



Consejo Económico y Social

Distr. general
4 de junio de 2014
Español
Original: inglés

Período de sesiones de 2014

Tema 5 c) del programa provisional*

Serie de sesiones de alto nivel: examen ministerial anual

Carta de fecha 30 de mayo de 2014 dirigida al Presidente del Consejo Económico y Social por el Representante Permanente de Gambia ante las Naciones Unidas

Se adjunta a la presente el informe nacional de Gambia sobre los progresos realizados en el logro de los objetivos convenidos internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, para el examen ministerial anual que se celebrará durante la serie de sesiones de alto nivel del período de sesiones sustantivo de 2014 del Consejo Económico y Social (véase el anexo).

Le agradecería que tuviera a bien hacer distribuir la presente carta y su anexo como documento del Consejo, en relación con el tema 5 c) del programa provisional.

(Firmado) Mamadou **Tangara**
Representante Permanente

* E/2014/1/Rev.1, anexo II.



**Anexo de la carta de fecha 30 de mayo de 2014 dirigida
al Presidente del Consejo Económico y Social por el
Representante Permanente de Gambia ante las
Naciones Unidas**

**Informe nacional para la presentación nacional
voluntaria de Gambia ante el Consejo Económico
y Social**

Resumen

En el presente informe se proporciona una breve visión general de la aplicación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio por el Gobierno de Gambia en los últimos años. Se pone de relieve el desempeño y se identifican los principales problemas encontrados, las actuales intervenciones normativas y la experiencia adquirida. En la última sección también se exponen los próximos pasos en el proceso de aplicación, que sirven de invitación para nuevas intervenciones de los donantes. La presentación hace hincapié en cinco esferas importantes para que Gambia alcance un desarrollo integrado, a saber, la erradicación de la pobreza, la educación, la salud, la igualdad entre los géneros y el desarrollo sostenible.

En general, se registraron avances considerables en la consecución de los objetivos internacionales de desarrollo. La tasa global de pobreza disminuyó de manera constante en alrededor de 10 puntos porcentuales, hasta el 48,4%, en 2010 para la población que vive por debajo del umbral de pobreza, es decir, 1,25 dólares por persona y por día, frente al 58,0% en 2003/04. El país probablemente estará lejos de alcanzar la meta de reducir la pobreza a la mitad para el año 2015, inscrita en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En la educación y la salud, se registró un desempeño más positivo. Los progresos en la educación se reflejan en todos los indicadores clave. La población de alumnos que comenzaron el primer grado alcanzó el 95,3% en 2010 y, por lo tanto, se prevé alcanzar la meta del 100% inscrita en los Objetivos de Desarrollo del Milenio; la tasa de retención está mejorando pero se requieren mayores esfuerzos; y las tasas de alfabetización han aumentado en todo el país. En el ámbito de la salud, los indicadores de mortalidad infantil están mejorando de manera satisfactoria. La tasa de mortalidad de niños menores de 5 años se redujo de 131 a 109 por cada 1.000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad infantil también disminuyó, de 93 a 81, entre 2005 y 2010, respectivamente. Esta última tasa descendió aún más, hasta 54 por cada 1.000 nacidos vivos, en 2013.

Los progresos logrados en la promoción de la igualdad entre los géneros presentan resultados desiguales. Con respecto al papel de la mujer en el proceso de adopción de decisiones en particular, la representación en la Asamblea Nacional está avanzando, aunque muy lentamente. Se han registrado avances notables en la igualdad entre los géneros en los cargos superiores de la administración pública, en particular en el Gabinete. Aún existe una brecha en la tasa de retención escolar entre los niños y las niñas, y persisten retos relacionados con el fomento de la capacidad para las mujeres.

En lo que respecta al desarrollo sostenible, el Gobierno de Gambia ha llevado a cabo un gran número de medidas para proteger el medio ambiente y asegurar unos medios de vida sostenibles, promoviendo al mismo tiempo el crecimiento económico.

A pesar de los notables progresos y logros alcanzados, como se indica en el presente informe, hay una serie de cuestiones pendientes que deben afrontar el Gobierno de Gambia y la comunidad internacional a fin de que el país alcance la mayoría, si no la totalidad, de los objetivos y metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Además, del proceso de aplicación realizado hasta la fecha se pueden extraer lecciones y buenas prácticas.

I. Introducción

1. Gambia es un pequeño país abierto y clasificado por las Naciones Unidas como país menos adelantado con un ingreso *per capita* estimado en 486 dólares^a, una superficie de 10.690 kilómetros cuadrados y 1,9 millones de habitantes. El país está rodeado por el Senegal, salvo en el oeste donde linda con el Océano Atlántico. El país está dividido en cinco regiones administrativas: Costa Occidental, Bajo Gambia, Gambia Medio, Alto Gambia y Ribera Norte, así como los consejos municipales de Kanifing y Banjul, la capital.

2. Hay siete grupos étnicos principales en este país predominantemente musulmán, con muchas confesiones cristianas y tradicionales. La coexistencia pacífica en la diversidad, basada en un grado muy elevado de tolerancia social, hace de Gambia un destino muy frecuentado por los turistas europeos. La población inmigrante es un microcosmos de nacionalidades de toda África Occidental. Existen grandes disparidades en las condiciones de vida económicas y sociales entre las zonas urbanas y las zonas rurales, que ofrecen nuevas dimensiones a la ya difícil tarea de reducir la pobreza y lograr que un país de bajos ingresos y orientado a la subsistencia deje atrás en 2020 la categoría de país menos adelantado.

3. El país cuenta con importantes recursos pesqueros, sol y turismo ecológico, un boyante comercio de reexportación y considerables reservas de petróleo. La agricultura sigue siendo el principal sector de la economía, que representaba el 32% del producto interno bruto (PIB) en 2010 y empleaba a la mayor parte de la fuerza de trabajo.

4. La economía nacional ha crecido constantemente en los dos últimos decenios, con una tasa media anual del 6% entre 2007 y 2010. Se contrajo un 3,4% en 2011 debido a las malas cosechas causadas por la sequía, antes de recuperar un crecimiento medio anual de más del 6% en 2012/13. Un repunte en la producción agrícola y las remesas, que beneficiaron al consumo y el sector de la construcción, contribuyó al crecimiento. El Gobierno de Gambia trata de acelerar el crecimiento económico para mejorar las condiciones de vida de su población, alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015 y superar la condición de país menos adelantado para 2020.

5. En el *Informe sobre Desarrollo Humano de 2012*, Gambia ocupa la 165^a posición de entre 186 países, con un índice de desarrollo humano que pasó de 0,323 a 0,439 (36%) entre 1990 y 2012. Gambia ha sido uno de los alumnos aventajados en África Occidental en la mejora del bienestar humano durante el período de aplicación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, la pobreza sigue siendo generalizada en las zonas rurales y entre los jóvenes, junto con un aumento de la desigualdad y elevadas tasas de desempleo.

6. En el Índice Global del Hambre de 2013, Gambia ocupaba la 33^a posición de un total de 78 países, con una puntuación de 14, por encima del umbral de gravedad de 10. Los peligros naturales, el cambio climático, las malas cosechas y los precios más elevados de los alimentos mantienen a ciertos grupos vulnerables sumidos en el hambre durante períodos prolongados.

^a Fuente: previsión para 2014 incluida en el artículo IV del informe de consultas del Fondo Monetario Internacional correspondiente a 2013.

7. La reducción de la pobreza es la piedra angular del programa de desarrollo del Gobierno. La encuesta integrada por hogares de 2010 puso de manifiesto que los factores determinantes de la pobreza son el lugar de residencia (la pobreza rural es superior a la urbana), el tamaño medio de los hogares (peor cuanto más grandes), el nivel educativo del cabeza de familia (peor cuanto más bajo), el sexo del cabeza de familia (las mujeres están más desfavorecidas), el sector de empleo del cabeza de familia (la agricultura es el sector menos lucrativo) y la malnutrición (síntoma de pobreza que tiene mayor incidencia entre la población rural).

8. La experiencia de Gambia en las iniciativas de reducción de la pobreza y desarrollo sostenible se remontan a los programas de ajuste estructural de los años ochenta, que fueron seguidos del programa para el desarrollo sostenible en la década de 1990. Gambia también aplicó con éxito entre 2007 y 2011 el programa del Servicio para el Crecimiento y la Lucha contra la Pobreza, acogiendo en noviembre de 2007 a la Iniciativa para reducir la deuda de los países pobres muy endeudados. “Vision 2020” en 1996, dos documentos de estrategia de lucha contra la pobreza y el actual programa de crecimiento acelerado y empleo para el período 2012-2015 constituyen los marcos normativos que incorporan los Objetivos de Desarrollo del Milenio en las políticas públicas e impulsan las iniciativas de crecimiento y lucha contra la pobreza del país encaminadas a alcanzar la condición de país de ingresos medianos. El objetivo principal del programa de crecimiento acelerado y empleo es acelerar el crecimiento y las oportunidades de empleo con el fin de aumentar el bienestar. Reafirma el sólido compromiso del Gobierno de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El programa tiene cinco pilares: acelerar y sostener el crecimiento económico; mejorar y modernizar la infraestructura; aumentar las reservas de capital humano para mejorar las oportunidades de empleo; mejorar la gobernanza y la lucha contra la corrupción; y fortalecer la cohesión social y las intervenciones intersectoriales.

9. El programa de crecimiento acelerado y empleo establece como objetivo una tasa anual de crecimiento económico del 11,5%, que tiene por objeto reducir la incidencia de la pobreza en 15 puntos porcentuales y ayudar al país a lograr el primer Objetivo de Desarrollo del Milenio para el año 2015, además de sentar las bases para alcanzar otros. Ese nivel de crecimiento no se alcanzó por las condiciones meteorológicas desfavorables en 2011. Se prevé que reducir la pobreza a la mitad para el año 2015 será una tarea ingente.

10. Gambia participó en las negociaciones sobre las convenciones ambientales internacionales y en la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible. Una prioridad del Gobierno ha sido la aplicación de esas convenciones y de la Ley nacional sobre ordenación ambiental de 1994 a través de los planes de acción ambiental primero y segundo de Gambia. Existe un marco institucional para integrar los tres pilares del desarrollo sostenible: crecimiento económico, desarrollo social y protección del medio ambiente.

11. En general, según el calendario previsto el país está bien situado para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio segundo y cuarto y para realizar progresos sustanciales en los Objetivos tercero, sexto, séptimo y octavo, si bien sigue encarando enormes desafíos para lograr los Objetivos primero y quinto. A continuación figura una exposición detallada sobre las próximas medidas que habrán de adoptarse para seguir avanzando hasta 2015, junto con las medidas que han funcionado en los casos de éxito.

II. Aplicación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio

A. Erradicar la pobreza extrema y el hambre

1. Desempeño^b

12. La incidencia de la pobreza en Gambia es mayor en las zonas rurales (Bajo Gambia, Gambia Medio, Alto Gambia y Ribera Norte) que en las zonas urbanas (Banjul, Kanifing y Costa Occidental). La pobreza es fundamentalmente un fenómeno rural: hay menos carreteras pavimentadas y es menor la conectividad a las redes de suministro eléctrico y telecomunicaciones, así como el acceso al agua potable o un saneamiento moderno y el número de cabezas de familia que trabajan en la agricultura. Otros factores compartidos por las zonas urbanas y rurales son los cabezas de familia que son mujeres y tienen escasos estudios o familias numerosas.

13. Desde 2013, se ha observado una disminución de la pobreza en Gambia. La pobreza general descendió del 69% en 1998 al 58% en 2003. Las evaluaciones de la pobreza muestran que esta disminuyó del 58% en 2003 al 55,5% en 2008. Utilizando como factor determinante un umbral inferior a 1 dólar por persona al día, la pobreza pasó del 58% en 2003 al 36,7% en 2010. A modo de comparación, si se atiende a un umbral inferior a 1,25 dólares por persona al día la pobreza se redujo hasta el 48,4% en 2010. Esto obedeció a los grandes progresos realizados entre 1998 y 2003, cuando esta medición de la pobreza disminuyó en aproximadamente 25 puntos porcentuales. La incidencia de la pobreza, en lo que respecta a las personas que viven con menos de 1,25 dólares al día, fue muy superior en las zonas rurales (73,9%) que en las urbanas (32,7%), aunque un repunte sin precedentes de la pobreza urbana a causa de la rápida urbanización ha agravado el desempleo urbano.

14. El gasto (consumo) *per capita* medio del quinto quintil, la población más rica domiciliada en la zona metropolitana de Banjul (consejos municipales de Banjul y Kanifing) y en la región de Costa Occidental, es siete veces superior al del primer quintil, la población más pobre en la región de Gambia Medio. Por lo tanto, la marcada disminución observada en el número de personas que viven por debajo del umbral de la pobreza fue acompañada de una creciente brecha entre los más ricos y los más pobres, en consonancia con las tendencias mundiales.

15. El empleo aumentó del 33% en 1993 al 46% en 2010. Los empleados vulnerables, la proporción de trabajadores por cuenta propia o en negocios familiares en el empleo total, aumentaron ligeramente hasta el 79% en 2010, frente al 77% en 2003. La proporción es más elevada en las zonas rurales.

16. Entre 1996 y 2013, la prevalencia de niños menores de 5 años con peso inferior al normal fluctuó entre un máximo del 21% y el 16,2%, siendo dos veces mayor en las zonas rurales que en las urbanas. Del mismo modo, la malnutrición, un indicador indirecto de la proporción de la población que no alcanza el nivel mínimo de consumo de energía alimentaria, fue superior entre los habitantes de las zonas rurales que en las urbanas. A nivel nacional, el retraso en el crecimiento y la emaciación se dispararon hasta el 25% y el 11,5% respectivamente. El primero de ellos afecta negativamente a los resultados deseados en la salud y la educación infantiles.

^b En el cuadro del apéndice figuran datos estadísticos del desempeño en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

17. El Programa Mundial de Alimentos calculó que, en 2013, aproximadamente 370.454 personas, o el 19,5% de los habitantes del país, eran vulnerables y requerían asistencia humanitaria debido a los peligros naturales recurrentes y los elevados precios de los alimentos, entre otras. La inseguridad alimentaria ha aumentado hasta el 18% a nivel nacional debido a las secuelas de las malas cosechas registradas en 2011, el aumento de los precios y la deficiente calidad de la alimentación, en particular las dietas monótonas.

2. Principales retos

18. Un reto fundamental para el país es lograr un crecimiento inclusivo a fin de reducir la brecha entre las zonas rurales y urbanas, que refleja la fractura entre los más ricos y los más pobres. La vulnerabilidad a nivel local relacionada con la dependencia de la agricultura de secano pone de manifiesto que el cambio climático puede provocar reveses significativos en la lucha contra la pobreza. En el frente externo, el aumento de los precios de las importaciones de petróleo y alimentos desestabiliza los ingresos del sector privado y los saldos financieros nacionales, además de frenar el crecimiento económico.

19. El aumento de los ingresos en el sector agrícola sigue siendo un problema. No se ha materializado el potencial de crecimiento del valor añadido con respecto a los productos primarios y los canales de comercialización para los productos agrícolas, en especial los cacahuetes.

20. No se puede exagerar el desafío generalizado que supone la creación de capacidad para generar estadísticas oportunas y fiables con miras a la medición y el seguimiento de la pobreza en todas sus dimensiones.

21. La estrecha relación existente entre la pobreza económica y la pobreza alimentaria en las zonas rurales se manifiesta en la incapacidad de los hogares pobres en permitirse las necesidades dietéticas mínimas, lo que tiene graves consecuencias sanitarias y nutricionales, entre otras una ingesta insuficiente o condiciones deficientes de higiene y saneamiento para los niños menores de 5 años.

22. Cabe señalar que en los dos últimos decenios se ha producido un repunte de enfermedades como la diabetes y la hipertensión arterial, que se ven afectadas en gran medida por los hábitos alimenticios, las actitudes y el comportamiento de los enfermos. Si no se controlan, los gastos médicos conexos pueden sumir a muchas familias en la pobreza.

3. Intervenciones normativas

23. El Servicio para el crecimiento y la lucha contra la pobreza de la década de 1990 tomó el desarrollo sostenible como eje del programa nacional de desarrollo y así se ha mantenido en “Vision 2020”, los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza primero y segundo y el programa de crecimiento acelerado y empleo. Este último programa se centra esencialmente en el empleo de las mujeres y los jóvenes, las regiones más pobres, los trabajadores agrícolas y los medios de vida sostenibles. Prevé una tasa de crecimiento anual de dos dígitos durante un período de cuatro años, prestando especial atención a la creación de empleo, centrándose a la vez en la infraestructura y la agricultura, sectores en los que tratan de subsistir la mayor parte de los pobres.

24. Otras iniciativas normativas para reducir la pobreza incluyen el Servicio para el crecimiento y la lucha contra la pobreza, programa aplicado entre 2007 y 2011 con el apoyo de las Instituciones de Bretton Woods, incluida la culminación de la Iniciativa para reducir la deuda de los países pobres muy endeudados en noviembre de 2007. El Gobierno emprendió programas de comercio y empleo con la ayuda de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo y la Organización Internacional del Trabajo, en el marco de la iniciativa de Ayuda para el Comercio, el Programa Nacional de Inversión Agrícola y una presupuestación fiscal favorable a los pobres. Con el apoyo del Banco Mundial, el Gobierno aprobó la estrategia nacional de seguridad alimentaria y el programa nacional de nutrición. Después de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el desarrollo Sostenible, los planes de acción ambientales primero y segundo de Gambia han sido esenciales en la apuesta del país por lograr el desarrollo sostenible.

25. En 2000 el Gobierno anunció la política de nutrición, promulgó la Ley alimentaria y estableció el Organismo Nacional de Nutrición, supervisado por el Consejo Nacional de Nutrición y presidido por el Vicepresidente. El Consejo lleva a cabo iniciativas comunitarias dirigidas a los niños para protegerlos y promover la yodación de la sal, la administración de suplementos de vitamina A y el programa piloto integrado sobre la anemia. El programa de seguimiento nutricional fue establecido para supervisar la malnutrición (emaciación) entre los niños menores de 5 años que viven en aldeas de atención primaria de la salud. El proyecto centrado en los resultados en materia de salud y nutrición de madres y niños, financiado por el Banco Mundial, se está ejecutando en las tres regiones más pobres del país a fin de mejorar la salud maternal e infantil. En 2013, la Autoridad de Seguridad y Calidad Alimentarias inició sus operaciones para mejorar el estado nutricional de la población.

26. El país realiza periódicamente encuestas integradas por hogares para medir la pobreza y encuestas a base de indicadores múltiples para evaluar el estado de las mujeres y los niños. Otros estudios e informes incluyen un informe bianual sobre la ejecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el informe sobre discapacidad y atención sanitaria de Voluntary Service Overseas de 2012 y la encuesta sobre migración y urbanización de 2009. Además, el país coopera con el Banco Mundial en el informe Doing Business.

4. Experiencia adquirida

27. La experiencia adquirida en la lucha contra la pobreza ha puesto de manifiesto la conveniencia de un mayor crecimiento inclusivo con un empleo conmensurable y una prosperidad compartida que se haga extensiva a las regiones desfavorecidas y los trabajadores agrícolas, así como a los jóvenes y las mujeres. También es fundamental aumentar los salarios no cualificados.

28. El sector agrícola demostró su capacidad de recuperación ante las vulnerabilidades externas, registrando un sólido crecimiento económico (6%) en medio de la crisis financiera y económica mundial en 2008/09. No obstante, la agricultura de secano también es vulnerable a los caprichos del clima. Un país con un río que lo recorre entero y lo divide en dos mitades no debería depender exclusivamente de las lluvias. La respuesta es el riego. El Gobierno invita a la comunidad internacional a unirse a los gambianos para convertir las orillas del río Gambia en un granero. Además, es un hecho reconocido que los bajos ingresos en el

sector agrícola apuntan a la necesidad urgente de añadir valor a los productos primarios y las empresas agrícolas para aumentar el rendimiento del sector.

29. Teniendo presente la cuestión de su asequibilidad, deben tenerse en cuenta mecanismos sociales como redes de seguridad social para los más pobres entre los pobres a fin de reducir la disparidad entre los más ricos y los más pobres y erradicar el hambre.

B. Educación

1. Desempeño^b

30. Gambia ha registrado un éxito notable en el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio relativo a la educación primaria universal. La proporción de niños que comienzan la escuela en el primer grado y llegan al quinto grado disminuyó ligeramente, del 97% al 95,3% entre 2005 y 2011. El coeficiente neto de asistencia, que es un indicador indirecto del coeficiente neto de matriculación, muestra mejoras constantes, desde el 44% en 1990 a un máximo del 74,5% en 2012, antes de disminuir levemente hasta el 73,4% en 2013. Las autoridades prevén que es posible lograr en 2015 unas tasas del 100%, tanto en la retención como en la asistencia, en particular si se incluyen las madrazas. Las tasas de alfabetización de mujeres y hombres de 15 a 49 años de edad ascendieron al 45,0% y al 58,3%, respectivamente, lo que supone ligeras disminuciones con respecto a los niveles registrados en 2011.

2. Principales retos

31. La pobreza económica impide a las familias la escolarización cuando tienen que hacer frente a gastos tales como uniformes, material escolar o tarifas de transporte. Otros factores adversos son de índole cultural, como el matrimonio de las adolescentes, el desempeño de las tareas del hogar y el apoyo a las actividades agrícolas y generadoras de ingresos. Esos factores afectan a las niñas más que a los niños, lo que incide en la retención en la escuela secundaria.

32. Lograr un 100% de escolarización de niños y niñas a los 7 años en las escuelas convencionales^c sigue siendo una tarea ingente, ya que las escuelas exclusivamente islámicas (Daras o Karantas) continuarán proporcionando alternativas. Asimismo, los hijos nacidos en el hogar constituyen la mayor parte de las inscripciones tardías de nacimientos, lo que también influye negativamente en la escolarización a los 7 años de edad.

3. Intervenciones normativas

33. El Gobierno suscribe “Educación para Todos” y la Alianza Mundial para la Educación, iniciativas que abogan por lograr la enseñanza primaria universal. Gambia ha definido unos resultados normativos que impulsan la aplicación en esferas decisivas. En lo que respecta al acceso, la política tiene por objeto impedir que ningún niño tenga que caminar más de dos kilómetros en cualquier parte del país para llegar a la escuela. El Gobierno subvenciona el costo de la educación de las niñas. El debate nacional sobre la conveniencia de educar a las niñas siempre se

^c Las escuelas públicas y privadas sin afiliación religiosa y las escuelas musulmanas y cristianas que imparten el plan de estudios patrocinado por el Estado.

refleja en los titulares de los medios de comunicación nacionales y los discursos de altos funcionarios del Gobierno para luchar contra los prejuicios culturales que impiden la escolarización de las niñas.

4. Experiencia adquirida

34. La pobreza y las prácticas tradicionales son los principales factores que dificultan la matriculación y retención de las niñas en la escuela. Las intervenciones selectivas, como un acceso más fácil, subsidios y programas de alimentación, han logrado aliviar las consecuencias adversas de la pobreza para el rendimiento escolar. Las actividades de promoción que influyen en las actitudes siguen siendo el instrumento preferido para luchar contra los efectos perjudiciales de las prácticas tradicionales sobre la educación de las niñas. Tener a una mujer como Vicepresidenta de Gambia ha tenido positivos efectos en la escolarización de las niñas.

C. Promover la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer

1. Desempeño^b

35. Se han registrado avances constantes lo largo de los años para lograr la paridad entre niñas y niños en la enseñanza primaria, secundaria y terciaria. La relación niñas-niños en la escuela primaria fue de 0,74 en 1990; en 2005 había superado la meta de 1,0 fijada para 2015. Este nivel se mantuvo en 1,05 en 2010, registrándose similares resultados positivos en la escuela secundaria.

36. La encuesta a base de indicadores múltiples mostró que la proporción en la enseñanza primaria ascendía a 1,05 en 2010, mientras que la encuesta demográfica por hogares indicó una reducción marginal al 1,01 en 2013. Asimismo, la proporción en la enseñanza secundaria disminuyó marginalmente de 1,00 en 2010 (encuesta a base de indicadores múltiples de 2010) a 0,96 en 2013 (encuesta demográfica y de la salud de 2013)^d. Incluso con los datos inferiores de esta última encuesta, se eliminará la disparidad entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria.

37. La paridad entre hombres y mujeres progresó a nivel terciario, pasando de 0,71 a 0,84 entre 1990 y 2012, aunque en 2010 se llegó a 0,86. Sin embargo, dada la mayor tasa de deserción escolar de las niñas en cada nivel escolar anterior a la educación superior, es posible que no se pueda alcanzar la paridad en 2015 a nivel terciario.

38. La representación femenina en el Parlamento está haciendo lentos progresos, de un bajo nivel del 6,5% en 2006 al 7,5% en 2011 y el 9,4% en 2013. Habida cuenta de la última proporción y las elecciones parlamentarias previstas para 2017, no se logrará el objetivo del 33% en 2015.

2. Principales retos

39. La mayor retención de mujeres en la enseñanza secundaria y terciaria es un requisito previo para mejorar el coeficiente de empleo entre los géneros. Es también

^d Fuente: Informe sobre el estado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2014.

esencial realizar progresos en la ocupación de puestos de categoría superior en los sectores público y privado. La pobreza y las prácticas culturales, incluidos los matrimonios precoces, impiden el avance de las niñas y las mujeres en materia de empleo remunerado en el sector no agrícola.

3. Intervenciones normativas

40. El Gobierno ratificó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en 1979 y la Convención sobre los Derechos del Niño en 1986. La Ley sobre la infancia de 2005 y la Ley sobre la mujer de 2010 incorporaban esas mejores prácticas internacionales relativas a los derechos y la protección de las mujeres y los niños. La política sobre género y empoderamiento de la mujer, 2010-2020, asegura que esos imperativos son los principales motores de la transformación y el desarrollo socioeconómicos del país. La Oficina de la Mujer, establecida hace decenios, allanó el camino para los avances que están haciendo las mujeres en todas las esferas del desarrollo.

4. Experiencia adquirida

41. Las tradiciones matrimoniales de larga data que priman a las niñas en la adolescencia se cuentan entre las más difíciles de erradicar. Junto con la asequebilidad, constituyen factores que obstaculizan la consecución de nuevas mejoras en la tasa de retención femenina en los niveles educativos superiores y de una mayor cuota del mercado de trabajo. Si bien la legislación sobre los derechos de las mujeres desalientan los abusos psicológicos y físicos, protegiéndolas y empoderándolas, los hábitos y actitudes que las subyugan son difíciles de erradicar, por lo que la promoción es un instrumento indispensable para influir positivamente en la percepción pública de la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer.

42. La escasez de estadísticas sobre género impide contar con más instrumentos normativos más efectivos, así como el seguimiento y la evaluación de los progresos logrados en la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer. La Oficina de Estadística y la Oficina de la Mujer están decididas a corregir urgentemente la falta de datos.

D. Reducir la mortalidad infantil

1. Desempeño^b

43. Las principales causas de mortalidad entre los niños menores de 5 años son el paludismo, la diarrea y las infecciones de las vías respiratorias. Las tasas de mortalidad son más altas en las zonas rurales que en las urbanas, mientras que en Banjul y Kanifing se registran los niveles más bajos. Las tasas de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años mejoraron en el último decenio. La mortalidad de niños menores de 5 años, de 141 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos en 2000, disminuyó hasta 54 en 2013. Del mismo modo, la mortalidad infantil disminuyó de 98 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2000 a 34 en 2013. Por lo tanto, se han logrado las metas inscritas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de mortalidad de menores de 5 años (67,5 muertes por cada 1.000 nacidos vivos) y de mortalidad infantil (42 muertes por cada 1.000 nacidos vivos).

44. Los efectos combinados de un mejor acceso a los servicios de salud, en particular los servicios de atención prenatal y postnatal y la inmunización, el acceso al abastecimiento de agua potable y una mejor nutrición se han traducido en importantes reducciones en la mortalidad infantil en los últimos dos o más decenios. El programa de vacunación contra el sarampión alcanzó una cobertura del 92,4% en 2005 y del 95% en 2013. Esta tendencia permite prever la posibilidad de cumplir la meta del 100% en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

2. Principales retos

45. El acceso a servicios de salud de calidad es más fácil en las zonas urbanas que en las rurales. El nexo que existe entre la pobreza y la mala salud ha quedado confirmado. Sin embargo, las limitaciones presupuestarias han impedido un suministro adecuado de medicamentos y equipos esenciales en los centros públicos de salud, a la vez que el empeoramiento de las condiciones de vida ha disuadido en cierta medida al personal capacitado de trabajar y permanecer en las zonas rurales.

46. Son necesarias intervenciones urgentes para mejorar los servicios de transporte y almacenamiento de medicamentos y vacunas. Este aspecto tiene especial pertinencia para la campaña contra el sarampión, a fin de que el país pueda alcanzar el 100% de cobertura en 2015

3. Intervenciones normativas

47. La política sanitaria nacional para el período 2012-2015 tiene por objeto reducir la morbilidad y mortalidad maternas e infantiles por medio de mejoras en el acceso a servicios de salud reproductiva e infantil, abastecimiento de agua potable y una nutrición eficaz. Las medidas específicas incluyen servicios gratuitos de salud materna e infantil, mejoras en el coeficiente de médicos entre la población, una mejor administración de las vacunas y un mayor acceso a los mosquiteros tratados con insecticida para reducir la morbilidad palúdica. La política establece una meta nacional de mortalidad infantil más exigente, de 28 por cada 1.000 nacidos vivos para el año 2015, que también es posible alcanzar.

4. Experiencia adquirida

48. La mayor parte de la mortalidad infantil está relacionada con unas deficientes condiciones neonatales, la malaria, la diarrea, las infecciones agudas de las vías respiratorias y las epidemias, como el sarampión y la meningitis. Para consolidar los progresos, el Gobierno debe lograr el acceso universal a una atención de la salud de calidad, en particular parteras cualificadas, luchar contra la malnutrición y seguir mejorando la cobertura de la inmunización.

E. Mejorar la salud materna

1. Desempeño^b

49. Gambia está logrando los avances deseados en la reducción de la tasa de mortalidad materna, una de las más altas de África Occidental. La tasa de mortalidad materna se estimó en 360 por cada 100.000 nacidos vivos en 2010, una cifra inferior a los 730 por 100.000 nacidos vivos en 2003. Sin embargo, se estima que la tasa ascendió ligeramente a 433 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en

2013. A pesar de este progreso, es probable que para 2015 no se alcance la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, establecida en 263 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

50. Se registraron mejoras constantes en la proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado, que pasó del 42% de los nacimientos en 1990 al 64% en 2013. Por tanto, ya se ha logrado el 63% fijado como meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. No obstante, es evidente la necesidad de crear capacidad para asegurar una masa crítica de parteras y de personal capacitado a fin de seguir progresando en el marco de una mejora general del acceso a los servicios de salud.

51. Dejar un margen de entre 3 y 5 años entre nacimientos aumenta la tasa de supervivencia de los niños y sus madres, y es posible gracias a la planificación familiar y el uso de anticonceptivos. La tasa de crecimiento de la población de Gambia ha fluctuado muchísimo, entre el 4,2% registrado en 1993, el 2,7% de 2003 y el 3,3% de 2013. La inmigración contribuyó considerablemente a los principales avances, ya que la tasa de fecundidad se redujo del 6,4% al 5,6% durante el mismo período. Por motivos religiosos y tradicionales, el uso de métodos anticonceptivos no está muy extendido, especialmente entre la población rural. Un estudio realizado en 2001 mostró una tasa de uso de anticonceptivos de entre el 6,7% y el 13,4%, que disminuyó a cerca del 9% en 2013, con lo que la meta del 30% fijada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015 queda fuera de nuestro alcance.

52. Gambia obtuvo resultados mejores que el mínimo recomendado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), de al menos cuatro visitas de atención prenatal durante el embarazo. El porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que habían dado a luz en los dos años anteriores al estudio, y que habían acudido al menos a cuatro consultas de atención prenatal, aumentó del 72% en 2010 al 77,6% en 2013. Sin embargo, es improbable que se cumpla la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio del 100% para 2015.

2. Principales retos

53. Entre las esferas que necesitan mejoras urgentes se encuentran los servicios de atención obstétrica de urgencia, debido principalmente a la insuficiencia de equipo, suministros y personal cualificado en materia de salud reproductiva; la cobertura deficiente de los servicios de transfusión sanguínea y de laboratorio para las pruebas de diagnóstico; la falta de profesionales de la salud cualificados en las zonas rurales; el limitado sistema de remisión de la atención sanitaria; el escaso uso de anticonceptivos, debido principalmente a creencias y prácticas socioculturales; la escasez de suministros médicos y medicamentos esenciales que pueden salvar vidas; la nutrición deficiente entre las mujeres embarazadas y lactantes; y la inscripción tardía de las mujeres embarazadas en las clínicas de atención prenatal.

3. Intervenciones normativas

54. La política nacional de salud para el período 2012-2020 dio lugar a la estrategia nacional de seguridad comunitaria en materia de salud reproductiva para el período 2014-2018, que adoptó el enfoque siguiente: “Una Gambia en la que todos los embarazos sean deseados, todos los niños nazcan de forma segura y todos los jóvenes aprovechen al máximo su potencial”. Algunos de los objetivos nacionales son lograr el acceso universal a la salud reproductiva, promover los

derechos reproductivos y reducir la mortalidad materna en un 50% para 2018, con respecto a los niveles registrados en 2013.

55. La política nacional de salud promueve servicios gratuitos de salud materno-infantil con vistas a fomentar la atención obstétrica y neonatal de urgencia las 24 horas del día, las revisiones posteriores al parto y las consultas. Entre otras estrategias figuran un conjunto de medidas mínimas en materia de salud reproductiva e infantil, el aumento de la sensibilización sobre las cuestiones de salud reproductiva y sexual y salud infantil, y la creación de oportunidades para mejorar la situación nutricional de los grupos vulnerables.

4. Experiencia adquirida

56. La planificación familiar orientada a reducir el número de embarazos no deseados, así como la presencia de parteras cualificadas en los partos y el acceso a atención obstétrica y neonatal de urgencia, permitirán obtener mayores beneficios si se extienden a las comunidades rurales y remotas. Debe potenciarse la promoción de la planificación familiar a través de debates públicos en la radio y la televisión, con miras a rebatir las objeciones que prevalecen.

57. La limitada disponibilidad de atención obstétrica y neonatal de emergencia impide lograr mejoras en la tasa de mortalidad materna. De hecho, la falta de personal cualificado y las deficiencias en el suministro, las instalaciones y la gestión limitan los avances a este respecto. Existe una necesidad urgente de fomentar la capacidad humana e institucional en el sector de la salud. El Gobierno cuenta con una normativa fiscal para destinar gastos a los sectores de la salud y la educación; sin embargo, habida cuenta de la magnitud de las necesidades actuales, se agradecería una mayor contribución de los donantes y las organizaciones no gubernamentales.

F. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades

1. Desempeño^b

58. Desde que se diagnosticó el primer caso de VIH en Gambia, en mayo de 1986, los niveles de prevalencia se han mantenido relativamente estables y se han registrado tasas más elevadas para el VIH-1 que para el VIH-2. Los resultados de la encuesta demográfica y de la salud de 2013 mostraron una tasa de prevalencia nacional del VIH del 1,9%. En las distintas regiones, la tasa de prevalencia osciló entre el 1,1% registrado en Banjul y el 2,9% de la región del Bajo Gambia. Aunque la tasa de prevalencia en las regiones de Gambia Medio y Costa Occidental también superó el 2%, las demás regiones registraron una tasa de prevalencia menor. Se estima que en Gambia 28.268 personas viven con el virus del VIH, la mayor parte de las cuales (cerca de la mitad) residen en Costa Occidental y el resto en Banjul, sobre todo. A lo largo de los años se ha observado un aumento de la prevalencia del VIH/SIDA, lo que ha tenido consecuencias nefastas para la prestación de servicios de salud.

59. La malaria sigue siendo la principal causa de mortalidad en Gambia, especialmente entre los niños menores de 5 años. Los mosquiteros tratados con insecticidas, el tratamiento preventivo intermitente de las mujeres embarazadas y las nuevas directrices han proporcionado resultados satisfactorios en la lucha contra

esta enfermedad. A pesar de todo, la prevalencia sigue siendo elevada en todo el país: entre 2011 y 2013, el número de casos de malaria aumentó de 10.000 a cerca de 85.000, registrándose niveles máximos durante el período comprendido entre septiembre y noviembre, y mínimos entre marzo y mayo.

60. La tuberculosis afecta de manera desproporcionada al grupo de edad más productivo (15 a 59 años), a los hombres y a los habitantes de las zonas urbanas. Aproximadamente el 80% de los casos de tuberculosis notificados en 2011 ocurrieron en la zona metropolitana de Banjul. El análisis de una muestra de 43.100 frotis reflejó una tasa de prevalencia de la tuberculosis de 85 por cada 100.000. Los casos detectados con frotis positivo fueron más elevados entre los hombres (145 por cada 100.000 casos) que entre las mujeres (43 por cada 100.000). En las zonas rurales, la proporción de casos detectados con frotis positivo fue de 79 por 100.000, en comparación con la proporción de 92 por 100.000 en las zonas urbanas. Gambia alcanzó la meta del 70% en la notificación de los nuevos casos detectados. Desde 2009, la tasa de éxito del tratamiento ha superado el 85%.

2. Principales retos

61. Se precisan datos oportunos sobre los patrones de suministro y consumo con respecto al VIH/SIDA a fin de que el país siga recibiendo suministros de medicamentos, así como sistemas informatizados para controlar los niveles de existencias de medicamentos. El diagnóstico infantil temprano representa una oportunidad decisiva para fortalecer el seguimiento de los niños expuestos al VIH, garantizar un acceso rápido al tratamiento antirretroviral y proporcionar información que tranquilice a las familias de los niños no infectados. Los servicios de salud ahora pueden realizar la prueba del VIH a niños de 6 meses o más. La estigmatización dificulta el tratamiento de la enfermedad y, por lo tanto, es necesario llevar a cabo actividades de promoción para cambiar la actitud y la conducta de la población. Otra herramienta indispensable para controlar la propagación del virus es una difusión más amplia de información sobre la pandemia.

62. A pesar de que las nuevas directrices para tratar la malaria exigen que se confirme la presencia de los parásitos de esta enfermedad en las muestras de sangre, en algunas zonas rurales no se dispone de laboratorios. Se han introducido unidades móviles como medidas temporales. El uso de mosquiteros tratados con insecticidas como método preventivo de la malaria, en particular en los hogares urbanos, es sistemáticamente inferior a las metas de cobertura fijadas.

3. Intervenciones normativas

63. El marco estratégico nacional de lucha contra el VIH/SIDA para el período 2009-2014 se elaboró en asociación con los donantes internacionales, las organizaciones no gubernamentales locales y el sistema de las Naciones Unidas. Este marco se incorporó en el Programa de crecimiento acelerado y empleo con el fin de fomentar la capacidad para la investigación, el seguimiento, la evaluación y la vigilancia del VIH; la realización de un estudio sobre el VIH entre la población con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años; y la puesta en marcha de un análisis de género relativo a la vulnerabilidad frente al VIH y el SIDA en niños, adolescentes y adultos. Diversas iniciativas han conducido a una mayor sensibilización sobre el VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual, la investigación sobre la pandemia, la promoción del uso de preservativos y la mejora

de la seguridad de las transfusiones y el almacenamiento de sangre, así como una mayor concentración en los grupos vulnerables.

64. La malaria repercute en los ingresos de la población y el sistema nacional de salud, y origina una pérdida de productividad en el lugar de trabajo. La política nacional de salud para el período 2012-2020 promueve un enfoque comunitario para luchar contra la malaria, haciendo hincapié en la prevención y el control. El marco estratégico nacional de lucha contra el VIH/SIDA tiene por objeto servir de base para reducir en un 50% la carga de morbilidad de la malaria en 2015. En él se consolidan la vigilancia integrada de enfermedades, la gestión integrada de las enfermedades en los recién nacidos y los niños, la salud reproductiva e infantil y el sistema de información y gestión de la salud. Entre los principales enfoques se cuentan la asistencia individualizada, la malaria durante el embarazo, la lucha contra los vectores, la protección personal, la gestión y las asociaciones, la información, la educación y las comunicaciones, así como la promoción, la vigilancia y la investigación. Además, el Gobierno ha puesto en marcha exenciones fiscales y arancelarias para la importación de mosquiteros.

65. Creado en 1984, el Programa Nacional contra la Lepra y la Tuberculosis adoptó en 1985 un tratamiento de observación directa y corta duración y lo reforzó en 1993, al mismo tiempo que la cobertura aumentó progresivamente hasta el 100%. La política nacional de salud propuso actividades adicionales de promoción, comunicación, movilización social y coordinación intersectorial con vistas a aprovechar las sinergias entre las terapias contra la tuberculosis y contra el VIH. Estas medidas reducirían el contagio simultáneo y mejorarían el tratamiento de la tuberculosis.

4. Experiencia adquirida

66. A pesar de los importantes logros alcanzados en la detección y el tratamiento de nuevos casos de tuberculosis, es preocupante que aún existan casos no detectados de esta enfermedad. La tuberculosis sigue siendo predominantemente urbana, pues la mayoría de la población reside en zonas urbanas.

67. Si bien la prevención de infecciones nuevas por VIH seguirá siendo una prioridad, es necesario intensificar los servicios de asistencia y apoyo, incluido el establecimiento de centros de terapia antirretroviral. Es necesario ampliar y mantener todo el conjunto de servicios para los grupos destinatarios apropiados. Los servicios de transfusión sanguínea deberían garantizar un diagnóstico inicial acertado y la aplicación de directrices adecuadas en la administración de sangre y de productos sanguíneos.

68. Además, se deberían diversificar más la financiación y el apoyo por parte de los donantes para combatir la tuberculosis y la malaria. Se requieren nuevos medicamentos para combatir los parásitos de la malaria, que se han hecho más resistentes a determinados tratamientos tradicionales. Deberían distribuirse más mosquiteros tratados con insecticidas, así como ampliarse la detección temprana y el tratamiento eficaz de la malaria mediante enfoques integrales de atención primaria de la salud que cuenten con la participación de la comunidad.

G. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

1. Desempeño^b

69. En la evaluación forestal nacional para el período 2008-2010 se concluyó que los bosques de Gambia estaban “visiblemente degradados”, lo que afectaba negativamente a los medios de vida de la población rural. El cambio climático, incluida la sequía, está potenciando el avance de las condiciones características del Sahel en más zonas del país. Especialmente en las zonas urbanas, el carbón sigue siendo la fuente de energía utilizada para cocinar, lo que está causando la destrucción generalizada de los bosques. La elevada densidad de población, de unas 176 personas por kilómetro cuadrado, está exacerbando esas amenazas. Se calcula que la superficie de tierras cubiertas por bosques era del 48% en 2010 y la meta fijada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio de alcanzar el 50% en 2015, aunque modesta, será difícil de conseguir.

70. El inventario de gases de efecto invernadero realizado en 2007 estimó que los niveles de emisión de dióxido de carbono (CO₂) eran de 216.018 toneladas en 2001. Las emisiones *per capita* aumentaron a 4,42 en 2005^e y se mantuvieron sin cambios en 2007, en comparación con el 0,2 registrado en 2001. Las emisiones totales de los vehículos representaron el 60% del total. Sin embargo, este aumento brusco no se percibió en las cifras nacionales, que estimaron el valor en 0,187 en 2010. Asimismo, la eliminación de los residuos sólidos es un problema acuciante en la zona metropolitana de Banjul y la combustión, que es habitual, aumenta las emisiones de dióxido de carbono.

71. El acceso al agua potable ha sido un éxito real; se ha pasado de un 69% de los hogares en todo el país en 1990 a un 91% en 2013, muy por encima de la meta del 85% prevista en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015. Sin embargo, esta cifra también pone de manifiesto la brecha que separa a las zonas urbanas de las rurales; en 2010, en las zonas urbanas el 94,8% de los hogares tenía acceso a agua potable, frente al 78% de las rurales, y en 2013 los porcentajes fueron del 95,3% y el 84,7%, respectivamente.

72. La proporción de las poblaciones de peces que están dentro de unos límites biológicos seguros se redujo del 88,8% en 1990 al 75% en 2010. La falta de unos límites biológicos seguros, en gran parte debido a la sobrepesca que se sirve de redes inadecuadas y al cambio climático, es motivo de preocupación. El sector pesquero está integrado por los subsectores artesanal e industrial. Mientras que el primero proporciona empleo, en especial a las mujeres y los jóvenes, el segundo presenta una situación peor. No obstante, cuando el procesamiento de las capturas se realiza a nivel local el subsector industrial genera nuevos empleos.

2. Principales retos

73. Aunque el desarrollo sostenible es un elemento fundamental de la política del Gobierno de Gambia, la conservación forestal sigue representando un reto considerable para las necesidades de los hogares y la producción agrícola, al tiempo que la rápida urbanización y el cultivo y el pastoreo excesivos siguen constituyendo un problema. Aun así, algunos planes de recuperación como el enriquecimiento de las tierras degradadas y las fuentes alternativas de energía asequible para los

^e Informe del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (2004).

hogares no han tenido éxito. Para una planificación eficiente y eficaz de las tierras, que contemple usos contrapuestos, es necesario basarse en mapas fiables que comprendan inspecciones aéreas.

74. La rápida urbanización dificulta que la infraestructura de suministro de agua crezca al mismo ritmo y eso, sumado a las limitaciones presupuestarias que están ralentizando la expansión en las zonas rurales, podría conllevar que el acceso del 100% de la población al agua potable en todo el país, pese a estar a nuestro alcance, no se lograra hasta después de 2015.

75. El Gobierno depende de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura para realizar encuestas sobre la proporción de las poblaciones de peces que están dentro de unos límites biológicos seguros. Al carecer de estadísticas de calidad sobre este indicador, es difícil cuantificar los progresos realizados. Hay indicios no corroborados que hacen pensar en una explotación excesiva de especies de peces marinos. Para ofrecer respuestas contundentes que aborden este problema es necesario contar con métodos científicos modernos de investigación.

3. Intervenciones normativas

76. El Gobierno ha ratificado el Convenio sobre la Diversidad Biológica, la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, la Convención de las Naciones Unidas de Lucha contra la Desertificación, el Convenio sobre el Comercio Internacional de Especies Amenazadas de Fauna y Flora Silvestres y la Convención Relativa a los Humedales de Importancia Internacional, Especialmente como Hábitat de Aves Acuáticas. Estos sirven de base a la política nacional sobre agricultura y recursos naturales y a la Ley forestal. Ya en la década de 1980 se prohibió el apeo de árboles para la producción de carbón. La estrategia “Vision 2020” proclama “un sistema equilibrado desde el punto de vista ecológico y un nivel de vida decente para todos, mediante la conservación del medio ambiente y la promoción del uso racional de los recursos naturales del país”. Los objetivos principales del segundo plan de acción ambiental de Gambia son promover la sostenibilidad y la conservación del medio ambiente y combatir los efectos del cambio climático derivado, entre otras cosas, de la emisión de gases de efecto invernadero a fin de asegurar medios de vida sostenibles.

77. El acceso a sistemas de abastecimiento de agua portátiles y de calidad recibe financiación de donantes como el Organismo Japonés de Cooperación Internacional, el programa del UNICEF para el país, el Programa de la Arabia Saudita para el Sahel, la posición común africana para 2015 del PNUD, el Fondo Cristiano para la Infancia, el proyecto de desarrollo impulsado por la comunidad y el Fondo Europeo de Desarrollo, y se han realizado contribuciones importantes para mejorar el acceso al agua potable, en particular en las zonas rurales.

4. Experiencia adquirida

78. Para que los países exportadores del Sur puedan satisfacer sus necesidades en materia de salud, y de otro tipo, de los países importadores de pescado del Norte se necesita un diálogo más estrecho y una mayor asistencia técnica. De hecho, esas necesidades constituyen verdaderos obstáculos al comercio y la cooperación Norte-Sur es necesaria para facilitar el acceso.

79. El Gobierno de Gambia ha promulgado un gran número de leyes, reglamentos y planes de acción para la conservación y protección del medio ambiente. Las labores de conservación y ordenación de los recursos naturales, hídricos, silvícolas y pesqueros requieren competencias especializadas que el Gobierno debe adquirir para que sus políticas tengan más posibilidades de éxito.

H. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

1. Desempeño^b

80. La lista de asociados para el desarrollo que el Gobierno ha ido alimentando a lo largo de los años es típica de muchos países subsaharianos y se extiende por todo el mundo. Los actuales asociados son el sistema de las Naciones Unidas, las instituciones de Bretton Woods, la Unión Europea, instituciones regionales y subregionales africanas, la Comunidad Económica de los Estados de África Occidental, economías desarrolladas del Norte, grandes economías de Asia y América Latina, el Consejo de Cooperación del Golfo, mercados emergentes de Europa Oriental y otros países africanos. La característica común entre estos agentes es que todos ellos son partes interesadas en el desarrollo de Gambia.

81. El Gobierno ha puesto en práctica dos documentos de estrategia de lucha contra la pobreza, con asistencia financiera principalmente externa, que han servido como marcos para el apoyo de los donantes. Los asociados fueron de índole tan variada como la lista enumerada en el párrafo anterior. El costo del segundo documento de estrategia de lucha contra la pobreza, para el período 2007-2011, ascendió a 752 millones de dólares, de los cuales 100 millones de dólares, el 13,3%, procedieron de fuentes internas y el 86% de los donantes en forma de donaciones y préstamos, así como de alivio de la deuda. En 2007, el Gobierno alcanzó el punto de culminación en el marco de la Iniciativa Ampliada en Favor de los Países Pobres Muy Endeudados y de la Iniciativa para el Alivio de la Deuda Multilateral, y recibió importantes medidas de alivio de la deuda, también por parte del Club de París. La clasificación de Gambia en función del riesgo a sufrir problemas de deuda se rebajó de “alta” a “moderada”.

82. Sin embargo, ese perfil positivo de la deuda presenta en la actualidad una mayor deuda interna, que ascendió al 34% del PIB en 2012, frente a una deuda pública total del 77% del PIB. Habida cuenta de la prevalencia de tipos de interés altos, principalmente para los bonos del tesoro, en torno al 22,5% de los ingresos del Gobierno en 2012 se utilizaron para servir esta deuda.

83. El programa de crecimiento acelerado y empleo para el período 2012-2015 comprende 130 programas y proyectos con un costo total de 943 millones de dólares. De esta cantidad, 292 millones de dólares se destinan a actividades en ejecución, mientras que los 651 millones de dólares restantes, un promedio anual de 162,8 millones de dólares, constituyen el déficit de financiación que debe calmarse en cuatro años y que se prevé que financien los asociados. El Gobierno proporcionará 227,7 millones de dólares, lo que equivale al 35% de las inversiones necesarias. Además, el Gobierno está ejecutando un servicio de crédito ampliado con el Fondo Monetario Internacional con objeto de consolidar unas condiciones macroeconómicas estables y facilitar el crecimiento y la aplicación del programa de crecimiento acelerado y empleo.

2. Principales retos

84. La satisfactoria ejecución del programa de crecimiento acelerado y empleo dependerá de los gambianos, de las competencias técnicas necesarias y de la capacidad de colmar el déficit de financiación. Las contribuciones de los asociados para el desarrollo para proporcionar asistencia técnica y financiación son indispensables para seguir reduciendo la pobreza extrema en Gambia. En consecuencia, la obtención de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la reducción de la pobreza están vinculadas de manera indisoluble a la consecución de resultados del programa de crecimiento acelerado y empleo.

85. Es un hecho ampliamente reconocido que uno de los principales riesgos que afrontan los países en desarrollo con recursos limitados para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio es la insuficiencia de la ayuda proporcionada para que puedan llevar a cabo los proyectos y programas necesarios. Para los países desarrollados, sigue siendo un desafío cumplir con la meta prometida a las Naciones Unidas de asignar el 0,7% de su ingreso nacional bruto a la ayuda exterior para apoyar el desarrollo en los países menos adelantados. Es necesario intensificar los esfuerzos con ese fin, ya que solo unos pocos países han alcanzado los resultados deseados.

3. Intervenciones normativas

86. El programa de crecimiento acelerado y empleo representa el marco normativo de la lucha contra la pobreza extrema y el hambre en Gambia con objeto de promover el crecimiento inclusivo y el desarrollo sostenible, proporcionando unas condiciones de vida decentes y equitativas para sus ciudadanos. Al mismo tiempo, el Gobierno está elaborando una política nacional de asistencia y ha confirmado la política de gestión de la deuda.

87. La política de asistencia de Gambia se inspira en las mejores prácticas internacionales enunciadas en el Consenso de Monterrey de la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo (2002), las Declaraciones de Roma (2003) y París (2005) sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo y el Programa de Acción de Accra (2008), así como en el espíritu del documento final de Busan (2011). La política de asistencia de Gambia aún herramientas institucionales, reglamentarias, operacionales y de rendición de cuentas para la captación y gestión de recursos de la asistencia externa, sobre todo subsidios y préstamos, que cumplen los requisitos de la asistencia oficial para el desarrollo.

4. Experiencia adquirida

88. En el último decenio, se ha observado una clara tendencia de los donantes a reemplazar los préstamos por subsidios. El país ha financiado también el déficit por cuenta corriente de las corrientes no relacionadas con la deuda con objeto de atraer la inversión extranjera directa. No obstante, esas iniciativas deben complementarse con préstamos y subsidios para financiar el programa de crecimiento acelerado y empleo y lograr más metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015.

III. Conclusión

89. En líneas generales, Gambia figura entre los ejemplos de éxito en la aplicación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El país ha registrado más progresos que carencias. En el presente informe se destacan los puntos siguientes:

- Gambia está determinada a alcanzar todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio, algunos de ellos después del plazo de 2015. Sin embargo, se precisan más esfuerzos para erradicar la pobreza extrema y el hambre. De cara al futuro, Gambia necesita aplicar plenamente el programa de crecimiento acelerado y empleo a fin de realizar nuevos avances en la reducción de la pobreza y mantener el impulso para alcanzar más Objetivos de Desarrollo del Milenio y mantener a la población alejada de la pobreza más allá de 2015;
- Para seguir progresando se requieren alianzas mundiales sostenidas que mantengan el espíritu de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, encaminadas a hacer de este mundo un lugar mejor para todos sus habitantes, al tiempo que estamos decididos a dejar nuestro entorno natural en mejores condiciones que las que encontramos. ¡Sí se puede!

Apéndice

Desempeño de Gambia en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio

<i>Primer Objetivo: erradicar la pobreza extrema y el hambre</i>	2003	2010	2014	Meta	Estado
Meta 1.A:				15%	Ligera mejora
<ul style="list-style-type: none"> • Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas con ingresos inferiores a 1 dólar por día 	El 58,0% ingresa menos de 1 dólar al día (encuesta integrada por hogares, 2003)	El 39,6% ingresa menos de 1 dólar al día (encuesta integrada por hogares, 2010) El 48,4% ingresa menos de 1,25 dólares al día (encuesta integrada por hogares, 2010)			
<ul style="list-style-type: none"> • 1.2. Coeficiente de la brecha de pobreza 	25,1% (encuesta integrada por hogares, 2003)			n.d.	Ninguna actualización
<ul style="list-style-type: none"> • 1.3. Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre 	8,8 (encuesta integrada por hogares, 2003)	5,60 (encuesta integrada por hogares, 2010)		8%	Se ha reducido
<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de población ocupada 	0,33 (censo, 2003)	0,46 (encuesta integrada por hogares, 2010)		n.d.	Gran déficit de trabajo decente
Meta 1.B:					
<ul style="list-style-type: none"> • Lograr el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos, incluidos las mujeres y los jóvenes 					
<ul style="list-style-type: none"> • 1.4. Tasa de crecimiento del PIB por persona empleada 	n.d.	n.d.		n.d.	
<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de población ocupada 	0,33 (censo, 2003)	0,46 (encuesta integrada por hogares, 2010)		n.d.	Ligera mejora
<ul style="list-style-type: none"> • 1.6. Proporción de la población ocupada con ingresos inferiores a 1 dólar por día 	n.d.	40% (encuesta integrada por hogares, 2010)		n.d.	
<ul style="list-style-type: none"> • 1.7. Proporción de la población ocupada total que trabaja por cuenta propia o en un negocio familiar 	0,79% (censo, 2003)	79,0% (encuesta integrada por hogares, 2010)		n.d.	Ninguna mejora

<i>Primer Objetivo: erradicar la pobreza extrema y el hambre</i>	2003	2010	2014	Meta	Estado
Meta 1.C:					
<ul style="list-style-type: none"> Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre 					
<ul style="list-style-type: none"> 1.8. Niños menores de 5 años con peso inferior al normal 	20,3% (encuesta a base de indicadores múltiples, 2005)	17,4% (encuesta a base de indicadores múltiples, 2010)	16,2% (encuesta demográfica y de la salud 2013)	10,4%	Ligera mejora
<ul style="list-style-type: none"> 1.9. Proporción de la población que no alcanza el nivel mínimo de consumo de energía alimentaria 	n.d.	n.d.		n.d.	

<i>Segundo Objetivo: lograr la enseñanza primaria universal</i>	2005	2010	2014	Meta	Estado
Meta 2.A:					
<ul style="list-style-type: none"> Asegurar que, en 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria 					
<ul style="list-style-type: none"> 2.1. Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria 	77,0% (2008)	72% (2011)	60,1%	100%	
<ul style="list-style-type: none"> 2.2. Proporción de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al último grado de la enseñanza primaria 	96,6% (encuesta a base de indicadores múltiples, 2005)	95,3% (encuestas a base de indicadores múltiples, 2010)		100%	Ligero deterioro
<ul style="list-style-type: none"> 2.3. Tasa de alfabetización de las personas de entre 15 y 24 años, mujeres y hombres (tasa de alfabetización de las personas de 15 a 49 años de edad que figura en la encuesta demográfica y de la salud) 	62,9 (censo, 2003) (Mujeres, hombres)	n.d.	45,0% (Mujeres) 58,3% (Hombres)	72%	No se puede cuantificar el progreso debido a la falta de datos

Tercer Objetivo: promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer

	2005	2010	2014	Meta	Estado
Meta 3.A:					Cercano a la paridad
• Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para 2005, y en todos los niveles de la enseñanza a más tardar en 2015					
• 3.1. Proporción de niñas y niños en la enseñanza primaria, secundaria y superior	Primaria 1,03 (encuesta a base de indicadores múltiples, 2005) Secundaria 0,83 (encuesta a base de indicadores múltiples, 2005)	Primaria 1,05 (encuesta a base de indicadores múltiples, 2010) Secundaria 1,00 (encuesta a base de indicadores múltiples, 2010)	Primaria 1,01 (encuesta demográfica y de la salud, 2013) Secundaria 0,96 (encuesta demográfica y de la salud, 2013)	1,0 n.d. n.d.	Proporción elevada
• 3.2. Proporción de mujeres con empleos remunerados en el sector no agrícola	n.d.	77% (encuesta integrada por hogares, 2010)		n.d.	Proporción moderada
• 3.3. Proporción de escaños ocupados por mujeres en los parlamentos nacionales	Parlamento 1,06% Consejos locales 13,91%	Parlamento 7,5% (2012) Consejos locales 13,91%	Parlamento 9,4% (2014)	33% 33%	Escasa representación

Cuarto Objetivo: reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

	2005	2010	2014	Meta	Estado
• 4.1. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años	131 por 1.000 (encuesta a base de indicadores múltiples, 2005)	109 por 1.000 (encuesta a base de indicadores múltiples, 2010)	54 por 1000 (encuesta demográfica y de la salud, 2013)	67,5 por 1000	Meta conseguida, mejora considerable
• 4.2. Tasa de mortalidad infantil	93 por 1.000 (encuesta a base de indicadores múltiples, 2005)	81 por 1.000 (encuestas a base de indicadores múltiples, 2010)	34 por 1000 (encuesta demográfica y de la salud, 2013)	42 por 1.000	Meta superada
• 4.3. Proporción de niños de 1 año inmunizados contra el sarampión	92,4% (encuesta a base de indicadores múltiples, 2005)	87,6% (encuesta a base de indicadores múltiples, 2010)	88% (encuesta demográfica y de la salud, 2013)	(100%)	Ha permanecido igual

<i>Quinto Objetivo: mejorar la salud materna</i>					
	<i>2001</i>	<i>2010</i>	<i>2014</i>	<i>Meta</i>	<i>Estado</i>
• 5.1. Tasa de mortalidad materna	730 por 100.000 (encuesta sobre mortalidad materna, 2001)	2008 690 por 100.000 (informe “Cuenta regresiva hasta 2015”) 360 por 100.000 (Evaluación de la OMS, el Banco Mundial, el UNFPA y el UNICEF, 2010)	433 por 100.000 (encuesta demográfica y de la salud, 2013)	263 por 100.000	Tasa de mortalidad elevada, pero mejoras considerables
• 5.2. Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado	56,8% (encuesta a base de indicadores múltiples, 2005)	56,6% (encuesta a base de indicadores múltiples, 2010)	64% (encuesta demográfica y de la salud, 2013)	63%	Meta superada
Meta 5.B:					Acceso limitado
• Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva					
• 5.3. Tasa de uso de anticonceptivos	13,4% (encuesta sobre mortalidad materna, 2001)	13,3% (encuesta a base de indicadores múltiples, 2010)	7,1% (encuesta demográfica y de la salud, 2013)	30%	Se ha reducido
• 5.4. Tasa de fecundidad de las adolescentes	103 (2003)	n.d.		n.d.	
• 5.5. Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas)	97,8% (encuesta a base de indicadores múltiples, 2005)	98,1% (encuesta a base de indicadores múltiples, 2010)		100%	Acceso mejorado
• 5.6. Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar	n.d.	21,5%		n.d.	

<i>Sexto Objetivo: combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades</i>					
	<i>2005</i>	<i>2010</i>	<i>2014</i>	<i>Meta</i>	<i>Estado</i>
• 6.1. Prevalencia del VIH en las personas de entre 15 y 24 años	1,42% VIH-1 1,7% (encuesta nacional de vigilancia, 2005) 0,5% VIH-2	1,4% (encuesta nacional de vigilancia, 2011)	1,15% VIH-1 (encuesta nacional de vigilancia, 2012)	0,3% 0,9%	Ha permanecido igual

Sexto Objetivo: combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades

	2005	2010	2014	Meta	Estado
<ul style="list-style-type: none"> 6.2. Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo 	54,3% - 57,9% (encuesta de vigilancia del comportamiento, 2005)	33,5% 49,0% (hombres) 27,3% (mujeres) (encuesta de vigilancia del comportamiento, 2010)	77,8% (hombres) 20% (mujeres) (encuesta de vigilancia del comportamiento, 2012) <i>Nota: la cifra hace referencia únicamente a las personas que se dedican al comercio sexual</i>	n.d. 70% (hombres) 55% (mujeres) Marco estratégico nacional	Se ha reducido
<ul style="list-style-type: none"> 6.3. Proporción de la población de entre 15 y 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA 	39,2% - 34% (hombres) 25% (mujeres) (encuesta de vigilancia del comportamiento, 2005)	32,8% 31,7% (hombres) 22,9% (mujeres) (encuesta de vigilancia del comportamiento, 2010)	18,20% (hombres) 21,80% (mujeres) (encuesta de vigilancia del comportamiento, 2012)	n.d. 85% (hombres) 80% (mujeres) Marco estratégico nacional	Se ha reducido
<ul style="list-style-type: none"> 6.4. Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de entre 10 y 14 años 	0,87 65,1% (2005/6) (Acceso universal, 2006)	1,06 71,4% (encuesta a base de indicadores múltiples, 2010)		n.d. 80% (Marco estratégico nacional)	Ha mejorado
Meta 6.B:					
<ul style="list-style-type: none"> Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten 					
<ul style="list-style-type: none"> 6.5. Proporción de la población portadora de VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales 	8,8% (2007) Propuesta de la octava ronda del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria	82,0% (estudio sobre la supervivencia a la terapia antirretroviral, 2011)	86% (estudio sobre la supervivencia a la terapia antirretroviral, 2013)	50% (Marco estratégico nacional)	Acceso elevado
Meta 6.C:					
<ul style="list-style-type: none"> Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves 					Se ha reducido
<ul style="list-style-type: none"> Incidencia y tasa de mortalidad asociadas a la malaria 	n.d.	n.d.		n.d.	

<i>Sexto Objetivo: combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades</i>	2005	2010	2014	Meta	Estado
• 6.7. Proporción de niños menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida	49,5% (encuesta a base de indicadores múltiples, 2005)	33,3% (encuesta a base de indicadores múltiples, 2010)	47,0% (encuesta demográfica y de la salud, 2013)		Se ha reducido
• 6.8. Proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con los medicamentos contra la malaria adecuados	52,4% (encuesta a base de indicadores múltiples, 2005)	66,2% (encuesta a base de indicadores múltiples, 2010)	6,7% (encuesta demográfica y de la salud, 2013)	80%	Se ha reducido drásticamente
• 6.9. Incidencia, prevalencia y tasa de mortalidad asociadas a la tuberculosis	n.d.	n.d.	175 por 100.000 128 por 100.000 (estudio sobre la prevalencia de la tuberculosis en Gambia, 2013) 4 por 100.000 (actualización del progreso y solicitud de desembolso, 2012)	n.d.	
• 6.10. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa	n.d.	n.d.	64% 88%	70% (meta de la OMS) 85% (meta de la OMS)	

<i>Séptimo Objetivo: garantizar la sostenibilidad del medio ambiente</i>	2003	2010	2014	Meta	Estado
• Proporción de la superficie de tierras cubierta por bosques	41,5%	46%		40%	Amplia cobertura
• Emisiones de dióxido de carbono totales, <i>per capita</i>	0,196	0,187		0,18	
• Proporción de poblaciones de peces que están dentro de unos límites biológicos seguros	74,1% (2007)	75%		n.d.	Moderada
• Proporción de zonas terrestres y marinas protegidas	4,09%	4,1%		10%	Escasa cobertura

<i>Séptimo Objetivo: garantizar la sostenibilidad del medio ambiente</i>	2003	2010	2014	Meta	Estado
• Proporción de especies en peligro de extinción	4% (1996) 7% (2000)	25%		3% (2015)	Elevada
• Proporción de la población con acceso a mejores fuentes de agua potable	85,1% (2005)	85,8%	90,1% (encuesta demográfica y de la salud, 2013)	85%	Amplia cobertura
• Proporción de la población con acceso a mejores servicios de saneamiento	84,2% (2005)	76,3%	39,8% (encuesta demográfica y de la salud, 2013)	92%	En disminución
• Proporción de la población urbana que vive en barrios marginales	59,2% (2007)	45,8%			En ligera disminución

<i>Octavo Objetivo: fomentar una alianza mundial para el desarrollo</i>	2007	2008	2014	Meta	Estado
• 8.11. Alivio de la deuda comprometido conforme a la Iniciativa en favor de los países pobres muy endeudados y la Iniciativa multilateral de alivio de la deuda	Cumplió las condiciones para acogerse a las medidas de alivio de la deuda (diciembre de 2007)	Se benefició de las medidas de alivio de la deuda tras haber cumplido las condiciones necesarias en diciembre de 2007		n.d.	Cancelación de la deuda pendiente (30%)
• 8.12. Servicio de la deuda como porcentaje de las exportaciones de bienes y servicios				n.d.	
• 8.13. Proporción de la población con acceso sostenible a medicamentos esenciales a precios asequibles				n.d.	
• 8.14. Líneas de teléfono por cada 100 habitantes			3,6 (Autoridad Reguladora de las Instalaciones y Servicios Públicos, 2012)	n.d.	Uso moderado
• 8.15. Abonados a teléfonos celulares por cada 100 habitantes			105,8 (Autoridad Reguladora de las Instalaciones y Servicios Públicos, 2012)	n.d.	Uso moderado

<i>Octavo Objetivo: fomentar una alianza mundial para el desarrollo</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2014</i>	<i>Meta</i>	<i>Estado</i>
• 8.16. Usuarios de Internet por cada 100 habitantes	1.442 (abonados a PAI) (2003)	4.814 (abonados a PAI) (2008) Móvil	0,17 (Autoridad Reguladora de las Instalaciones y Servicios Públicos, 2012) 7,1 (Autoridad Reguladora de las Instalaciones y Servicios Públicos, 2012)	n.d.	

Abreviaturas: UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas; OMS, Organización Mundial de la Salud; PAI, Proveedores de acceso a Internet; PIB, Producto interno bruto; PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.