



## Consejo Económico y Social

Distr. limitada  
9 de julio de 2012  
Español  
Original: francés

110

### Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

#### Junta Ejecutiva

#### Segundo período ordinario de sesiones de 2012

11 a 14 de septiembre de 2012

Tema 6 b) del programa provisional\*

### Proyecto de documento del programa para el país

#### Camerún

#### *Resumen*

El proyecto de documento del programa para el Camerún se presenta a la Junta Ejecutiva para que lo examine y formule observaciones al respecto. Se solicita a la Junta Ejecutiva que apruebe el monto indicativo total del presupuesto, de 31.825.000 dólares con cargo a los recursos ordinarios, con sujeción a la disponibilidad de fondos, y de 47.710.000 dólares con cargo a otros recursos, con sujeción a la disponibilidad de contribuciones para fines concretos, para el período comprendido entre 2013 y 2017.

\* E/ICEF/2012/15.



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

Población infantil (menores de 18 años) (en millones) . . . . .	9,3
Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos) . . . . .	136
Niños con peso inferior al normal (porcentaje de casos moderados y graves, 2011)	15 <sup>a</sup>
(porcentaje de casos en zonas urbanas/rurales y más pobres/más ricos) . . . . .	7/20, ..../
Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacidos vivos, ajustada) . . . . .	690 <sup>b</sup>
Matriculación en la escuela primaria (porcentaje neto, niños/niñas, 2009) . . . . .	97/86
Alumnos que llegan al último grado de la escuela primaria (porcentaje, 2008) . . . . .	69
Utilización de fuentes mejoradas de agua (porcentaje) . . . . .	77
Utilización de instalaciones de saneamiento mejoradas (porcentaje) . . . . .	49
Prevalencia del VIH en adultos (porcentaje, 15 a 49 años, hombres/mujeres, 2009)	5,3
Trabajo infantil (porcentaje de niños de 5 a 14 años, varones/niñas, 2006) . . . . .	31
Registro de nacimientos (porcentaje de niños menores de 5 años, 2006) . . . . .	70
(porcentaje de niños/niñas, en zonas urbanas/rurales, más pobres/más ricos) . . . . .	71/69, 86/58, 51/91
Ingreso nacional bruto per capita (en dólares de los Estados Unidos) . . . . .	1.160
Niños de 1 año inmunizados (tres dosis) contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT3) (porcentaje) . . . . .	84
Niños de 1 año inmunizados contra el sarampión (porcentaje) . . . . .	79

† Pueden obtenerse datos más amplios sobre la situación de los niños y las mujeres en este país en el sitio [www.childinfo.org/](http://www.childinfo.org/)

<sup>a</sup> Las estimaciones correspondientes a la categoría de niños con peso inferior al normal se basan en los estándares de crecimiento infantil aprobados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2006.

<sup>b</sup> La estimación oficial es de 669 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (1998-2004) según la Encuesta Demográfica y de Salud 2004.

El Grupo Interinstitucional de estimación de la mortalidad infantil (OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial) prepara juegos de datos internacionales comparables sobre la mortalidad materna, de modo de compensar los problemas suscitados por información insuficiente y errores en las clasificaciones de las defunciones maternas, y además proporciona estimaciones para los países que carecen de datos. Para obtener series de datos comparables sobre tasas de mortalidad materna para los años 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010, sírvase visitar [http://www.childinfo.org/maternal\\_mortality.html](http://www.childinfo.org/maternal_mortality.html).

## Resumen de la situación de los niños y las mujeres

1. En 2007, la pobreza monetaria en el Camerún afectaba a un 40% de la población y a un 46% de los niños menores de 18 años. Entre 2001 y 2007, la cantidad de niños pobres pasó de 3,6 millones a 4,1 millones. Se observan grandes disparidades en la incidencia de la pobreza infantil entre zonas rurales (60%) y urbanas (16%). La región de Adamaua, y las zonas oriental, septentrional y del extremo septentrional del país, congregan a un 60% de los niños pobres. La pobreza infantil, factor de estigma, impide a los niños afirmarse y también menoscaba la protección y la vigencia de sus derechos. Algunas normas sociales (matrimonio y embarazo precoces, negativa a colaborar con personal sanitario del otro sexo) siguen teniendo consecuencias negativas sobre la salud de la madre y el hijo y, en consecuencia, hay una baja tasa de asistencia del parto por personal capacitado (64% en 2011), es insuficiente la atención de las complicaciones obstétricas (16%) y hay una alta tasa de mortalidad derivada de la maternidad, que para 2010 se estima en 690 por cada 100.000 nacidos vivos.

2. Aunque la tasa de mortalidad en los primeros años de vida sigue siendo elevada, pasó de 146 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos a 136 en 2006 y a 122 en 2011. La meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 (ODM 4), fijada en 76 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos en 2015, no parece asequible.

3. Según la Encuesta Demográfica y de Salud (EDS) y la Encuesta agrupada a base de indicadores múltiples (MICS) de 2011, un 33% de los niños padecen malnutrición crónica, y de ellos, casi la mitad (14%) sufren malnutrición grave. La tasa de retraso en el crecimiento aumenta rápidamente con la edad: pasa del 12% en los niños menores de 8 meses, a 17% en los de 9 a 11 meses, y después sigue aumentando para llegar a un máximo de 42% entre los niños de 18 a 23 meses y de 24 a 35 meses de edad, para después disminuir. En cuanto a la situación de la nutrición, hay grandes disparidades entre zonas rurales y urbanas y entre varones y niñas. El nivel de malnutrición crónica es ligeramente superior (35%) para los varones que para las niñas (30%). En las zonas rurales, los niños presentan un retraso en el crecimiento más frecuentemente (41%) que los niños que viven en las ciudades (22%). El estado de nutrición, que tiene gran influencia sobre la mortalidad de niños y jóvenes, acusaba una insuficiencia en el peso moderada y grave en un 14,6% de los niños en 2011. Esta situación se agrava debido al aumento de la tasa de morbilidad infantil debida a las enfermedades diarreicas, que pasó de 19% a 21% entre 2006 y 2011, y también por la recurrencia de epidemias de cólera que en tres años se han cobrado 34.000 víctimas, incluidas 1.500 defunciones, lo cual ha precipitado al país en una situación de emergencia.

4. Los progresos en materia de vacunación son de poca magnitud: la tasa de cobertura de vacunación correspondiente a todos los antígenos ha aumentado ligeramente (desde 48% en 2004 hasta 53% en 2011), es decir, el progreso anual fue menor que 1%.

5. La mortalidad materna sigue siendo motivo de preocupación. Las defunciones de madres se deben mayormente a que los servicios de salud son geográficamente inaccesibles, y a que las poblaciones, en general, y las mujeres, en particular, tienen muy poco poder de compra. En las zonas rurales, un 57% de las mujeres de 20 a 24 años de edad manifiestan que ya estaban casadas al cumplir 18 años y en ciertas

regiones del país, las mujeres no tienen la autonomía necesaria para acudir a un centro sanitario si no van acompañadas.

6. La tasa de prevalencia de la infección con el VIH/SIDA entre personas de entre 15 y 49 años de edad, que para 2004 se estimaba en aproximadamente en 5,3%, es para 2011 de 4,3% (2,9% entre los hombres y 5,6% entre las mujeres). Por consiguiente, el Camerún sigue incluido en el grupo de países donde la epidemia está generalizada. Hay unas 560.300 personas que viven con el VIH, de las cuales, un 55,8% son mujeres y un 8,5%, niños menores de 14 años. Hay una alta prevalencia entre las embarazadas (7,6%). Entre 2008 y 2010, el número de huérfanos y niños vulnerables pasó de 183.500 a 304.000.

7. En 2010, la tasa bruta de acceso a la enseñanza preescolar era de 27,2%, con muy grandes disparidades geográficas. Las tasas más bajas afectan a las minorías y a los refugiados, así como a la parte septentrional del país, con 3,6% en la zona del extremo septentrional, 6,3% en la zona septentrional y 10,6% en la de Adamaua. La tasa neta de matriculación primaria era de 88%, distribuida en 92% para los niños varones y 83% para las niñas. La tasa de egreso del ciclo primario va en aumento y es actualmente de 73%.

8. En 2007, un 32% de los niños de 5 a 14 años trabajaban; en 2010, estaban en la misma situación un 39% de los niños de 10 a 17 años. Recientemente, el plazo para el registro gratuito de los nacimientos se amplió de 30 a 90 días, lo cual debería posibilitar un aumento en la tasa de registro de nacimientos. En 2011, había 800 niños detenidos, y de ellos, un 80% a causa de infracciones de poca monta. En el más reciente informe del Comité de los Derechos del Niño se lamenta la lentitud del proceso de aprobación del proyecto de Código de protección de la infancia y del proyecto de código de las personas y la familia, así como la insuficiente aplicación de numerosas leyes ya aprobadas.

## **Principales resultados y experiencias de la cooperación anterior, 2008-2012**

### **Principales resultados logrados**

9. El programa 2008-2012 apoyó la preparación de: a) planes nacionales de lucha contra la explotación y la trata de niños, eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y mayor prevención de dicha transmisión; b) el Plan estratégico de atención a los huérfanos y niños vulnerables 2010-2012 y la Política nacional de desarrollo integral del niño de corta edad. El programa contribuyó a la preparación de otros documentos normativos, entre ellos, la Estrategia sectorial de salud. Varios estudios, encuestas y evaluaciones han producido datos objetivos que se han incorporado al Sistema de información sobre gestión educacional (SIGE), dos bases de datos sobre políticas sociales e indicadores de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, accesibles en línea, así como los debates estratégicos celebrados durante el Foro nacional sobre vulnerabilidad del niño y protección social

10. La tasa de cobertura con vacuna DPT3 está estancada: 82% en 2007, 84% en 2010 (formulario informativo conjunto) y 82% en 2011. El porcentaje de niños menores de 5 años que duermen bajo un mosquitero impregnado con insecticidas sigue siendo bajo: desde 13% en 2006 hasta 21% en 2011 (MICS 2006, EDS y

MICS 2011), en comparación con el objetivo nacional, fijado en 80%. A partir de 2011, se ha lanzado una campaña nacional de promoción del uso mosquiteros impregnados con insecticidas de acción prolongada (MILDA). El UNICEF aporta mosquiteros y sensibiliza a la población sobre la eficacia de su utilización. En 267 aldeas se ha puesto en marcha el Plan piloto de saneamiento total por la comunidad; de esas aldeas, 131 fueron certificadas como “exentas de defecación al aire libre”. La adopción del Plan piloto por otros copartícipes en el desarrollo contribuye a ampliar su escala. El programa apoyó la lucha contra la epidemia de cólera, mediante actividades de prevención y de respuesta, como la depuración del agua, la desinfección de lugares contaminados y la educación de las poblaciones, además de preparar en 2011 la componente sobre agua y saneamiento del Plan nacional de contingencia para la lucha contra el cólera.

11. A partir del comienzo del ciclo, la cobertura de servicios de nutrición pasó de 6 a 40 distritos de salud y se presta particular atención a las regiones septentrionales. Se reforzaron considerablemente las capacidades de quienes ofrecen esos servicios y de los enlaces comunitarios, en materia de atención comunitaria de la malnutrición aguda y medidas nutricionales esenciales adoptadas en los centros de nutrición terapéutica, con internación y ambulatorios. El refuerzo de las intervenciones en pro de una mejor nutrición contribuyó a reducir la anemia entre los niños y las mujeres, aun cuando las tasas siguen siendo muy elevadas: en 2011, 60% y 40%, respectivamente. A partir de 2008, los niños menores de 5 años reciben suplementos de vitamina A y se eliminan sus parásitos dos veces por año. Actualmente, es una realidad la fortificación del aceite vegetal refinado con vitamina A, y de la harina de trigo con el agregado de hierro, zinc, ácido fólico y vitamina B12.

12. En lo concerniente al VIH/SIDA, la proporción de embarazadas que acuden a servicios de consultas prenatales y aceptan someterse a la prueba de detección pasó del 77% en 2007 al 82% en 2010; y la tasa de mujeres con reacción seropositiva al VIH que reciben medicamentos antirretrovirus pasó de 46,6% en 2008 a 56,7% en 2010. La cantidad de centros sanitarios que ofrecen prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI) casi se ha duplicado, pues pasó de 1.327 en 2007 a 2.067 en 2010. Aun cuando la cantidad de niños infectados que se benefician con un tratamiento antirretrovirus aumentó desde 2.450 en 2008 hasta 4.440 en 2011, esas cantidades solamente representan un 9,1% del total de niños que necesitaban tratamiento en 2011. Entre los jóvenes de 20 a 24 años, la prevalencia disminuyó desde 5,4% en 2004 hasta 2,2% en 2011. En 2010, se dispensó atención al 25% de los 304.210 huérfanos y niños en situación vulnerable.

13. El programa contribuyó a mejorar la tasa neta de matriculación, promoviendo la escolarización de las niñas mediante el otorgamiento de becas y la promoción de un mayor involucramiento de las comunidades. Dada la baja tasa de acceso a la enseñanza preescolar, que es de 12,68% a nivel de las zonas de educación prioritarias (ZEP), y teniendo en cuenta la magnitud del abandono escolar (tasas de egreso de 55,75% en esas ZEP), el programa ha ensayado varias soluciones alternativas para estimular la preparación al ingreso al ciclo primario y la reinserción escolar. Una primera solución es impartir a los niños que no tuvieron enseñanza preescolar las competencias necesarias para adaptarse a la escuela primaria; una segunda solución, impartir cursos de actualización gracias a los cuales los niños que no asisten a la escuela pueden reintegrarse. La educación parental es el factor de apalancamiento que estimula el involucramiento comunitario, la

apropiación de las iniciativas, la ampliación y la sostenibilidad de las intervenciones, sobre todo a favor de la escolarización de niñas vulnerables, niños refugiados, y niños impedidos y pertenecientes a minorías étnicas.

14. Las tareas de promoción y el refuerzo de las capacidades posibilitaron lograr una mejor estructura de protección del niño. Cabe señalar que el apoyo a la reforma del registro civil posibilitó la entrega de 12.350 partidas de nacimiento, que la duración media de la detención preventiva de menores pasó de 8 a 3 meses en las jurisdicciones de Douala y que en 59 de las 75 cárceles del país se han creado celdas o sectores para menores. Las evaluaciones de las intervenciones relativas al Parlamento de los niños, la justicia de menores y el registro de nacimientos, así como el estudio sobre soluciones para reemplazar la reclusión, posibilitaron mejorar el marco jurídico, principalmente mediante la prórroga de los lapsos de registro de nacimientos, el refuerzo de medidas de reemplazo de la reclusión en el Código Penal (que es actualmente objeto de revisión) y la creación de un Centro de reeducación de menores que están en conflicto con la ley. Se están debatiendo el Plan nacional de lucha contra la trata de personas, el Código de protección de la infancia y el Código de las personas y la familia.

### **Experiencias recogidas**

15. El Camerún es un país de ingreso mediano bajo donde, además del programa ordinario, el UNICEF ejecuta un programa de urgencia (cólera, malnutrición, poliomielitis, sarampión, etc.), en casi la mitad del país, con recursos insuficientes. La contribución del Estado a esa situación de emergencia recurrente es limitada, aunque el presupuesto nacional de desarrollo se financia casi totalmente con recursos internos. No obstante, pese a las acciones realizadas por el Gobierno, los problemas de gobernanza obstaculizan el logro de resultados importantes en cuanto al acceso a servicios básicos y su calidad. El nuevo programa deberá prestar particular atención a reforzar los mecanismos, la capacidad y la financiación en lo concerniente a la preparación y respuesta para situaciones de emergencia.

16. La ausencia de datos desglosados procedentes de los sistemas de información impide medir eficazmente el desempeño y el grado de equidad de las intervenciones, por lo cual hay menor capacidad para detectar, individualizar y medir las acciones prioritarias en pro de los niños y los grupos en situación desventajosa. El nuevo programa prestará particular atención a reforzar sistemas de seguimiento sensibles a la equidad. En lo concerniente a la educación básica, la puesta en marcha del SIGE ya ha mejorado la situación y reforzará la integración de los componentes del programa.

17. La efectiva puesta en práctica de la descentralización condujo a partir de 2010 a transferir recursos presupuestarios a las comunidades para acrecentar la oferta y la calidad de los servicios sociales básicos. Es sobre esa dinámica positiva que el programa 2013-2017 ha de basar su estrategia y sus enfoques de base comunitaria para mejorar el acceso a los servicios y reforzar los mecanismos locales de supervisión y la superación de los puntos de atascamiento.

18. A fin de reforzar la equidad de las intervenciones del programa y responder a las necesidades de los niños en situación más desventajosa y en las regiones más pobres (norte y este del país), el examen de mitad de período efectuó un replanteo de dichas intervenciones del programa, el cual pasó de seis a cuatro regiones para la

educación básica y de 62 a 30 distritos de salud para la oferta de servicios 4P<sup>1</sup>. Ese replanteo se consolidará a fin de reforzar la integración de todos los componentes programáticos y hacer hincapié en la región del Sahel, cuyos indicadores socioeconómicos acusan los niveles más bajos.

## Programa para el país, 2013-2017

### Cuadro sinóptico del presupuesto

(En miles de dólares de los Estados Unidos)

<i>Componentes del programa</i>	<i>Recursos ordinarios</i>	<i>Otros recursos</i>	<i>Total</i>
Supervivencia del niño de corta edad	7 093	22 438	29 531
Educación básica	6 400	10 020	16 420
VIH/SIDA	6 410	12 700	19 100
Protección del niño	3 672	2 520	6 192
Política social y planificación	3 000	42	3 042
Actividades intersectoriales	5 250	0	5 250
<b>Total</b>	<b>31 825</b>	<b>47 710</b>	<b>79 535</b>

### Proceso preparatorio

19. El programa para el país es resultado de un proceso participativo que congregó a los copartícipes gubernamentales. El Documento de estrategia para el crecimiento del empleo (DSCE) 2010-2020 y el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD) 2008-2012 han contribuido a la elaboración del nuevo programa. Este proceso aseguró la armonización del programa con las prioridades nacionales y el aprovechamiento de las ventajas comparativas del sistema de las Naciones Unidas indicadas en el MANUD 2013-2017.

20. El análisis de la situación, las recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño, el informe dimanado del examen de mitad de período 2010 y otras evaluaciones también han orientado los intercambios de ideas. Bajo la dirección del Ministerio de Planificación, la primera versión se presentó a todos los copartícipes clave para que examinaran el texto y propusieran enmiendas.

### Resultados y estrategias de los componentes del programa

21. El propósito del programa es acelerar el progreso hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, confirmados como prioritarios en el Documento de estrategia para el crecimiento y el empleo y el MANUD, prestando particular atención a la supervivencia, el desarrollo y la protección integrada de los niños, en especial los más vulnerables.

<sup>1</sup> Programa de 4P: prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, atención pediátrica, atención de niños huérfanos y vulnerables y prevención del SIDA entre los jóvenes.

22. El programa se encaminará al logro de los siguientes resultados principales:

a) Intervenciones con grandes efectos sobre la salud, la nutrición y el abastecimiento de agua y el saneamiento, seleccionadas y luego ubicadas en su contexto (nivel estratégico) antes de su puesta en práctica (nivel operacional) a fin de contribuir a reducir la mortalidad y la morbilidad de los niños menores de 5 años y de las mujeres embarazadas y que amamantan;

b) Aumento en las ZEP de la proporción de niños vulnerables, en particular niñas, egresados del nivel preescolar que ingresan a una enseñanza básica de calidad;

c) Protección contra el VIH/SIDA de los niños, los adolescentes y sus progenitores, todos los cuales se benefician con una atención integral y equitativa en los distritos de salud donde realiza operaciones el programa;

d) Refuerzo de los sistemas de protección de la infancia contra abusos, violencia y explotación y mejora del acceso al civismo y a los servicios judiciales;

e) Incorporación en las políticas nacionales y sectoriales de los niveles mínimos de protección social y los aspectos relativos a la equidad en beneficio de los más vulnerables, en especial los niños y las mujeres.

23. Esos resultados se lograrán aplicando un conjunto de estrategias, entre las cuales las más importantes son: apropiación de las iniciativas por los copartícipes y presencia geográfica sostenida en las zonas y los enclaves de vulnerabilidad e inequidad; desarrollo de las capacidades nacionales para una mejor integración de las cuestiones relativas al niño en las políticas públicas y presupuestarias; asociación estratégica con las instituciones que apoyan la descentralización y la buena gobernanza, incluidas las entidades de la sociedad civil y del sector privado, a fin de mejorar la calidad y la accesibilidad de los servicios mediante el refuerzo de las capacidades técnicas que aseguren la provisión de servicios en beneficio de las personas más vulnerables; integración y acción intersectorial que, más allá de los componentes programáticos del UNICEF, reforzarán los mecanismos de coordinación dentro del MANUD; financiación basada en el rendimiento, en colaboración con otros copartícipes, en especial el Banco Mundial; enfoque de base comunitario centrado en la aplicación de estrategias innovadoras y una comunicación con destinatarios bien definidos, encaminada a suscitar cambios en las prácticas sociales desfavorables para los niños.

24. Los cinco principios programáticos de las Naciones Unidas (cuestiones de género, gestión basada en los resultados, enfoque basado en los derechos humanos, desarrollo de las capacidades y sostenibilidad ambiental) orientan todas las opciones estratégicas y administrativas del programa. Se hará especial hincapié en la preparación para emergencias y la respuesta a ellas, en especial las crisis de la nutrición y el cólera, que afectan de manera casi endémica a la zona septentrional del país.

25. El programa comprende cinco componentes, uno de ellos transversal (política social y planificación). Tiene una cobertura nacional y está focalizado en las regiones en situación más desfavorable.

26. **Supervivencia del niño de corta edad.** Este componente abarca tres subcomponentes: salud, nutrición, y agua, saneamiento e higiene.

27. Las actividades de salud se encaminan a mejorar la cobertura de las intervenciones que logran grandes efectos sobre la salud maternoinfantil. A nivel estratégico, el programa contribuirá a elaborar y revisar los documentos relativos a las políticas y estrategias y a promover el acceso de las personas más vulnerables a los servicios (entre otras opciones, acceso gratuito). A nivel operacional, un conjunto de intervenciones que incorporan el Programa ampliado de vacunación, la atención comunitaria del paludismo, las diarreas y las infecciones agudas de las vías respiratorias, y la promoción de prácticas esenciales entre las familias, se centrará en las comunidades más necesitadas. Los encargados de ofrecer atención se beneficiarán con el refuerzo de sus capacidades, además de recibir seguimiento y supervisión.

28. Las actividades de nutrición tienen el propósito de ampliar la prevención de la malnutrición y mejorar la situación nutricional de los niños de 0 a 59 meses de edad, así como de las mujeres embarazadas y que amamantan. Se reforzarán las acciones para reducir la malnutrición crónica y la carencia de micronutrientes mediante la promoción del amamantamiento materno exclusivo, de prácticas adecuadas de alimentación de los niños de corta edad y fortificación de alimentos. Se reforzará el control de calidad de los alimentos fortificados y se ampliará la atención comunitaria de la malnutrición aguda. En lo concerniente a la estrategia, se intensificarán las tareas de promoción de la buena nutrición.

29. El subcomponente de agua, saneamiento e higiene prestará particular atención a las acciones para situaciones de emergencia, al acceso a agua potable, el saneamiento básico de las poblaciones vulnerables y la colocación en condiciones operacionales de los documentos de estrategia para promover las buenas prácticas en materia de comunicación para el desarrollo. Continuará la promoción del saneamiento total conducido por la comunidad y del lavado de las manos con jabón, con atención prioritaria a las zonas donde está muy generalizada la defecación al aire libre.

30. **Educación básica.** Este componente reforzará y ampliará el enfoque de “red” a fin de propiciar el aunamiento de recursos y experiencias y desarrollar las capacidades de los coparticipes clave en las zonas de educación prioritarias actuales, así como en otras zonas donde la escolarización es insuficiente. Las intervenciones principales se centrarán en ampliar el acceso a la escuela (incluido el acceso a la enseñanza preescolar), reducir las disparidades entre los géneros, y mejorar la calidad y la pertinencia de la educación. Se mejorará el saneamiento en las escuelas mediante la construcción de retretes y fuentes de agua y la promoción de prácticas de higiene. El refuerzo del SIGE y la educación parental apoyarán esas intervenciones en beneficio de los niños vulnerables, incluidos los pertenecientes a minorías étnicas y los refugiados. La educación parental, en particular el involucramiento de los padres, será un factor esencial de apalancamiento para sensibilizar a las comunidades y llevarlas a aceptar la ampliación de un currículo acelerado para el ingreso a la escuela primaria y la reincorporación de los niños que no asisten a la escuela.

31. **VIH/SIDA.** Este componente tiene el propósito de acelerar los progresos hacia la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH para 2017, logrando ampliar la escala de la prevención de dicha transmisión, la atención pediátrica y la consolidación del enfoque de las 4P como base estratégica del programa. Es así como, además de prevenir la transmisión maternoinfantil, se ampliará la prevención

primaria en beneficio de los adolescentes y los jóvenes, y, al mismo tiempo, se han de reforzar las políticas de atención de huérfanos y niños vulnerables, de modo que tengan efectos sinérgicos con la protección. Las 4P se pondrán en marcha mediante intervenciones con grandes efectos basadas en elementos empíricos y en principios de equidad.

32. **Protección del niño.** Este componente contribuirá a reforzar el sistema de protección a fin de mejorar el acceso de los más vulnerables a los servicios y prevenir abusos, violencia y explotación. Se prevé la formulación de una estrategia nacional de protección de la infancia y el apoyo a las reformas pertinentes del sistema de registro civil y de la justicia de menores. Se aplicará un enfoque de base comunitaria centrado promover el cambio de las prácticas sociales perjudiciales para los derechos del niño. Además, el refuerzo de un sistema nacional de información sobre los niños y las familias vulnerables, la difusión de normas y procedimientos relativos a alternativas al encarcelamiento y la justicia de menores, así como el desarrollo de las capacidades, posibilitarán la creación de un entorno de protección de los niños.

33. **Política social y planificación.** Este componente atañe a promover más intensamente que se tomen en cuenta los derechos del niño en las políticas públicas y en la asignación de recursos. Se hará hincapié en la protección social, a fin de reducir las inequidades. En efecto, el Camerún dispone de recursos internos suficientes para apoyar las inversiones, en especial en las redes sociales. El programa, conjuntamente con el Banco Mundial, la Organización Internacional del Trabajo, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) ya está apoyando el establecimiento de medidas mínimas de protección social. Este componente también apoyará la elaboración a nivel nacional de la Estrategia de protección social basada en el niño y las cuestiones de género y, a nivel local, la integración de las necesidades de las poblaciones más vulnerables en los planes comunales de desarrollo.

34. La recopilación y el análisis de datos reforzarán la base empírica, la promoción política y la planificación estratégica para ejecutar las actividades del programa. Se apoyará la microplanificación a nivel descentralizado. El refuerzo de las capacidades de seguimiento y evaluación posibilitará aumentar la disponibilidad de datos desglosados sobre la situación de los niños y de las mujeres, particularmente los más vulnerables, y apoyar los sistemas de seguimiento de los resultados a nivel tanto central como descentralizado, con miras a detectar, vigilar y subsanar los puntos de atascamiento que reducen los efectos y la equidad de las intervenciones. El programa propone dedicar un 10% de sus recursos a apoyar actividades de seguimiento y evaluación.

35. **Actividades intersectoriales.** Este componente corresponderá a la financiación de los costos operacionales (logística, almacenamiento y gastos de funcionamiento) y del personal que realiza tareas en actividades transversales.

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

36. Las prioridades nacionales de desarrollo están definidas en el DSCE para el período 2010-2020 y las estrategias sectoriales de desarrollo. Gracias a la concertación del Gobierno con organismos del sistema de las Naciones Unidas fue posible mantener por consenso tres esferas clave de resultados del MANUD (crecimiento económico intenso, sostenible e inclusivo; empleo; gobernanza y

gestión estratégica del Estado). El UNICEF se focaliza en tres de los cinco efectos del MANUD:

a) Efecto 2: se desarrollan medidas mínimas de protección social y se moderniza el sistema nacional de protección social para 2017;

b) Efecto 3: las poblaciones, en particular las más vulnerables y los refugiados, tienen un acceso más amplio y equitativo a los servicios de salud y educación de calidad y los utilizan, para 2017;

c) Efecto 5: las instituciones nacionales y locales asumen su misión de manera participativa, transparente y respetando la igualdad entre los géneros, los derechos humanos y el Estado de derecho.

37. Estos tres efectos se han expresado en los resultados de los componentes del programa, a fin de contribuir a lograr los resultados del MANUD y del DSCE, es decir, el acceso a los servicios sociales básicos, la promoción de la salud comunitaria y la protección social de las personas más vulnerables.

#### **Relación con las prioridades internacionales**

38. El programa para el país se guía por la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Sus objetivos y estrategias se encaminan a garantizar que se tomen en cuenta directa e indirectamente las necesidades de los niños vulnerables y se acelere el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

39. El programa también integra, mediante su contribución a los efectos 2, 3 y 5 del MANUD, las prioridades del Plan estratégico de mediano plazo 2006-2013 del UNICEF. La aplicación del método armonizado para transferencias en efectivo posibilitará reforzar al respecto a los principios de la Declaración de París.

#### **Asociaciones principales**

40. El programa promoverá que el UNICEF, el PMA, la Oficina Internacional del Trabajo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el PNUD y el Banco Mundial apoyen conjuntamente al Gobierno en la puesta en marcha de las medidas mínimas nacionales de protección social. Además, movilizará al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y al Banco Mundial a fin de que se aporte un apoyo financiero y técnico conjunto a la financiación de la quinta encuesta conjunta EDS/MICS, que proporcionará los indicadores necesarios para la medición del progreso hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Además, en el marco de la aplicación del Plan operacional conjunto, suscrito en 2011, el UNICEF, la OMS, el UNFPA, el Banco Mundial y el programa ONUSIDA consolidarán su colaboración relativa a la campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna.

41. A nivel local, el refuerzo de la colaboración con las entidades del sector privado mejorará la oferta de servicios en beneficio de la infancia. El UNICEF concertará asociaciones con los principales protagonistas de la descentralización, en especial el Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Capitalización y el Fondo de intervención intercomunal, el Programa nacional de desarrollo participativo y la Asociación de comunas y ciudades unidas del Camerún, a fin de

procurar la integración en los planes comunales de desarrollo de los programas en pro de los derechos del niño.

**Seguimiento, evaluación y gestión del programa**

42. Bajo la dirección del Ministerio de Economía, Planificación y Ordenamiento Territorial (MINEPAT), el Gobierno y el UNICEF se encargan conjuntamente de la gestión, el seguimiento y la evaluación del programa. A esos efectos, se basan en los análisis periódicos de la situación, elaborados a partir de datos fidedignos y desglosados, el seguimiento de la ejecución de actividades sobre el terreno, los indicadores clave incorporados en la matriz de resultados del programa, los exámenes sectoriales, y las evaluaciones realizadas o apoyadas por el programa en el marco de la aplicación del Plan integrado de seguimiento y evaluación 2013-2017. Se elaborará un Plan de trabajo bianual para cada uno de los componentes programáticos, en concertación con el Gobierno y los demás copartícipes. Ese Plan servirá como marco de referencia para los exámenes semestrales y anuales.

43. En 2015 se organizará un examen de mitad de período. Entre 2016 y 2017, se realizará una encuesta EDS/MICS consolidada de cobertura nacional, basada en un muestreo representativo de los hogares, la cual proporcionará una base para la evaluación integral del programa.

---