenes. Sin embargo, se carece de una estrategia nacional de comunicación para el cambio de comportamientos de los jóvenes; sólo el 2% de la población total destinataria se ha beneficiado con ese programa. Respecto del ámbito de la prevención de la transmisión de la madre al hijo, los logros más importantes se centran en la elaboración de una política nacional relativa a normas, procedimientos y módulos de capacitación en la esfera de la prevención de la transmisión de la madre al hijo, y en la capacitación del

personal de los servicios de salud en materia de comunicación, asesoramiento y asistencia a las mujeres afectadas por el VIH/SIDA, así como a los recién nacidos.

26. El componente de comunicación y planificación de las políticas sociales prestó un apoyo material y financiero para la realización del Estudio demográfico y sanitario de 2005 —lo que permitió la inclusión de indicadores de la encuesta a base de indicadores múltiples— y para la capacitación en el software *DevInfo* cuyo establecimiento se ha previsto para 2007.

27. Las intervenciones de urgencia han contribuido a la mejora del acceso a los servicios sociales básicos por parte de la población de la región de Pool y Brazzaville, en particular las familias afectadas por las inundaciones, gracias a las siguientes actividades: a) la rehabilitación y el equipamiento de las infraestructuras escolares y sanitarias; b) el suministro de materiales pedagógicos, medicamentos y equipos para la cadena de frío; c) la capacitación del personal de los servicios de salud y de docentes no profesionales; d) la construcción de letrinas y pozos en las escuelas, los centros de salud y los mercados; e) el lanzamiento de una estrategia de educadores que forman a sus pares en los establecimientos escolares para la prevención del VIH/SIDA; f) el registro de los niños en las oficinas del registro civil; g) la mejora de la tasa de cobertura inmunológica; y h) el acompañamiento psicosocial de las poblaciones desplazadas, a su regreso.

28. **Recursos utilizados.** En los tres primeros años se han asignado 3,4 millones de dólares con cargo a los recursos ordinarios, es decir el 116% del monto previsto para el período. Hasta la fecha, se ha movilizado un monto de 6,2 millones de dólares, a los que se agregan 2,1 millones de dólares de fondos de emergencia y 1,6 millones de dólares con cargo a otros recursos, es decir, el 138% del monto previsto. Por lo tanto, se ha aumentado el nivel de los otros recursos a 12 millones de dólares para todo el ciclo.

29. La ejecución del programa ha enfrentado varias limitaciones. Las más graves han sido las siguientes: a) las deficiencias del marco político; b) el mal funcionamiento del sistema educativo, sanitario, social y de planificación, incluyendo en ese marco la insuficiencia de recursos; c) la escasa coordinación de las actividades; d) la escasez de seguimiento y evaluación; y e) las limitaciones relativas a los recursos financieros que a menudo resultan insuficientes tanto por parte del UNICEF como del Gobierno.

30. Habrá que aprovechar las siguientes oportunidades que se presentan: a) la integración de las estrategias para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio en el documento de estrategia de lucha contra la pobreza, y la actualización de los datos que emergen de los estudios nacionales, constituyen una mejor base de planificación, seguimiento y evaluación del programa; b) las actividades de promoción se beneficiarán del establecimiento y la disponibilidad de paquetes de servicios documentados, lo que debería facilitar la evaluación y la influencia en las intervenciones de otros interlocutores; c) la movilización de los presupuestos del Estado, así como la titularidad nacional progresiva del programa deberían ser decisivos para alcanzar los resultados previstos; d) por último, la existencia del parlamento de los niños podría garantizar la participación de los niños en los programas de desarrollo que los afectan.

31. El enfoque sistémico en las zonas de convergencia enfrenta dificultades relacionadas con las limitaciones en recursos humanos y financieros, y dificultades

del terreno. Es importante reorientar las actividades hacia algunas zonas concretas, sin pretender lograr una cobertura exhaustiva.

32. **Ajustes propuestos.** La cooperación se centrará en la transición definitiva del modelo de emergencia hacia un modelo de desarrollo, basado en el fortalecimiento de la capacidad, el desarrollo de políticas sociales, las asociaciones y la participación de los niños y las comunidades.

33. Habrá que reformular los objetivos de los diferentes programas sectoriales para que sean más compatibles con los objetivos nacionales. Ello incluirá la colocación del proyecto de estimulación del niño pequeño en la órbita de la educación, la reconfiguración del desarrollo integrado del niño pequeño en el componente de supervivencia y desarrollo del niño pequeño, y la integración operacional del componente de la transmisión de la madre al hijo en las unidades de consultas prenatales con una estrategia de integración del Programa nacional de lucha contra el SIDA, y haciendo hincapié en el proyecto relativo al agua y el saneamiento. En el examen se ha recomendado también la reestructuración del programa de educación en cuatro componentes (estimulación del niño pequeño, acceso y equidad, calidad de la educación, y apoyo institucional y estratégico); la reestructuración del programa de protección en tres componentes (apoyo al desarrollo de las políticas sociales y la capacidad nacional, protección de los más vulnerables, y lucha contra las violencias y los maltratos); y la reestructuración del proyecto de comunicación en tres esferas (promoción y participación social, información y comunicación con el público y los socios).

34. Respecto de la cobertura geográfica, en el examen se ha recomendado un enfoque nacional relativo a las actividades de gran impacto en los ámbitos de la salud y la educación primaria de calidad, y un enfoque sistémico a nivel urbano y rural, junto con un análisis de vulnerabilidad para las actividades multisectoriales.

35. Respecto de los componentes que se consideran maduros, en el examen se ha propuesto, de aquí al final del programa, en 2008, la elaboración de estrategias de salida y acompañamiento de esos proyectos desde el punto de vista técnico y logístico.

Níger

36. El proceso de examen de mitad de período se llevó a cabo en octubre de 2006, en Niamey, con la presidencia del Ministro de planificación del uso de la tierra y desarrollo comunitario. En el examen participaron ministros y representantes de ministerios sectoriales, todos los organismos de las Naciones Unidas, los representantes comunitarios, los servicios descentralizados, los parlamentarios, los jóvenes del parlamento de los niños, la sociedad civil, los representantes de los países miembros de la Junta Ejecutiva presentes en el Níger y la Oficina Regional del UNICEF.

37. **Situación de los niños y las mujeres.** Se considera que el Níger es uno de los países más pobres con indicadores muy preocupantes. En 2005, el 62% de la población vivía por debajo del umbral nacional de pobreza. Pese a la mejora del equilibrio macroeconómico, la capacidad financiera del Estado de Níger sigue siendo muy deficiente para enfrentar a las enormes necesidades de acceso a los servicios sociales básicos: se asigna sólo el 7% del presupuesto del Estado a la salud y el 17% a la educación.

38. De acuerdo con la encuesta a base de indicadores múltiples, la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años ha experimentado una importante disminución (38% entre 2000 y 2006). Sin embargo, en el Níger, el riesgo de fallecimiento de los niños sigue siendo muy elevado. La malaria (59%), las infecciones respiratorias agudas (15%) y la diarrea (14%) son las principales causas de muerte infantil. La tasa de mortalidad materna, una de las más elevadas del mundo, alcanza 1.600 por cada 100.000 nacidos vivos. En 2005, el Níger experimentó una grave crisis alimentaria y nutricional que afectó a más de 3,6 millones de habitantes y por lo menos a 800.000 niños. La tasa de malnutrición crónica de los niños menores de 5 años se ha mantenido muy elevada, con un 44% de 2005 a 2006.

39. La tasa bruta de matriculación en la escuela primaria ha aumentado al 62% en 2006 (la de las niñas al 55%, en 2006). Sin embargo, la tasa de finalización del ciclo primario para varones y mujeres sigue siendo baja (36%). La mejora de la equidad entre los géneros en la enseñanza sigue siendo tímida (índice de equidad en el ciclo primario de 0,7).

40. En 2006, la prevalencia del VIH/SIDA entre los adultos se estabilizó en un 0,7%. Sólo el 13% de las muchachas y el 16% de los jóvenes de entre 15 y 24 años conocen los métodos preventivos contra el SIDA. En 2006, se estimó el número de niños huérfanos por el SIDA en 46.000, frente a los 23.000 de 2005.

41. El acceso al agua potable registró una disminución (46% en 2006). De la misma forma, el acceso de los niños y las mujeres a los establecimientos sanitarios adecuados se ha mantenido en niveles muy bajos (19% en 2006).

42. El porcentaje de nacimientos inscriptos en el registro civil ha disminuido (32% en 2006). Por otra parte, el porcentaje de mujeres víctimas de mutilaciones genitales femeninas ha disminuido a la mitad (2% en 2006). El porcentaje de niños de 5 a 14 años que trabajan ha disminuido casi a la mitad (38% en 2006). El marco jurídico para los niños y las mujeres sigue siendo precario.

43. **Progresos y resultados principales.** Los factores de progresos registrados en los tres años de ejecución son los siguientes: a) aumento de la cobertura sanitaria y de la educación; b) coordinación de la asistencia y asociación fortalecida entre el Estado, los donantes y el sistema de las Naciones Unidas; c) mayor capacidad de movilización de los recursos del UNICEF; y d) importante contribución financiera de los socios para el desarrollo.

44. El programa del Níger está estructurado en cinco componentes. En los tres años, el programa ha realizado una considerable contribución a los resultados registrados para la realización de los derechos de supervivencia, desarrollo y protección de los niños del Níger.

45. El programa de salud y nutrición ha apoyado la ejecución de las estrategias nacionales de salud encaminadas a controlar las enfermedades epidémicas o las enfermedades que pueden prevenirse. La Estrategia acelerada para la supervivencia y el desarrollo del niño con el paquete mínimo del programa ampliado de inmunización “más”, se ha aplicado en dos distritos sanitarios experimentales con resultados importantes en cuanto a la cobertura de los servicios básicos y a la reducción de la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años que alcanzó aproximadamente un 20%. El programa ha apoyado el fortalecimiento del programa ampliado de inmunización, garantizando la cadena de frío y la disponibilidad de las

vacunas, así como la organización de campañas masivas contra el sarampión y de días nacionales de inmunización junto con la distribución de cápsulas de vitamina A. De esa forma, se han conseguido los resultados previstos encaminados a alcanzar el 80% de cobertura inmunológica contra las enfermedades que pueden prevenirse. Desde el punto de vista de la morbilidad, el número de casos de sarampión ha disminuido de 63.000 casos en 2004 a 212 casos en 2006; entre 2000 y 2006, la prevalencia de la diarrea disminuyó también del 40% al 28%, y la de las infecciones respiratorias agudas del 36% a 31%; se ha detenido también la transmisión local del virus de la poliomielitis. En 2005, las campañas de distribución masiva de mosquiteros tratados con insecticida permitieron que el 86% de los hogares, el 55% de los niños y el 48% de las madres tuviesen acceso a dichos mosquiteros. El número de casos de la enfermedad del gusano de Guinea ha disminuido (de 123 a 66). La ampliación de la aplicación de la iniciativa de Atención integrada de las enfermedades del niño a 24 de los 31 distritos sanitarios previstos, se ha llevado a cabo con el fortalecimiento de la capacidad de planificación y gestión del personal directivo de los distritos, y la creación de los centros comunitarios.

46. En el ámbito de la nutrición, se ha reforzado la capacidad nacional de prevención y asistencia para los niños moderada y gravemente malnutridos, con la elaboración de una nueva política nacional de asistencia nutricional y la creación de una asociación con aproximadamente 20 organizaciones no gubernamentales y el Programa Mundial de Alimentos que permite, en la emergencia nutricional, el funcionamiento de por lo menos 800 centros de recuperación nutricional. Se ha fortalecido también la capacidad comunitaria en materia de supervisión y prevención comunitarias de la malnutrición moderada. En 2006, las enérgicas respuestas del UNICEF, las organizaciones no gubernamentales y los distintos asociados a esa situación de emergencia, permitieron reducir la amplitud de la malnutrición aguda al 10,3%, frente a una prevalencia del 15,3%, en 2005.

47. El componente del VIH/SIDA ha apoyado la ampliación de la estrategia de prevención de la transmisión del VIH/SIDA (21 distritos sanitarios cubiertos), lo que ha permitido aumentar el acceso de las mujeres embarazadas a los servicios de prevención para la salud reproductiva. El porcentaje de mujeres que han realizado los exámenes para el VIH/SIDA se ha duplicado, pasando del 0,7% en 2000 al 1,9% en 2006.

48. El programa de educación básica ha apoyado la mejora de las condiciones de matriculación en 600 escuelas primarias, y de gestión comunitaria de las escuelas en los 12 departamentos de las zonas de concentración, en asociación con el Programa Mundial de Alimentos y las otras alianzas creadas. El paquete de actividades del UNICEF ha permitido aumentar la contribución del UNICEF en aproximadamente un 5% al nivel nacional de acceso a la educación básica, el cual ha mejorado considerablemente.

49. El programa de protección ha fortalecido la capacidad nacional en materia de asistencia y protección de la infancia. Se ha fortalecido la asociación nacional con las organizaciones no gubernamentales en el ámbito de la promoción de los derechos de los niños vulnerables, lo que ha permitido la asistencia del UNICEF a 5.144 mujeres y niños que necesitaban protección especial. Aproximadamente 725 huérfanos y niños vulnerables y sus familias se han beneficiado de asistencia en materia de actividades generadoras de ingresos. El programa de los servicios básicos integrados ha realizado una contribución muy importante a la habilitación de la

comunidad mediante el fortalecimiento de la capacidad comunitaria para hacer frente a la inseguridad alimentaria, y aumentar la cobertura de agua potable.

50. El programa de planificación, evaluación y comunicación ha contribuido eficazmente a las actividades de promoción del UNICEF en pro de la incorporación de las prioridades del niño en el programa político de las autoridades superiores del país y los donantes, y al establecimiento y el fortalecimiento de las alianzas con los jefes tradicionales, los medios de comunicación y, sobre todo, las radios comunitarias.

51. En los tres años del programa, se ha mejorado considerablemente la disponibilidad de las estadísticas periódicas fiables y el perfeccionamiento de los conocimientos relativos a los problemas de los niños, mediante la capacitación sobre la gestión basada en los resultados, la realización de aproximadamente 30 estudios y evaluaciones, encuestas en los hogares, así como el fortalecimiento de la capacidad nacional en materia de reunión, tratamiento, análisis e institucionalización de la base de datos *DevInfo* en el Níger.

52. **Recursos utilizados.** El nivel de movilización y utilización de los recursos ha sido muy elevado. En los tres años de ejecución del programa se ha movilizado un total de 81 millones de dólares. Los otros recursos representan el 77% de los fondos movilizados, frente al 24% imputados a los recursos ordinarios. El nivel de absorción de los recursos ha alcanzado el 89%.

Limitaciones, oportunidades y experiencia adquirida

53. Las limitaciones principales han sido las siguientes: a) la dificultad de acceso financiero de las familias para los servicios sociales; b) la escasez del capital humano en la contraparte nacional del programa; c) el deficiente desempeño de las estructuras descentralizadas; d) la demora en la justificación de los adelantos al Gobierno; e) la demora en el suministro de insumos para las actividades; y f) la gran dispersión geográfica de las actividades.

54. Sobre la base del balance de mitad del período pueden sacarse las siguientes cuatro conclusiones principales: a) la Estrategia acelerada para la supervivencia y el desarrollo del niño se ha revelado eficaz para acelerar la reducción de la mortalidad infantil; b) la crisis de malnutrición de 2005 permitió descubrir su amplitud y su papel muy nefasto para la supervivencia de los niños; c) en 2004 y 2005, la estrategia de campaña contra el sarampión permitió una reducción considerable de las epidemias; y d) la estrategia de los servicios básicos integrados se superpone a veces a los programas sectoriales.

55. **Ajustes propuestos.** Se recomiendan seis ajustes principales: a) la extensión del programa de cooperación a 2008, de conformidad con las conclusiones del examen de mitad del período del Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo; b) la reducción de las zonas de concentración de las actividades; c) el fortalecimiento de la política y del marco institucional de coordinación y gestión de la esfera nutricional del Ministerio de Salud, mediante la creación de una Dirección de lucha contra la malnutrición; d) la creación de un nuevo programa de nutrición separado del programa de salud para fortalecer la eficiencia de la gestión teniendo en cuenta la amplitud del problema sectorial de la nutrición, y preservando al mismo tiempo los logros de las actividades integradas sobre el terreno en pro de la supervivencia de los niños; e) el cambio del programa de los servicios básicos

integrados por un programa de desarrollo local y de agua y saneamiento; y f) la revisión de la composición del personal de la oficina del UNICEF teniendo en cuenta la amplitud de los problemas de los niños y la carga de la gestión de los recursos.

Evaluaciones principales

Evaluación del mecanismo de respuesta rápida del UNICEF y la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios en la República Democrática del Congo

56. Desde 2004, el UNICEF y la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios crearon el mecanismo de respuesta rápida, una estrategia encaminada a dar una respuesta rápida a las necesidades de la población desplazada repentinamente debido a conflictos, desastres naturales o epidemias. El mecanismo de respuesta rápida se aplica por conducto de una asociación con organizaciones no gubernamentales internacionales. Las provincias interesadas son las de Kivu septentrional y meridional, Katanga y Maniema. De acuerdo con el Plan de acción humanitaria de 2007, 1,2 millones de personas han quedado desplazadas en esas provincias orientales del país.

57. La razón principal de ese enfoque es permitir una intervención, dentro de las 72 horas, coordinada y adecuada. En general, se preconiza la intervención del mecanismo de respuesta rápida por una duración de tres meses. La estrategia se centra en los más vulnerables, proporcionando bienes no alimentarios, materiales para los refugios, agua y saneamiento, así como acceso a servicios de educación de emergencia. En el marco de los acuerdos actuales, las organizaciones no gubernamentales internacionales reciben del UNICEF una financiación para los costos operacionales, la compra de bienes de primera necesidad y el mantenimiento de una reserva de emergencia. Pueden recibir también financiaciones para actividades complementarias a partir de los fondos de reserva de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios. La intervención comienza con una rápida evaluación multisectorial e incluye una importante dimensión de supervisión de la situación y de promoción. Se considera que se trata de un enfoque flexible que permite una adaptación a otros sectores de intervención humanitaria.

58. Tras dos años de aplicación, el UNICEF y la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios encargaron una evaluación externa del mecanismo de respuesta rápida. La evaluación se centró en los siguientes temas: la selección de los beneficiarios; los sectores vitales al margen del mecanismo de respuesta rápida; la vinculación entre el mecanismo de respuesta rápida y las otras iniciativas interinstitucionales y la reforma del sistema humanitario, así como el desempeño y las repercusiones del mecanismo de respuesta rápida. La experiencia adquirida y las recomendaciones se utilizarán para fortalecer la estrategia del mecanismo de respuesta rápida, tanto en la República Democrática del Congo como en otros países.

59. La metodología de esa evaluación ha combinado enfoques cualitativos y cuantitativos, y ha utilizado entrevistas con los beneficiarios y exámenes con grupos de coordinación, entrevistas con los agentes humanitarios, las autoridades locales y la sociedad civil, visitas sobre el terreno y exámenes de documentación.

60. Para dar prioridad a los beneficiarios, en el mecanismo de respuesta rápida se utiliza un criterio de selección de menos de tres meses de desplazamiento. En la evaluación se recomendó mantener ese criterio como una medida flexible de vulnerabilidad, reconociendo al mismo tiempo la necesidad de sumar otros criterios de conformidad con los distintos contextos. Desde octubre de 2004, del millón y medio de beneficiarios, 815.000 personas han recibido juegos de bienes no alimentarios o un refugio de emergencia; 693.500 se han beneficiado de proyectos en materia de agua y saneamiento; 13.500 niños han recibido carpetas de material educativo de emergencia.

61. Todos los grupos humanitarios necesitan reservas de emergencia para responder a las necesidades humanitarias cuando se presentan. El mecanismo de respuesta rápida permite que el UNICEF (organismo líder para los bienes no alimentarios y el refugio en el país, así como para los grupos en materia de educación, agua y saneamiento) cumpla esa exigencia de forma eficaz. Otros grupos, sujetos a súbitas necesidades de emergencia relativas a la alimentación, la salud y la protección, podrían también tener en cuenta la posibilidad de adoptar una solución semejante al mecanismo de respuesta rápida para garantizar una respuesta rápida a las emergencias.

62. Una de las deficiencias del mecanismo de respuesta rápida identificada por la evaluación es la dificultad de asegurar una respuesta integrada a las necesidades agudas e inmediatas en los otros sectores, como por ejemplo, la alimentación, la salud y la protección.

63. Se han formulado varias conclusiones y recomendaciones. El mecanismo de respuesta rápida como tal se adapta a casi todos los sectores, en ambientes complejos semejantes en que varios agentes humanitarios compiten para obtener financiación de un número limitado de donantes. El Chad, Darfur y Somalia son candidatos potenciales para la aplicación de un mecanismo de respuesta rápida en zonas en que el acceso a los recursos vitales se ve limitado por la inseguridad.

64. En la evaluación se ha recomendado el fortalecimiento del sistema de seguimiento y reunión de datos para medir en el tiempo el conjunto de las actividades del mecanismo de respuesta rápida.

65. Por último, en la evaluación se recomienda también que los organismos responsables de los grupos humanitarios en materia de salud, alimentación y protección —para los que persisten necesidades agudas no satisfechas— consideren la posibilidad de crear también un mecanismo semejante, utilizando los resultados de la evaluación del mecanismo de respuesta rápida.

Evaluación sanitaria interinstitucional en el Chad

66. Numerosos agentes prestan apoyo a las iniciativas de salud destinadas a los refugiados sudaneses ubicados en la zona oriental del Chad y los refugiados provenientes de la República Centroafricana que se han instalado en la zona meridional del país. Esos agentes prestan también asistencia a las comunidades locales que viven en esas dos regiones del Chad. Esa intervención ha sido objeto de una evaluación interinstitucional.

67. La evaluación tenía los siguientes objetivos: a) medir la respuesta humanitaria a la situación humanitaria del Chad; y b) ayudar a los agentes sanitarios (el Ministerio de Salud Pública, los organismos del sistema de las Naciones Unidas, las

organizaciones no gubernamentales y otros interlocutores) a responder a las necesidades de las poblaciones de refugiados y locales. Se ha previsto que el Chad utilice esa evaluación para: a) analizar los progresos y el desempeño de la respuesta humanitaria y su coordinación con el sistema de salud del Chad; y b) elaborar y actualizar un plan de acción conjunto con la participación de todos los agentes que intervienen en la respuesta humanitaria. Se ha previsto un plan de acción para la aplicación de las recomendaciones de la evaluación.

68. La metodología empleada consistió en un examen y un análisis de documentación, entrevistas semiestructuradas con todos los grupos de interlocutores, la observación directa de las actividades y la visita de los campamentos teniendo en cuenta los costos. En la evaluación se ha analizado la pertinencia, la eficacia, la eficiencia, las repercusiones y la coherencia de la respuesta a esa crisis humanitaria.

69. En la evaluación se ha revelado que las actividades en los ámbitos de la salud, la nutrición, el agua y el saneamiento son muy pertinentes teniendo en cuenta los objetivos previstos. Sin embargo, la mayoría de los refugiados no han percibido como necesidades a la educación sanitaria, la planificación de la familia y la prevención del VIH/SIDA. Esa percepción ha complicado la ejecución de las actividades relativas a esos ámbitos.

70. Los medios de comunicación y logística han apoyado a la multiplicidad de interlocutores en distintos lugares y sectores, y su utilización se ha coordinado de forma satisfactoria. La mayoría de las actividades han sido muy eficaces para obtener resultados relativos a las consultas médicas, el examen nutricional o el suministro de agua potable. Sin embargo, la eficacia de la asistencia se muestra reducida debido a la inseguridad de las rutas que conducen hacia los refugiados, y a la deficiente coordinación entre los principales organismos de las Naciones Unidas.

71. La Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados y casi todas las organizaciones no gubernamentales asociadas poseen una buena capacidad operacional. Sin embargo, la adopción de enfoques alternativos habría podido producir los mismos resultados, a un costo menor, o mejores resultados con la misma cantidad de recursos. El establecimiento preventivo de reservas de artículos fungibles de emergencia por parte de las organizaciones no gubernamentales, ante la falta de reservas regionales para responder a las epidemias, habría contribuido a reducir los gastos.

72. Los refugiados constituyen una importante proporción de la población local en las zonas afectadas. Por lo tanto, la sobreexplotación de los recursos naturales, en particular, la leña, resulta inevitable. Si bien existen posibilidades de mitigar ese inesperado impacto negativo, éstas no se han examinado a fondo. Por otra parte, se registra un aumento del costo de vida en las ciudades cercanas a los campamentos de refugiados. Ese aumento se ha visto en parte compensado por la creación de empleos y el aumento de las actividades comerciales en beneficio de las poblaciones locales. Se trata de repercusiones positivas inesperadas. El aumento de la oferta de servicios de salud ha tenido un efecto muy positivo en la salud de los refugiados. De esa forma, la evaluación ha revelado que las tasas de morbilidad y mortalidad de las poblaciones de refugiados han mejorado y se han mantenido por debajo de los niveles observados en las situaciones de emergencia. La situación nutricional de los refugiados se ha sido incluso mejor que la de la población de acogida.

73. Se ha señalado que la oferta de servicios de salud en los campamentos no está suficientemente coordinada con los servicios ofrecidos por los distritos sanitarios. Se han observado pocas iniciativas para aumentar la coherencia entre las políticas y las estrategias de los distintos agentes humanitarios y de desarrollo en los ámbitos de la salud, la agricultura y los programas ambientales, en particular, respecto de la población local. Las oportunidades de obtener resultados permanentes y de integración son menores en la zona oriental semiárida (en que el regreso siempre está a la orden del día) que en la zona meridional de tierras boscosas y más fértiles. Por el contrario, en la zona meridional, la integración de los refugiados es una alternativa que podría concretarse.

74. Se han formulado las siguientes recomendaciones: Los organismos de las Naciones Unidas deberían racionalizar la utilización de sus recursos, con una distribución y descripción claras de las responsabilidades desde el inicio mismo de la crisis humanitaria, y la revisión periódica de esas responsabilidades. En los casos en que existan servicios nacionales de salud, la asistencia humanitaria debería utilizarse para apoyarlos en beneficio tanto de las poblaciones locales como de los refugiados, en lugar de mantener servicios de salud paralelos en los campamentos. En los campamentos, hay que adoptar medidas relativas a la educación sexual y la difusión de las acciones de prevención del VIH/SIDA. Las violencias y los abusos sexuales contra las mujeres deben ser objeto de un mejor seguimiento y rendición de cuentas para que las víctimas reciban una atención adecuada y para adoptar medidas de prevención.

Evaluación de la campaña de difusión social de la vitamina A y el programa de enriquecimiento de los alimentos con vitamina A en Nigeria

75. La evaluación se ha realizado tras un año de campaña intensiva de sensibilización apoyada por el UNICEF, mediante reuniones de sensibilización y promoción, lanzamientos nacionales y locales, y los medios de comunicación. La campaña tuvo como objetivo mejorar el nivel de conocimiento y sensibilización de la población respecto de la vitamina A y los alimentos enriquecidos con vitamina A, y alentar el respeto de los fabricantes por los vectores alimentarios. Se encargó la evaluación para reevaluar el nivel de conocimiento de la población respecto de la vitamina A y la harina, el azúcar y el aceite vegetal enriquecidos con vitamina A. Ello determinará el futuro camino a seguir en Nigeria en pro de una difusión social más eficaz de esos productos a fin de mejorar la adhesión en ese país.

76. Se dividió la muestra de población en tres categorías socioeconómicas, todas concentradas en los centros urbanos: a) los habitantes de ingresos elevados y baja densidad; b) los habitantes de bajos ingresos y elevada densidad; y c) el sector de muy bajos ingresos y densidad muy elevada.

77. La principal técnica utilizada para el muestreo fue el método de los itinerarios. Los métodos de reunión de datos incluyeron la utilización de entrevistas estructuradas, cuestionarios, observaciones en los mercados al aire libre y entrevistas particulares con los funcionarios principales de los organismos gubernamentales participantes en el programa de enriquecimiento. En 2002, se realizó un estudio de referencia.

78. La evaluación demostró que más del 69% de los consumidores conocían la vitamina A, gracias a la campaña de sensibilización del UNICEF. En la encuesta de 2002, el porcentaje fue del 42%. Ello significa que los esfuerzos de promoción y

movilización social permitieron que la población con los conocimientos correspondientes aumentara en un 27% en comparación con el estudio de referencia; el 51% de los encuestados que conocían la vitamina A era mujeres, y el 49% hombres. Ello entraña que, dado que un mayor número de mujeres frecuentan el mercado y los centros de salud primaria, ese seguimiento de movilización social contribuyó al aumento de los conocimientos de la población sobre la vitamina A. El conocimiento de la vitamina A fue más destacado (43%) entre los habitantes con ingresos elevados y baja densidad, y más deficiente (23%) entre los encuestados de las zonas con densidad muy elevada. El nivel de conocimiento fue más elevado en Lagos con el 65% de los encuestados y más deficiente en Maiduguri en que sólo el 27% estaban enterados del tema.

79. Las actuales campañas de los medios de comunicación y de promoción han alcanzado una cobertura nacional del 52%; el 35% de las personas encuestadas se ha enterado de la campaña por televisión, el 29% la ha escuchado en la radio, el 12% ha escuchado hablar de la campaña en los centros de salud primaria, el 10% mediante la educación oficial, aproximadamente el 1% ha leído los folletos, anuncios y carteleros relativos a la campaña, el 3% lo ha leído en los periódicos, mientras que el 7% lo ha leído en los paquetes de embalaje, y el 3% ha escuchado hablar de la campaña por los amigos.

80. Se ha evaluado también el nivel de cumplimiento de los principales fabricantes. En los fabricantes de harina y azúcar alcanzó el 100%. Sin embargo, en algunos lugares pueden encontrarse aún paquetes de azúcar en polvo sin la marca de fábrica, que se embalan nuevamente sin mención visible del origen lo que, por lo tanto, imposibilita la confirmación inmediata de la fuente del enriquecimiento en vitamina A. En el sector del aceite vegetal, se ha estimado el nivel de cumplimiento en un 82%. Todos los fabricantes importantes han respetado el enriquecimiento, pero en los mercados se ha observado la dispersión de grandes cantidades de aceite no enriquecido y sin marca de fábrica.

81. En general, esos resultados han revelado que la población con conocimiento de la vitamina A ha aumentado considerablemente. Además, el nivel de cumplimiento del enriquecimiento de la harina, el azúcar y el aceite vegetal en los fabricantes es muy elevado.

82. Entre los límites del estudio cabe mencionar la dificultad de obtener informaciones de los funcionarios gubernamentales que se han sentido excluidos de los esfuerzos de sensibilización; asimismo, la imposibilidad de obtener de la mayoría de los fabricantes datos básicos financieros, de producción y venta.

83. En la evaluación se formulan las siguientes recomendaciones: intensificación de la promoción entre los fabricantes, en particular, los del sector de la producción de aceite vegetal, para alentar un compromiso duradero y más importante de su parte en pro del enriquecimiento; la continuación de las campañas de publicidad relativas a la importancia de los alimentos enriquecidos con vitamina A para el cuerpo humano; la necesidad de realizar un estudio nacional de impacto para evaluar el nivel de vitamina A en el organismo de la población, en comparación con los datos anteriores de referencia.

Estudio sobre las disparidades de acceso y desempeño en la educación básica de Malí, 2000-2005

84. En ese estudio se analizan las dimensiones, la distribución geográfica y las causas de las disparidades de acceso y desempeño en la enseñanza básica de Malí, desde el punto de vista del acceso y la calidad. Se proponen recomendaciones para adoptar medidas encaminadas a reducir esas disparidades.

85. El estudio se basa en las encuestas escolares realizadas anualmente por el Ministerio de Educación Nacional desde 2002-2003. Abarca a las comunas y se utilizan indicadores de educación como la tasa bruta/neta de admisión, la tasa bruta/neta de matriculación escolar, la tasa de matriculación por edad específica, la tasa de repetición de curso, la tasa de promoción, la relación entre alumno y docente. Se han realizado entrevistas sobre el terreno.

86. El estudio revela que el acceso a la educación primaria es, en general, deficiente en el conjunto del país. Entre 2002 y 2005, el acceso mejoró en prácticamente todas las regiones, pero queda aún mucho por hacer para alcanzar la educación universal. En las regiones de Mopti, Timbuktu, Ségou y Kayes se observan las tasas más bajas de acceso a la educación primaria. Sólo el distrito de Bamako tiene una tasa bruta superior al 100%. Las regiones con una baja tasa de acceso (Mopti, Timbuktu) o con una elevada tasa de acceso (Bamako) presentan escasa disparidad entre niñas y niños.

87. En el estudio se ha destacado también que las regiones son muy heterogéneas en materia de acceso a la educación. El acceso al ciclo secundario de educación es mucho más deficiente que el del ciclo primario, y las disparidades respecto de las niñas son mucho más importantes. Respecto de la igualdad de géneros, Malí se divide en dos zonas. En la zona septentrional (Mopti, Timbuktu, Gao, Kidal) hay mayor igualdad en cuanto a la matriculación de las niñas. La zona meridional, que incluye a las otras regiones, corresponde a las zonas en que las disparidades entre niñas y niños son mucho más profundas.

88. La tasa de acceso de las niñas a primer año es entre 4 y 15 puntos inferior a la de los varones, excepto en Mopti y Timbuktu en que las niñas tienen mayor acceso a la escuela que los varones. Sin embargo, aun cuando accedan a la escuela, las niñas experimentan enormes dificultades para concluir el ciclo primario. En el ciclo secundario, la situación de las niñas es mucho más alarmante. En todas las regiones, la tasa de acceso de las niñas al 7º año es muy inferior a la de los varones.

89. La proporción de las mujeres (20%) en la enseñanza es escasa. Respecto de la tasa de continuidad, un niño de Bamako que ingresa al primer año tiene el doble de probabilidad de alcanzar el 6º año que su homólogo de Kidal o Timbuktu. De acuerdo con las regiones, las probabilidades de concluir el ciclo primario varían considerablemente; las tasas varían del 44% (Kidal) al 84% (Bamako), y las probabilidades de concluir el ciclo secundario varían entre el 25% y el 51%.

90. En las regiones septentrionales (Kidal, Timbuktu y Gao) se registran las tasas de repetición de curso más elevadas para el ciclo primario. En todas las regiones, las niñas repiten los cursos en las mismas proporciones que los varones.

91. En el análisis se han identificado numerosos factores que explican el deficiente acceso a la escuela y la mala calidad de la educación en Malí. Los factores más importantes se refieren a la sobrecarga de trabajo de las mujeres, en particular, en el

ámbito rural; al derecho consuetudinario menos favorable a la emancipación de la mujer, sobre todo en el ámbito rural; a la persistencia de la imagen tradicional que coloca a la mujer en un nivel de inferioridad; a los matrimonios y embarazos precoces; al analfabetismo masivo de los padres; a la familia numerosa; a los gastos económicos y de oportunidad de la educación para los padres; a las grandes distancias que hay que recorrer para acudir a la escuela; a la insuficiencia de las infraestructuras escolares y socioeducativas; a los contenidos inadecuados de los programas y a la calidad de la enseñanza impartida, etc.

92. En el estudio se formulan las siguientes recomendaciones: aplicar políticas centradas en las comunas marginadas (el gobierno podría establecer el objetivo de mejorar el acceso a la escuela y la calidad de la educación en las 100 primeras comunas que muestren los niveles más deficientes); crear y poner en práctica una forma de escuela adaptada a los modos de vida de los nómades de las regiones septentrionales (pescadores bozo, pastores peuls y tuaregs); incluir en los planes de estudio conocimientos completos para empleos locales destinados a los pescadores, agricultores, pastores, artesanos, etc.; establecer en los 5 años la edad de ingreso a primer año; esa medida permitiría a los padres reducir los costos de oportunidad relacionados con la escuela, en particular, respecto de las niñas.

Consideraciones generales sobre la función de evaluación en la región

93. La Oficina regional, en colaboración con las oficinas de los países, está elaborando una estrategia para mejorar esa función. Ello permitirá mejorar la calidad y aumentar considerablemente los conocimientos relativos a las prioridades regionales, en particular, la supervivencia del niño, la educación de las niñas y la protección.

94. En 2006, la tasa de ejecución de los estudios fue de 70 sobre 80. Por otra parte, se finalizaron 23 de las 36 evaluaciones planificadas, así como 28 encuestas de las 34 previstas. Se observa que la utilización de las evaluaciones en las oficinas de los países sigue manteniéndose a nivel de proyecto.

95. Con el apoyo del UNICEF, numerosos países han creado asociaciones locales de evaluación afiliadas a la Asociación Africana de Evaluación (Burkina Faso, Camerún, Côte d'Ivoire, Ghana, Níger, Nigeria, Senegal, etc.). Éstos son socios estratégicos para el UNICEF ya que participan cada vez más en los esfuerzos para tomar conciencia del papel estratégico que desempeña la evaluación en el desarrollo, fortalecer la capacidad nacional y garantizar la calidad mediante la aplicación de las Normas africanas de evaluación.

96. La Oficina regional ha prestado el apoyo técnico necesario a Benin, Congo y Níger para la preparación de sus exámenes de mitad de período y, al mismo tiempo, ha controlado la calidad de los informes del ejercicio. Ha participado también en las evaluaciones realizadas en Benin, Ghana, Malí y Senegal, para medir las repercusiones de la iniciativa de la Estrategia acelerada para la supervivencia y el desarrollo del niño, evaluaciones cuyos resultados no están aún disponibles.

97. El fortalecimiento de la función de evaluación se destaca ampliamente en el plan de gestión de la Oficina regional para 2008-2009, como un instrumento para mejorar la calidad de la programación, y para contribuir y compartir los conocimientos adquiridos.