



Consejo Económico y Social

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

Adopción de medidas

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Junta Ejecutiva

Período de sesiones anual de 2012

5 a 8 de junio de 2012

Tema 5 a) del programa provisional*

Proyecto de documento del programa del país**

Lesotho

Resumen

El proyecto de documento del programa para Lesotho se presenta a la Junta Ejecutiva para que lo examine y formule observaciones al respecto. Se pide a la Junta que apruebe el monto indicativo total del presupuesto de 5.260.000 dólares con cargo a los recursos ordinarios, con sujeción a la disponibilidad de fondos, y de 40.000.000 de dólares con cargo a otros recursos, con sujeción a la disponibilidad de contribuciones para fines concretos, para el período comprendido entre 2013 y 2017.

* E/ICEF/2012/9.

** De conformidad con la decisión 2006/19 de la Junta Ejecutiva, el presente documento se revisará y se publicará en el sitio web del UNICEF, junto con la matriz de resultados, a más tardar seis semanas después de que la Junta Ejecutiva lo examine en su período de sesiones anual de 2012. La Junta Ejecutiva procederá a aprobarlo durante su segundo período ordinario de sesiones de 2012.



Datos básicos†

(Corresponden a 2010 a menos que se indique otro año)

Población infantil (menores de 18 años) (en millones)	1,0
Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos)	85a
Niños con peso inferior al normal (porcentaje de casos moderados y graves, 2009)	13b
(Porcentaje de población urbana/rural, más pobre/más rica)	12/13, 18/9
Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos, 2008)	530c
Matriculación en enseñanza primaria (porcentaje neto de niños/niñas, 2009)	87/91d
Alumnos de enseñanza primaria que llegan al quinto grado (porcentaje, 2004-2005)	84d
Utilización de fuentes mejoradas de agua potable (porcentaje)	78
Utilización de servicios mejorados de saneamiento (porcentaje)	26
Prevalencia del VIH en adultos (porcentaje, 15 a 49 años, 2009)	23,6
Trabajo infantil (porcentaje de niños de 5 a 14 años, 2000)	23
Registro de nacimientos (porcentaje, niños menores de 5 años, 2009)	45
(porcentaje, niños/niñas, población urbana/rural, más rica/más pobre)	46/45, 43/46, 42/49
Ingreso nacional bruto per capita (en dólares EE.UU.)	1.080
Niños de 1 año inmunizados contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (porcentaje)	83
Niños de 1 año inmunizados contra el sarampión (porcentaje)	85

† Para obtener datos más amplios sobre la situación de los niños y las mujeres del país, consúltese el sitio www.childinfo.org/.

^a Las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de Lesotho de 2009 muestran una tasa de mortalidad de niños menores de 5 años de 117 por cada 1.000 nacidos vivos.

^b Las estimaciones del número de niños con un peso inferior al normal se basan en los patrones de crecimiento infantil de la OMS de 2006.

^c La cifra estimada para 2009 en las Encuestas de Demografía y Salud de 2009 es de 1.155 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Grupo Interinstitucional de Estimación de la Mortalidad Materna (OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial, junto con expertos técnicos independientes), ajustada para tener en cuenta los datos no comunicados y los errores en la clasificación de las muertes maternas. Para más información, consúltese el sitio www.childinfo.org/maternal_mortality.html.

^d Datos de encuestas.

Resumen de la situación de los niños y las mujeres

1. Lesotho está clasificado entre los países con un índice bajo de desarrollo humano y ocupa el puesto 160 de 187 países en el Índice de Desarrollo Humano. Se enfrenta a la triple amenaza del VIH y el SIDA, la extrema pobreza y un alto grado de inseguridad alimentaria. Alrededor del 58% de su población, de 1,88 millones, es menor de 19 años¹.

¹ El Gobierno de Lesotho emplea datos de las Encuestas de Demografía y Salud (EDS) de 2009, publicadas en 2010, como la fuente de información fiable más reciente. En consecuencia, se están usando datos de las EDS 2009 en relación con el desarrollo del país y para crear un proyecto de inversión para el plan estratégico nacional, el MANUD y el presente proyecto de documento del programa para Lesotho.

2. Un 56,6% de la población de Lesotho vive por debajo del umbral de pobreza². El índice de pobreza es un 50% más elevado en las zonas rurales que en las urbanas. El coeficiente de Gini (0,52 en 2010) indica que existe un alto grado de desigualdad de ingresos³.

3. Los ingresos brutos *per capita* de Lesotho, que ascienden a 1.080 dólares (2008, método del Atlas), colocan al país a las puertas de la condición de país de ingresos medianos. La crisis económica mundial de 2008 afectó gravemente a los ingresos de la Unión Aduanera del África Meridional, la industria textil local y las oportunidades de empleo para Basotho, en Sudáfrica. La consiguiente disminución de los ingresos pone en peligro la capacidad pública para ofrecer un acceso equitativo a los servicios sociales. El crecimiento económico todavía se encuentra en proceso de recuperación y se espera que alcance un modesto 4% en 2012.

4. La prevalencia del VIH se mantiene constantemente alta, en más del 23% de la población adulta, y afecta a las mujeres y las adolescentes de manera desproporcionada: la prevalencia entre las mujeres jóvenes de 20 a 24 años (24,1%) es 6 veces mayor que entre las adolescentes de 15 a 19 años (4,1%) y 4 veces más elevada que entre los hombres jóvenes de 20 a 24 años (5,9%). Entre los factores inmediatos que causan la epidemia se incluyen las relaciones con varias parejas y con parejas simultáneas, un bajo índice de utilización constante y correcta de preservativos y bajos niveles de circuncisión médica masculina. La situación se ve agravada por la desigualdad entre los géneros, las normas y prácticas culturales y la reducida movilización social en torno a la prevención del VIH. A nivel nacional, se han realizado progresos en la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño y casi cuatro quintos de las mujeres embarazadas seropositivas reciben medicamentos antirretrovirales. Solo la mitad de los niños y los adultos necesitados reciben tratamiento, y se han hecho pocos progresos en el ámbito de la prevención primaria, en especial entre los jóvenes.

5. Lesotho no está en condiciones de lograr las metas de los Objetivo de Desarrollo del Milenio cuarto (sobre mortalidad en la niñez) y quinto (sobre salud materna). La tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (TMM5) se incrementó de 90 por cada 1.000 nacidos vivos en 1996 a 117 por cada 1.000 nacidos vivos en 2009⁴. Las principales causas de mortalidad en la niñez son las enfermedades neonatales (48%), el SIDA (17%), la neumonía (13%) y la diarrea (10%). La TMM5 es un 19% más alta en las zonas rurales que en las urbanas. En los hogares pobres, la tasa de mortalidad en la niñez es un 30% más elevada que la de los niños de los hogares ricos.

6. Los niveles de retraso en el crecimiento se han quedado estancados en un 39% desde 2004. El retraso en el crecimiento es superior entre los niños de hogares pobres y aquellos que residen en distritos rurales montañosos, alcanzando un 52% en el distrito de Thaba-Tseka. Las causas inmediatas de este retraso son una dieta inadecuada debida a la inseguridad y a las malas prácticas alimentarias, así como enfermedades infantiles recurrentes.

² Encuesta sobre el presupuesto del hogar, 2002-2003, Oficina de Estadística, Ministerio de Finanzas y Planificación del Desarrollo, Lesotho.

³ Informe sobre Desarrollo Humano de 2011, PNUD.

⁴ EDS de 2009.

7. La tasa de mortalidad materna aumentó de 762 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2004 a 1.155 por cada 1.000 nacidos vivos en 2009. Alrededor del 59% de la mortalidad materna está relacionada con el VIH/SIDA. Otras causas incluyen la sepsis puerperal y complicaciones en el aborto. Aunque la atención prenatal representa el 91,8%, la tasas de asistencia experta en el parto y atención tras el parto siguen siendo bajas, situándose en un 62% y un 48%, respectivamente, en particular en las zonas rurales montañosas y entre las personas pobres.

8. Las causas subyacentes del deterioro de la situación de la salud maternoinfantil son un sistema de salud debilitado por la falta de recursos humanos y una alta prevalencia de enfermedades infantiles asociadas a una nutrición y un saneamiento deficientes. Existe un fuerte compromiso político de incrementar las intervenciones de éxito; el presupuesto del sector sanitario constituye alrededor del 11% del presupuesto nacional.

9. Lesotho ratificó la Convención sobre los Derechos del Niño en 1992 y presentó su informe inicial en 1998. Se está preparando un informe de los informes segundo, tercero y cuarto combinados. La principal recomendación del Comité de los Derechos del Niño fue que se incorporasen las disposiciones de la Convención a la legislación nacional, lo que se ha abordado a través de la Ley de protección y bienestar de la infancia de 2011, pero su aplicación supone un gran desafío.

10. La amenaza del VIH y la pobreza está exponiendo cada vez más a los niños a la violación de sus derechos. El análisis de la situación de los niños huérfanos y otros niños vulnerables de 2011 estima que un 34% de los niños (363.526) son huérfanos, lo que representa un acusado aumento frente a la cifra registrada en el censo de población de 1996 (221.403). El estudio confirma la alta prevalencia de la violencia física y sexual que indican los casos denunciados ante la Unidad de Protección de la Mujer y de la Infancia y la línea de atención telefónica para los niños. Según las EDS de 2009, el 34% de los niños no vive con su padre ni su madre, en gran medida como resultado del fallecimiento o la migración; y se registró el 45% de los nacimientos (el 26%, según las EDS de 2004), pero solo se expidieron partidas de nacimiento al 18%.

11. Lesotho está en camino de alcanzar las metas de la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer del tercer Objetivo de Desarrollo del Milenio. Ratificó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en 1995 y presentó un informe combinado (inicial, segundo, tercero y cuarto) en julio de 2010. La Ley sobre los delitos sexuales (2003), la Ley sobre la capacidad jurídica de los cónyuges (2006) y otras leyes establecen el marco legal para la protección de los derechos de la mujer y la prohibición de la discriminación por motivos de género. No obstante, el derecho consuetudinario no concuerda de todo punto con los principios de no discriminación, en especial en relación con la adopción, el matrimonio, el divorcio, la sepultura, la cesión de bienes y la muerte.

12. Lesotho está en condiciones de satisfacer las metas sobre la enseñanza del segundo Objetivo de Desarrollo del Milenio. En la Ley de educación de 2010 se estipuló que la enseñanza primaria debía ser gratuita y obligatoria. No obstante, el sector sigue afrontando serios desafíos: el alto porcentaje de profesores no cualificados (en torno al 40% desde 2008 y superior en los distritos rurales y montañosos); y el bajo rendimiento. La elevada tasa de repetición de curso en los primeros cuatro cursos académicos se ha estancado en alrededor del 20% desde 2008⁵. La tasa neta global de matriculación en la

⁵ *Boletín de estadísticas sobre educación de 2010*, Ministerio de Educación y Formación, Lesotho.

enseñanza primaria se ha quedado estancada en el 80% desde 2008. Entre las causas subyacentes del bajo índice de matriculación se encuentran la dedicación de los niños al pastoreo en distritos montañosos y el descenso de la matriculación de niñas en distritos de tierras bajas desde 2007⁶. En lo que respecta al desarrollo del niño en la primera infancia, el 68% de los niños de edades comprendidas entre los 3 y los 5 años, en su mayoría procedentes de zonas pobres y rurales, no tienen acceso a los servicios integrados de cuidado y desarrollo del niño en la primera infancia. Aunque el índice de alumnos que terminaron la enseñanza primaria en 2010 es alto (87%), la tasa de transición a la enseñanza secundaria es más baja (75%).

13. Lesotho es vulnerable a los desastres naturales, en especial a las inundaciones y la sequía, así como a la inseguridad alimentaria, los brotes de enfermedades y las crisis sociopolíticas.

Principales resultados y experiencia adquirida del programa de cooperación anterior, 2008 a 2012

Principales resultados logrados

14. Se registraron progresos significativos en la creación de un conjunto integral de intervenciones de gran repercusión en favor de la supervivencia materna, neonatal e infantil accesible para al menos el 90% de las mujeres y los niños. La proporción de mujeres que reciben atención prenatal se mantuvo por encima del 90%, la cobertura de la asistencia calificada en el parto aumentó del 55% al 62% y la cobertura de la atención posparto, del 23% al 48%, desde 2004. La mayor cobertura de los servicios ha ayudado a estabilizar la mortalidad en la niñez en 117 muertes por cada 1.000 nacidos vivos durante los últimos 5 años ⁷. La gran y continua cobertura de la vacunación contra el tétanos y la poliomielitis ha contribuido a erradicar la poliomielitis y el tétanos neonatal. El Gobierno incluyó la vacuna pentavalente en el calendario del Programa ampliado de inmunización (PAI) en 2008, tras la labor de promoción que llevaron a cabo el UNICEF y la Organización Mundial de la Salud (OMS). El UNICEF respaldó asimismo la adquisición de suministros para los programas de inmunización sistémica, nutrición, atención obstétrica y neonatal, y apoyó actividades de desarrollo de la capacidad de los profesionales y trabajadores sanitarios de la comunidad orientadas a una mejor gestión del parto y de la asistencia a los niños enfermos.

15. Se cumplió la meta de facilitar al 80% de las madres y los niños afectados e infectados servicios de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño y de atención pediátrica del SIDA de calidad, ya que en 2010 un 81% de las mujeres seropositivas recibían antirretrovirales, frente al 31% registrado en 2007. La transmisión de la madre al niño disminuyó desde un porcentaje superior al 35% en 2003 —antes de la introducción de este tipo de prevención— hasta el 13,1% en 2010; y el número de niños en tratamiento con antirretrovirales casi se duplicó, al pasar de 4.446 en 2008 a 8.036 en 2010⁸. El UNICEF prestó apoyo técnico y financiero para elaborar directrices nacionales en materia de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño y de

⁶ *Encuesta continua para varios fines de 2009*, Oficina de Estadística, Ministerio de Finanzas y Planificación del Desarrollo, Lesotho.

⁷ EDS de 2009.

⁸ *Revisión conjunta anual de 2011*, Ministerio de Salud y Bienestar Social, Lesotho.

atención pediátrica del VIH, y respaldó la capacitación del personal sanitario y el suministro de antirretrovirales más efectivos. La OMS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Baylor College of Medicine, la Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation y la Asociación Cristiana de la Salud de Lesotho (CHAL) respaldaron la capacitación de trabajadores sanitarios y la prestación de servicios.

16. La labor de promoción que han llevado a cabo el UNICEF y otros asociados, como Irish Aid, y la gestión de las escuelas religiosas contribuyeron a que se aprobara la Ley de educación de 2010, posiblemente el resultado más significativo para el sector. Esta ley establece una enseñanza primaria gratuita y obligatoria, la supresión de la repetición de curso durante los tres primeros cursos de la enseñanza primaria, el reconocimiento de los centros de educación no académica y los centros integrados de cuidado y desarrollo del niño en la primera infancia, así como la prestación de servicios educativos en un radio de 5 kilómetros de cada asentamiento por parte del Ministerio de Educación y Formación. Los niños sin escolarizar recibieron apoyo a través de educación a distancia y educación no académica y, como resultado, la matriculación aumentó de 6.771 en 2008 a 10.514 en 2010, superando el objetivo de 7.466. Además, el UNICEF respaldó una labor de promoción con base empírica que movilizó 20 millones de dólares de financiación de la Iniciativa Vía Rápida.

17. El UNICEF, en colaboración con el Ministerio de la Mujer y la Juventud, el Deporte y el Ocio, brindó apoyo a Kick4Life, la Asociación de Planificación Familiar de Lesotho, la ONG Servicios Católicos de Socorro y asociados de la comunidad para que llevaran a cabo intervenciones dirigidas a reducir y evitar los riesgos con el fin de aumentar los conocimientos y mejorar la preparación para prevenir el VIH. Como consecuencia de ello, se llegó a más de 100.000 jóvenes (30% de los jóvenes de tres distritos con la prevalencia más alta del VIH) a través de los deportes, el establecimiento de redes de contactos entre colegas, talleres de teatro comunitarios y una plataforma interactiva de servicio de mensajes cortos (SMS). Durante el examen de mitad de período de 2010 del programa del país, los asociados reconocieron al UNICEF como un coordinador fiable de las partes interesadas dedicadas a la prevención del VIH entre los jóvenes.

18. Para llegar a los niños más vulnerables, como los afectados o infectados por el VIH y el SIDA, el programa de Lesotho de subsidios para la infancia amplió su alcance para llegar a casi 10.000 hogares vulnerables que cuidan de más de 27.700 niños (12% del total de huérfanos) en 5 distritos. A finales de 2011, más de 120.000 huérfanos y niños vulnerables estaban recibiendo una serie de servicios de apoyo, y casi 25.000 pudieron asistir a la escuela. El Gobierno de Lesotho, la Unión Europea, el UNICEF, World Vision y Ayala Consulting eran los asociados principales. *Asimismo, el programa de Lesotho de subsidios para la infancia estableció vínculos con otras redes de seguridad social y lanzó el Sistema Nacional de Información para la Asistencia Social, que se está promoviendo como el futuro sistema central de registro para todas las redes de seguridad social.* La labor de promoción llevada a cabo por el UNICEF fue decisiva para lograr la inclusión de la protección social en el plan estratégico nacional de desarrollo 2012-2017.

19. El avance más significativo para garantizar un entorno de protección para los niños de Lesotho fue la promulgación de la Ley de protección y bienestar de la infancia en 2011. El estudio sobre la pobreza infantil efectuado y el análisis de la situación de los huérfanos y otros niños vulnerables contribuirá a una labor de promoción con base empírica y a la preparación de intervenciones.

Experiencia adquirida

20. El suministro a las mujeres embarazadas de un paquete de medicamentos antirretrovirales para llevar en el marco de la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño es factible y aceptable para los proveedores de servicios y los clientes, y aumenta la disponibilidad de medicamentos para las madres y sus hijos en zonas con un reducido acceso a las instalaciones sanitarias. Desde 2007, se está entregando a mujeres embarazadas infectadas por el VIH un paquete mínimo de prevención compuesto de antirretrovirales que deben tomar durante el embarazo, el parto y el puerperio. En 2009, un estudio de viabilidad y aceptabilidad reveló que el 80% de las mujeres que recibieron el paquete estaban satisfechas y que el 91% administró el antirretroviral a sus bebés al nacer. No obstante, al 9% le avergonzaba recibir el paquete porque revelaba su condición de seropositiva. Este problema se ha resuelto proporcionando a las mujeres embarazadas seronegativas un paquete similar con aportes de hierro, ácido fólico y vitaminas. El suministro de estos dos paquetes será una importante estrategia para aumentar la disponibilidad de medicamentos esenciales en zonas con acceso limitado a las instalaciones sanitarias.

21. El programa de Lesotho de subsidios para la infancia es un programa de transferencia de efectivo no condicionada con fines sociales que proporciona unos 50 dólares al trimestre a familias vulnerables con niños. La evaluación rápida realizada en 2010 confirmó unas notables repercusiones positivas en la vida de niños vulnerables. La experiencia adquirida muestra que es necesario analizar en detalle las disposiciones institucionales, la capacidad técnica, los recursos necesarios y los mecanismos de ejecución, y que es preciso incorporar una fase de preparación (de 12 a 18 meses) para probar y completar el diseño y establecer disposiciones institucionales antes de acometer la puesta en práctica. El desarrollo de una estrategia integral de creación de capacidad a todos los niveles, junto con el establecimiento de asociaciones entre los sectores público y privado, al tiempo que se promueven sistemas de supervisión y evaluación participativas, sigue siendo fundamental.

Programa del país, 2013-2017

Cuadro sinóptico del presupuesto

<i>Programa</i>	<i>(En miles de dólares EE.UU.)</i>		
	<i>Recursos ordinarios^a</i>	<i>Otros recursos</i>	Total
El VIH y la salud	2.400	14.000	16.400
Protección del niño	1.000	12.900	13.900
Educación básica	500	9.500	10.000
Política social, planificación, supervisión y evaluación	520	2.200	2.720
Componente intersectorial	840	1.400	2.240
Total	5.260	40.000	45.260

Proceso de preparación del programa

22. El proyecto de documento del programa para Lesotho lo prepararon conjuntamente la oficina del UNICEF en el país y el Gobierno de Lesotho, bajo la dirección del Ministerio de Finanzas y Planificación del Desarrollo, sobre la base del plan estratégico nacional de desarrollo 2012-2017, el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) 2013-2017, el análisis de la situación de las mujeres y los niños, así como del momento estratégico interno de reflexión del UNICEF, y se apoyó en los hallazgos del estudio sobre la pobreza infantil, las consultas a niños, el examen de mitad de período del programa del país y los exámenes anuales del UNICEF.

Componentes, resultados y estrategias del programa

23. El objetivo general del programa del país consiste en promover la plena realización del derecho a la supervivencia, el desarrollo, la participación y la protección de todos los niños y las mujeres de Lesotho. Reforzará la capacidad nacional para reaccionar ante la repercusión de la elevada prevalencia del VIH en niños y mujeres, prevenirla y mitigarla, a fin de lograr los objetivos nacionales e internacionales. Aplicará un enfoque dirigido a reducir la mortalidad en la niñez y la mortalidad materna, reforzar los servicios sociales y de protección de la infancia y ampliar la educación básica.

24. El programa se centrará en ampliar el acceso a servicios de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño y de atención pediátrica y tratamiento del VIH de calidad, así como en la consolidación de las asociaciones para mejorar la coordinación y la cobertura de las intervenciones orientadas a prevenir el VIH entre los jóvenes, con especial atención a los lugares de difícil acceso. Un conjunto integral de intervenciones de gran repercusión en materia de salud, nutrición y agua, saneamiento e higiene hará frente a la nutrición deficiente y la alta tasa de mortalidad en la niñez, centrándose en los distritos en situación más desfavorable.

25. El entorno de protección para niños que corren el riesgo de sufrir violencia, explotación y malos tratos, y estén expuestos a estas amenazas, se reforzará mediante la aplicación de la Ley de protección y bienestar de la infancia de 2011. También mejorará los sistemas de protección social que tienen en cuenta las cuestiones relacionadas con los niños y el género dirigidos a niños vulnerables y a sus familias, como los infectados o afectados por el VIH.

26. El respaldo a la aplicación de la Ley de educación de 2010 aumentará la matriculación en la escuela primaria, dará lugar a mejores resultados de aprendizaje por parte de las niñas y los niños vulnerables que estén en edad escolar o de los niños y niñas que superen esta edad, y contribuirá a reducir las tasas de repetición de curso. Se mejorará el acceso a los servicios integrados de cuidado y desarrollo del niño en la primera infancia mediante la formulación de políticas y el apoyo a la prestación de servicios, en especial en zonas rurales y montañosas.

27. La promoción de políticas, con especial énfasis en el análisis de datos, las políticas con base empírica que tengan en cuenta las necesidades de los niños y la asignación de recursos para atender las necesidades de los niños vulnerables, en particular en zonas remotas, será una estrategia fundamental del programa para reducir las disparidades. La gestión basada en los resultados y la supervisión permanente medirán el progreso en el ejercicio efectivo de los derechos y garantizarán que los recursos se utilicen de forma

eficaz y eficiente. Las lagunas en la capacidad de los garantes de derechos se cubrirán mediante un enfoque de la programación basado en los derechos humanos. Se prestará especial atención al desarrollo de la capacidad de los comités de asistencia de las aldeas, los equipos de protección infantil de distrito y los equipos de gestión de la salud de distrito. La colaboración con las estructuras de gobierno locales resultará vital en el contexto de una descentralización en curso. Las organizaciones religiosas contribuirán en los ámbitos del VIH y el SIDA, la salud maternoinfantil y la educación. La comunicación para el desarrollo se integrará en todos los componentes del programa con el propósito de lograr cambios sociales y de comportamiento positivos. Las cuestiones de género, la reducción del riesgo de desastres y la sostenibilidad ambiental se incorporarán a todos los componentes del programa.

Componentes del programa

28. **El VIH y la salud.** Este componente del programa, en colaboración con los principales ministerios competentes, los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones de la sociedad civil, y de acuerdo con los planes estratégicos nacionales sobre el VIH y el SIDA (2011-2012, 2015-2016) y la Política del sector de la salud (2012), fortalecerá las capacidades nacionales para hacer frente a nuevas infecciones por el VIH entre niños y jóvenes y tratarlas. El programa logrará los siguientes resultados fundamentales: a) para 2015, se alcanzará el 95% de cobertura de servicios de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño y de atención pediátrica y tratamiento del VIH de calidad, para eliminar las nuevas infecciones entre los niños y mantener con vida a los que estén infectados; b) para 2017, el 80% de los hombres y las mujeres jóvenes (de 10 a 24 años) tendrán los conocimientos generales y especializados necesarios para protegerse de la infección por el VIH; y c) para 2017, como contribución a las iniciativas nacionales destinadas a hacer frente al deterioro de la salud maternoinfantil y las estadísticas sobre nutrición, el acceso a las intervenciones relacionadas con la salud y la nutrición, así como con el agua, el saneamiento y la higiene, aumentará al menos diez puntos porcentuales en los cuatro distritos que registran las peores tasas de mortalidad y malnutrición infantiles.

29. A fin de satisfacer los objetivos para erradicar la transmisión del VIH de la madre al niño, este componente mantendrá y afianzará el apoyo del UNICEF a la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño, los componentes de prevención y atención, así como al tratamiento del SIDA pediátrico, a fin de atender las necesidades de las poblaciones desatendidas a través de innovadores programas de difusión y enfoques basados en la comunidad.

30. Con particular atención a los distritos con alta prevalencia, la finalidad del componente del programa consistirá en proporcionar a los jóvenes, en especial a las adolescentes, información, conocimientos especializados y servicios de apoyo para protegerse del VIH. Contribuirá a ampliar la atención sanitaria de calidad de adolescentes, que incluirá pruebas de detección del VIH, asesoramiento y remisión, así como el apoyo a los adolescentes afectados por el VIH. El UNICEF fomentará una coordinación y supervisión reforzadas entre las partes interesadas que presten servicios para la prevención del VIH entre los jóvenes en la esfera nacional y en los distritos. Se recurrirá a los medios de comunicación, las nuevas tecnologías y las estructuras basadas en la comunidad, incluidos los grupos juveniles, para aumentar el conocimiento general y fomentar las prácticas de comportamiento saludable para prevenir el VIH entre los jóvenes.

31. El componente reforzará también la capacidad de los agentes pertinentes para planificar, presupuestar y estimar los costes, a partir de datos precisos, y asegurar así una mayor asignación de recursos a los distritos, de modo que puedan ponerse en práctica intervenciones de gran repercusión en la salud, la nutrición, el agua y el saneamiento. De acuerdo con la política de descentralización del Gobierno y el interés del UNICEF en la equidad, afianzará la capacidad de los equipos de gestión de la salud que actúan en los distritos y de otras estructuras para prestar servicios preventivos y curativos de atención de la salud y nutrición cercanos al cliente en comunidades desatendidas y para eliminar los obstáculos relacionados con los conocimientos, el transporte y la financiación para la utilización de los servicios. Se fomentará la prestación integrada de servicios relacionados con el VIH/SIDA, la nutrición y la salud en sistemas rutinarios de salud maternoinfantil basados en las instalaciones y en la comunidad.

32. **Protección del niño.** En el marco de la Ley de protección y bienestar de la infancia de 2011 y la política nacional sobre huérfanos y niños vulnerables de 2006, entre otros marcos jurídicos y normativos, este componente del programa ofrecerá respaldo a los ministerios pertinentes a) para prevenir la violencia, la explotación y los malos tratos infantiles y reaccionar ante estos; y b) para hacer frente a la vulnerabilidad social y económica.

a) *Asegurar el refuerzo del entorno de protección para los niños que corran el riesgo de sufrir violencia, explotación y malos tratos, y estén expuestos a estas amenazas.* El componente ayudará a consolidar el desarrollo de la capacidad de los organismos encargados de hacer cumplir la ley en relación con la Ley de protección y bienestar de la infancia. También apoyará el afianzamiento institucional del Departamento de Bienestar Social en lo que respecta a una prestación de servicios eficaz. Se hará frente a las normas sociales que perpetúan los comportamientos perjudiciales hacia los niños, aumentando la capacidad de las estructuras existentes basadas en la comunidad o estableciendo nuevas estructuras, así como centrando la atención en la comunicación para el cambio social, en colaboración con asociados de la sociedad civil.

b) *Reforzar los sistemas de protección social que tienen en cuenta las cuestiones relacionadas con los niños y el género dirigidos a niños vulnerables y a sus familias.* Esto se conseguirá extendiendo el programa de Lesotho de subsidios para la infancia a los diez distritos para aliviar la vulnerabilidad económica de los hogares. Este programa servirá de punto de acceso para establecer y mantener un sistema funcional de remisión para hogares necesitados de otros servicios sociales, y para reforzar las disposiciones institucionales con vistas a un sistema de protección más sostenible dirigido por el Gobierno. A través del programa de Lesotho de subsidios para la infancia, el componente del programa fomentará el registro de nacimientos en colaboración con el Departamento de identidad nacional y registro civil, establecido recientemente.

33. **Educación básica.** Este componente del programa contribuirá a la aplicación de la Ley de educación y del Plan estratégico del sector de la educación, a través del Ministerio de Educación y Formación, iglesias y ONG asociadas. Los principales resultados son los siguientes: para 2017, en respuesta al estancamiento de la matriculación y a la mala calidad de la educación, *un mejor acceso a servicios integrados de cuidado y desarrollo del niño en la primera infancia de calidad, sobre todo para los niños más vulnerables; y una mayor tasa de matriculación y mejores resultados de aprendizaje de las niñas y los niños vulnerables en edad escolar o con una edad superior a la escolar.*

34. *Servicios integrados de cuidado y desarrollo del niño en la primera infancia.* Este subcomponente se centrará en el desarrollo de políticas y en el aumento del acceso y la calidad, en particular para niños vulnerables, con especial atención a las zonas rurales y montañosas. En la enseñanza primaria y no académica, la atención se centrará en el desarrollo de la capacidad institucional a través de la capacitación del personal docente previa al empleo y en el empleo, y la elaboración de planes de estudios, normas y directrices. Un enfoque multisectorial de enseñanza revitalizado respaldará una mejor promoción, coordinación, planificación y supervisión del rendimiento.

35. **Política social, planificación, supervisión y evaluación.** Este componente del programa trabajará en estrecha coordinación con todos los programas y en colaboración con los ministerios competentes, las organizaciones de la sociedad civil y las Naciones Unidas. Se mejorarán las políticas y la programación con base empírica mediante el apoyo al sistema nacional de supervisión y evaluación para la recopilación, el análisis y la difusión de información estratégica y la realización de actividades de investigación en esferas prioritarias para cubrir las lagunas de conocimiento. Se fomentará el uso de DevInfo por parte de los asociados gubernamentales con fines de planificación. A partir de las pruebas recogidas, el programa iniciará actividades de promoción a alto nivel y un diálogo con el Gobierno, con vistas a adoptar políticas sociales y económicas adaptadas a los niños, medidas legislativas y asignaciones presupuestarias. También captará recursos para niños y mujeres.

36. **Componente intersectorial.** Este componente incluye gastos del programa que no pueden asignarse directamente a los distintos componentes del programa; por ejemplo, costes relacionados con la planificación y la coordinación del programa, así como gastos de personal y de ejecución relacionados con el suministro, la logística, la administración y las finanzas.

Relación del programa con las prioridades nacionales y el MANUD

37. La Visión nacional de Lesotho se pone en práctica a través del plan estratégico nacional de desarrollo 2012-2017, que integra seis objetivos estratégicos: a) crecimiento y empleo acelerados; b) desarrollo de infraestructuras; c) mejora de la base de conocimientos especializados; d) inversión de la degradación ambiental y adaptación al cambio climático; e) mejora de la salud, lucha contra el VIH y el SIDA y reducción de la vulnerabilidad social; y f) creación de instituciones eficaces y promoción de la gobernanza democrática. El MANUD para Lesotho se compone de 11 resultados que contribuyen a los objetivos del plan estratégico nacional de desarrollo. El programa del país del UNICEF contribuirá a la consecución de los resultados previstos en el MANUD en los siguientes ámbitos para 2017: a) la promoción de los derechos humanos, la igualdad entre los géneros y un mayor acceso a la justicia; b) el fomento de la formulación de políticas de base empírica; c) el apoyo a un acceso equitativo a intervenciones de gran repercusión en materia de nutrición y salud para las poblaciones vulnerables; d) el apoyo a un acceso equitativo a una enseñanza primaria de calidad y pertinente; e) la mejora del acceso a un sistema de protección social adecuado y bien gestionado que tenga en cuenta las cuestiones relacionadas con los niños; y f) el refuerzo de la respuesta multisectorial al VIH y el SIDA a nivel nacional, que incluye la coordinación, la prevención, el tratamiento y la atención.

38. Entre las cuestiones prioritarias que afectan al ejercicio efectivo y la protección de los derechos de los niños y las mujeres identificadas en el análisis de la situación de las mujeres y los niños de 2012 se incluyen: a) una alta prevalencia del VIH que persiste, en especial entre mujeres del grupo de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años; b) la extrema pobreza y la inseguridad alimentaria; c) la creciente tasa de mortalidad materna; d) el estancamiento de la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años; e) los niveles inaceptablemente altos de retraso en el crecimiento; f) el estancamiento del número de matriculaciones en la enseñanza primaria y el bajo rendimiento académico; y g) altos niveles de violencia, malos tratos y explotación de niños.

Relación del programa con las prioridades internacionales

39. La finalidad del programa del país consiste en acelerar el progreso hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el plan de acción Un mundo apropiado para los niños y en contribuir al logro de la Estrategia Mundial del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). El programa se inspira en la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño, la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo y el Marco de Acción de Hyogo. Los resultados previstos se formulan en todas las esferas prioritarias del plan estratégico de mediano plazo del UNICEF para 2006-2013, con inversiones prioritarias en los niños y el SIDA y en la protección social e infantil.

Principales asociados

40. Los ministerios competentes del Gobierno son los principales asociados en la implementación. El Ministerio de Educación y Formación continuará siendo el asociado fundamental en la implementación en el sector de la educación. El UNICEF se asociará con instituciones dedicadas a la formación de profesores para ofrecer capacitación previa al empleo y en el empleo y reforzar la calidad de la educación. Continuarán las asociaciones con organizaciones no gubernamentales (ONG) y organismos de las Naciones Unidas, con vistas a mejorar la calidad de la educación preescolar y la enseñanza no académica. El Ministerio de Salud y Bienestar Social, el Baylor College of Medicine y la organización Sentebale continuarán siendo asociados esenciales en la programación relacionada con adolescentes que viven con el VIH. La cooperación con el Baylor College, la Clinton Foundation, la Elizabeth Glaser Paediatric AIDS Foundation y la organización MotherstoMothers es esencial para ampliar los servicios de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño y el tratamiento del SIDA pediátrico. El Ministerio de Salud y Bienestar Social, el Ministerio de Educación y Formación, el Ministerio de la Mujer y la Juventud, el Deporte y el Ocio, diversas ONG —como Internacional de Servicios Públicos y Kick4Life— y organismos de las Naciones Unidas serán asociados esenciales para la prevención del VIH entre los jóvenes. El UNICEF es miembro del foro de asociados para el desarrollo sanitario.

41. El UNICEF se ha asociado con el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y la Unión Europea para ofrecer apoyo al Departamento de Bienestar Social en la aplicación de la Ley de protección y bienestar de la infancia. Se estudiará el potencial para establecer asociaciones con organizaciones religiosas en torno a

cuestiones de protección social e infantil. La cooperación con el PNUD, la Organización Internacional del Trabajo, el Programa Mundial de Alimentos y el ONUSIDA está ayudando a promover el programa de protección social. Lesotho es un país con iniciativa para la ejecución experimental del programa “Unidos en la acción” y el UNICEF ha sido miembro activo del equipo de las Naciones Unidas en el país en la promoción del programa “Unidos en la acción”.

Supervisión, evaluación y gestión del programa

42. Las matrices de supervisión y evaluación del MANUD establecen el marco en el que se ejecuta el plan de supervisión y evaluación integrado del UNICEF. El plan de acción del MANUD especifica indicadores clave, parámetros de referencia y objetivos que se revisarán cada año y cuando finalice el ciclo del programa. El examen de mitad de período del programa del país se sincronizará con el examen de mitad de período del MANUD en 2015. Los ejercicios de recopilación de datos previstos comprenden la *Encuesta continua para varios fines*, una EDS en 2014 y el informe sobre la marcha de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2016. Las Naciones Unidas continuarán apoyando al Gobierno en el uso de DevInfo.

43. La ejecución de todos los programas la coordinará el Ministerio de Finanzas y Planificación del Desarrollo y se someterá a la supervisión de un comité directivo multisectorial convocado conjuntamente por el Ministerio y el UNICEF.

44. La preparación y la respuesta ante situaciones de emergencia y la reducción del riesgo de desastres se centrarán en los peligros naturales (sequía e inundaciones), la inseguridad alimentaria, la pobreza y el impacto del VIH y del SIDA. El plan de alerta temprana y de adopción de medidas inmediatas se actualiza una vez al año, y el UNICEF participará en respuestas interinstitucionales coordinadas dirigidas por el Coordinador Residente de las Naciones Unidas.