

50  
24



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

BALANCE DE LA COOPERACION DEL  
FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA  
LA INFANCIA (UNICEF) CON EL GOBIERNO  
MEXICANO DURANTE EL PERIODO  
1990 - 1995

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN RELACIONES  
INTERNACIONALES

P R E S E N T A :  
ALICIA NARANJO SILVA



MEXICO, D.F.  
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

CIUDAD UNIVERSITARIA 1996

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## ÍNDICE

<b>Introducción</b> .....	<b>1</b>
<b>1. El contexto nacional de la cooperación del UNICEF con el gobierno mexicano</b> .....	<b>6</b>
1.1. Aspectos demográficos .....	7
1.2. Aspectos económicos, políticos y sociales .....	11
<b>2. Situación de la infancia en México: cobertura de servicios básicos</b> ....	<b>26</b>
2.1. Salud y nutrición .....	26
2.2. Educación .....	40
2.3. Acceso a agua y saneamiento básico .....	47
2.4. Situación de la mujer .....	50
<b>3. El impacto de la cooperación del UNICEF con el gobierno mexicano durante el período 1990-1995</b> .....	<b>59</b>
3.1. El Programa Nacional de Acción .....	59
3.2. Areas de acción .....	67
3.2.1. Supervivencia y desarrollo infantil .....	67
3.2.2. Agua y saneamiento básico .....	82
3.2.3. Menores en circunstancias especialmente difíciles .....	85
3.3. La política del gobierno mexicano y el mandato del UNICEF .....	97
3.4. Adecuación del Programa de Cooperación a las nuevas demandas ..	104
<b>4. Balance de la cooperación del UNICEF con el gobierno mexicano</b> .....	<b>109</b>
4.1. Evaluación global y sectorial .....	109
4.2. Alcance de los objetivos del Programa de Cooperación .....	118
<b>Conclusiones</b> .....	<b>124</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>132</b>

## Introducción

Las actividades del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en México se sustentan en el Acuerdo Básico de Cooperación firmado en 1954 por este organismo y la Secretaría de Relaciones Exteriores. Desde entonces, el UNICEF ha venido impulsando los derechos de los niños (el derecho a la vida, educación, salud, a su condición de ciudadano, etc.), respondiendo a las diversas iniciativas internacionales en favor de la niñez. En 1959 la ONU adoptó la Declaración de los Derechos del Niño y a finales de 1989 hizo propia la Convención de los Derechos del Niño.

Sin embargo, muchos de los acuerdos que hasta entonces se habían firmado en el plano internacional habían quedado sin acciones definidas que los llevaran a la práctica. Con el fin de instrumentar esta Convención, por iniciativa del expresidente Carlos Salinas de Gortari junto con los Jefes de Estado de Canadá, Egipto, Mali, Paquistán y Suecia se promovió en el seno de las Naciones Unidas, la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia que se llevó a cabo los días 29 y 30 de septiembre de 1990. A ella asistieron 71 Jefes de Estado y de Gobierno, representantes de 86 países observadores y el Secretario General de la Organización de las Naciones Unidas, lo que la convirtió en la más grande reunión de conductores políticos que ha abordado los problemas de los niños.

En esta reunión las autoridades asistentes aprobaron una Declaración Mundial sobre Supervivencia, Protección y Desarrollo del Niño, así como un Plan de Acción; que se comprometieron a impulsar en sus respectivos países a través de la elaboración de sus correspondientes Programas Nacionales de Acción, a fin de alcanzar en el año 2000 un conjunto de objetivos y metas que darían concreción a los postulados de la Declaración.

En el caso concreto del Programa de Cooperación de UNICEF con México 1990-1995 cabe mencionar que se trata de un parteaguas en la historia de la participación de este organismo y que ha sentado un precedente para la cooperación futura. Fue preparado en 1989 y aprobado al año siguiente, en 1990, justo antes de que el Congreso mexicano ratificara la Convención de los Derechos del Niño (junio de 1990) y se efectuara la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia.

Dada la situación económica de México, al momento de elaborar el Programa de Cooperación y los objetivos en torno a retomar la estabilidad y renovar el crecimiento económico, la cooperación del UNICEF fijó como un elemento substantivo el fortalecimiento de la capacidad institucional y el diseño de estrategias innovadoras para la acción, así como promover el intercambio de ideas y experiencias dirigidas a contribuir a la atención de las necesidades de los sectores más vulnerables de la sociedad.

Conviene destacar que el Programa Nacional de Acción antes mencionado es el instrumento a través del cual se conjugan los intereses del gobierno mexicano y el UNICEF en cuanto a políticas y acciones en favor de la niñez mexicana. Esto se traduce en siete compromisos prioritarios que se vinculan estrechamente entre sí, de manera que el cumplimiento de uno incide necesariamente en los otros:

1. Reducción de la mortalidad infantil y preescolar
2. Reducción de la mortalidad materna
3. Reducción de la mala nutrición
4. Asistencia a menores en circunstancias especialmente difíciles
5. Universalización de la educación básica
6. Alfabetización de adultos
7. Saneamiento básico

Ahora bien, el universo en el que se ha desarrollado la cooperación del UNICEF con México es sumamente complejo y heterogéneo. Las condiciones económicas, sociales y políticas prevaletentes en el país han impactado desfavorablemente en los niveles de bienestar de la población, sobre todo en los sectores más pobres, de los cuales los más vulnerables son los niños y las mujeres. De los 91.6 millones de personas estimadas para 1995 que habitan el territorio nacional, aproximadamente 42 millones son niños menores de 18 años, es decir, casi el 45% de la población total.

Aunque en el último sexenio el discurso oficial mantenía como uno de sus objetivos centrales la lucha contra la pobreza, su política social se caracterizó por impulsar estrategias de tipo compensatorio de los costos que imponía el modelo económico y no en la aplicación integrada de políticas económicas de crecimiento paralelas a políticas sociales promotoras de la equidad. Al lado de un importante mejoramiento en los indicadores del sector social, principalmente aquellos relacionados con la infancia, persistieron condiciones estructurales desfavorables.

En cumplimiento de los acuerdos adoptados, México puso en marcha su Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia (PNA) en noviembre de 1991, impulsando medidas orientadas a traducir en acción los compromisos de la Cumbre. En este sentido, la cooperación del UNICEF consistió básicamente en brindar ayuda técnica para la formulación de estrategias y acciones que, con los limitados recursos que este organismo puede ofrecer en proporción al presupuesto gubernamental para tal efecto, pudieran impulsar la consecución de las metas propuestas por el gobierno mexicano para el mejoramiento de las condiciones del niño y la mujer.

El Programa Nacional de Acción contribuyó a dar un enfoque y programación por problemas, con un esquema de trabajo coordinado entre las diferentes instituciones que tienen responsabilidad en la ejecución de los mismos. Es por eso que el Programa de Cooperación del UNICEF 1990 - 1995 estuvo basado precisamente en los objetivos

de la Cumbre y del Programa Nacional de Acción en donde se definieron las metas para cada sector, grupo de edad y región, lo cual también facilitó su evaluación.

Si bien es cierto que no puede negarse que las acciones emprendidas para atender las demandas básicas de la población, específicamente del niño y la madre, han incidido favorablemente en el alivio de algunas manifestaciones de la pobreza (tanto por las acciones sectoriales en las que ha intervenido el UNICEF como por el Programa de Solidaridad), tampoco puede deducirse que éstas representaron una eficaz medida de combate a la pobreza. En efecto, el grueso de dicho gasto estuvo destinado a la prestación de servicios sociales que no modificaron las causas ni atacaron las raíces de la pobreza. En el caso de los recursos dedicados por Solidaridad a proyectos productivos, representaron menos del 20% del total ejecutado y no se conocen aún evaluaciones de los resultados alcanzados.

En esta perspectiva, el valor de la cooperación del UNICEF ha radicado en su capacidad de incidencia en la asignación de prioridades en las políticas sectoriales y movilización de recursos en áreas prioritarias de la atención materno-infantil, así como en su gestión para la formulación de estrategias programáticas que fueron traducidas en acciones integradas e interinstitucionales, logrando dejar de lado la forma tradicional de resolver problemas como si fueran exclusivos de ciertas instituciones o sectores. La construcción de la capacidad de coordinación intersectorial en todos los niveles de decisión logró una atención focalizada de los esfuerzos en un problema específico, reforzando las acciones de diferentes organizaciones y previniendo duplicidad en la ejecución de las mismas.

El objetivo general de este trabajo es analizar las características de la cooperación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia con el gobierno mexicano en el período 1990-1995.

La hipótesis principal de la investigación es la siguiente: aun cuando la cooperación del UNICEF con el gobierno mexicano contribuyó a mejorar algunos aspectos de las condiciones de vida de los niños, persisten las causas estructurales de la pobreza y la desigualdad debido a que la política social continúa teniendo un carácter compensatorio de los efectos de la política económica.

Asimismo se plantearon cinco hipótesis secundarias:

1. La situación en la que se encuentran la niñez y la mujer en México es reflejo de las condiciones económicas, sociales y políticas injustas prevalecientes en el país.
2. Las acciones que México ha realizado en cumplimiento de los compromisos suscritos en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia han significado avances importantes pero no suficientes para alcanzar la solución de la complejidad de los problemas que aquejan al niño.

3. El impacto de la cooperación del UNICEF en México es limitado porque sus estrategias se han visto reducidas a acciones sectoriales.
4. Las políticas de cooperación del UNICEF en México lograron un cambio de actitud del gobierno mexicano en algunos aspectos de su política social.
5. El mejoramiento de indicadores sociales en algunos sectores no es sinónimo de desarrollo social.

El trabajo se divide en cuatro capítulos. En el primero se hace una semblanza del contexto nacional en el que se desarrolló la cooperación del UNICEF con el gobierno mexicano entre 1990 y 1995, en la que se consideran aspectos demográficos generales que, junto con un breve análisis de las condiciones económicas, políticas y sociales de la población, brinda un panorama general al respecto.

En el segundo capítulo se hace una exposición enfocada a la situación en la que se encontraba la infancia en México, a partir del comportamiento de los indicadores sociales más representativos y el análisis de la cobertura de los servicios básicos. También se hace referencia a la condición de la mujer mexicana, básicamente en cuestiones de salud reproductiva y atención materno-infantil, ya que su situación puede repercutir positiva o negativamente en el conjunto de factores que determinan el grado de bienestar de la infancia.

El tercer capítulo trata sobre el alcance de las acciones realizadas mediante la cooperación del UNICEF con el gobierno mexicano en el período 1990-1995, cuyo principal motor fueron los compromisos suscritos en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, traducidos a la situación específica de México en ese momento a través del Programa Nacional de Acción, del cual necesariamente se hace referencia tanto del proceso de su elaboración como de la situación que prevalecía en cada una de las áreas que abordaban los programas que apoyó el UNICEF. Asimismo, se hace una reseña de la posición política del gobierno salinista frente a la infancia y a la Cumbre Mundial, así como la del propio UNICEF. Se comentan algunas de las adecuaciones que el Programa de Cooperación fue teniendo para que permaneciera vigente a pesar de los cambios que se fueron suscitando.

En el cuarto capítulo es en el que se presenta lo que es propiamente el balance, señalándose los aspectos positivos y negativos de la cooperación del UNICEF con el gobierno mexicano en el período ya especificado, en forma global y en cada uno de los sectores vinculados al Programa Nacional de Acción, los cuales fueron apoyados a través de sus programas para alcanzar las metas comprometidas en la Cumbre Mundial. Además se menciona hasta qué punto el Programa de Cooperación logró el alcance de

**sus propios objetivos.**

**Finalmente se presentan las conclusiones y la bibliografía.**



## 1. EL CONTEXTO NACIONAL DE LA COOPERACION DEL UNICEF CON EL GOBIERNO MEXICANO

El período de cooperación comprendido de 1990 a 1995 entre el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el gobierno de México se ubicó durante el desarrollo de la etapa de estabilización y ajuste económicos que fue llevada a cabo por el gobierno salinista, como respuesta a la crisis de los años ochenta.

Los resultados que dicha medida permitió alcanzar a nivel macroeconómico fueron importantes. Desafortunadamente el costo social de esos "éxitos" económicos fue muy alto porque las repercusiones de dichas políticas apoyaron su parte más pesada de la carga sobre los grupos más desprotegidos, quienes en realidad ni siquiera pudieron percibir los aspectos favorables (con excepción del control inflacionario) directamente en su economía familiar.

A partir de 1991, comenzó a darse una desaceleración del crecimiento económico que se hizo más evidente hacia 1993, lo que sumado a la creciente tasa de desempleo, a la disminución del ingreso en términos reales y a la agudización de la concentración de la riqueza, lleva a la conclusión de que durante ese sexenio el problema de la pobreza extrema en el país se hizo mucho más grave.

Paradójicamente, durante ese período se dió un notorio mejoramiento de algunos de los principales indicadores sociales globales, sobre todo de aquellos relacionados con la supervivencia, protección y desarrollo de la infancia. Esto obedeció básicamente a la aplicación de una política dirigida a compensar el costo social de la política económica adoptada, la cual fue impulsada por el significativo incremento del gasto social, destacando el que fuera destinado a los programas para la niñez y la instrumentación de estrategias para alcanzar las metas establecidas en el Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia.

Precisamente en este plano es donde la cooperación de UNICEF encontró un espacio para impulsar las acciones que le permitieron colaborar en el mejoramiento de las condiciones de la niñez mexicana, teniendo como punto de referencia la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño y los compromisos adquiridos por México en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia.

No obstante, es importante destacar que los logros obtenidos que pueden observarse a simple vista son promedios nacionales que no siempre han reflejado las disparidades y rezagos entre regiones o incluso al interior de las propias entidades federativas. A lo largo de este primer capítulo se intenta analizar un poco más detalladamente esta situación, lo que sin duda nos proporcionará elementos valiosos que contribuirán en la construcción del contexto en el que se desarrolló la cooperación del UNICEF entre 1990 y 1995 en México.

## **1. EL CONTEXTO NACIONAL DE LA COOPERACION DEL UNICEF CON EL GOBIERNO MEXICANO**

El período de cooperación comprendido de 1990 a 1995 entre el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el gobierno de México se ubicó durante el desarrollo de la etapa de estabilización y ajuste económicos que fue llevada a cabo por el gobierno salinista, como respuesta a la crisis de los años ochenta.

Los resultados que dicha medida permitió alcanzar a nivel macroeconómico fueron importantes. Desafortunadamente el costo social de esos "éxitos" económicos fue muy alto porque las repercusiones de dichas políticas apoyaron su parte más pesada de la carga sobre los grupos más desprotegidos, quienes en realidad ni siquiera pudieron percibir los aspectos favorables (con excepción del control inflacionario) directamente en su economía familiar.

A partir de 1991, comenzó a darse una desaceleración del crecimiento económico que se hizo más evidente hacia 1993, lo que sumado a la creciente tasa de desempleo, a la disminución del ingreso en términos reales y a la agudización de la concentración de la riqueza, lleva a la conclusión de que durante ese sexenio el problema de la pobreza extrema en el país se hizo mucho más grave.

Paradójicamente, durante ese período se dió un notorio mejoramiento de algunos de los principales indicadores sociales globales, sobre todo de aquellos relacionados con la supervivencia, protección y desarrollo de la Infancia. Esto obedeció básicamente a la aplicación de una política dirigida a compensar el costo social de la política económica adoptada, la cual fue impulsada por el significativo incremento del gasto social, destacando el que fuera destinado a los programas para la niñez y la instrumentación de estrategias para alcanzar las metas establecidas en el Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia.

Precisamente en este plano es donde la cooperación de UNICEF encontró un espacio para impulsar las acciones que le permitieron colaborar en el mejoramiento de las condiciones de la niñez mexicana, teniendo como punto de referencia la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño y los compromisos adquiridos por México en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia.

No obstante, es importante destacar que los logros obtenidos que pueden observarse a simple vista son promedios nacionales que no siempre han reflejado las disparidades y rezagos entre regiones o incluso al interior de las propias entidades federativas. A lo largo de este primer capítulo se intenta analizar un poco más detalladamente esta situación, lo que sin duda nos proporcionará elementos valiosos que contribuirán en la construcción del contexto en el que se desarrolló la cooperación del UNICEF entre 1990 y 1995 en México.

## 1.1. Aspectos demográficos

La población estimada de México para 1995 es de alrededor de 91.6 millones de habitantes, con 2.3 millones de nacimientos anuales y 420 defunciones.<sup>1</sup>

En la dinámica de la población se ha venido observando un descenso constante en la tasa de crecimiento total anual, de alrededor de 3% en 1975 a 1.8% en 1995, básicamente por la reducción en el número de hijos de las mujeres a lo largo de su vida fértil. Sin embargo, en la población mexicana continúa dándose un incremento absoluto anual de casi 1.9 millones de personas, debido a la inercia demográfica producida por la dinámica poblacional que se dió en años pasados. Es por eso que, a pesar del descenso de la tasa de crecimiento medio anual (2.05% actualmente), la población seguirá creciendo en números absolutos a mediano plazo.<sup>2</sup>

La disminución de la fecundidad se traduce en un estrechamiento de la base de la pirámide poblacional. A medida que este proceso se profundiza, las cohortes anuales de nacimientos tenderán a ser más reducidas, lo cual se va manifestando en la estructura por edades de la población que se está modificando de manera significativa como resultado de los descensos en los niveles de la fecundidad y la mortalidad, aunque éstos no han ocurrido de manera simultánea.

Las expectativas de vida se han más que duplicado, alcanzando en 1995 los 72 años mientras que en la disminución de la mortalidad, la infantil ha jugado un papel determinante. Se estima que desde los años treinta hasta hoy en día ha disminuido alrededor de 85%. En cambio, a diferencia del descenso de la mortalidad, el de la fecundidad es más reciente ya que suele situarse alrededor de 1965, acentuándose aún más al inicio de los años setentas.

En los últimos 25 años la población menor de 15 años pasó del 48 al 36%; la población en edad preescolar (menor de 6 años) pasó del 22 al 15% del total. La media aumentó de 22.3 a 25.3%. No obstante, aunque en la pirámide de 1990 se aprecia un estrechamiento de la base, prevalece la presencia de generaciones numerosas que son consecuencia del volumen de mujeres en edad reproductiva nacidas en el período de mayor fecundidad.

En el grupo que más directamente se ha reflejado la reducción de la fecundidad es en el de la población en edad preescolar, que desde 1985 se ha

---

<sup>1</sup>. Poder Ejecutivo Federal, Programa Nacional de Población 1995 - 2000, México, 1995. p 1.

<sup>2</sup>. Idem.

mantenido prácticamente constante en poco más de 13 millones. Asimismo, el grupo de edad que refleja la demanda escolar de educación básica (entre 6 y 14 años) sigue un patrón paralelo al observado en la población de 0 a 5 años. A pesar de la disminución relativa de la población infantil y escolar, la relación de dependencia<sup>3</sup> demográfica de la población continúa siendo alta: alrededor de 67% para 1995.

En cambio el grupo de población en edades de trabajo entre 15 y 64 años se ve dominado por la inercia del crecimiento demográfico del pasado, con 1.4 millones por año desde 1988<sup>4</sup> ya que mientras que la fecundidad se redujo a más de la mitad (de 7 a 2.8 hijos por mujer) en el período 1964-1995, la población femenina en edades reproductivas prácticamente se duplicó potenciando el crecimiento.<sup>5</sup>

El grupo de 65 años y más representa el 4% de la población (3.7 millones de personas) con un crecimiento marcado: de menos de 1.0% anual en 1960 a 4.0% en 1990, manteniéndose en ese nivel con 150 mil individuos por año.<sup>6</sup>

De lo anterior puede concluirse que el brusco descenso de la fecundidad, sumado al descenso de la mortalidad, ha provocado un incremento de la población adulta y anciana en relación con los niños y jóvenes, mismo que se acentuará en el mediano y largo plazos, esperándose para el año 2030 que la forma de la pirámide de la población mexicana haya sufrido una modificación significativa.

En ese sentido, los cambios en la composición por edades modifican la magnitud y el perfil de las demandas sociales. La inercia actual del crecimiento ejerce una presión sobre el mercado laboral y sobre los sistemas educativo, de salud y de seguridad social, así como de la oferta de otros servicios. Se estima que para el año 2000 la demanda de matrícula escolar de nivel primario y secundario alcanzará su máximo con alrededor de 22 millones de estudiantes. La población en edad de trabajar (15 a 64 años) ha aumentado de manera sostenida ascendiendo hoy en día a cerca de 33 millones y se estima que hacia el año 2000 alcanzará cerca de 40.8 millones. Los incrementos netos anuales de este grupo de la población serán de 900 mil personas aproximadamente,<sup>7</sup> por lo que se calcula que la necesidad de generar empleos entre 1995 y el año 2000 será de alrededor de 5.6 millones, además de los

---

<sup>3</sup> La razón de dependencia es la población de menos de 15 años sumada a la de 65 años y más, dividida entre la población de 15 a 64 años.

<sup>4</sup> Poder Ejecutivo Federal, Op.cit , p. 4

<sup>5</sup> INEGI, Perfil Estadístico de la Población Mexicana: Una aproximación a las inequidades socioeconómicas, regionales y de género, Aguascalientes, Ags. México, 1995, p 19.

<sup>6</sup> ídem.

<sup>7</sup> Ibidem, p 21.

que se van acumulando por el desempleo existente y las tendencias de seguir cerrando fuentes de trabajo por la actual crisis económica.<sup>8</sup>

De esta manera la dinámica de la población marca una propensión hacia el envejecimiento, lo cual también tendrá consecuencias porque, por un lado, las relaciones de dependencia económica entre la población se van modificando sustantivamente, planteando serios desafíos a los sistemas de salud y seguridad social actuales y, por otro, el perfil de morbilidad de la población también va cambiando con las demandas generacionales propias de atención al interior de las familias.

Otro aspecto que cabe resaltar es que en México existen diferencias regionales de comportamiento socioeconómico y demográfico severamente marcados que se observan en las condiciones de vida de los distintos grupos sociales, por lo que resulta evidente que las inequidades demográficas no son más que una consecuencia de las inequidades socioeconómicas.

Las disparidades entre las ciudades y el campo son de enorme magnitud y esto se refleja en la distribución por edades de la población, pues mientras que las localidades rurales se caracterizan por una estructura sumamente joven como producto de las altas tasas de fecundidad que en ellas prevalecen, en las localidades urbanas se nota el impacto del descenso de la fecundidad. Al mismo tiempo que el promedio de hijos por mujer en poblaciones de menos de 2,500 habitantes es de 3.0, en las poblaciones de 20,000 a 99,999 habitantes es de 2.1 y de 100,000 y más habitantes es de 1.9.<sup>9</sup> Esta heterogeneidad es una de muchas otras manifestaciones de las diferencias socioculturales que están detrás del comportamiento demográfico de la población.

Las entidades con menor grado de desarrollo y mayor proporción de población rural son las que registran las tasas más altas de mortalidad general, tales como Zacatecas, Guerrero, Puebla, Hidalgo, Oaxaca y Chiapas. Otro ejemplo claro son estados como Oaxaca y Chiapas, que entre 1990 y 1993 tenían los niveles de mortalidad infantil más altos con una tasa de casi 50 defunciones de menores de un año por cada 1000 nacidos vivos; en contraste, el Distrito Federal y Nuevo León presentaban tasas aproximadas de 20 defunciones por cada 1000 nacidos vivos.<sup>10</sup>

Entre 1987 y 1991 la fecundidad también presentó grandes contrastes entre

---

<sup>8</sup> FUNDACION MEXICANA CAMBIO XXI LUIS DONALDO COLOSIO, Población y Desarrollo. Serie Retos y Propuestas, 1994, p. 87.

<sup>9</sup> INEGI, Op.cit., p. 124.

<sup>10</sup> Ibidem, p. 24.

promedios estatales. Cuando en Guerrero, Oaxaca y Chiapas ésta ascendía a cerca de 4.5 hijos por mujer, en el Distrito Federal era de alrededor de 2.5 hijos.<sup>11</sup> De acuerdo a este comportamiento, el INEGI considera que el rezago de Oaxaca y Chiapas es tal que su fecundidad en 1995 fue equivalente a la observada en el nivel nacional hace casi 10 años.

A nivel estatal también existen diferencias internas que sus promedios esconden. La mortalidad infantil (que es un indicador sensible a los rezagos económicos y sociales) muestra que aún dentro de esos mismos estados atrasados existen fuertes diferencias. El siguiente cuadro puede dar una idea más clara al respecto:

**DISPARIDADES AL INTERIOR DE ESTADOS CON TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL SUPERIORES AL PROMEDIO NACIONAL (1992)\***

TASA NACIONAL DE MORTALIDAD INFANTIL	ESTADOS POR ARRIBA DEL PROMEDIO NACIONAL	AL INTERIOR DE ESOS ESTADOS
38.4	Oaxaca 47.7	Centro 18.5 Cuicatlán 68.6
	Guerrero 45.6	Pungarabato 29.1 Zitlala 100.1
	Chiapas 47.9	Metapa 21.07 San Juan Cancuc 84.4

Tasa por 1,000 nacidos vivos registrados

\*Mortalidad infantil ajustada por el método de Brass

Fuente: Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación - SSA. 1994.

De acuerdo a lo anterior, puede afirmarse que el grado de urbanización de las localidades es un factor determinante en el comportamiento demográfico de las distintas regiones del país.

La migración es otro componente demográfico que afecta directamente la distribución territorial de la población. Ambos aspectos están ligados a las modalidades de desarrollo económico. Sels de cada 10 mexicanos viven en la franja central del país, conformada por 13 entidades federativas y algunos grandes centros urbanos, ocupando tan solo el 20% del territorio nacional. El 57.4% de la población se ubica en localidades mayores de 15,000 habitantes; el 27% de este total reside en cuatro grandes centros urbanos, el 8.2% en localidades semirurales de entre 5,000 y

<sup>11</sup> Idem.

promedios estatales. Cuando en Guerrero, Oaxaca y Chiapas ésta ascendía a cerca de 4.5 hijos por mujer, en el Distrito Federal era de alrededor de 2.5 hijos.<sup>11</sup> De acuerdo a este comportamiento, el INEGI considera que el rezago de Oaxaca y Chiapas es tal que su fecundidad en 1995 fue equivalente a la observada en el nivel nacional hace casi 10 años.

A nivel estatal también existen diferencias internas que sus promedios esconden. La mortalidad infantil (que es un indicador sensible a los rezagos económicos y sociales) muestra que aún dentro de esos mismos estados atrasados existen fuertes diferencias. El siguiente cuadro puede dar una idea más clara al respecto:

**DISPARIDADES AL INTERIOR DE ESTADOS CON TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL SUPERIORES AL PROMEDIO NACIONAL (1992)\***

TASA NACIONAL DE MORTALIDAD INFANTIL	ESTADOS POR ARRIBA DEL PROMEDIO NACIONAL	AL INTERIOR DE ESOS ESTADOS
38.4	Oaxaca 47.7	Centro 18.5 Cuicatlán 68.6
	Guerrero 45.6	Pungarabato 29.1 Zitlala 100.1
	Chiapas 47.9	Metapa 21.07 San Juan Cancuc 84.4

Tasa por 1,000 nacidos vivos registrados

\*Mortalidad Infantil ajustada por el método de Brass

Fuente: Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación - SSA. 1994.

De acuerdo a lo anterior, puede afirmarse que el grado de urbanización de las localidades es un factor determinante en el comportamiento demográfico de las distintas regiones del país.

La migración es otro componente demográfico que afecta directamente la distribución territorial de la población. Ambos aspectos están ligados a las modalidades de desarrollo económico. Seis de cada 10 mexicanos viven en la franja central del país, conformada por 13 entidades federativas y algunos grandes centros urbanos, ocupando tan solo el 20% del territorio nacional. El 57.4% de la población se ubica en localidades mayores de 15,000 habitantes; el 27% de este total reside en cuatro grandes centros urbanos, el 8.2% en localidades semirurales de entre 5,000 y

<sup>11</sup>. Idem.

15,000 habitantes y el 34.4% en localidades menores de 5,000 habitantes.<sup>12</sup> De acuerdo al Censo de Población de 1990, se estima que alrededor de 4 millones de personas cambiaron de entidad federativa de residencia entre 1985 y 1990, lo cual equivale a cerca del 5% del total de la población.

En México, la población migrante tiene un origen básicamente rural y procede, por lo general, de comunidades y regiones atrasadas. La migración rural que se da hacia las áreas urbanas responde, en gran medida, a la concentración de las actividades económicas.

En suma, la dinámica demográfica del país está marcada por una inercia que plantea importantes desafíos. Para asegurar las necesidades esenciales de la población es necesaria la atención simultánea del crecimiento de la misma, la redistribución del ingreso, el perfil de la demanda y la naturaleza de la estructura productiva del país. Se trata de generaciones numerosas cuya descendencia también planteará importantes retos en los próximos años.

## **1.2. ASPECTOS ECONOMICOS, POLITICOS Y SOCIALES**

Las condiciones económicas, políticas y sociales prevalecientes en el país han impactado desfavorablemente los niveles de bienestar de la población, sobre todo en los sectores más pobres, de los cuales los más vulnerables son los niños y las mujeres.

Aunque en el último sexenio el discurso oficial mantenía como uno de sus objetivos centrales la lucha contra la pobreza, su política social más bien se caracterizó por impulsar estrategias de tipo compensatorio de los costos que imponía el modelo económico y no tanto en la aplicación integrada de políticas de crecimiento paralelas a políticas sociales promotoras de la equidad. Al lado de un importante mejoramiento de los indicadores del sector social, principalmente aquellos relacionados con la infancia, persistieron condiciones estructurales desfavorables.

Después de la crisis de los ochentas, la legitimidad del partido en el gobierno se vió seriamente cuestionada como resultado de los años de contracción económica, cuando los estándares de vida fueron severamente afectados. Esto se reflejó en las elecciones de 1988.

Como salida a esa situación, en la administración 1988-1994 resurgió el clientelismo político, materializado en una política social institucionalizada cuya principal expresión fue el Programa Nacional de Solidaridad, el que sirvió de respaldo

---

<sup>12</sup>. CONAPO, Indicadores Socioeconómicos e Índice de Marginación Municipal, 1990, p. X.



a los altos costos sociales que iba cobrando el curso del desarrollo económico y político que ese gobierno conducía.

La política de estabilización y ajuste económico ejecutada por el gobierno mexicano durante el sexenio señalado se basó fundamentalmente en cuatro estrategias: 1) control de la inflación; 2) saneamiento de las finanzas públicas y apertura de la economía; 3) privatización de empresas estatales, la banca y otros servicios públicos. De este esfuerzo estabilizador el punto medular fue el reajuste fiscal basado en cortes drásticos en el sector público y la regeneración de fondos a través de reformas en impuestos y regulaciones en los precios de bienes y servicios producidos por empresas públicas<sup>13</sup>.

Esta política permitió un crecimiento económico de 1.2% en 1988 a 3.3% en 1989, 4.4% en 1990 y que se mantuviera con tasas superiores a la del crecimiento poblacional (2.1%). No obstante, en los años subsecuentes se manifestó una tendencia decreciente, pues para 1992 aunque el crecimiento fue favorable, cayó a 2.8%<sup>14</sup> hasta llegar a 0.4% en 1993, con una recuperación de 3.5% en 1994.<sup>15</sup>

En efecto, los datos de empleo reflejaron una situación favorable durante el período 1988-1992 en comparación con los años anteriores, ya que mientras que la tasa de desocupación de 1988 fue de 3.6%, en 1989 fue de 3.0% y en 1992 de 2.8%.<sup>16</sup> Sin embargo, a partir de 1993 se marcaron grandes diferencias porque, aunque continuó el proceso de estabilización interna llegándose a una inflación de un dígito en 8.0% anual<sup>17</sup> y el financiamiento del sector público se mantuvo superavitario (aunque menor que en 1992 con 0.7% del PIB), al mismo tiempo que la deuda externa pública se redujo con relación a 1992 para ubicarse en 21.8% del PIB<sup>18</sup>, otros indicadores tuvieron una evolución negativa, como puede apreciarse en el siguiente cuadro:

---

<sup>13</sup> WORLD BANK, Mexico: Country Economic Memorandum. Fostering Private Sector Development in the 1990's, May 16, 1994, p. iii.

<sup>14</sup> COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE - CEPAL, México: Evolución económica durante 1993, Agosto 1994, p. 25.

<sup>15</sup> UNICEF, Análisis de Situación, México, 1994, p. 11.

<sup>16</sup> ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO, Hacia el pleno empleo. Contribución al Comité preparatorio de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, septiembre de 1994.

<sup>17</sup> COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE, Op.cit. p. 14.

<sup>18</sup> Ibidem, p. 25.

**México**  
**Indicadores Económicos Básicos**  
**1988 - 1993**

INDICADOR	1988	1989	1990	1991	1992	1993
PIB*	1.2	3.3	4.4	3.6	2.8	0.4
PIB POR HABITANTE*	-0.2	1.9	3.2	2.4	1.5	-1.5
DEUDA EXTERNA PUBLICA (% del PIB)	47.3	39.6	33.4	28.4	23.2	21.8
DEFICIT DEL SECTOR PUBLICO (% del PIB)	9.3	5.0	2.4	0.4	-1.6	-0.7
INFLACION	51.7	19.7	29.9	18.8	11.9	8.0

Fuente: COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE. México: evolución económica durante 1993. Agosto de 1994.

\*Variación porcentual anual.

El análisis un poco más detallado de la evolución de la economía durante el período que nos ocupa, muestra que las dificultades para sostenerla sobre bases sólidas siempre estuvieron latentes.

Al remontarnos al primer año de la administración de Salinas de Gortari, encontramos en "Examen de la Situación Económica de México", editado por Banamex en diciembre de 1989 que "a pesar de los resultados favorables en el manejo de las finanzas públicas, el endeudamiento interno del gobierno aumentó en terminos reales. Las amortizaciones del principal y de los intereses de la deuda externa se financiaron a través del mercado local".

Aún cuando se logró un arreglo relativamente exitoso con los acreedores extranjeros al firmarse el Plan Brady<sup>19</sup>, los beneficios no fueron percibidos en ese año porque prevaleció un problema de flujo de divisas, las cuales sirvieron para el pago de la deuda externa. Paralelamente, el crecimiento de las importaciones presionaba sobre las reservas internacionales y la prevalencia de

<sup>19</sup> El Plan Brady fue firmado en julio de 1989 (e implementado en febrero de 1990). Aunque en ese momento significó una disminución importante en la carga de los intereses sobre el principal (una reducción anual de 1,300 millones de dólares), su mayor valor radicó en la atenuación de la incertidumbre macroeconómica porque las transferencias de los créditos comerciales extranjeros serían menos pesadas. El plan fue visto como algo más que una solución temporal al problema de la deuda. (WORLD BANK, Mexico: Country Economic Memorandum. Fostering Private Sector Development in the 1990s. May 16, 1994, p 8.

elevadas tasas de interés por la demanda privada del crédito como consecuencia de la escasa liquidez y el déficit financiero. El saldo de la deuda externa en el tercer trimestre de ese año fue de US\$ 97,219 millones, de los cuales el gobierno empleaba más de la mitad de los recursos.<sup>20</sup>

Hacia 1990 la economía mexicana comenzó a reflejar los efectos positivos de la renegociación de la deuda externa con la banca comercial internacional. Esto propició el ingreso al país de un flujo considerable de recursos externos netos. La producción cobró impulso, registrando un crecimiento promedio anual de 3.9% y el ingreso per cápita aumentó por segundo año consecutivo. Aunque hubo déficit en cuenta corriente por incremento de las importaciones, pagos de utilidades e intereses al lado de un menor dinamismo de las exportaciones, ingresaron al país suficientes recursos como para cubrir los desajustes en cuenta corriente e inclusive las reservas monetarias se elevaron.<sup>21</sup>

No obstante, a la par de la reactivación productiva general surgieron dificultades para mantener los esfuerzos orientados a estabilizar la economía. Pese a que la renegociación de US\$ 48,500 millones de deuda pública con la banca comercial significó una reversión de transferencia de recursos al exterior y aportaría un alivio financiero a la economía para el período 1990-1994, el canje de deuda por bonos y la adquisición de respaldos para cubrir los intereses de los siguientes 18 meses condujeron a un endeudamiento adicional, elevándose el saldo total a US\$ 98 mil millones.<sup>22</sup>

Al lado de la reactivación de la economía y como factor de moderación de la inflación (18.8% para ese año), una vez más el incremento salarial fue sacrificado, padeciendo un deterioro del 5% en términos reales, afectando el poder adquisitivo. Los precios de los productos de la canasta básica tuvieron un incremento promedio superior al de otros artículos no incluidos en la canasta. Asimismo, hubieron aumentos en las tarifas de luz, energéticos, transporte urbano, vivienda, servicios educativos y médicos.<sup>23</sup>

En medio del proceso de cambios estructurales, la entrada de capitales

---

<sup>20</sup> BANAMEX, Examen de la Situación Económica de México, Vol. LXV. No. 769, Diciembre, 1989, p 516.

<sup>21</sup> COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE, México: Situación Económica de 1990, 13 de septiembre de 1991, p 1.

<sup>22</sup> COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE, México: Situación Económica de 1990, p 2.

<sup>23</sup> COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE, México: Evolución Económica durante 1991, p. 22.

externos continuó viéndose favorecida, con lo cual en 1991 la economía registró un crecimiento de 3.6% y, en consecuencia, se elevó el PIB per cápita. Además, hubo una mejoría en las finanzas públicas, alcanzándose un superávit del 1.8% de PIB, aunque con un déficit comercial del 3% del PIB.<sup>24</sup>

A pesar del crecimiento económico mencionado, el ritmo de expansión de la actividad empezó a debilitarse en casi todas las actividades productivas, lo que se reflejó inmediatamente en el ensanchamiento del sector informal de la economía.

La posición deudora del gobierno todavía era bastante considerable, alcanzando US\$ 68 mil millones (4% menos que el año anterior).<sup>25</sup>

Paralelamente, el clima político tampoco era muy favorable, porque aunque en el discurso se manejaba el impulso a la apertura política y la transición hacia la democracia, en la práctica el sistema presidencialista fue tanto o más fuerte que en sexenios anteriores. Aunque se abrió el espectro político con el triunfo del PAN en Baja California Norte en 1990 y en Chihuahua en 1992, se siguió incurriendo en los vicios electorales, a pesar del rechazo generalizado. El ejemplo más burdo fueron las elecciones poco claras de San Luis Potosí y Guanajuato, en las que se optó por negociar el triunfo y entrar en la "concertación" que benefició al PAN.

Entre 1992 y 1993 se prosiguió por el camino de la estabilización interna: alcanzó la reducción de la inflación a un dígito; se logró un superávit en las cuentas públicas, mientras que el gasto social se elevó a un 8.5% del PIB.<sup>26</sup> No obstante, los indicadores de crecimiento económico comienzan a marcar un descenso. La inversión pública se contrajo por tercer año consecutivo -5.0%, la producción de bienes no creció y la de servicios se debilitó notoriamente, particularmente la industria manufacturera que cayó 1.5%<sup>27</sup>, repercutiendo en el aumento del desempleo abierto en porcentajes no registrados en años anteriores. El consumo privado se estancó como consecuencia de ello, así como por el bajo poder adquisitivo y las limitaciones del crédito al consumo. Al igual que en los últimos 11 años, el salario mínimo continuó deteriorándose en términos reales.

Ya en 1993 las dificultades de carácter estructural eran evidentes, trayendo consigo fuertes retos en el diseño de las políticas económicas. El déficit comercial

---

<sup>24</sup> COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE, México: Evolución Económica durante 1991, p. 1.

<sup>25</sup> Ibidem, p. 20.

<sup>26</sup> COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE, México: Evolución Económica durante 1993, p. 1.

<sup>27</sup> Idem.

siguió siendo alto y financiado en buena medida por los capitales externos de corto plazo que fueron atraídos por las elevadas tasas de interés. De esta forma, los elevados márgenes de intermediación financiera constituyeron un freno a la expansión de la producción y el empleo, propiciando en gran medida que diversas industrias tuvieran que acelerar su reajuste laboral.

La situación empieza a complicarse con el inicio de la ola de violencia política. En mayo de 1993 ocurre el asesinato del Cardenal Jesús Posadas Ocampo, seguido de la escisión cada vez más evidente en el seno del PRI, a partir de la lucha por la candidatura a la Presidencia de la República. Esto influyó seriamente en la frágil estabilidad de la economía.

Al finalizar 1993, el saldo de la deuda externa pública bruta volvió a elevarse a US\$ 78,747 millones, equivalente a 21.8% del PIB.<sup>28</sup>

Para entonces ya predominaba un clima de incertidumbre asociado al proceso de ratificación del Tratado de Libre Comercio (TLC). El panorama se complicó con la violenta irrupción del Ejército Zapatista de Liberación Nacional en la madrugada del primero de enero de 1994 y la respuesta de las fuerzas armadas durante una semana. A esas alturas lógicamente el gobierno de Carlos Salinas comenzó a ser seriamente cuestionado, así como su imagen ante los inversionistas extranjeros.

Con los crímenes políticos y los factores ligados a las elecciones presidenciales de 1994, se agudizaron las divisiones en el seno del PRI, lo que en definitiva influyó fuertemente sobre las decisiones de inversión, a pesar de la falta de liquidez y de los altos costos financieros. En consecuencia, la operación de numerosas empresas se vio en serias dificultades, acentuándose los problemas de solvencia que ya venían arrastrando y que dieron lugar al incremento de créditos morosos en la banca comercial.

El estancamiento del escaso crecimiento de la economía impactó automáticamente en el desempleo abierto que alcanzó 3.4% de la Población Económicamente Activa (PEA) y el subempleo alcanzó 23.0% en 1993<sup>29</sup>, con un repunte de 3.6% en 1994.

---

<sup>28</sup>. Ibidem, p. 12.

<sup>29</sup>. Ibidem, p 35.

**Evolución de la desocupación abierta  
1988 - 1994**

TASA DE DESOCUPACION ABIERTA (%)	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
	3.8	3.0	2.8	2.6	2.6	3.4	3.6

Fuente: Comisión económica para América Latina y el Caribe. México: evolución económica durante 1993, Agosto de 1994.

Banamex.-Accival. Examen de la Situación Económica de México, Diciembre de 1994.

El cuadro anterior revela claramente la incapacidad del sistema formal para generar puestos de trabajo en el número y calidad requeridos, aumentando el sector informal de la economía como una de las pocas salidas a la desocupación de la mayoría de los pobres y grupos vulnerables.

A partir de la Encuesta Nacional de Empleo de 1988, se han elaborado algunas estimaciones interesantes al respecto. En términos absolutos la estimación varía entre 7.3 y 10.7 millones de personas ocupadas en condiciones de informalidad.<sup>30</sup> Por su parte la CEPAL afirma que los trabajadores con ingresos insuficientes o desocupados ascendieron a 12.4% en 1993. Sin embargo, cifras del CONAPO revelaron que en 1990 el 63.2% de la población económicamente activa no satisfacía sus necesidades básicas, pues ganaba menos de dos salarios mínimos, límite indispensable para cubrir las necesidades mínimas de un hogar, de acuerdo con los parámetros planteados por esta institución.<sup>31</sup>

Los salarios en México, expresados en términos reales, han tenido una evolución negativa, manifestándose directamente en el poder adquisitivo. Para 1991 el poder de compra del salario mínimo representaba tan sólo el 42.2% del registrado en 1980. El ingreso de los trabajadores pobre y de los sectores medios decreció entre 1984 y 1992, en tanto que los deciles que se han incrementado siempre son los que agrupan a los hogares con ingresos más altos.

El estudio de INEGI-CEPAL sobre "Magnitud y Evolución de la Pobreza en México, 1984-1992", concluye que la pobreza extrema se redujo de 14.9 millones (18.8%) en 1989 a 13.6 millones (16.1%) en 1992, en tanto que la población pobre

<sup>30</sup> Clara JUSIDMAN, El Sector Informal en México, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 1993./información publicada por INEGI en octubre de 1994, indicando que el sector informal comprende a 10.6 millones de personas.

<sup>31</sup> CONSEJO NACIONAL DE POBLACION, La marginación de los municipios de México, Enero de 1993, Anexo.

aumentó de 22.9 millones (28.9%) a 23.6 millones (27.9%), con lo cual se deduce que la pobreza afectaba a 37 millones de personas.

**Situación de la pobreza a nivel nacional  
período 1989 - 1992  
(en millones de personas)**

	1989	1992
POBLACION EN EXTREMA POBREZA	14.9	13.6
POBLACION EN NIVEL INTERMEDIO	22.9	23.6
POBLACION EN NIVEL SUPERIOR AL INTERMEDIO	41.3	47.1

Fuente: INEGI-CEPAL, *Magnitud y Evolución de la pobreza en México. 1984 - 1992*, Informe metodológico. Diciembre de 1993.

A reserva de la inexactitud de las mediciones que indican la reducción de la pobreza en el período señalado y de que se aceptaran estas cifras que arroja el estudio INEGI-CEPAL, eso significaría que el número de mexicanos extremadamente pobres sería apenas menor que la suma de la población de Costa Rica, El Salvador, Nicaragua y Panamá en 1990, mientras que el número de pobres sería casi igual a esa población más la de Ecuador.

Como ya se señalaba anteriormente, durante el período 1988-1994 la realidad social del país continuó caracterizándose por las marcadas desigualdades y una gran proporción en extrema pobreza. El mismo estudio de INEGI-CEPAL antes citado señala que en 1992 los hogares agrupados en los tres primeros deciles en distintos grados de pobreza, recibieron 7.9% del ingreso total, en tanto que los hogares más ricos ubicados en los tres últimos deciles concentraron el 65.6% del ingreso total.

La mayor incidencia de la pobreza se dió en el área rural aunque, en términos absolutos, afectaba mayoritariamente a la urbana, porque el 60% de la población radicaba en las ciudades<sup>32</sup>. Tan sólo en la Cd. de México 20% de sus habitantes no alcanzaba a adquirir la canasta de satisfactores, a lo que cabe agregar que aquí es donde habitaba la mayor concentración de indígenas, además de Yucatán y México.<sup>33</sup> Por su parte algunos datos del Programa Nacional de Solidaridad sostienen que el 80% de los ocupados en actividades agropecuarias pertenecían a hogares en

<sup>32</sup> Enrique HERNANDEZ LAOS, "La pobreza en México", *Comercio Exterior*, Vol. 42, num 4, 1992, p. 408.

<sup>33</sup> *Ibidem*, p. 3.

pobreza, de los cuales la mitad se encontraba en situación de pobreza extrema.<sup>34</sup> Dentro de este grupo, los más afectados eran los indígenas, trabajadores migrantes, minifundistas de zonas temporaleras y habitantes de zonas desérticas.

La evolución y las tendencias recesivas recientes del producto económico, el empleo y el ingreso, sumadas a un marcado y creciente fenómeno de concentración de la riqueza, son indicadores claros de la gravedad de la pobreza extrema en el país.

En este sentido, si algo caracterizó al gobierno de Salinas de Gortari, fue el creciente ensanchamiento de la brecha entre ricos y pobres, como consecuencia de la política de estabilización y ajuste económico, al tiempo que coexistía una situación sumamente paradójica: al lado de los problemas de empleo, ingreso insuficiente y una distribución desigual del ingreso junto con altos niveles de pobreza, se estaba dando un aparente mejoramiento en algunos de los indicadores sociales.

México incrementó sustancialmente la cobertura de los principales servicios sociales y el Estado jugó una vez más un papel protagónico en el aprovisionamiento de esos servicios, pues es precisamente el predominio de éste lo que ha garantizado su continuidad, independientemente de que el crecimiento económico no hubiera sido favorable. No es ignorado que la satisfacción de las necesidades sociales básicas históricamente ha sido uno de los recursos más socorridos para ganar y mantener legitimidad.

En contraposición con la década de los ochenta en que el gasto social real decreció a una tasa promedio anual de 0.5%, en el período 1990-1993 se revirtió esa tendencia y el gasto social experimentó un crecimiento cuya tasa promedio anual llegó a 16% en términos reales, a pesar de que durante esos años el crecimiento del PIB se estancó en un promedio anual de 1.6% y el gasto programable del sector público decreciera en términos reales a una tasa promedio anual de más de 2%.<sup>35</sup>

---

<sup>34</sup> PROGRAMA NACIONAL DE SOLIDARIDAD, Desarrollo de cuestionario selectivo a gobiernos sobre políticas y programas orientados a la superación de la pobreza, Presentado en la "III Conferencia sobre Pobreza en América Latina y el Caribe", Octubre de 1992, p. 25.

<sup>35</sup> COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ACCION EN FAVOR DE LA INFANCIA, Tercera Evaluación del Programa Nacional de Acción, Febrero de 1994, p. 15.



**Porcentaje del Gasto Social respecto al Gasto Público Federal  
(en millones de dólares)**

<b>PORCENTAJE DEL GASTO SOCIAL</b>	<b>1989</b>	<b>1990</b>	<b>1991</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>
	<b>18.10</b>	<b>21.40</b>	<b>29.77</b>	<b>34.58</b>	<b>37.50</b>

Fuente: UNICEF, Análisis del Gasto en Favor de la Infancia, Agosto 1994, p 2.

Entre 1989 y 1994 el gasto público federal disminuyó 16.8 puntos porcentuales, mientras que el gasto social aumentó más de 72% en términos reales (de N\$62,328.1 millones a N\$107,456.2 millones). En estos mismos años la participación del gasto social respecto al programable muestra un incremento de 35.5% en 1989 a 49.4% en 1992, 50.7% en 1993 y 53.9% en 1994.<sup>36</sup> Con relación al PIB, el gasto social pasó entre 1989 y 1992, de 6.1% a 10.2%.<sup>37</sup>

El gasto social por sector también registró variaciones reales positivas. Así, durante estos años el gasto real en educación aumentó casi 90%; en salud 79%, en ecología, desarrollo urbano y agua potable 65%. Los sectores educación, salud y laboral captaron en conjunto más del 88.0% del gasto social con un crecimiento anual real de 27.3%.<sup>38</sup>

En el caso del gasto social específicamente destinado a la niñez, el incremento no fue menos considerable ya que entre 1990 y 1994 fue de 74%. Con relación al PIB creció de 3.1% en 1990 a 4.4% en 1993.

<sup>36</sup> UNICEF, Bases para la formulación del Programa de Cooperación con el Gobierno Mexicano 1990 - 2001, Marzo 1995, p. 12.

<sup>37</sup> COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ACCION EN FAVOR DE LA INFANCIA, Segunda Evaluación del Programa Nacional de Acción, Julio de 1993, p. 7.

<sup>38</sup> Carlos SALINAS DE GORTARI, Quinto Informe de Gobierno, 1993, Anexo, México, Noviembre de 1993, p. 35.

**Gasto en desarrollo social y gasto en favor de la infancia  
(en millones de nuevos pesos)**

CONCEPTO	1989	1990	1991	1992	1993
GASTO SOCIAL	62,328	68,119	84,033	98,538	107,458
GASTO EN FAVOR DE LA INFANCIA	27,773	32,133	38,252	44,788	49,429
PORCENTAJE	44.58	47.17	43.14	46.39	48.00

Fuente: Cuenta de la Hacienda Pública Federal.

Desde luego que esta mayor asignación presupuestal en favor del desarrollo social tuvo que repercutir en una mejor atención de las demandas básicas de la población y por lo tanto en el mejoramiento global de las condiciones de supervivencia del niño, de la atención educativa y de los servicios de agua potable y saneamiento básico para la población. Esto al mismo tiempo permitiría responder al compromiso político de impulsar la extensión de la cobertura de los servicios básicos, para lo cual fueron aprovechados importantes avances técnicos que permitieron focalizar las intervenciones sectoriales y aplicar estrategias más adecuadas y eficaces, según las necesidades.

Ciertamente durante el sexenio que nos ocupa, la política social fue utilizada claramente como arma de disuasión ante los terribles efectos de la política económica, lo que en gran medida explica el constante aumento del gasto en programas sociales. Como resultado de ello, el gobierno salinista consiguió tener un paliativo efectivo a los efectos adversos de la dinámica macroeconómica.

Las políticas económica y social que juntas promoverían la equidad no fueron integradas en un mismo momento. Una vez más, las políticas económicas que fueron aplicadas, con excepción del control inflacionario, no tuvieron un impacto favorable en las economías de las familias. Esto se evidencia por el ya mencionado desarrollo negativo del empleo, del ingreso y su distribución, así como el incremento de la pobreza.

Y, aunque efectivamente se hubieran logrado importantes avances en cuanto a los indicadores sociales, los resultados alcanzados dan cuenta de promedios nacionales que no siempre reflejan la realidad de cada región, estado y municipio del país. En la mayoría de los casos se observan marcadas disparidades y rezagos que las cifras no evidencian y que, desde luego, son un llamado de atención sobre la necesidad de realizar intervenciones más profundas, acompañadas de acciones descentralizadas e impulsoras del desarrollo, en las que se vean más involucrados los gobiernos estatales, municipales y la sociedad civil misma.

Algunos datos proporcionan una idea clara de lo anterior. Por ejemplo, los estados predominantemente rurales presentan indicadores muy por debajo del promedio nacional, mientras que el Distrito Federal y algunos estados con mayor población urbana se ubican siempre por encima de él. El problema básicamente radica en que 34% de la población vive en áreas rurales, donde hay aproximadamente 100,000 localidades con menos de 500 habitantes, cuya dispersión impone severas restricciones en el aprovisionamiento de los servicios sociales básicos.

El estudio de CONAPO "Indicadores socioeconómicos del índice de marginación municipal, 1990", advierte que en el país persiste una clara geografía "norte-sur" de la marginación a nivel estatal: mientras que los estados de la frontera norte presentaban grados de marginación bajo o muy bajo, todos los del sureste, con excepción de Quintana Roo, tenían grados de marginación alto o muy alto. Asimismo, afirma que de los 2,403 municipios que conforman el país, el 48% presentaban grados alto o muy alto. Los casos de Oaxaca y Chiapas son sumamente alarmantes, puesto que de los 570 y 111 municipios que están conformados respectivamente, 431 y 94 son de alta o muy alta marginación, respectivamente.

En 1992 la tasa de mortalidad general fue de 4.7 por 1,000 habitantes; para Puebla se registró la tasa más alta con 5.7 y Oaxaca con 5.5.<sup>39</sup> En ese mismo año, la mortalidad infantil fue de 18.8 por 1,000 nacidos vivos registrados, de acuerdo a la cifra oficial. Sin embargo, la tasa de mortalidad infantil ajustada (según el método de Brass)<sup>40</sup> en ese mismo año era de 38.4 nacidos vivos registrados a nivel nacional. Al mismo tiempo que en el Distrito Federal y Baja California fue de 19.9 y 21.1 respectivamente, en Chiapas fue de 47.9, en Oaxaca de 47.7 y en Guerrero de 45.6,<sup>41</sup> debiéndose destacar que se trata en gran medida de muertes ocasionadas por causas evitables como son la enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas y accidentes. En 1993 la mortalidad materna fue de 4.6 por 10,000 nacidos vivos registrados, con la menor incidencia en Aguascalientes (1.2) y la mayor en Oaxaca (9.4), que en su mayoría son muertes que bien podrían ser evitadas.<sup>42</sup>

Según el Programa Nacional de Solidaridad, aproximadamente 40% de la población del país se encontraba por debajo de los niveles mínimos nutricionales

---

<sup>39</sup> SSA, Estadísticas vitales 1992.

<sup>40</sup> Método indirecto de cálculo de la mortalidad que corrige la subestimación resultante de las deficiencias de los sistemas de información.

<sup>41</sup> Tasas por 1,000 nacidos vivos registrados. SSA, Mortalidad 1992, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, 1993, p.15.

<sup>42</sup> SSA, Mortalidad Materna. Cifras relevantes. 1993, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. Anexo.

aceptados. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Nutrición de 1988 (que es la información disponible más reciente sobre el tema), en el caso de la población indígena ésto se agudizaba, ya que el 50% de sus niños menores de 5 años presentaban algún grado de desnutrición, en tanto que el porcentaje para el total de los niños mexicanos de la misma edad era del 30%.

Lo cierto es que, de los fallecimientos que ocurrían entre los niños de las familias pobres, la mitad eran por la combinación de enfermedades infecciosas con desnutrición. Lamentablemente, a diferencia de las enfermedades infectocontagiosas que podrían ser prevenibles con medidas relativamente accesibles (como de hecho se ha venido haciendo), combatir seriamente el problema de la desnutrición implicaba hacer esfuerzos mucho más profundos que abordaran los problemas estructurales causales.

Se calcula que 14 millones de habitantes no tienen acceso a los servicios institucionales de salud. La cobertura de los servicios de agua y particularmente la de disposición de excretas es insuficiente. El porcentaje de población con acceso a agua entubada en 1993 fue de 85.6%; en las localidades mayores de 5,000 habitantes llegó a 97.9% y en las de menos de 5,000 habitantes apenas alcanzó 63%. Asimismo, la cobertura nacional con acceso a sistemas adecuados de disposición de excretas fue de 68.6%, en tanto que las localidades con menos de 5,000 habitantes apenas alcanzó un 28.8%.

Como bien puede apreciarse, el medio rural tiene fuertes rezagos en el acceso a estos servicios. "Cerca del 70% de los 14 millones de habitantes que aún no cuentan con el servicio de agua potable entubada, se aloja en unas 90 mil localidades de no más de mil habitantes, donde las condiciones sanitarias son realmente muy malas".<sup>43</sup> A ésto cabría agregar las precarias condiciones sanitarias de las viviendas, que de acuerdo a CONAPO, en 1990 una de cada cinco personas habitaba en viviendas de piso de tierra y seis de cada diez viviendas tenían algún nivel de hacinamiento.

Aunque la cobertura de atención en educación primaria es de 96.4%, ésto ha sido posible a costa de sacrificar la calidad, lo cual revela los niveles de deserción con 4.1%, reprobación con 8.3% y eficiencia terminal de apenas 61.1%, acentuándose aún más en las zonas deprimidas. Esto último se debe a que la mayoría de los niños no la completa porque tienen que trabajar para contribuir al

---

<sup>43</sup> Fernando GONZALEZ VILLAREAL. Aqua para uso y consumo humano y agua residual, Conferencia del Director General de la Comisión Nacional de Agua en el Congreso Nacional sobre Salud, Medio Ambiente y Desarrollo, México D.F., 13 de julio de 1994, p. 13.

presupuesto del ingreso familiar.<sup>44</sup>

En lo que respecta a las disparidades en la educación, las cifras también son impactantes: mientras que el promedio nacional educativo es de 6.6 grados, el promedio en el Distrito Federal es de 8.8 contra los 4.6 y 4.3 grados que apenas se alcanzan en Oaxaca y Chiapas. En Guerrero 20% de la población no asiste a la escuela y en Michoacán sólo 31.1% de sus habitantes ha estudiado algo más allá de la primaria. De los 6 millones de analfabetas que existen en el país, más de un millón vive en Oaxaca y Chiapas.<sup>45</sup>

Del total de la demanda nacional de educación inicial, tan sólo el 3.9% es atendida y en cuanto a la de la educación preescolar, el 68.1% es satisfecha. En este último nivel educativo las disparidades también se hacen notar, pues si en el D.F. 18 de cada 100 niños no tiene acceso, en Chiapas 62 de cada 100 niños tampoco lo tiene.

El número de menores en circunstancias especialmente difíciles es elevado. Tan sólo en el Distrito Federal se calcula que hay más de 11,200 niños "en" y "de" la calle, de los cuales 10% vive en la calle. Datos de 1988 indican que 800,000 menores trabajaban antes de la edad permitida (14 años), sin que muy probablemente esté incluido el considerable número de niñas destinadas al servicio doméstico. Además, 1.3 millones de menores entre 14 y 15 años (a los que les es permitido trabajar con algunas limitaciones), eran económicamente activos.<sup>46</sup>

Por su parte los niños de las familias migrantes se integran al trabajo a partir de los 7 años, teniendo que enfrentar problemas que, además del desarraigo, tienen que ver con la falta de escolarización y deficiencias en sus condiciones de salud, nutrición y saneamiento.

Una vez presentado el panorama anterior, puede decirse que a grandes rasgos este es el contexto en el que operó la cooperación del UNICEF con el gobierno mexicano. De cualquier forma, sería poco objetivo afirmar que las acciones emprendidas en lo que se refiere a atención de las demandas básicas de la población (especialmente de la infancia), incidieron favorablemente en el alivio de algunas manifestaciones de la pobreza, ya fuese con acciones sectoriales, en las que en buena medida contribuyó esta organización internacional (como muchas otras)

---

<sup>44</sup> COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ACCION, Op.cit., p. 185-186.

<sup>45</sup> Idem.

<sup>46</sup> COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ACCION, Programa Nacional de Acción, Noviembre de 1991, México, p. 114.

con el impulso de algunas iniciativas en el terreno de las políticas sociales como se irá viendo más adelante, o bien con el Programa de Solidaridad.

No obstante, el grueso de los recursos estuvieron destinados a la prestación de servicios sociales que no modificaron las causas ni atacaron las raíces de la pobreza. Tampoco se dirigieron a la población en pobreza extrema. En el caso concreto de los recursos destinados por Solidaridad a proyectos productivos, representaron menos del 20% del total ejecutado y no se conocen aún evaluaciones de los resultados alcanzados.

En este sentido, los logros fueron aquellos que coadyuvaron a ganar el apoyo efectivo de la población y que ante ella aparentemente revelaron el "compromiso y eficiencia" del gobierno, con lo cual aseguró una parte significativa de las bases sociales y políticas necesarias para gobernar bajo un aparente consenso.

## **2. SITUACION DE LA INFANCIA EN MEXICO: COBERTURA DE SERVICIOS BASICOS**

En los últimos años se ha dado una mejoría en el abastecimiento de los servicios básicos que proporcionan los distintos sectores, lo cual sin duda ha repercutido en el mejoramiento de las condiciones de supervivencia y desarrollo infantil.

El área de salud es la que aparece en el registro de los indicadores sociales entre los diferentes sectores, con los avances más significativos, principalmente en la importante reducción de la mortalidad infantil durante el sexenio. No obstante, el beneficio no fue homogéneo en todo el país, pues al revisar los datos de las distintas regiones, todavía persisten fuertes rezagos, ubicándose la mayoría en las zonas rurales, marginadas y con poblaciones dispersas, como se comentó anteriormente.

En el caso de la educación, también se pudo apreciar un avance, sobre todo en la ampliación de la matrícula, sobre todo de la educación primaria. Sin embargo, el impulso no fue dado en la misma proporción para todos los niveles e incluso algunos de ellos registraron estancamiento y hasta retroceso, como fue el caso de la educación inicial y preescolar.

A pesar de los esfuerzos que México realizó en materia de agua potable y saneamiento básico, todavía queda un largo camino por recorrer para lograr un acceso equitativo a estos servicios ya que los mayores rezagos se encuentran en las zonas rurales. Esto desde luego que ha tenido repercusiones directas sobre la prevalencia del número elevado de enfermedades y muertes infecciosas intestinales y de origen hídrico en general.

Por otro lado, también debe tomarse en cuenta que la condición de la mujer en México, determinada en gran medida por sus niveles socioeconómicos y educativos, es un factor fundamental que repercute en el bienestar de la niñez. Por ello, en este capítulo se consideró la incorporación de un breve análisis que sirva de complemento al que a continuación se presentará sobre la situación de la infancia.

### **2.1. Salud y nutrición**

La salud es un componente fundamental de bienestar de la población. No obstante, en México aún hay aproximadamente 12 millones de personas que no tienen acceso a los servicios de salud. Aunque la cobertura de estos servicios en 1992 alcanzó un 78%, el acceso en las zonas urbanas fue del 80%, mientras que en las zonas rurales fue del 60%.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>. SSA. Cobertura de Servicios de Salud. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación. 1994, cuadros.

Si bien es cierto que la esperanza media de vida presenta tendencias ascendentes gracias a la acelerada disminución de la mortalidad infantil, ésta última sigue siendo significativa, pues tan solo la mortalidad de menores de 5 años explican el 15% de las muertes ocurridas en el país durante 1993.

Como ya se mencionó en el capítulo anterior, la transición a la democracia no ha ocurrido de manera simultánea y con el mismo dinamismo entre los distintos grupos sociales y regiones del país, sino que existen marcadas disparidades, según se trate de regiones rurales o urbanas, entre una y otra entidad federativa o bien al interior de las mismas.

En este sentido, las diferencias regionales también se reflejan en las causas de la mortalidad. De acuerdo a los contrastes, podría decirse que destacan tres grandes padecimientos de causas de muerte: enfermedades transmisibles (infectocontagiosas), enfermedades no transmisibles (crónico degenerativas) y lesiones y accidentes. Dentro de esta división, el factor que más peso tiene en la mortalidad son las causas infectocontagiosas. Precisamente a ello se debe la excesiva mortalidad (sobre todo la infantil) en estados como Chiapas, Oaxaca, Hidalgo, Guerrero y Puebla.

La superposición de perfiles epidemiológicos tan heterogéneos por los diversos grupos sociales y regiones geográficas, exigen mayor atención. Entre los padecimientos que más afectan a un importante número de niños destacan las afecciones perinatales (padecimientos de la madre que afectan al feto o al recién nacido); las complicaciones propias del embarazo que repercuten en el producto; traumatismo del feto o del recién nacido; bajo peso al nacer y prematuridad; hipoxia, asfixia y otras afecciones del recién nacido (antes, durante y después del parto); los accidentes y las enfermedades infecciosas (intestinales y respiratorias) y su asociación a las deficiencias de la nutrición.

La transición epidemiológica responde a múltiples factores que contribuyen a que las causas relacionadas con el proceso salud-enfermedad también respondan a aspectos de diversa índole que van desde los de tipo biológico, ambiental, cultural, educativo, socioeconómico, hasta la disposición y calidad de los servicios de salud.

De acuerdo a la información disponible, de los 2.8 millones de nacimientos que se registraron en 1991, el 53% fueron atendidos en zonas rurales. La Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil realizada en 1994 revela que el 75% de los partos fueron atendidos en alguna institución de salud, pero el resto por parteras tradicionales. Esto significa que alrededor de 700,000 nacimientos al año no reciben atención médica institucionalizada.

En cuanto a los daños a la salud, a continuación se irá desarrollando un panorama general por grupos de edad y región, tomando en cuenta las limitaciones que ofrece la información disponible de fuentes oficiales, ya que prevalece un fuerte



problema de subregistro tanto en casos de morbilidad como de mortalidad.

En México, 61,000 menores de 5 años mueren anualmente, lo cual equivalía hacia 1993 a una tasa de 5.7 X 1,000 habitantes menores de 5 años, principalmente por causas originadas en el período perinatal, anomalías congénitas, infecciones respiratorias e intestinales, accidentes y deficiencias nutricionales.<sup>2</sup>

En el contexto nacional, las muertes de menores de 5 años representan el 15% del total de las ocurridas en el país. Sin embargo, al profundizar en la composición de la mortalidad por edad se evidencia una desproporcionalidad muy alta, pues el 82% de las defunciones ocurren en el grupo de menores de 1 año, mientras que el grupo de 1 a 4 años alcanza el 18%.

En lo que se refiere a la mortalidad por sexo, también se encuentran diferencias interesantes. El llamado índice de la mortalidad masculina indica que por cada 130 niños que mueren menores de 1 año, solo fallecen 100 niñas de la misma edad.

Al comparar la estructura de la mortalidad en los menores de 1 año con los de 1 a 4 años, se observan diferencias que caracterizan a cada uno de estos grupos. En el primero, las afecciones perinatales junto con las anomalías congénitas representan más del 50% de las causas, en tanto que en el segundo grupo los accidentes, las infecciones intestinales y respiratorias no alcanzan el 50%.

---

<sup>2</sup> SSA-UNICEF. La Salud de los Niños. Cifras Nacionales, 1994, p. 24.

**Estructura de la Mortalidad  
en menores de 1 año y de 1 a 4 años  
1993**

CAUSAS	MENORES DE 1 AÑO	MENORES DE 1 A 4 AÑOS
Afecciones perinatales	42%	
Desnutrición	3%	5%
Infecciones intestinales	9%	17%
IRA's	12%	12%
Anomalías congénitas	14%	7%
Accidentes	2%	19%
Otras causas	18%	35%

Fuente: SSA-UNICEF. La salud de los Niños. Cifras Nacionales, 1994

Las principales causas de muerte infantil se relacionan en gran medida con las complicaciones del embarazo y parto, con problemas de la madre y de la calidad de la atención perinatal.

Vale la pena destacar que las afecciones perinatales constituyen un grupo bien definido de causas que, por ser responsable de más del 40% de muertes en la población menor de 1 año, requiere tipificarse: el mayor peso relativo (60%) corresponde a la hipoxia, asfixia y otras afecciones del feto y el recién nacido; le siguen las complicaciones obstétricas que afectan al feto y al recién nacido (6%); crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez (5%) y traumatismo al nacimiento (4%).<sup>3</sup> En realidad, estas causas podrían ser evitadas ya que están condicionadas principalmente por la calidad de la atención obstétrica y perinatal, los recursos hospitalarios disponibles y el funcionamiento del sistema de referencia y contrareferencia que prevalece actualmente.

Durante el primer año de vida, las causas de mortalidad son heterogéneas, distinguiéndose claramente dos etapas. La primera considera las defunciones ocurridas durante las primeras cuatro semanas de vida (neonatal); la segunda, se refiere a aquellas que se producen durante el resto del primer año (posneonatal). Esta distinción se hace por el hecho de que las causas a las que se atribuyen las muertes en cada una de las fases mencionadas son de origen diferente.

<sup>3</sup>. SSA-UNICEF, Op.cit. p. 47.

**Estructura de la Mortalidad  
en menores de 1 año y de 1 a 4 años  
1993**

CAUSAS	MENORES DE 1 AÑO	MENORES DE 1 A 4 AÑOS
Afecciones perinatales	42%	
Desnutrición	3%	5%
Infecciones intestinales	9%	17%
IRA's	12%	12%
Anomalías congénitas	14%	7%
Accidentes	2%	19%
Otras causas	18%	35%

Fuente: SSA-UNICEF. La salud de los Niños. Cifras Nacionales, 1994

Las principales causas de muerte infantil se relacionan en gran medida con las complicaciones del embarazo y parto, con problemas de la madre y de la calidad de la atención perinatal.

Vale la pena destacar que las afecciones perinatales constituyen un grupo bien definido de causas que, por ser responsable de más del 40% de muertes en la población menor de 1 año, requiere tipificarse: el mayor peso relativo (60%) corresponde a la hipoxia, asfixia y otras afecciones del feto y el recién nacido; le siguen las complicaciones obstétricas que afectan al feto y al recién nacido (6%); crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez (5%) y traumatismo al nacimiento (4%).<sup>3</sup> En realidad, estas causas podrían ser evitadas ya que están condicionadas principalmente por la calidad de la atención obstétrica y perinatal, los recursos hospitalarios disponibles y el funcionamiento del sistema de referencia y contrareferencia que prevalece actualmente.

Durante el primer año de vida, las causas de mortalidad son heterogéneas, distinguiéndose claramente dos etapas. La primera considera las defunciones ocurridas durante las primeras cuatro semanas de vida (neonatal); la segunda, se refiere a aquellas que se producen durante el resto del primer año (posneonatal). Esta distinción se hace por el hecho de que las causas a las que se atribuyen las muertes en cada una de las fases mencionadas son de origen diferente.

<sup>3</sup>. SSA-UNICEF, Op.cit. p. 47.

A las defunciones neonatales (55.6%) se les atribuyen sobre todo factores de tipo endógeno, tales como malformaciones congénitas, alteraciones genéticas, trastornos del funcionamiento en la relación madre-feto y dificultades al momento del parto. En cuanto a las defunciones posneonatales (44.4%), éstas son causadas por agentes externos y del medio ambiente, tales como infecciones, intoxicaciones, accidentes, falta de higiene y nutrición deficiente.<sup>4</sup> Es precisamente en este grupo de defunciones por factores externos (exógenos) en el que más se ha logrado incidir en su declinación, siendo 65.8%<sup>5</sup> menos que las que ocurrían en 1980, lo cual ha sucedido por ser en buena medida un blanco de los esfuerzos realizados en materia de saneamiento ambiental y salud pública, a través de estrategias y políticas para el mejoramiento de indicadores sociales con programas para la salud infantil como los de vacunación, control de enfermedades diarreicas, etc.

Según cifras oficiales, entre 1980 y 1993 la mortalidad infantil fue reducida en más del 56%<sup>6</sup>, siendo más pronunciado este descenso a partir de 1990, año en el que se registró una tasa de 23.9 defunciones por 1,000 nacidos vivos registrados (nvr), alcanzando en 1993 una tasa de 17.0 defunciones por cada 1,000 nvr. Esto representó una reducción el período de 28.9% y un descenso a una tasa media anual de 10.7.<sup>7</sup>

No obstante, aún persisten fuertes rezagos en cuanto a capacidad de respuesta frente a la demanda de servicios tanto curativos como preventivos. La atención obstétrica y perinatal por personal no calificado aumenta el riesgo de manejo inadecuado de las complicaciones que surjan durante el trabajo de parto o bien el parto con repercusiones directas en las condiciones del recién nacido. Si a ésto se le añaden otros factores que van desde la inoportunidad en el traslado de la madre hasta el inadecuado manejo del recién nacido, desde luego que se potencializa la baja probabilidad de su sobrevivencia.

Según diversos estudios, se ha comprobado que la escolaridad es la variable que más influye en el comportamiento demográfico. La Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud (ENFES), revela que los niños cuyas madres no tienen educación, enfrentan un riesgo tres veces mayor de morir antes de cumplir un año (72.0) que los de aquellas que al menos terminaron la primaria (23.3).

---

<sup>4</sup>. Ibidem, p. 27.

<sup>5</sup>. Ibidem, p. 39.

<sup>6</sup>. UNICEF, Análisis de Situación. Salud y Nutrición de los Niños y las Madres, 1995, p. 4.

<sup>7</sup>. COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PLAN NACIONAL DE ACCION EN FAVOR DE LA INFANCIA. SSA, Cuarta Evaluación del PNA, Octubre 1994, p. 61.

Otro aspecto relacionado con la mortalidad infantil es la paridad elevada. Con esto nos referimos a la mortalidad de los nacimientos de orden séptimo o mayor, que es más del doble que la de los primeros nacimientos (84.1 contra 33.0); el intervalo intergenésico (que significa que el riesgo es mayor mientras los intervalos sean más cortos), alcanza 71.7 para el intervalo menor a 24 meses y 31.5 para 48 meses o más. También la edad de la madre va relacionada a las tendencias de mortalidad infantil, pues en edades de 20 a 29 años el riesgo es menor, alcanzando 39.2 contra 72.3 en edad avanzada.<sup>8</sup>

El análisis comparativo de los niveles de mortalidad en la infancia al interior de las entidades federativas, constituye una tarea compleja, debido a que las diferencias que se observan en los datos son consecuencia de diversos factores, tales como la integridad del registro, la cobertura de atención médica, la calidad de la certificación y, por lo general, de los niveles del desarrollo alcanzados en los estados.

Los niveles más bajos de mortalidad infantil se observan en la zona norte del país, donde los índices de marginación son menores. Las zonas centro y sur presentan los niveles más elevados, cuyas condiciones de bienestar son más precarias. Entre los estados que destacan por encontrarse por arriba del promedio nacional (38.4 X 1,000 nacidos vivos registrados, 1992) de acuerdo al cálculo por el Método Indirecto, están Oaxaca (47.7), Guerrero (45.6), Zacatecas (44.1) e Hidalgo (43.0), en tanto que en el Distrito Federal y Baja California fue de 19.9 y 21.1 respectivamente.<sup>9</sup> Cabe mencionar que en las cifras oficiales la mortalidad infantil de estas entidades ni siquiera figura entre las primeras diez de mayor peso por el gran problema del subregistro.

Debido a las diferencias en los niveles de bienestar, resulta evidente que aún dentro de un mismo estado las disparidades pueden ser muy marcadas, sobre todo entre zonas rurales y urbanas. Dentro de esos mismos estados con mayores índices de mortalidad, encontramos a su vez abismales diferencias. La tasa de mortalidad infantil en la zona centro de Oaxaca es de 18.5, contra 68.6 que es la del municipio de Cuicatlán; en el municipio de Metapa, Chiapas la tasa es de 29.1, contra la de San Juan Cancuc, que es de 84.4, también en el mismo estado; en Pungarabato, Guerrero la mortalidad infantil es de 29.1 y en Zitlala, del mismo estado, es de 100.06.<sup>10</sup>

---

<sup>8</sup>. SSA-SISTEMA NACIONAL DE ENCUESTAS DE SALUD, Encuesta Nacional de Atención Materno-Infantil, 1994.

<sup>9</sup>. SSA-UNICEF, La Salud de los Niños. Cifras Nacionales, 1994, pp. 153 - 170.

<sup>10</sup>. Idem.

Sin embargo, estas terribles disparidades también se dan entre estados que, aunque sus índices de marginación no son tan alarmantes a nivel general, cuentan con zonas fuertemente deprimidas que alcanzan niveles altísimos de mortalidad infantil. Ejemplos claros al respecto tenemos en Jalisco, con una tasa de mortalidad infantil ajustada de 32.6, en 1992, pero con municipios como Jamay con 15.13 y otros como Bolaños con 118.4. En Chihuahua la mortalidad infantil ajustada es de 28.1, con municipios que van desde 6.9 como en San Francisco de Conchos, hasta 109.1 en Urique.<sup>11</sup>

En el caso de la desnutrición hay que destacar que no se cuenta con información sistemática y confiable sobre el peso de los niños al nacer. Estimaciones conservadoras citan una prevalencia de 6.5% (Ríos Espinoza, 1994). La proporción de nacidos vivos con bajo peso al nacer constituye uno de los indicadores de seguimiento en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia y ha sido reportado por el Sistema Estatal de Información Básica desde los primeros años. De acuerdo con esto, el porcentaje de nacidos vivos con un peso menor de 2,500 grs. es más bajo de lo que podría esperar a la población abierta (8.2% en 1993) que atiende la Secretaría de Salud. Por otro lado, la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil informa que el 7.9% de los recién nacidos registrados en 1994 se ubicaron en un peso menor a los 2,500 grs.

La mortalidad preescolar también muestra un descenso, al pasar de 3.4 en 1980 a 1.4 en 1993. En términos generales, entre 1980 y 1993 el número de defunciones para este grupo de edad se redujo 60%.<sup>12</sup>

Al igual que en el caso de la mortalidad infantil, los niveles más bajos de mortalidad de menores de 1 a 4 años también se observan en la zona norte del país como Tamaulipas (0.7) y Nuevo León, le siguen en importancia las zonas centro con Coahuila y el Distrito Federal (0.6), encontrándose las tasas más elevadas en Oaxaca (3.5), Chiapas (3.1) y Puebla (2.7).<sup>13</sup>

Las principales causas de mortalidad en este grupo de edad son los accidentes, enfermedades infecciosas intestinales, neumonía e influenza, anomalías congénitas y las deficiencias de la nutrición. Aunque las enfermedades infecciosas, respiratorias e intestinales han sido desplazadas a los terceros y cuartos lugares

---

<sup>11</sup>. Idem.

<sup>12</sup>. Ibidem, p. 45.

<sup>13</sup>. Ibidem, p. 28. La información disponible que se maneja a nivel oficial sobre la tasa de la mortalidad preescolar se determina por cada 1,000 habitantes de esa edad, a diferencia de la mortalidad infantil que es por 1,000 nacidos vivos registrados. Esto impide tener una idea precisa de la mortalidad del grupo de menores de 5 años en su conjunto porque aunque se tienen las tasas desagregadas, por la naturaleza misma de sus variables, no son comparables.

dentro de su estructura de mortalidad, siguen siendo un problema serio de salud pública, ya que en su conjunto ocasionan más de 3,300 defunciones al año.

Otro aspecto preocupante son los accidentes que han ido en aumento, pasando a ocupar el primer lugar como causa de muerte entre los preescolares. Los estados con mayores tasas de mortalidad por accidentes son: Aguascalientes, Baja California, Jalisco, Querétaro, Quintana Roo, Sonora y Zacatecas. El mayor número de defunciones ocurren en el Estado de México, al igual que para homicidios. La mayoría de esos accidentes suceden en el hogar o por vehículos de motor. Aunque no existen datos que permitan realizar un análisis más profundo sobre las causas directamente relacionadas, un elemento importante a considerar dentro de los programas de salud de los niños, es la educación de los padres y el esclarecimiento del abuso y maltrato infantil.

Con relación a la desnutrición, en este grupo de edad las demandas nutricionales son muy elevadas, en virtud de su crecimiento y desarrollo. La insuficiente práctica de la lactancia materna, la inadecuada ablactación, la escasez de alimentos o falta de variedad de los mismos en algunas regiones y los patrones culturales de alimentación, son algunos de los factores que influyen para hacer de los preescolares el grupo más vulnerable a la desnutrición, pudiendo sufrir efectos negativos irreversibles. Las alteraciones en el crecimiento y desarrollo de estos niños no podrán modificarse en edades más tardías, por lo que un aspecto central para preservar la salud es, sin lugar a dudas, el nivel nutricional.

Los datos de la Encuesta Nacional de Nutrición de 1989, señalan que el 42% de los menores de 5 años presentan algún grado de desnutrición. La mayor prevalencia se observó en la región sureste con 44.1%. Además, destaca el hecho de que el 13.6% de los niños presentan desnutrición con grado II y III, contra la media nacional de 8.9% y cuatro veces más alta que la encontrada en la Ciudad de México (3.2%).

La prevalencia de la desnutrición más acentuada en los estados del sureste revela la situación real de los factores asociados con la alimentación y nutrición, al igual que de otros indicadores de desarrollo. La situación se agrava más por el subregistro tan notable que existe sobre las enfermedades nutricionales asociadas a la muerte. Con frecuencia el certificado de defunción es expedido por una autoridad local en ausencia del médico, lo que limita la valoración del estado nutricional al momento de la defunción.

En este sentido, la misma encuesta reveló que en el sureste la mitad de los niños padecen desnutrición; la categoría de grave en este caso es 3.5 veces superior en esa región que en el norte del país. En el caso de la desnutrición crónica agudizada, persisten las diferencias en el sureste, siendo 10 veces mayor que en la Cd. de México y 4.5 más respecto al norte. En las comunidades indígenas este

problema afecta entre el 70 y 80% de la población menor de 5 años, mientras que en la no indígena oscila entre 35 y 50%. Lo más grave es que estamos hablando de la misma situación que prevalece desde hace dos decenios.<sup>14</sup>

Respecto a la mortalidad por deficiencias de la nutrición, desafortunadamente se ha observado un cambio significativo del octavo lugar como causa de muerte en 1980, con una tasa de 17.6 y 427 defunciones, al quinto lugar en 1993 con una tasa de 25.5 sobre 2,305 defunciones.<sup>15</sup>

En el grupo de escolares (5 a 12 años de edad) la primera causa de muerte son los accidentes, lo que equivale al 35.5% del total de las muertes. Le siguen los tumores malignos (13.7%), enfermedades infecciosas intestinales (6.3%), homicidio (4.7%), anomalías congénitas (3.9%), neumonía e influenza (3.8%) y en séptimo sitio las deficiencias de la nutrición (2.3%). Dentro de la estructura de la mortalidad que se presenta para este grupo de edad, destacan las 3,474 muertes provocadas por accidentes y homicidio; es notable que la tasa por accidentes (14.8) sea un poco más de la tercera parte de su tasa total (42.0).<sup>16</sup>

En 1992, ocurrieron 6,916 muertes por accidentes en niños de 0 a 14 años que, sumados al resto de los grupos de edad, dan un total de 37,716 muertes que pudieron evitarse. Asimismo, destaca el aumento de causas violentas intencionalmente infligidas por otras personas, reflejando el abuso y maltrato al menor.

Sin embargo, es preciso distinguir dentro del análisis de causas de muerte a la población marginada, para la cual éstas continúan siendo las provocadas por procesos infecciosos, desnutrición y la asociación de ambos.

En el estudio "La Salud de los Pueblos Indígenas" se encontró que en 1991 las diez principales causas de enfermedad entre los indígenas fueron de origen infeccioso en el 80% de los casos. Esto está asociado con niveles de desarrollo y calidad de vida, por lo que las necesidades de acciones de salud pública y saneamiento básico siguen vigentes.

Por lo general, las tasas de mortalidad son mayores conforme aumenta la proporción de población indígena. El siguiente cuadro con la información específica para el grupo de edad que nos ocupa nos ofrece una idea más clara al respecto:

---

<sup>14</sup>. INI-DIF-UNICEF, Situación de la Niñez Indígena en México, 1993.

<sup>15</sup>. UNICEF, Análisis de Situación. Salud y Nutrición de los Niños y las madres, 1995, p. 10.

<sup>16</sup>. SSA, Anuario Estadístico, 1993.



**Tasa de mortalidad general, nacional y para población indígena  
(5 a 14 años de edad - 1990)**

GRUPO DE EDAD	TASA NACIONAL	TASA INDIGENA
Total	5.20	5.78
5 - 9	0.81	1.38
10 - 14	0.99	1.50

Fuente: INI-SSA. La Salud de los Pueblos Indígenas, México, 1993

Por lo que se refiere al estado nutricional de los niños en edad escolar, el Censo Nacional de Talla levantado entre los niños de primer grado de primaria durante 1993, arrojó los siguientes datos: la prevalencia nacional de niños con déficit de talla fue de 18.4%, siendo Chiapas y Oaxaca los estados con cifras más altas con 45.1 y 42.0%, respectivamente. Los estados que le siguen son Yucatán con 36.2% y Guerrero con 32.5%. La prevalencia en Chiapas es 12.9% superior que la de Baja California Sur.

Otro dato interesante que reveló el Censo fue el hecho de que en una misma entidad federativa se hubieran encontrado extremos de desnutrición. Por ejemplo, en Coahuila, situada en un quinto lugar en orden decreciente, tiene al municipio de Candela que está entre los de mayor prevalencia (60%), muy similar a los observados en la región sur. En cambio el municipio de Tonalá, en Chiapas, tiene una prevalencia de 13.6% menor a la tercera parte del promedio estatal; o bien, en 24 municipios de Oaxaca se presenta una tasa equivalente a la tercera parte o menos de la media del estado.

Según los datos del Censo, puede decirse que la prevalencia se relaciona con el grado de marginación de los municipios. A mayor marginalidad, mayor grado de desnutrición.

En el caso de la niñez indígena, más de la mitad de la población de escolares que acude a albergues para recibir educación, muestra algún grado de desnutrición. La proporción de niños con desnutrición aumenta de 46.7% en el grupo de 6 años a 69% en el de 12 años. La desnutrición crónica pasa de 76 a 94% de esa población indígena, dependiendo de la región. Entre los estados con mayores niveles de desnutrición crónica están Quintana Roo (96.4%), Yucatán (96.3%), Campeche (94.4%), Guerrero (90.2%), Oaxaca (89.4%) y Chiapas (88.6%).

Las comunidades indígenas en su conjunto no muestran prácticamente ninguna mejora y, en cambio, es frecuente encontrar cada vez más deterioro con niveles elevados de desnutrición.

Por otro lado, se ha encontrado que el estudio de la salud de la población adolescente se dificulta y es poco preciso ya que, por lo menos estadísticamente hablando, se tiende a agruparlo con los niños o con los adultos, lo cual sesga la identificación precisa de sus carencias y necesidades, además de impedir el tratamiento adecuado de la problemática particular que en ellos se presenta.

De acuerdo con la información que se tiene, de la totalidad de las defunciones que ocurren en México, aproximadamente el 3.3% de ellas se atribuyen al grupo de los adolescentes. Al identificarse las principales causas de morbilidad y mortalidad de este grupo comprendido entre los 12 y los 19 años de edad, se encontró que para ambos sexos son similares (excepto las relacionadas con la salud reproductiva de la mujer), observándose claramente una combinación de enfermedades infecciosas y parasitarias directamente relacionadas con sus condiciones de vida y su nivel socioeconómico, al lado de patologías crónicas degenerativas y accidentes u homicidios.

En los estados con índice de marginación más elevado como Oaxaca, Chiapas y Guerrero, o bien con población predominantemente indígena, las causas de la morbilidad en el adolescente muestran una patología similar entre sí: predominan enfermedades asociadas a la pobreza como infecciones respiratorias agudas (60%), infecciones intestinales (32%), amibiasis, ascariasis y enfermedades de la piel como sarna y dermatomicosis. Dentro de las diez principales causas de morbilidad para este grupo también se encontraron traumatismos y envenenamiento.<sup>17</sup>

Dentro de las primeras veinte causas de mortalidad para este grupo de edad, también se encuentran las deficiencias en la nutrición y la anemia que generalmente son problemas acarreados desde la infancia.

Las entidades federativas con mayor porcentaje de defunciones en este grupo de edad en 1992 fueron Michoacán (4.0%), el Estado de México (3.5%), Distrito Federal (2.2%), Veracruz (3.2%), Jalisco (3.0%) y Puebla (2.8%), en relación al total de las muertes en cada uno de los estados mencionados.<sup>18</sup> Vale la pena distinguir que en 1990 la tasa de mortalidad nacional de adolescentes fue de 0.75 por 1,000 habitantes, mientras que para la población indígena de este mismo grupo de edad fue de 1.24 por 1,000 habitantes.<sup>19</sup>

Asimismo, en 1992 más del 55% de las entidades federativas presentaron tasas de mortalidad de este grupo de edad por arriba del promedio nacional (0.65

---

<sup>17</sup>. INI-SSA, La Salud de los Pueblos Indígenas, 1993, p. 33.

<sup>18</sup>. SSA, Anuario Estadístico, 1993, Cuadros de estructura de la mortalidad.

<sup>19</sup>. INI-SSA, Op.cit., anexo .

por mil habitantes).<sup>20</sup>

Es de llamar la atención que la principal causa de muerte para los adolescentes sean los accidentes, sobre todo de transporte y vehículos automotores, lo cual sin lugar a dudas responde al tipo de actividades a las que están expuestos, ya sea por el trabajo o en sus actividades cotidianas, pero es más notorio aún, que los homicidios estén dentro de las primeras cinco causas. La falta de educación y conciencia, el ritmo de vida que imponen factores socioeconómicos y demográficos, la violencia social, etc. son elementos que coadyuvan a que vayan cada vez en aumento este tipo de causas de muerte.

Paralelamente a las patologías de la pobreza que se mencionaron anteriormente, han surgido otras propias de sociedades con cierto grado de desarrollo pero que aún no tienen las necesidades básicas de toda su población resueltas, lo cual se agudiza en periodos de crisis.

En el estudio de la salud de los adolescentes no puede ignorarse la cuestión reproductiva. De los 19.9 millones de jóvenes estimados para 1994, el 87% aún no había tenido hijos nacidos vivos. De las jóvenes adolescentes del área metropolitana de la Ciudad de México, el 91.7% no ha tenido descendencia, en tanto que el porcentaje disminuye en la región sur, en donde hay 80.8% de mujeres jóvenes sin hijos. La Secretaría de Salud estimó que dos de cada 10 mujeres embarazadas por vez primera son menores de 20 años.<sup>21</sup>

En general los niveles de fecundidad han registrado un descenso desde los años setentas, aunque en el grupo de edad que nos ocupa se ha notado un estancamiento. El promedio de hijos nacidos vivos en este grupo de edad es de 0.2, mientras que el promedio general es de 2.2 por madre.<sup>22</sup> Sin embargo, en la región sur el 18.95% de las mujeres adolescentes tiene 1 o 2 hijos, que es un porcentaje bastante elevado si comparamos con el 7.7% de las jóvenes del área metropolitana que alcanzan la misma paridad.<sup>23</sup> Las diferencias en la proporción del número de hijos que tienen las mujeres adolescentes en las diferentes regiones del país es notoriamente marcada.

Uno de los aspectos de mayor peso es que el embarazo en esta etapa del desarrollo está asociado a problemas de salud para las madres y sus hijos, siendo la

---

<sup>20</sup>. SSA. Op.cit., Cuadros de estructura de la mortalidad .

<sup>21</sup>. SSA-SISTEMA NACIONAL DE ENCUESTAS, Op.cit., p. 36.

<sup>22</sup>. Ibidem, p. 37.

<sup>23</sup>. Ibidem, p. 36.

mortalidad materna mayor entre las adolescentes que entre las mujeres de mayor edad. El embarazo en la adolescencia se presenta sobre todo en sectores de escasos recursos económicos. Un dato interesante que arroja el IX Censo Nacional de Población y Vivienda de 1990, es que se registraron 40,000 hijos nacidos vivos de madres indígenas menores de 19 años.<sup>24</sup>

Según algunos estudios, éste es uno de los factores que coadyuvan a la reproducción de la pobreza y la desventaja cultural ya que cada nueva generación de hijos de madres adolescentes tendrá menos posibilidades de remontar las desventajas socioeconómicas.

En el contexto de una estrecha relación entre embarazo adolescente y pobreza, se observa que el embarazo a edades tempranas es más frecuente en las poblaciones marginadas y rurales, así como en las hijas de las mujeres jefas de hogar. Las madres adolescentes que en su mayoría provienen de sectores pobres, tiene mayor probabilidad de presentar complicaciones obstétricas, pues de acuerdo a la información de instituciones de seguridad social del país, alrededor del 55% de los embarazos de menores de 15 años presentó complicaciones por diversas causas (toxemias, obstrucción, aborto, hemorragia y partos pretérmino).

De los embarazos adolescentes, desde el punto de vista biológico, los que presentan mayores riesgos son los de las mujeres menores de 15 años; pero además, hay implicaciones económicas y sociales que estas madres adolescentes tienen que enfrentar por las condiciones de pobreza porque generalmente no tienen acceso a los servicios de atención a la salud. Solamente el 50% de las adolescentes embarazadas acude a recibir atención temprana y apenas el 13.4% lo hizo en el tercer trimestre del embarazo.<sup>25</sup> Lo más probable es que tampoco sus familias tengan facilidad de servicios médicos, ni cuenten con asistencia por parte del compañero, pues de acuerdo a las estadísticas, hay una tendencia a que se establezcan uniones inestables y permanezcan sin pareja. Al respecto, la Encuesta Nacional de Atención Materno Infantil de 1994 procesó los siguientes datos:

EDAD	CASADA	UNION LIBRE	SOLA
12 - 19	49%	33%	18%

Entre los hijos de adolescentes hay más casos de bajo peso al nacer; mayor frecuencia de partos prematuros y prolongados, de nacidos muertos y ocurrencia de

<sup>24</sup> . INI-SSA. Op.cit. anexo.

<sup>25</sup> . SSA-SISTEMA NACIONAL DE ENCUESTAS. Op.cit. p. 45.

epilepsia, parálisis cerebral retraso mental y desarrollo motor deficiente. En ellas es más común que presenten problemas de hipertensión y desproporción cefalopélica, que impide el parto vaginal.

La mortalidad materna en las adolescentes es más frecuente en la gestación o durante los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debido a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención. En el Distrito Federal es la tercera causa de defunción de las jóvenes.

Se ha observado que entre los hijos de adolescentes es también mayor la mortalidad infantil. Aunque no se tienen datos muy recientes, puede darnos una idea más clara del problema el hecho de que en 1987 la mortalidad infantil de hijos de mujeres entre 25 y 34 años era de alrededor de 55 por 1,000 nvr, en tanto que la de los hijos de madres entre 15 y 19 años era de 103 por 1,000 nvr y los de madres menores de 15 años de 114.5 por 1,000 nvr.<sup>26</sup>

Otro problema específico de la salud reproductiva de los adolescentes de este país es que más o menos la mitad de ellos exploran con el alcohol, el tabaco o las drogas y en el caso de las adolescentes embarazadas esto es grave para el feto que tiene un amplio margen de probabilidades de sufrir lesiones por ello. Además, normalmente este grupo es el que menos métodos anticonceptivos utiliza porque, sumado a los bajos niveles de educación, la falta de información y las condiciones económicas, las creencias y costumbres sociales, religiosas y culturales han jugado un papel determinante en la no generalización del conocimiento y uso de ellos.

Para concluir el apartado, queremos anotar que, si bien es cierto que hay cambios que guardan relación con la mejoría en algunos indicadores de desarrollo de país, no debe olvidarse que se han dado en un período de crisis económica y recesión. La creación de programas especiales como los de Vacunación Universal y Enfermedades Diarreicas Agudas, seguirán influyendo en el descenso, independientemente de las variaciones de la economía.

El hecho de que enfermedades de origen infeccioso prevalezcan entre las principales causas a nivel general en todos los grupos de edad que hasta ahora se han analizado, sin lugar a dudas responde a que necesidades básicas como acceso a servicios de salud, agua y saneamiento y educación, todavía no han sido satisfechas, sobre todo en aquellos grupos marginados que se ven aún más desfavorecidos por su situación geográfica. Muchas de estas muertes podrían ser evitadas no solo si el acceso a los servicios de salud cubrieran también aquellas localidades cuyas condiciones son precarias, sino que la calidad de los servicios brindados garantizara una atención adecuada en el manejo de estos casos (y de cualquier tipo de enfermedad); si estuviera garantizado no únicamente el acceso al

---

<sup>26</sup>. UNICEF. Op.cit., p. 25.

agua potable sino la calidad de la misma; si la cobertura del saneamiento básico, además de extenderse a las localidades más marginadas, se reforzara con educación y capacitación para que realmente tuviera un impacto en la gente y, sobre todo, en la infancia.

Además, durante las etapas de crisis, la limitación del poder adquisitivo restringe el acceso a bienes y servicios, especialmente de los alimentos, que por los ajustes económicos, afecta cantidad, calidad y frecuencia de ingestión. Cabe destacar que los grupos vulnerables, principalmente niños de poblaciones rurales, marginadas e indígenas han sido los más afectados, por lo que con toda seguridad se registrará un incremento en las deficiencias nutricionales y, por ende, en las enfermedades infecciosas.

## 2.2. Educación

En términos generales, el sector educativo en México ha tenido una mejoría sustantiva en las tres últimas décadas, sobre todo por el fuerte impulso a la ampliación de la matrícula, principalmente en educación primaria. Sin embargo, este proceso no afectó los niveles de educación inicial y preescolar que se vieron retrasados respecto del crecimiento de los otros niveles educativos.

En este sentido, el crecimiento de la cobertura no se tradujo en un mejoramiento de la calidad educativa. Esto se vio agudizado en la década de los ochenta, cuando la crisis económica afectó el gasto del sector educativo, repercutiendo directamente en la disminución del ritmo de crecimiento de la matrícula y mayor deterioro en la ya de por sí baja calidad de la educación.

Entre 1990 y 1994 se reformuló la Ley General de Educación, que establece una educación básica obligatoria de diez años (uno de preescolar, 6 de primaria y 3 de secundaria). Además, se establecieron programas especialmente orientados a reducir el rezago educativo y a mejorar la calidad y oportunidad de los servicios educativos de la población rural dispersa, indígena y urbano-marginal.

Estas medidas permitieron mejorar algunos indicadores de este sector. La matrícula de educación primaria creció entre 1990 y 1994 del 96.1% al 98%; la deserción en el mismo período se redujo del 5.7% al 3.7%; la repetición bajó de 10.3% a 8.3%; la eficiencia terminal se elevó del 56.1% al 61.1% y el analfabetismo se redujo del 12.4% al 9.8%.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup>. COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ACCION, Op.cit., p. 263.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados y logros alcanzados en este campo, el derecho a la educación para todos está muy lejos de ser cumplido en este país, sobre todo en las zonas y estados de mayor marginación. La oferta educativa no se ha expandido equitativamente. Una vez más se evidencian las desigualdades sociales y económicas que también impactan en los índices de acceso, permanencia y eficiencia terminal de los niveles educativos que se imparten en poblaciones vulnerables de las diferentes regiones y entidades del país.

De cualquier manera, cada nivel de servicio educativo que se brinda presenta características y problemas particulares, por lo que a continuación se hará un breve análisis de cada uno de ellos, con lo que podrá identificarse con mayor claridad la situación de este sector en México.

#### a) Educación Inicial

La educación inicial atiende a niños cuyas edades pueden ir de 45 días de nacidos a 4 años y se ofrece en dos modalidades: escolarizada (en áreas urbanas) y no escolarizada (en áreas urbano-marginadas, rurales e indígenas). Su propósito es favorecer el desarrollo de las capacidades físicas, congoscitivas, afectivas y sociales del infante.

Entre 1990 y 1994 se llevaron a cabo cuatro acciones fundamentales en la educación inicial: lograr la ampliación de la cobertura de atención, diseño e implementación del nuevo programa educativo, incremento en la calidad del servicio y fomento de la participación social.

A pesar de los esfuerzos que se han hecho en este nivel en los últimos cuatro años para ampliar la cobertura, apenas alcanzó en 1993 un 4% de la demanda potencial, dejando sin acceso a aproximadamente 7.6 millones de niños. El problema claramente radica en el bajísimo acceso tanto para el área urbana como para la rural, ya que de cada 100 niños que requieren este servicio sólo 4 lo reciben. Desafortunadamente esa baja cobertura repercute negativamente en la transición a los primeros grados de la educación primaria.

La poca oferta de educación inicial que hay está más concentrada en las zonas urbanas, con lo cual no se favorece a los sectores más necesitados, pese a los avances observados en la atención de áreas rurales, indígenas y urbano marginadas, a través de programas no formales. Durante el período 1990-1994 el gobierno federal, los estados y la comunidad organizada lograron un incremento de aproximadamente 12.2 puntos porcentuales en este nivel de educación.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> SEP, Indicadores educativos. Serie Histórica 1976-1977/ 1993-1994, Dirección General de Planeación, Programación y Presupuesto, 1994, cuadros.

La atención a la demanda de la educación inicial en la modalidad escolarizada está concentrada principalmente en el Distrito Federal, mientras que la no escolarizada prevalece en los estados de mayor marginación.<sup>29</sup>

Una de las principales causas de la baja cobertura es que la modalidad formal tiene un costo muy elevado por los requerimientos de instalaciones con ciertas características y de personal, lo cual dificulta su ampliación. En cambio, la modalidad no formal es de bajo costo y su expansión puede ser más rápida, aunque tiene una gran limitante porque no brinda cuidado directo al niño, sino que solamente capacita a los padres. De ahí se explica el número insuficiente de Centros de Desarrollo Infantil en la modalidad escolarizada y la lenta expansión de la no escolarizada.

Otra de las causas de la baja cobertura en ambas modalidades es el hecho de que este nivel educativo no fue considerado prioritario y, por lo tanto, el presupuesto destinado a la educación inicial fue muy bajo comparado con otros niveles educativos, a pesar del continuo aumento de la demanda en la modalidad escolarizada que incluye el cuidado del pequeño, como consecuencia de la crisis económica porque cada vez más mujeres se vieron en la necesidad de salir de sus hogares para trabajar.

En el caso de la modalidad no formal, al estar condicionada en gran parte al financiamiento externo presenta serias limitaciones en la ampliación real de su cobertura. Tan es así que a partir de 1993 se dió inicio al programa de educación inicial no formal (PRODEI) en los estados que registraron los niveles de marginación más altos, cuya orientación está dirigida hacia los padres de familia con hijos menores de 4 años. La atención de este programa está a cargo del Consejo Nacional de Fomento Educativo, con el apoyo del Banco Mundial, la UNESCO, el PNUD y UNICEF, cuyo financiamiento terminará en 1997. Sin embargo, a pesar de este apoyo internacional, se ha calculado que la cobertura de ese servicio para ese mismo año apenas alcanzaría el 10% de la demanda total.<sup>30</sup>

#### b) Educación Preescolar

En este nivel se atienden a niños de 4 a 5 años de edad y se ofrece en dos modalidades: 1) Alternativas en la Educación Preescolar orientada a las áreas urbanas, la cual a su vez ofrece dos submodalidades: a) atención por técnicos promotores y bachilleres; b) jardines de niños con servicio mixto. 2) El Consejo

---

<sup>29</sup> . SEP, Estadística básica de Educación Inicial 1993-1994, Unidad de Educación Inicial, 1994, cuadros.

<sup>30</sup> . UNICEF, Bases para la formulación del Programa de Cooperación con el Gobierno de México 1996-2001, 1995, p. 83.



Nacional de Fomento Educativo (Zona), que también ofrece cuatro modelos alternativos para áreas rurales: a) programa preescolar comunitario; b) proyecto de atención educativa a población infantil agrícola migrante; c) centros infantiles comunitarios; y d) proyecto de atención educativa para población indígena.

Su objetivo es promover el desenvolvimiento integral del niño, ofreciéndole oportunidades de realización individual y constituye la base de los niveles educativos subsecuentes.

Las acciones que se pusieron en marcha entre 1990 y 1994 para educación preescolar fueron: ampliación de la cobertura de atención, diseño e implantación del nuevo programa educativo, incremento en la calidad del servicio, fomento a la participación social y sistema de evaluación.

Del total de la matrícula de educación preescolar del ciclo 1993-1994, el 8.8% de los niños fueron atendidos por la federación, el 82.8% por los estados y el Distrito Federal y el 8.4% restante por los particulares.<sup>31</sup>

El problema radica en que en México existen casi 4 millones de niños entre 4 y 5 años de edad y, aunque en 1994 la cobertura de la educación preescolar ascendió a casi 3 millones de niños de esa misma edad, esto representa sólo el 75% de atención a la demanda de este servicio. Es importante hacer notar que ese 25% faltante corresponde básicamente a niños que habitan en zonas rurales, indígenas y urbano-marginadas.

A pesar de los avances obtenidos en los últimos 4 años para la ampliación de la cobertura de este nivel, siguen sin acceso alrededor de un millón de niños. Eso significa que de cada 100 niños, 25 no tienen acceso a este servicio.

La principal causa de ese déficit en la cobertura de la educación para el nivel que se analiza son las limitaciones presupuestales. No todas las escuelas primarias cuentan con este servicio y la infraestructura existente está concentrada prácticamente en su totalidad en zonas urbanas, desatendiéndose las zonas más marginadas, que por lo general están en áreas de difícil acceso y en donde habitan poblaciones con necesidades específicas.

Otro de los problemas que enfrenta la educación preescolar es la calidad. Al respecto se han identificado los siguientes factores: no existen modelos adecuados lo suficientemente desarrollados; los programas escolares vigentes no están debidamente articulados con la primaria; dificultades con la producción y distribución de materiales didácticos para alumnos, maestros y padres de familia; faltan

---

<sup>31</sup>. SEP, Indicadores Educativos. Serie Histórica 1976-1977/ 1993-1994. Dirección General de Planeación, Programación y Presupuesto, 1994, cuadros.

actividades de promoción cultural; las asociaciones de padres de familia no constituyen en términos generales un vínculo real entre la escuela y la comunidad; baja participación social; deficiencias en la capacitación de los educadores; no existe un sistema de evaluación eficiente.

A pesar de que la nueva Ley General de Educación ya mencionada, elevó la educación básica obligatoria a 10 años y se incluyó un año de preescolar obligatorio, este nivel también se ha estancado por las limitaciones presupuestales, a pesar del incremento de la demanda porque, como en el caso del nivel escolar anterior, las madres que han tenido que ingresar al sector laboral por la precariedad de las condiciones económicas, también requieren de este servicio para el cuidado de sus hijos.

### c) Educación Primaria

De acuerdo con la Constitución mexicana, el Estado tiene la responsabilidad de proporcionar educación primaria en forma laica, gratuita y obligatoria.

En México la educación primaria ofrece tres modalidades: 1) Primaria General; 2) Primaria indígena, que ofrece dos submodalidades: a) primaria bilingüe-bicultural y b) albergues; 3) Primaria Comunitaria, que ofrece cuatro modelos alternativos no formales para áreas rurales: a) cursos comunitarios, b) atención a población migrante, c) atención a población indígena y d) financiamiento educativo rural.

El propósito de este nivel educativo es propiciar en el educando una formación armónica mediante experiencias de aprendizaje que le permitan la adquisición elemental de conocimientos que posibilitan su incorporación a la sociedad.

A grandes rasgos, entre las acciones que fueron puestas en marcha durante el período 1990-1994 en la educación primaria, destacan las siguientes: incremento en el gasto educativo; descentralización del sistema educativo; extensión de la cobertura de estos servicios; esfuerzos para mejorar la calidad; reformar integralmente los contenidos y materiales educativos hasta llegar a la renovación total de programas de estudio y libros de texto e inicio de un programa de actualización al magisterio; inicio de un programa de reformulación de contenidos y materiales educativos; creación de programas especiales para abatir el rezago educativo en las entidades con índices más desfavorables como Oaxaca, Chiapas, Guerrero e Hidalgo; inicio de un programa de becas para evitar la deserción escolar por razones económicas.

La cobertura en educación para este nivel hasta 1994 fue del 98% de atención a la demanda. Del total de la matrícula registrada, el sistema federal atendió al 6.8%, el estatal al 86.8% y el particular al 6.4%. El incremento de la atención en el sistema estatal fue resultado de las políticas de descentralización con la transferencia de los

servicios que venía operando el sistema federal hasta 1992.<sup>32</sup>

Pero a pesar de los esfuerzos realizados, existe todavía un 2% de niños en edad escolar (que en números absolutos son aproximadamente 300,000), que en su mayoría son habitantes de zonas rurales e indígenas que aún no tienen acceso a este servicio educativo. El problema está en que el incremento de la cobertura se dificulta cada vez más por las condiciones mismas de las comunidades, ya que son pequeñas, muchas de ellas no cuentan con servicios básicos, están sumamente dispersas y en condiciones de marginación.

Por otro lado, el servicio de educación primaria prestado al 98% del que se hablaba, también cuenta con un grave problema, que es la baja calidad. Los índices de fracaso escolar son muy altos, principalmente para los estados de Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Hidalgo y Veracruz. Esto también demuestra que hay un problema de inequidad en la distribución de dicho servicio, siendo la población rural e indígena la más afectada.

También es preocupante la desigualdad en el rendimiento educativo entre regiones y grupos sociales. Con base en los datos que arroja un estudio realizado por el Centro de Estudios Educativos, el nivel de aprendizaje en áreas urbanas de sectores medios era de 6.2 en escala del 1 al 10; en cambio en áreas rurales dispersas éste sólo era de 2.8.<sup>33</sup> Aunque el promedio general es bajo y con ello se evidencia la mala calidad de la educación primaria, es más preocupante que el nivel sea inferior en las áreas pobres.

A estos indicadores habría que agregar otros que por su complejidad, no pueden cuantificarse tan fácilmente, pero no es ignorado que la calidad de los conocimientos adquiridos, las metodologías empleadas, los medios y ayudas para el proceso educativo y la calidad de la función magisterial es muy diferente entre escuelas urbanas regulares que la educación que reciben los niños de zonas rurales aisladas y urbano-marginadas.

Los problemas anteriores encuentran muchas de las causas en las deficiencias institucionales e ineficiencia del modelo educativo mexicano, ya que este no brinda alternativas reales dirigidas a la población más pobre y aislada. En cambio, el énfasis que se ha dado a la cobertura ha ido en detrimento de la calidad.

En definitiva, aunque en México existen leyes que aseguran el derecho y la obligatoriedad de la educación primaria y se tienen promedios nacionales de acceso medianamente buenos, desafortunadamente en lo que respecta a la calidad y

---

<sup>32</sup>. SEP, Op.cit. cuadros.

<sup>33</sup>. UNICEF, Análisis Sectorial de Educación en México, 1995, p. 20.

oportunidades educativas aún existen profundas inequidades y desigualdades.<sup>34</sup> A pesar de los logros en la cobertura, no puede decirse que la educación primaria que se imparte sea óptima ya que presenta fuertes rezagos en términos de acceso, calidad, eficiencia y equidad.

#### d) Educación de Adultos

El órgano encargado de la educación a la población mayor de 15 años es el Instituto Nacional para la Educación de Adultos (INEA). A partir de 1990 también comenzó a apoyar el proceso educativo infantil, ofreciendo sus servicios a jóvenes de 10 a 14 años de edad que desertaron de la escuela primaria o que nunca se incorporaron a ella.

El objetivo central del INEA es brindar a la población adulta analfabeta un servicio educativo capaz de apoyar en forma sistemática y eficiente la adquisición funcional de la lecto-escritura y la aritmética elemental, así como los contenidos que refuerzan la identidad nacional, sirviendo a su vez como estímulo y elemento integrador para que haya una secuencia en la formación de este grupo de edad.

Debe reconocerse que las acciones realizadas por el INEA han sido significativas, logrando incrementar a nivel nacional la cobertura de este servicio y, en consecuencia, disminuir el índice nacional de analfabetismo de 12.4%<sup>35</sup> en 1990 a 9.8% en 1994<sup>36</sup>.

Con el propósito de elevar la cobertura y calidad de la educación, el INEA definió una regionalización de la problemática del analfabetismo y la caracterización de la población urbana y rural, lo que permitió una nueva formulación de los contenidos, orientándolos a diversificar las modalidades educativas, lo que posibilita una atención individual o grupal con apoyo de los medios de comunicación, radio y televisión, materiales impresos y la presencia de un asesor.

Sin embargo, a pesar de los avances registrados, en 1994 todavía existían alrededor de 3.7 millones de analfabetas que representaban el 9.8% de la población de 15 años y más. El 53% de la población analfabeta se encontraba en zonas rurales. De esta forma, de los casi 4 millones de población adulta indígena, más de un millón y medio son analfabetas, lo que representa una cuarta parte del total del

---

<sup>34</sup>. Idem.

<sup>35</sup>. Datos del IX Censo de Población y Vivienda de 1990.

<sup>36</sup>. COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ACCION. Op.cit. p. 158. (Tomado del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos. 1994.)

país. Tan solo en los estados más pobres (Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla y Veracruz) se concentraba el 64.3% del total de la población analfabeta.<sup>37</sup>

Con base en el IX Censo de Población y Vivienda de 1990, se reportaron estados con índices de analfabetismo muy por arriba del promedio nacional de ese entonces (21.4%), tales como Chiapas (30%), Oaxaca (27.5%) y Guerrero (26.8%), mientras que el Distrito Federal (4%), Nuevo León (4.6%) y Baja California (4.7%) están muy por debajo.

Cabe destacar que en este nivel educativo existe una diferencia importante de género en favor de los hombres. Del total de la población analfabeta, el 37.4% son hombres y el 62.6% son mujeres. Esta tendencia se agudiza todavía más en el Distrito Federal (75.2%), estado de México (69.8%) y Tlaxcala (68.0%).<sup>38</sup>

Las principales causas del analfabetismo están asociadas a los problemas que se van acarreado desde los niveles educativos anteriores, pues en la mayoría de los casos los adultos analfabetas llegan a esa edad sin haber cursado la primaria porque no tuvieron acceso a ella o bien porque desertaron en los primeros años para poder integrarse tempranamente a las fuerzas laborales por su situación económica. También se ha visto que otro factor que repercute en la alfabetización de los adultos es el fenómeno de la migración.

Como en el resto de los niveles educativos, el programa de educación para adultos ha tenido sus limitaciones presupuestarias, agudizándose en los periodos de crisis y repercutiendo en la calidad del servicio con la disminución de promotores, la disponibilidad de material didáctico, etc.

### **2.3. Acceso a agua y saneamiento básico**

Durante los últimos 10 años, México se ha esforzado para elevar el nivel de cobertura en agua potable y alcantarillado, aunque todavía se está lejos de cubrir totalmente las necesidades de la población, lo cual se confirma al revisar los datos oficiales que se tienen sobre el acceso a estos servicios.

El promedio de agua que se utiliza por persona al año es de 55 metros cúbicos, lo que equivale a 150 litros diarios por persona. Esto representa el doble del promedio mundial de consumo y rebasa por mucho lo generado en las plantas de tratamiento, pues la capacidad nacional estimada para el tratamiento de aguas residuales era de casi 34.8 litros por segundo en 1993, dando como resultado una disponibilidad apenas de 34 litros diarios de agua tratada por persona.

---

<sup>37</sup>. *Ibidem*, p. 156.

<sup>38</sup>. Datos del IX Censo de Población y Vivienda 1990.

Evidentemente el sistema de tratamiento de aguas residuales es insuficiente, si solamente el 25% de las aguas negras son tratadas.

Hasta fines de 1994 el 86.8% de la población nacional contaba con servicio de agua potable y el 70.1% con saneamiento. Aunque estas cifras parecen aceptables, todavía hay un 13% de la población (que equivale a casi 12 millones de personas) que no goza de los beneficios del agua y casi 30% que no cuenta con un sistema de disposición de excretas adecuado (más de 26 millones de personas).<sup>39</sup>

Los promedios nacionales antes mencionados no dan cuenta de las diferencias regionales de las coberturas, siendo éstas más acentuadas entre zonas rurales (menos de 2,500 habitantes) y urbanas (más de 2,500 habitantes). En 1993 la población rural era de 24.4 millones, de los cuales 14.3 millones tenían acceso a servicios de agua. El 70% de esa población se aloja en unas 90,000 localidades que no tienen más de 1,000 habitantes, "donde las condiciones sanitarias son realmente muy malas". En cambio, de los 62.9 millones de habitantes de zonas urbanas, casi el 97% tenía acceso.<sup>40</sup>

En el caso de la cobertura de saneamiento, las diferencias en las estadísticas son aún más acentuadas. Aunque la cobertura en servicios de alcantarillado en zonas urbanas es satisfactorio, alcanzando un 85.5%, en las zonas rurales es apenas de 25%, lo cual significa que más de 18 millones de habitantes en zonas rurales no tienen acceso a los servicios sanitarios.<sup>41</sup>

Con los datos anteriores se explica mejor el porqué del índice tan elevado de enfermedades y muertes de origen infeccioso intestinal. Actualmente no existe información sobre el impacto directo que tienen los servicios de agua y saneamiento básico sobre la disminución de esa morbimortalidad, aunque sí puede afirmarse que existe una relación directa entre la presencia de estos servicios y el descenso en el número de enfermedades y muertes a causa de enfermedades intestinales, sobre todo en los menores de 5 años.

Aunque tampoco hay estudios que muestren claramente los efectos del crecimiento poblacional en áreas suburbanas y las enfermedades causadas por la falta de servicios de agua potable y saneamiento, es un hecho que el crecimiento de la población nacional y el proceso de urbanización afectan el abastecimiento de los

---

<sup>39</sup> . COMISION NACIONAL DEL AGUA, Situación actual del Subsector agua potable, 1993, Tablas.

<sup>40</sup> . Fernando González Villareal, Agua para uso y consumo humano y agua residual, Conferencia del Director General de la Comisión Nacional del Agua en el Congreso Nacional sobre Salud, Medio Ambiente y desarrollo, México D.F., julio de 1994, p.13.

<sup>41</sup> . COMISION NACIONAL DEL AGUA, Op.cit. Tablas.

mismos, debido a que su demanda aumenta con una velocidad mayor a la capacidad institucional y presupuestaria.<sup>42</sup>

También es importante mencionar que los recursos no son distribuidos con equidad entre las obras de agua potable, saneamiento y alcantarillado, ya que si se observa el comportamiento del presupuesto para el Subsector, llama la atención el hecho que desde el año de 1989 ha habido un crecimiento notable en los recursos asignados a agua potable, en contraste con los asignados para alcantarillado. De esta forma, para 1994 el 71.5% del total de la inversión fue para el primer rubro, 21% para servicio de drenaje y 7% para tratamiento de aguas residuales.<sup>43</sup>

En este sentido, la distribución presupuestaria tampoco se ha tenido como prioridad a aquellas poblaciones que carecen de servicios y que son las más marginadas sino que, por el contrario, las áreas urbanas han disfrutado del mayor interés del gobierno y apenas el 25% de las inversiones de 1994 fueron aplicadas a las áreas rurales. De ese presupuesto, el 43% se concentró en la región norte del país y el resto se distribuyó en partes iguales en las otras regiones de México.<sup>44</sup>

Una de las razones por las que se ha dado esta orientación a los recursos es por los costos tan elevados de la construcción de sistemas de agua y saneamiento en áreas rurales dispersas, debido al tipo de tecnologías utilizadas, la transportación de los materiales, además de la carga del mantenimiento de los sistemas ya existentes.

De cualquier forma, podrían optimizarse recursos y abaratare costos si existiera mayor coordinación de todas las partes involucradas con el mantenimiento de las redes de agua potable y el mejoramiento de la disposición de excretas. La estructura organizacional de las Instituciones gubernamentales debería presentarse más clara y con tareas bien definidas.

La transferencia de responsabilidades a los municipios, involucrando también a la comunidad en las obras, mantenimiento y capacitación de los mismos, además de promover una fuerte integración de los proyectos de agua y saneamiento a los programas de Salud, el impacto de éstos sería mayor que el que se tiene en forma

---

<sup>42</sup>. En 1993, 71 de cada 100 mexicanos vivían en áreas urbanas mayores de 250,000 habitantes. (UNICEF, Bases para la Formulación del Programa de Cooperación del UNICEF con el gobierno de México, 1996-2001, 1995, p. 103). En este sentido, los procesos migratorios que ocurren en México han incrementado su impacto en el medio ambiente de esas zonas suburbanas, llegando a ser casi incontrolable.

<sup>43</sup>. COMISION NACIONAL DEL AGUA, Op.cit, tablas.

<sup>44</sup>. UNICEF, Op.cit, pp. 104 y 106.

separada. Esto se vería más reforzado aún si se implementaran programas de capacitación a los promotores, trabajadores locales y miembros de los comités de agua.

## 2.4. SITUACION DE LA MUJER

Dentro del proceso de transformaciones que ocurrieron en el país en las últimas décadas (migración, urbanización, industrialización, globalización comercial, etc.) el rol de las mujeres ha ido cambiando y se han ido incorporando a diferentes ámbitos de la vida social. Sin embargo, a pesar de que esas diferencias se han reflejado en el aumento de los niveles educativos y su inserción en el mercado, así como en el incremento del control de la fecundidad, las mujeres todavía ocupan una posición de desventaja comparada con la del hombre en los ámbitos de salud, educación, laboral, político, jurídico y social.

Estos cambios y desventajas a su vez están enmarcados en el contexto de una sociedad heterogénea e inequitativa donde claramente se expresan los contrastes en las condiciones de vida y en las posibilidades de desarrollo de las mujeres marginadas indígenas y/o de zonas rurales, respecto a las mujeres de altos ingresos, concentradas principalmente en las zonas metropolitanas.

Bajo estas consideraciones, es importante tener como punto de referencia la condición de la mujer en México, ya que tanto la posición socioeconómica como el nivel de educación de la madre juegan un papel determinante en la salud, crecimiento y desarrollo de los hijos.

Es un hecho que uno de los factores de riesgo más importantes en la prevalencia de enfermedades es la desnutrición. El estado nutricional de las mujeres en edad reproductiva tiene su origen en las condiciones de vida durante la niñez y la adolescencia. Según la Encuesta Nacional de Nutrición,<sup>45</sup> la tasa de desnutrición en las mujeres de 12 a 49 años era del 29% de la población total.

Dentro de la familia, la que menos come después del hombre y de los hijos es la mujer. Algunas investigaciones cualitativas muestran que existen jerarquías y preferencias en la alimentación y atención de la salud dentro de los hogares rurales, siendo las mujeres y las niñas las que ocupan lugares inferiores en la escala encabezada por los hijos varones.<sup>46</sup> En el caso de la población indígena, algunos estudios han detectado desnutrición universal entre las niñas al egresar de la

---

<sup>45</sup>. INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN". Encuesta Nacional de Alimentación en el Medio Rural, 1989.

<sup>46</sup>. Soledad González Montes, Mujeres y Salud. Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México, 1994.



escuela.<sup>47</sup>

La escasez de algunos nutrientes en las adolescentes y mujeres de grupos populares, el inicio temprano de su vida reproductiva y la paridad múltiple y poco espaciada determinan una sobremortalidad por anemia en las mujeres en edad reproductiva, al mismo tiempo que se dan carencias en el desarrollo infantil, sobre todo en el de los hijos de esas madres jóvenes, siendo eso mucho más marcado en las zonas rurales.

La profunda desigualdad socioeconómica que existe entre las mujeres mexicanas es el origen de los principales problemas de salud reproductiva que enfrentan los grupos más pobres y que se reflejan en las tasas de mortalidad materna según su nivel de marginación.

La mayoría de las muertes maternas son evitables debido al carácter de los padecimientos que afectan a las mujeres en estado de gravidez y durante el parto mismo. Una atención adecuada y oportuna posibilita la disminución de riesgos de manera considerable. Sin embargo, la oportunidad y eficacia dependen de múltiples factores que reflejan las desventajas de las condiciones de salud, educación, económicas y sociales de los sectores femeninos de la población, de lo cual dependerá en gran medida el acceso a la atención tanto prenatal como al momento del parto.

El proceso de embarazo, parto y puerperio expone a la madre y al producto a un gran número de riesgos biológicos, ambientales, sociales y económicos que oscilan desde secuelas mínimas hasta la muerte. En este sentido, las tasa de mortalidad materna ha experimentado cambios importantes respecto a décadas anteriores. En 1990 se registró una tasa de 5.4 por 10,000 nvr, en tanto que para 1993 la cifra fue de 4.6 por 10,000 nvr.<sup>48</sup> Cabe mencionar que en las estadísticas de mortalidad materna persisten subregistros e inexactitudes sobre las causas de muerte, las cuales no son exclusivas de las zonas rurales, sino que también se observan en los medios hospitalarios.

La mayor cantidad de las defunciones maternas ocurren en las localidades rurales con menos de 15,000 habitantes. El riesgo de morir a causa de una complicación relacionada con el embarazo o el parto es dos veces mayor en las localidades rurales que en las urbanas. En el estudio del Instituto de Salud Pública, se encontró que las localidades con menos de 2,500 habitantes concentran el 55% de las muertes maternas; las localidades de 2,500 a 20,000 habitantes el 17% y las áreas urbanas el 28%. Con ello se confirma que para las mujeres pobres la

---

<sup>47</sup>. INI. Diagnóstico de Salud y Nutrición en Albergues Escolares para Niños Indígenas. 1992.

<sup>48</sup>. SSA, Cifras relevantes. Mortalidad Materna. 1993. Anexo.

reproducción representa un gran riesgo, el cual puede estar asociado a la ubicación geográfica de los servicios, a la falta de recursos para recurrir oportunamente a ellos, además de los aspectos socioculturales propios que en muchas ocasiones obstaculizan el uso de dichos servicios. En el siguiente cuadro se ilustran mejor las diferencias a las que se hace referencia.

**Mortalidad Materna  
Según Nivel de Marginación - 1993**

NIVEL DE MARGINACION	Baja	Media	Alta	Muy alta
TASA DE MORTALIDAD*	5.31	8.48	12.16	25.71

\*Mueres maternas por 10,000 mujeres en edad fértil

Fuente: COLMEX. Las Mujeres en la Pobreza. 1994. (Del estudio realizado en el Instituto de Salud Pública en 1993).

Asimismo, existen grandes diferencias en el número de embarazos y de hijos que tienen las mujeres rurales frente a las urbanas y las menos escolarizadas con respecto a las de mayor grado de escolaridad. De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil de 1994, en las localidades de menos de 2,500 habitantes (rurales) las mujeres tienen un promedio de 2.8 hijos, en tanto que en las poblaciones de 2,500 habitantes y más (urbanas) el promedio es de 2.0 hijos por mujer.

En relación al nivel de educación de las mujeres, el promedio nacional de hijos por mujer en el grupo sin escolaridad es de 5.6, mientras que las mujeres que completaron la primaria tienen un promedio de 2.2 hijos y con estudios de secundaria o más sugieren una capacidad mayor para regular su fecundidad, alcanzando un promedio de 1.1 hijos por mujer.

**Promedio de Hijos Nacidos Vivos por región  
y nivel de escolaridad - 1994**

CARACTERISTICAS	REGION			TOTAL
	NORTE	AMCM	SUR	
ESCOLARIDAD				
Sin escolaridad	6.3	4.5	5.0	5.6
Primaria incompleta	3.9	4.1	3.6	3.8
Primaria completa	2.1	2.6	2.2	2.2
Secundaria y más	1.1	1.0	1.1	1.1
LOCALIDAD				
Menos de 2,500 hab.	--	--	--	2.8
2,500 y más hab.	--	--	--	2.0

Fuente: SSA. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1994.

Una de las manifestaciones más crudas de desigualdad socioeconómica entre las mujeres se refleja en el acceso a los servicios de salud, que impacta directamente en la mortalidad y morbilidad a causa del aborto, puesto que cuando éste se realiza en condiciones adecuadas y con las precauciones necesarias, representa un riesgo mínimo para la salud, mientras que para las mujeres de los sectores populares que no pueden pagar este tipo de servicios es causa de un elevado número de muertes y enfermedades. Lo grave de esta situación es que entre el 68 y el 76% de las mujeres que refieren haber recurrido a ello ha sido por sus bajos recursos económicos, tamaño excesivo de la familia o bajo nivel educativo,<sup>49</sup> lo que nos hace suponer que ha sido en condiciones no aceptables y que prácticamente su vida ha corrido un gran riesgo.

Aún cuando el aborto sigue siendo una práctica que causa polémica incluso hasta en el caso extremo de rechazarse aunque la vida de la madre esté en riesgo, es una realidad que alrededor de 20% de las mujeres embarazadas han experimentado un aborto y 5.6% ha tenido más de uno.<sup>50</sup> En la mayoría de las instituciones de salud esta práctica se ha ubicado entre las primeras diez causas de consulta de primera vez y de morbilidad hospitalaria.

<sup>49</sup>. UNICEF, Análisis de Situación. Salud y Nutrición en los Niños y Madres, México, 1995, p.28.

<sup>50</sup>. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 1994.

Debido a la carencia de servicios disponibles tanto de planeación familiar como para terminar de manera segura con un embarazo no deseado, uno de los componentes sustanciales de la mortalidad materna es precisamente el aborto realizado inadecuadamente. Precisamente a ese carácter clandestino, a los costos elevados y a la intervención de personal no calificado se le atribuyen entre el 20 y 30% de las muertes por aborto.<sup>51</sup>

Al respecto la CEPAL ha señalado que la ausencia de planificación familiar, de educación, información y comunicación son causas asociadas al aborto clandestino y embarazo adolescente y que ambos fenómenos se presentan como un agudo síndrome de inequidad.

Respecto a la educación de la madre, ésta juega un papel fundamental en la nutrición de los hijos, como se mencionó anteriormente. Aunque no se tienen datos muy recientes, existen algunos que relacionan ambos fenómenos y que pueden darnos una idea más clara del problema. La Encuesta Nacional de Nutrición de 1989 señala que la prevalencia en retardo severo del crecimiento es de 41.3% para los niños cuyas madres no tienen grado alguno de instrucción; de 23.5% con madres con primaria y de 8.3% con madres que alcanzaron un nivel de instrucción superior a la primaria.

Lo anterior se explica al revisarse los altos niveles de analfabetismo que persisten entre las mujeres y las diferencias por género en cuanto a los niveles de educación.

Como ya se mencionó en el apartado 2.1.2 sobre Educación, en 1990 el 62.2% del total de la población analfabeta eran mujeres, lo cual quiere decir que de cada 10 analfabetas, 6 son mujeres. Por entidad federativa, las proporciones más altas de analfabetismo femenino en relación al total de la población analfabeta se registraron en Oaxaca (65.7%), Chiapas (63.0%) y Guerrero (61.0%).<sup>52</sup>

De los 2.7 millones de mujeres que hablan alguna lengua indígena, aproximadamente la quinta parte (20.3%) es monolingüe. De esas mujeres que no hablan español, el 50.5% se localizan en los estados de Oaxaca y Chiapas. Existe una diferencia importante entre hombres y mujeres indígenas monolingües, ya que el 64.4% son mujeres contra un 35.6% que corresponde a hombres,<sup>53</sup> lo cual es una de las manifestaciones de la relegación de la mujer, sobre todo entre los sectores más marginados de la sociedad.

---

<sup>51</sup> . UNICEF, Análisis de Situación. Salud y Nutrición en los Niños y Madres, México, 1995, p. 28.

<sup>52</sup> . INEGI, IX Censo General de Población y Vivienda, 1990.

<sup>53</sup> . UNICEF, Análisis de Situación. La Mujer en México, 1995, p. 113.

Al revisar las matrículas escolares para los distintos grados de preescolar, primaria y secundaria no se encuentran diferencias sustantivas entre hombres y mujeres. Sin embargo, no se cuenta con información desglosada por sexo en cuanto a repetición escolar, deserción y eficiencia terminal, que es en donde se conoce que está el problema porque un mayor porcentaje de mujeres tienden a abandonar los estudios por verse inmersas en obligaciones del hogar o laborales a edades más tempranas.

En este sentido, el espacio de capacitación para el trabajo que se ubica entre el tránsito de la primaria a la secundaria, reporta una alta proporción de mujeres (69.9%), por lo que se deduce que un gran contingente de niñas no continúan sus estudios secundarios sino que se encaminan al campo laboral.

Al llegar al nivel medio, aparentemente la proporción de mujeres supera en 10% a la de los hombres.<sup>54</sup> Sin embargo, no debe perderse de vista que este nivel ofrece dos opciones que reproducen la desigualdad entre los dos géneros: las mujeres eligen mayoritariamente el bachillerato técnico profesional, que en cierta forma constituye una salida del sistema de educación formal, mientras que los hombres optan por el bachillerato general que posibilita la continuación de estudios superiores.

Lo anterior se acentúa en la proporción de ingresos por sexo a la licenciatura, ya que de cada 6 hombres inscritos, hay 4 mujeres. Esto se agudiza en la medida que el grado de estudios es más elevado, pues de cada 7 hombres que realizan el posgrado, sólo 3 son mujeres.<sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> . Ma. Luisa Tarres, et-al, Desigualdad en el Acceso de las Mujeres en Educación, Salud y otros medios de maximizar la conciencia de los derechos de la mujer y la utilización de sus capacidades, Informe de las organizaciones no gubernamentales para la Conferencia Mundial de la Mujer, El Colegio de México, México, 1994.

<sup>55</sup> . Ibidem

**Matrícula Escolar según nivel por sexo  
1990**

NIVEL ESCOLAR	MUJER (%)	HOMBRE (%)
PREESCOLAR	49.9	50.1
PRIMARIA	48.6	51.4
SECUNDARIA	46.5	51.5
PREPARATORIA	60.0	40.0
LICENCIATURA	40.3	59.7
POSGRADO	31.3	68.7

Fuente: Ma. Luisa Tarres, et-al, Desigualdad en el acceso de las mujeres a la educación, Informe de las Organizaciones no Gubernamentales para la Conferencia Mundial de la Mujer, 1994.

Como se habrá observado, la desigualdad de género en cuanto a las oportunidades de estudio es un hecho real que en mayor o menor medida afecta a las mujeres, dependiendo de su condición social, económica y cultural. Debe reconocerse el hecho de que esa inequidad educativa de la que hablamos frecuentemente va más allá de las características de cada escuela y de la condición material de cada mujer, ya que se extiende de manera sutil a la educación que cotidianamente se brinda a las mujeres en su entorno.

A pesar de las mejorías en los niveles de instrucción,<sup>56</sup> las mujeres todavía enfrentan problemas para lograr una participación proporcional en las oportunidades de empleo. Por lo general, a las mujeres se les exigen más años de educación que a los hombres para lograr acceso a las mismas ocupaciones a la misma edad.<sup>57</sup>

La división del trabajo entre los sexos es un patrón social que a las mujeres impone el trabajo doméstico, limita su acceso a recursos económicos y a los mercados formales de trabajo, segregándolas a ocupaciones de baja remuneración. No obstante, una de las tendencias más significativas en el mercado de trabajo ha sido la incorporación cada vez mayor de la mujer. En 1970 solamente una de cada 5 mujeres participaban en la vida económica, pero dicha participación se ha incrementado de tal modo que hacia 1993 una de cada 3 participa en el mercado de trabajo.<sup>58</sup>

<sup>56</sup> . La instrucción postprimaria pasó de 9.6% en 1970 a 40% en 1990.

<sup>57</sup> . CEPAL-UNESCO, Educación y Conocimiento. Eje de la Transformación Productiva con Equidad, Santiago de Chile, 1992.

<sup>58</sup> . UNICEF, Análisis de Situación. La Mujer en México, 1995, p. 131.

Sin embargo, los trabajos mayoritariamente desempeñados por mujeres son en el sector informal, de bajo nivel jerárquico y mala remuneración, lo cual implica no tener derecho a seguridad social y estar sometida a riesgos a la salud. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Empleo de 1993, el 47.6% de la población económicamente activa femenina ocupada era no asalariada. Esto hace referencia sobre todo a formas de autoempleo como respuesta a la crisis económica y la consecuente pérdida de poder adquisitivo. Cabe destacar que de las mujeres que trabajan, sólo el 1.5% son consideradas como patronas o empresarias.

Otro aspecto a tomarse en cuenta es que la relación entre el trabajo y la salud de las mujeres y niños, además de estar condicionada por las desigualdades socioeconómicas, los niveles de escolaridad y ocupacional, como se ha venido señalando a lo largo del presente trabajo, también depende de las posibilidades de cuidado alternativo para los hijos y de la relación de apoyo o conflicto con la pareja. En este orden de ideas, la incorporación del papel de la mujer como generadora de ingresos ha provocado desajustes en los roles sexuales tradicionales dentro de la familia y una sobrecarga de responsabilidades para ella.

Es importante destacar el incremento de la presencia de la jefatura femenina en los hogares como consecuencia de la migración tanto femenina como masculina, mayor longevidad de las mujeres, incremento de divorcios, prevalencia de madres solteras, abandono del padre de familia, etc. Según datos de 1990, el 17.3% del total de los hogares estaban encabezados por "jefas de hogar". La mayor concentración de esa jefatura femenina se encontraba en localidades de más de 15,000 habitantes, motivo por el cual se considera un fenómeno de carácter más urbano, reforzado por la migración.<sup>59</sup>

La mayor prevalencia de hogares con jefatura femenina en las entidades federativas se observa en Guerrero (20.4%), Morelos (19.1%), Oaxaca (18.8%) y Puebla (18.7%). Este hecho se asocia a la migración, ya que, sobre todo Guerrero y Oaxaca, son de los estados más expulsores de población en el país.

Sumado a la ausencia del ingreso del padre, las familias con jefas de hogar enfrentan un mayor riesgo de pobreza (por la discriminación de las mujeres en el trabajo, derivando en una menor remuneración con respecto a los hombres) y por lo tanto existe mayor probabilidad de reproducir esas mismas condiciones, afectando las posibilidades de desarrollo de los hijos.

Por otro lado, aunque la violencia en el seno de la familia ha existido siempre, sólo en los últimos diez años se ha reconocido que los abusos contra la mujer son un problema grave, tanto por su magnitud como por sus consecuencias. En 1993 se

---

<sup>59</sup>. GRUPO DE POLITICAS DE CONSULTA MIXTA DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS, Perfil Estadístico de la Población de México, (Versión preliminar), 1995.

atendieron 4,055 casos de violencia doméstica con diversas conductas que incluyen maltrato físico, psicológico y sexual. La misma fuente indicó que del 89.9% de los casos la víctima es una mujer, de las cuales el 38.8% tienen entre 21 y 30 años. En el 81.1% de los casos el principal agresor es el cónyuge.<sup>60</sup>

---

<sup>60</sup> . Datos proporcionados por el Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar de la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal.



### **3. EL IMPACTO DE LA COOPERACION DEL UNICEF CON EL GOBIERNO MEXICANO DURANTE EL PERIODO 1990 - 1995**

A partir de 1990, la cooperación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia con el gobierno mexicano tuvo un replanteamiento en función de los nuevos desafíos que anunciaron los compromisos asumidos por México en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, los cuales fueron plasmados en el Programa Nacional de Acción, que desde entonces fue el instrumento que rigió las líneas de acción en cada una de las áreas relacionadas con el mejoramiento de las condiciones de la niñez.

El apoyo del UNICEF se enfocó más que nada a trabajar en los programas presentados en el Programa Nacional de Acción, (teniendo como marco ético la Convención de los Derechos del Niño), en coordinación con las instituciones gubernamentales involucradas. Vale mencionar que la agencia de esta organización en México jugó un papel importante en la construcción de estrategias y acciones para alcanzar los objetivos de la Cumbre.

Por ello, debe reconocerse que, independientemente del apoyo financiero que el UNICEF pudiera haber otorgado, el valor real de la cooperación de un organismo internacional como éste radicó en que supo construir la capacidad institucional y la voluntad política para lograr un mecanismo de coordinación interinstitucional, aprovechar la infraestructura ya existente y potenciar los recursos del gobierno mexicano destinados a los programas sociales relacionados con la infancia.

Asimismo, esta nueva forma de programación de las actividades de la cooperación, es decir, a través de las metas y objetivos del PNA, les permitió a ambas partes llevar un control más preciso de los avances e ir adecuando las estrategias de acuerdo a las demandas que se fueron presentando en la dinámica de la realidad.

#### **3.1. El Programa Nacional de Acción**

Para comprender mejor el carácter y relevancia del Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia es necesario remontarse a la Declaración de los Derechos del Niño, cuando en 1959 la ONU la adopta como respuesta a la constante violación de los derechos de los niños, entendiéndose por éstos el derecho a la vida, a la educación, a la salud, a su condición de ciudadano, entre otros. No sería sino hasta treinta años después cuando hiciera propia la Convención sobre los Derechos del Niño.

En enero de 1991, en México, el Ejecutivo Federal en turno sometió dicha Convención a la aprobación del H. Senado de la República, la cual fue analizada y aceptada. De esta forma nuestro país ratificó su adhesión a la misma.

Hasta antes de 1990 los temas que habían reunido a los jefes de estado eran habitualmente de naturaleza geopolítica, económica, bélica o pacifista, conmemorativa de efemérides o simplemente por cumplir con la Asamblea que cada año celebran las Naciones Unidas desde 1945. Pensar en que pudiera llevarse a cabo una reunión de este tipo para tratar temas sobre la supervivencia y calidad de vida de los niños era casi insólito. Además, como producto de esas reuniones siempre habían surgido muchos acuerdos que no trascendieron por falta de compromisos de acción definidos.

En un intento de que no ocurriera lo mismo con la Convención sobre los Derechos del Niño, los Jefes de Estado de Canadá, Egipto, Mali, Pakistán y Suecia, junto con el de México, promovieron en el seno de las Naciones Unidas la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia que se celebró los días 29 y 30 de septiembre de 1990. A ella asistieron 71 Jefes de Estado y de Gobierno, representantes de 86 países observadores y el Secretario General de la ONU, lo que la convirtió en la reunión de conductores políticos más grande que hasta entonces hubiera abordado los problemas de la niñez.<sup>1</sup> La presencia simultánea de dignatarios de todo el orbe contrastó con las reuniones de bloques o de regiones, e inclusive hasta con los foros anuales de esa Organización ya que, por lo general, los temas son presentados mecánicamente.

Precisamente en esta reunión es donde las autoridades asistentes aprobaron la mencionada Declaración Mundial sobre Supervivencia, Protección y Desarrollo del Niño, así como un Plan de Acción que se comprometieron a impulsar en sus respectivos países, a través de la elaboración de Programas Nacionales de Acción, en los cuales quedarían suscritos un conjunto de objetivos y metas a alcanzar en el año 2000. De esta forma se daba concreción a los postulados de la Declaración.

La formulación y aplicación de los Programas Nacionales de Acción en Favor de la Infancia se constituyen en instrumentos centrales de traducción programática de los derechos de los niños, haciendo realidad los postulados y preceptos de la Convención.<sup>2</sup>

Por lo anterior, el Programa Nacional de Acción de México es un documento valioso como instrumento de sistematización de los propósitos del gobierno para asegurar la supervivencia, protección y desarrollo del niño y de la madre mediante

---

<sup>1</sup>. COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ACCION, Respuesta de México en Favor de la Infancia, 1994, p. 4.

Nota: De aquí en adelante se utilizarán las siglas PNA cuando se haga referencia al Programa Nacional de Acción.

<sup>2</sup>. COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ACCION, Tercera Evaluación, México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, febrero 1994, p.130.

acciones encaminadas a evitar la enfermedad aguda y la muerte; acciones preventivas dirigidas a proteger a los menores en circunstancias especialmente difíciles; y otras que estimulen y desplieguen a plenitud su potencial de desarrollo.

Es importante observar que esta idea no se limitó al ordenamiento por escrito de los problemas de la infancia y los correspondientes programas institucionales, sino que el cumplimiento de los compromisos de la Cumbre Mundial y las bases de operación del Programa Nacional de Acción fueron concebidas bajo cuatro intervenciones estratégicas que a continuación se resumen de la siguiente manera:

1. Instalación de una Comisión Nacional que sirviera como instancia de coordinación, la cual fue nombrada por el Presidente de la República e integrada por los titulares de las Secretarías de Salud y Educación Pública, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y de la Comisión Nacional de Agua (CNA), quienes a su vez coordinarían cuatro subcomisiones vinculadas a las áreas de salud, educación, saneamiento básico y asistencia a menores en circunstancias especialmente difíciles. La coordinación general de esta Comisión Nacional quedó a cargo del Secretario de Salud.<sup>3</sup>
2. Elaboración del Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia, en la que participaron más de treinta instituciones públicas. Fue presentado en forma oficial el 19 de noviembre de 1991 por el propio Presidente de la República. Una de las cosas que destacó durante dicho proceso fue la intención de coordinar y concertar para no duplicar programas ya existentes, sino que por el contrario, se aprovechara la coyuntura para vincular, articular y reforzar los objetivos, metas y estrategias contenidos en todos ellos, tratando de mantener en todo momento los lineamientos trazados en el Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994.<sup>4</sup>

Dentro de la perspectiva de asegurar la vida, bienestar y desarrollo de la niñez, el PNA retomó las siete metas prioritarias así como la mayoría de los objetivos y metas de apoyo que se acordaron en el Plan de Acción suscrito en la Cumbre Mundial:

---

<sup>3</sup>. COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ACCION, Cuarta Evaluación. México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, octubre 1994, p. 18.

<sup>4</sup>. Ibidem, pp. 17 y 23.

## Principales metas de Supervivencia, Protección y Desarrollo del Niño, del Programa Nacional de Acción de México

- 1 Reducir a la mitad la tasa de mortalidad infantil
- 2 Reducir a la mitad la tasa de mortalidad materna
- 3 Reducir a la mitad la tasa de malnutrición grave y moderada de los niños menores de cinco años
- 4 Acceso Universal a la educación básica y finalización de la enseñanza primaria para, al menos, 80% de los niños en edad escolar
- 5 Reducir la tasa de analfabetismo en adultos por lo menos a 50% del nivel registrado en 1990, con especial interés en la alfabetización de las mujeres
- 6 Acceso universal al agua potable y medios sanitarios de eliminación de excretas
- 7 Mejorar la protección de los niños y niñas en circunstancias especialmente difíciles

Fuente: SSA, Programa Nacional de Acción. México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, 1991, Cuadros.

Una vez constituida la Comisión Nacional, ésta debió dar seguimiento y evaluar al PNA elaborado, además de difundirlo e ir promoviendo paulatinamente la elaboración de los respectivos programas estatales y la formulación de acciones municipales en favor de la infancia. Para ello se instó a los responsables de los gobiernos estatales a emplear como enfoque más apropiado el de la planeación estratégica, pues de esta forma habría mayor flexibilidad y eficacia de maniobra ante las complejas y cambiantes circunstancias; se pretendía que este proceso fuera algo permanente, en función de los recursos, de los logros y de las posibilidades que se tienen en cada circunstancia.<sup>5</sup>

3. Seguimiento y evaluación periódica del PNA con la consolidación de un sistema de información apropiado, lo cual es fundamental para mantener su dinámica en función de las metas acordadas a mediano y largo plazo. Solo de esta manera sería posible tener esa constante retroalimentación durante la

---

<sup>5</sup>. Ibidem, pp. 24 y 25.

ejecución del mismo e ir ajustando, las estrategias operativas de acuerdo al avance, dirección e impacto del Programa. Asimismo, se definieron y concertaron interinstitucionalmente los indicadores pertinentes y factibles para adecuarlos al seguimiento de los objetivos y metas del PNA.

Para alcanzar esta finalidad, fue necesario consolidar un sistema de información de carácter participativo, interinstitucional e intersectorial que alimentara a la Comisión Nacional. Este flujo de información se conformaba por el Sistema Nacional de Información en Salud, Sistema de Información de la Secretaría de Educación Pública (Dirección General de Planeación, Programación y Presupuesto), Sistema de Información de la Comisión Nacional del Agua, Sistema de Información de la Subsecretaría de Egresos de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. También se integró material consolidado por los consejos y comisiones nacionales cuyos ámbitos de responsabilidad inciden en el bienestar del niño y de la madre.<sup>6</sup>

4. Reuniones periódicas de seguimiento presididas por el más alto nivel político de gobierno, concretándose el compromiso para la acción, con la realización de cortes cada seis meses para informar y evaluar los avances del Programa. Vale la pena mencionar, aunque sea brevemente, la trayectoria y el contenido de cada una de estas reuniones que se llevaron a cabo, porque eso nos permitirá conocer la evolución de las acciones del PNA hasta alcanzar los resultados reportados de los avances de las metas al finalizar el sexenio.

La primera reunión fue convocada y presidida por el Primer Mandatario el 7 de noviembre de 1990 y tuvo como objetivo coordinar las acciones para impulsar el cumplimiento de los compromisos que suscribió México en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia. Con esta reunión se marcó el inicio e institucionalización de las reuniones periódicas de seguimiento y evaluación, al mismo tiempo que se anunció la puesta en práctica de programas concretos para combatir algunas de las necesidades más apremiantes de la niñez.<sup>7</sup>

El 13 de junio de 1991 se efectuó la segunda reunión de seguimiento. En esta ocasión la Comisión presentó el documento "México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia", en el que se identificó y describió el perfil epidemiológico del grupo materno infantil, así como los programas nacionales y sectoriales que realizaban acciones directamente vinculadas con el bienestar del niño y la madre en las áreas de salud, educación, dotación de servicios públicos de saneamiento básico y asistencia social a menores en circunstancias

---

<sup>6</sup>. Ibidem, pp. 17 y 25.

<sup>7</sup>. Ibidem, p. 19.

especialmente difíciles.<sup>8</sup>

La tercera reunión fue el 19 de noviembre del mismo año. En ella finalmente se dió a conocer lo que es propiamente el "Programa Nacional de Acción", el cual se presentó como un documento de carácter normativo que articulaba a los programas ya existentes relacionados con los problemas de la infancia. Asimismo, el Presidente ordenó la determinación del gasto en favor de la infancia y la estimación de costos.<sup>9</sup>

En octubre de 1992 se realizó la cuarta reunión de evaluación, en la cual se presentó el "Primer Informe de Evaluación del Programa Nacional de Acción". En esta ocasión el Jefe del Ejecutivo dio instrucciones para la elaboración de Programas Estatales de Acción y la definición de acciones municipales en favor de la infancia, que sería la segunda fase, así como elevar a 80% la cobertura de uso de la Terapia de Hidratación Oral para finales de 1994.<sup>10</sup>

Durante la quinta reunión, celebrada el 6 de julio de 1993, se hizo entrega del "Segundo Informe de Evaluación del Programa Nacional de Acción" en el cual se destacó el avance logrado hasta entonces en materia de salud, incremento al presupuesto del gasto social, avances para abatir el rezago en educación, saneamiento básico y menores en circunstancias especialmente difíciles.<sup>11</sup>

El "Tercer Informe de Evaluación del Programa Nacional de Acción" se dió a conocer el 28 de febrero de 1994. A diferencia de los anteriores, en este documento se retoma al PNA como marco para medir los avances por metas concretas y en tiempos precisos.<sup>12</sup> Además, se reconoció la importancia de la participación de las entidades federativas para alcanzar los logros nacionales.

La presentación de la "Cuarta (y última) Evaluación" del período de cooperación con el expresidente Salinas de Gortari se llevó a cabo el 18 de octubre de 1994, en la que se hizo un balance general de los logros alcanzados en cada una de las metas prioritarias. Algo fundamental que se admitió durante esta evaluación fue que los logros nacionales reportados no daban cuenta de las actividades desarrolladas en los ámbitos estatal ni

---

<sup>8</sup>. Idem.

<sup>9</sup>. Idem.

<sup>10</sup>. Idem.

<sup>11</sup>. Ibidem, p. 22.

<sup>12</sup>. Ibidem, p. 22.

municipal, ni las acciones específicas realizadas por otras organizaciones sociales dedicadas a tareas de apoyo a la infancia.

Por otro lado, también destaca como acción relevante de México en beneficio de la niñez, la creación de un foro para propiciar la coordinación interagencial, el cual fue instalado en agosto de 1994 con la participación de la Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Agencia Interamericana de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América,<sup>13</sup> los que de alguna manera tuvieron un papel de aval en las acciones emprendidas por el gobierno mexicano en este terreno.

La instalación del Comité Interagencial, fue una forma de demostrar la voluntad de México para dar seguimiento no solamente a los compromisos de la Cumbre, sino que la misma línea también daba seguimiento a la Declaración de Tlaltelolco en Favor de la Infancia (1992)<sup>14</sup> y al Compromiso de Nariño (1994).<sup>15</sup> En ambos documentos se destaca la importancia de asegurar mecanismos adecuados de coordinación entre las agencias para apoyar las metas comprometidas por los países participantes en la Cumbre.

No cabe duda que la política salinista fue lo suficientemente hábil como para aprovechar este tipo de oportunidades que le permitían reforzar constantemente su posición política.

Debemos destacar que todo el proceso que acaba de describirse fue acompañado por el UNICEF. Como órgano responsable de Naciones Unidas para velar por el bienestar de la infancia a nivel mundial, jugó un papel de organizador y

---

<sup>13</sup>. La creación del Comité Interagencial en México es consecuencia de la reunión que estas organizaciones tuvieron en marzo de 1991 en la sede de las Naciones Unidas, durante la cual elaboraron y suscribieron un Memorandum de Colaboración Interagencial para aunar esfuerzos y desarrollar estrategias comunes para apoyar a los gobiernos en el cumplimiento de sus programas nacionales de acción. (COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ACCION, Op.cit., p. 188).

<sup>14</sup>. La Declaración de Tlaltelolco fue suscrita durante la Reunión Latinoamericana de Evaluación de los Programas Nacionales en Favor de la Infancia, celebrada en la ciudad de México en octubre de 1992, en la que destaca la intención de convertir a los Programas Nacionales de Acción en instrumentos de política social y componente básico de las estrategias de combate a la pobreza y reducción de las desigualdades sociales y culturales.

<sup>15</sup>. El Compromiso de Nariño fue el producto de la Segunda Reunión Americana sobre Infancia y Política Social celebrada en Santa Fé de Bogotá en abril de 1994, durante la cual los países ahí reunidos reafirmaron su compromiso de dar cumplimiento de las metas de supervivencia, protección y desarrollo de la infancia para el año 2000.

anfitrión en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia; a partir de entonces ha tenido la tarea de impulsar la elaboración de los Programas de Acción e instrumentar estrategias para ponerlos en marcha en cada uno de los países del mundo.

La colaboración estrecha de este organismo con el gobierno mexicano se ha extendido en casi todos los campos de acción relacionados con el PNA, como puede ser la construcción de las metas, el apoyo a los programas nacionales que se consideraron como prioritarios (sobre todo aquellos relacionados con la reducción de la mortalidad infantil)<sup>16</sup> y el impulso a la elaboración de los Programas Estatales de Acción.

Con base en ello, el Programa de Cooperación del UNICEF 1990-1995 estuvo basado precisamente en esas metas de la Cumbre y del Programa, las cuales se definieron para cada sector, grupo de edad y región. Gracias a esto también fue posible ir evaluando la programación en su proceso e impacto a través de la comunicación e intercambio de información con la Comisión Nacional para el Seguimiento y Evaluación en Favor de la Infancia.

El trabajo de la Agencia del UNICEF en México se ha orientado básicamente a brindar ayuda técnica para la formulación de estrategias y acciones e impulsar iniciativas que, con los limitados recursos que este organismo puede ofrecer en proporción al presupuesto gubernamental, han servido para reforzar o desatar procesos para ir alcanzando paulatinamente la consecución de las metas propuestas por el gobierno mexicano para el mejoramiento de las condiciones del niño y la madre.

De esta forma es como "el gobierno mexicano ha constituido el eje central del desarrollo de las acciones del UNICEF en México, en virtud de su infraestructura y los recursos que destina en materia social y que permiten a este organismo potenciar los fondos de su cooperación".<sup>17</sup>

En este sentido, debe reconocerse que el valor real de la cooperación de un organismo internacional como este ha radicado principalmente en que ha sabido construir la capacidad institucional y la voluntad política para aprovechar la misma

---

<sup>16</sup>. Los programas que más impulso tuvieron tanto por el gobierno como por UNICEF para lograr un gran impacto en la reducción de la mortalidad infantil fueron los relacionados con enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias y enfermedades inmunoprevenibles. Para ello se creó el Consejo Nacional para el Control de Enfermedades Diarreicas (CONACED), el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA) y el Programa Nacional para de Enfermedades Respiratorias Agudas (PRONAIRA).

<sup>17</sup>. UNICEF, Programa de Cooperación del UNICEF con el Gobierno de México, 1990-2001, 1995, p. 32.



infraestructura y los recursos gubernamentales asignados en materia social para potenciar los fondos de su cooperación, dirigidos a la ejecución del Programa Nacional de Acción.

### **3.2. Areas de acción**

Como se ha venido comentando al lo largo del presente capítulo, el objetivo central del Plan de Acción aprobado en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia es el de garantizar la supervivencia, protección y desarrollo de la niñez. Es por ello que el Programa de Acción de México fue diseñado de tal forma que sus áreas de acción pudieran abarcar los aspectos clave que permitieran impactar y dar respuesta a esos compromisos suscritos, adaptados a la realidad nacional.

A lo largo del período de cooperación 1990-1995, el UNICEF apoyó al gobierno mexicano prácticamente en todas las áreas de acción inicialmente concebidas en el PNA, aunque no en todas las actividades porque aunque generalmente estaban vinculadas con los planes nacionales de desarrollo y los correspondientes programas nacionales de cada sector, muchas de ellas también estaban incorporadas en las estructuras programático-presupuestales, lo que significa que en términos financieros la ayuda que pudiera proporcionar este organismo al lado de la asignación gubernamental sería prácticamente insignificante.

No obstante, el UNICEF de alguna manera respaldó algunas de esas actividades, contribuyendo al fortalecimiento de las capacidades institucionales para ir articulando progresivamente los programas sectoriales existentes. Gracias a ésto fue posible acercar paulatinamente las unidades de medida y las metas contenidas en la apertura programática con los indicadores acordados que expresaban los objetivos y metas en favor de la infancia.

Para efectos de este trabajo, a continuación se expondrán únicamente los programas del PNA en los que se aplicó la cooperación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia a las dependencias gubernamentales correspondientes.

#### **3.2.1. Supervivencia y desarrollo infantil**

##### **Programas vinculados a las áreas de salud y nutrición**

De acuerdo al Programa Nacional de Acción, "la supervivencia del niño sólo es posible si se le garantizan condiciones mínimas de salud desde la concepción, la vida intrauterina y la de los cinco primeros años postnatales; para ello resulta decisivo cuidar, a su vez, la salud de la madre durante las etapas de gestación y lactancia".

Asimismo, se considera que cualquier acción emprendida en favor de la supervivencia del niño tendrá valor real si contempla también la parte preventiva, es decir, que se le proteja del riesgo de enfermedad y muerte.

En este sentido, la esperanza de vida, la tasa de mortalidad infantil y la mortalidad según el tipo de causas que la originaron, son algunos de los indicadores que más claramente reflejan las condiciones materiales de la vida porque expresan el nivel de desarrollo alcanzado, así como del grado de organización social que da respuesta a los problemas de salud colectiva.<sup>18</sup>

Al respecto, Andrea Bárcena considera que uno de los aportes más importantes del UNICEF para una conceptualización humanista del "desarrollo", consiste en la utilización de la tasa de mortalidad infantil (TMI) como indicador de desarrollo económico y social, aún mucho más preciso que el tradicional PNB per cápita que utilizan los economistas, porque mientras que éste puede incrementarse debido sólo al enriquecimiento de una minoría de la población, la TMI sólo disminuye cuando efectivamente mejora la calidad de vida de la mayoría de la gente.<sup>19</sup>

Como es sabido, muchos de los problemas de salud que aquejan a la infancia pueden ser prevenidos o combatidos con medidas relativamente fáciles y poco costosas que tienen gran impacto. Partiendo de estas consideraciones, la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia fijó como meta prioritaria la reducción de la mortalidad infantil y de menores de 5 años. El compromiso de México en este aspecto fue reducir a la mitad las tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años en un lapso no mayor de 10 años, instrumentando para ello un conjunto de medidas específicas.

Para alcanzar dicho compromiso se adoptaron una serie de objetivos y metas de apoyo que también se incorporaron en el PNA. A continuación se mencionarán los concernientes a la salud y la nutrición infantiles:

---

<sup>18</sup>. COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PNA, Op.cit. p. 64.

<sup>19</sup>. Andrea Barcena, Textos de Derechos Humanos sobre la niñez, Comisión Nacional del Derechos Humanos, 1992, p 74.

Objetivos y metas de apoyo para la Supervivencia,  
Protección y Desarrollo del Niño

Salud Infantil

1. Erradicación mundial de la poliomielitis para el año 2000.
2. Eliminación del tétanos neonatal para 1995.
3. Reducción de 95% de las defunciones por sarampión y reducción de 90% de los casos de sarampión para 1995, en comparación con los niveles previos a la inmunización.
4. Mantenimiento de un alto nivel de cobertura de Inmunización (por lo menos 90% de los niños menores de un año para el año 2000) contra la difteria, el tétanos, el sarampión, la poliomielitis y la tuberculosis, así como el tétanos para las mujeres en edad de procrear.
5. Reducción de 50% de las defunciones como consecuencia de la diarrea en los niños menores de 5 años y de 25% en la tasa de incidencia de la diarrea.
6. Reducción de la tercera parte de las defunciones a raíz de infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 5 años.

Fuente: SSA, Programa Nacional de Acción. México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, 1991, Cuadros.

Nutrición

1. Reducción de 50% en los niveles de malnutrición grave y moderada registrados en 1990 entre los niños menores de 5 años.
2. Reducción de la tasa de bajo peso al nacer (2.5 kg. o menos) a menos de 10%.
3. Reducción de una tercera parte en los niveles de anemia por carencia de hierro registrados entre las mujeres en 1990.
4. Eliminación virtual de las enfermedades por carencia de yodo.
5. Eliminación virtual de la carencia de vitamina A y sus consecuencias, inclusive la ceguera.
6. Lograr que todas las mujeres amamanten a sus hijos durante 4 a 6 meses y continúen la lactancia con la adición de alimentos complementarios hasta bien entrado el segundo año.
7. Institucionalización de la promoción del crecimiento y su supervisión periódica en todos los países para fines del decenio de 1990.

Fuente: SSA, Programa Nacional de Acción. México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, 1991, Cuadros.

Estas metas adoptadas no son más que el reflejo del perfil de salud del grupo materno infantil que en México prevalecía en ese momento. El peso de las causas perinatales en la mortalidad neonatal era cada vez más importante, así como la persistencia de la desnutrición y la anemia entre las diez principales causas de mortalidad infantil y preescolar, incluyendo el incremento en los accidentes como causa de muerte en este último grupo.

Las enfermedades diarreicas continuaban siendo una importante causa de morbilidad y mortalidad en los menores de 5 años. En términos de incidencia y prevalencia sus niveles eran más elevados en aquellas entidades federativas con condiciones sanitarias deficientes. La mortalidad en esas regiones era hasta 2.6 veces mayor que en entidades cuyas condiciones eran más adecuadas.

En 1988 a esta causa era atribuible el 19% de las defunciones, cobrando 15,494 vidas a menores de 5 años. En cuanto a la tasa de morbilidad también por enfermedades diarreicas en menores de un año, en ese mismo año era la más alta para todos los grupos de edad, estando casi diez veces por arriba del promedio nacional.<sup>20</sup>

Durante 1988 se registraron alrededor de 11,000 muertes por infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años, de las cuales tres cuartas partes correspondieron a muertes en menores de un año. Además, esta causa ocupaba el primer lugar entre los padecimientos de notificación obligatoria en México, pero en el caso de los niños menores de un año la incidencia todavía se registraba cinco veces más que el promedio para todas edades.<sup>21</sup>

Algunas de las metas de apoyo que se refieren en los cuadros anteriores también hacen referencia a enfermedades inmunoprevenibles porque eran causantes de un alto índice de muertes en la población menor de 5 años. En 1988 la tos ferina fue la principal causa de defunción (226 muertes) por enfermedades de este tipo, de las cuales más de la mitad correspondieron a menores de un año. La segunda causa fue la tuberculosis con 189 defunciones, la tercera el sarampión con 49 defunciones, que por su comportamiento epidemiológico, en 1990 mostró una elevación importante, afectando a 84,647 personas, de las cuales las tasas de morbilidad más altas se registraron en menores de un año. Tuvo que ser controlada mediante una campaña de vacunación masiva dirigida a los menores de 5 años.<sup>22</sup>

---

<sup>20</sup> . SSA, Programa Nacional de Acción. México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, 1991, p. 30.

<sup>21</sup> . Idem.

<sup>22</sup> . Idem.

Aunque hasta entonces el Programa Nacional de Inmunizaciones había alcanzado logros considerables, las coberturas para los biológicos no eran las óptimas. Cuando fue realizada la Encuesta Nacional de Cobertura (ENCOVA) en el año de 1990 para conocer la situación epidemiológica real del país, los esquemas básicos de vacunación completos en preescolares apenas alcanzaban 46%.<sup>23</sup>

En cuanto a la desnutrición, las metas incluyen este problema porque en términos de mortalidad, para 1988 ocupaba el quinto lugar como causa de muerte infantil, con una tendencia ascendente porque la cifra para ese año fue 1.7 veces más alta que la registrada el año anterior.<sup>24</sup> Aunque en México algunas instituciones del Sector Salud recibían rutinariamente la información sobre la prevalencia del bajo peso, no se contaba con una estadística completa al respecto.

En el caso de la anemia, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Nutrición de 1989, se notaba un incremento conforme avanzaba la edad de las mujeres, alcanzando 19% entre las de 35 a 44 años de edad, lo que se asociaba al elevado número de partos por mujer.

A partir de la situación descrita puede decirse que se marcó el punto de partida del Programa de Cooperación 1990-1995 para trabajar por la supervivencia plena y el desarrollo óptimo de los niños mexicanos. En el PNA se sentaron las bases de los programas dirigidos a la atención de la salud materno infantil, con los cuales se impulsaron acciones que contribuyen al mejoramiento de la cobertura y calidad de la atención perinatal, el fomento de la lactancia materna y vigilancia del crecimiento y nutrición infantil.

Asimismo, se instrumentaron innovadoras estrategias que permitieron ampliar la cobertura de niños con esquema completo de vacunación, programas que promueven la participación de la madre y la familia en el autocuidado de la salud, sobre todo en la prevención y control de las enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, además de continuarse con los programas de planificación familiar.

El trabajo del UNICEF en este campo se enfocó a apoyar las políticas y estrategias operativas a través de los programas y proyectos prioritarios, poniendo mayor énfasis en acciones de atención integral de la salud, sobre todo en comunidades altamente marginadas o que no contaban con estos servicios. Este planteamiento contempló distintos niveles de apoyo que veían desde el impulso a las acciones de los distintos programas, hasta la promoción de la participación de la propia comunidad para lograr su autocuidado.

---

<sup>23</sup>. Idem.

<sup>24</sup>. SSA, Op.cit., p. 31.

En relación directa con la situación descrita, las acciones básicas que este organismo desarrolló brindaron apoyo a los programas de control de enfermedades prevenibles por vacunación, control y prevención de enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas, atención materno infantil y nutrición.

Respecto a los compromisos adquiridos en cuanto a prevención y control de enfermedades inmunoprevenibles, el gobierno estableció el Programa de Vacunación Universal. En 1991, por Decreto Presidencial se creó el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA), con lo que se fortalecería la concertación institucional para llevar a cabo la vacunación.

Las instituciones del Sistema Nacional de Salud formaron un equipo de trabajo, al que se integró el UNICEF. Su apoyo estuvo presente en diferentes planos. Desde el hecho de propiciar que poco a poco se logaran compartir los recursos interinstitucionales y el propio personal hasta que se comenzara la unificación de los sistemas de información y la compra de suministros para la red de frío y el diagnóstico del funcionamiento de la misma; también impulsó el sistema de supervisión y los mecanismos de promoción y participación comunitaria.

Otra estrategia fundamental para el éxito del Programa de Vacunación Universal y que también estuvo respaldada durante el período de cooperación que nos ocupa fueron las brigadas de vacunación conformadas para llegar a aquellos lugares en donde no hay servicios de salud. Estas a su vez se aprovechaban para fomentar y distribuir métodos de planificación familiar y el uso de la terapia de hidratación oral.

Para abatir el problema de las enfermedades diarreicas, al que se sumó el brote del cólera en México, se tomó como modelo la experiencia del Programa de Vacunación Universal, con lo que nuevamente se involucraba a las instituciones para compartir tareas y alcanzar los compromisos plasmados en el PNA, conformándose el Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas. Un poco después la coordinación de esas tareas adquirió un carácter de mayor prioridad y fue elevada al Consejo Nacional para el Control de Enfermedades Diarreicas (CONACED), también presidido por el Presidente de la República. En todo este proceso, las gestiones y el respaldo de UNICEF para la construcción institucional fue definitivo.

Una de las aportaciones más grandes del UNICEF a nivel mundial han sido las Sales de Hidratación Oral (Vida Suero Oral) para evitar las muertes por deshidratación durante los padecimientos por diarreas a las cuales, a través de su distribución y uso, puede atribuirse en buena medida la disminución drástica de la mortalidad infantil y preescolar por enfermedades diarreicas como es el caso de México.

Asimismo, prestó su apoyo a las acciones del CONACED para el fomento de la capacitación en el manejo adecuado de casos de EDA's tanto por el personal técnico, como por médicos públicos y privados, farmacéuticos, parteras empíricas, y desde luego, las propias madres. No menos importante fue el impulso a la instalación de Unidades de Terapia de Hidratación Oral (UDATHO ) en comunidades con altos índices de mortalidad por diarreas, la publicación de la Encuesta sobre Manejo Efectivo de casos de Diarrea en 1993 y la validación de los logros alcanzados por el programa en cuanto al cumplimiento de la meta de reducción de la mortalidad en 1994, como una de las Agencias internacionales que participaron en la evaluación externa efectuada.

Aunque el problema de enfermedades respiratorias agudas no era menos importante que los que hasta ahora se han mencionado, el Programa Nacional para Infecciones Respiratorias Agudas (PRONAIRA) tuvo menos impulso que los anteriores. No obstante, eso no significa que no se hubiera hecho un buen trabajo al respecto. De hecho, la colaboración del UNICEF con el Programa también fue muy estrecha e inclusive el peso relativo de la ayuda financiera fue mayor porque su presupuesto era más reducido.

Al respecto destaca el apoyo técnico y financiero en la capacitación a personal técnico y médicos con práctica institucional y privada para el manejo de infecciones respiratorias agudas (IRA's), así como en el material didáctico y de difusión (carpeta multimedia "Entrada Libre...Al Aire", carteles, volantes, dípticos, etc.); la participación en la creación de los Centros Regionales de Capacitación de los estados de Oaxaca, Tabasco, Zacatecas y Chihuahua, en el Taller Nacional de Evaluación de dichos centros y el impulso a la realización de estudios locales que propiciaron información de utilidad a nivel nacional.

También como parte de la capacitación se llevaron a cabo en coordinación con el PRONAIRA, los talleres interinstitucionales regionales y se distribuyeron entre las jurisdicciones sanitarias e instituciones del Sector las memorias de la Conferencia Internacional sobre IRA en el Marco de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia.

Entre otros de los apoyos brindados por el UNICEF al PRONAIRA destaca su participación en el grupo interinstitucional que elaboró la norma oficial mexicana para la prevención y control de las IRA's, cuyo objetivo fue unificar los criterios de atención en el manejo de los niños con este padecimiento, tanto en las unidades de salud pública como en las privadas.

De los programas de atención materno infantil y fomento a la salud también contemplados en el PNA, este organismo apoyó la participación de la comunidad en programas como "La Salud Empieza en Casa" orientado principalmente a las amas de casa de los sectores populares, quienes recibieron información básica sobre cuestiones de salud e higiene que les permita identificar enfermedades frecuentes en

los niños como la diarrea y las infecciones respiratorias agudas.

Como parte del fomento a la lactancia materna y el alojamiento conjunto de la madre y el niño, se impulsó el Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre que es un iniciativa internacional propuesta por el UNICEF y la Organización Mundial de la Salud. En México se logró que más de 84% de los hospitales del Sistema Nacional de Salud hicieran suya esta iniciativa. Para tal efecto, el trabajo de UNICEF México fue el de propiciar la participación de los médicos y trabajadores de la salud de hospitales públicos y privados y junto con la Agencia de la OPS certificaron que efectivamente se cumplieran los requisitos en prácticamente todos los hospitales de la República que adoptaron esa iniciativa.

Otra de las acciones que probaron tener gran impacto en la reducción de la mortalidad infantil, fueron las Semanas Nacionales de Salud que desde el inicio estuvieron apoyadas por el UNICEF, que se ha encargado de difundir la experiencia por todo el mundo.<sup>25</sup>

En el campo de la nutrición infantil, uno de los principales programas fue el de las Cocinas Populares, a través de las cuales se busca mejorar el nivel nutricional y propiciar el rendimiento del gasto familiar. En coordinación con el DIF Nacional y los gobiernos de las entidades federativas, el UNICEF proporcionó apoyo técnico y financiero a este proyecto porque se concibió "como un centro integral de actividades de desarrollo social que se basa en la organización y participación comunitaria, sobre todo de las mujeres..., además de potenciar acciones de bajo costo y gran impacto social".<sup>26</sup>

En resumen, la instrumentación de este conjunto de acciones sin duda contribuyó al descenso registrado en las tasas de mortalidad infantil y preescolar observada en el sexenio anterior. Fue notable el cambio en la estructura de la mortalidad por causas tanto en el grupo infantil como en el preescolar y el peso relativo de ellas en relación con la mortalidad general. Una idea más clara la da el hecho de que la reducción lograda significó, en términos concretos, haber evitado entre 1990 y 1993 la muerte de alrededor de 65 mil menores de 5 años.<sup>27</sup>

---

<sup>25</sup> . La estrategia de las Semanas Nacionales de Salud se basa en la aplicación de un paquete de intervenciones sencillas y de bajo costo, que combina acciones de capacitación a madres de familia en el uso de la Terapia de Hidratación Oral, aplicación de las vacunas del esquema básico de inmunización a niños menores de 5 años. En las zonas de alto riesgo también se suministra vitamina A y desparasitantes.

<sup>26</sup> . UNICEF, La Niñez Mexicana y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1995, p. 10.

<sup>27</sup> . COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ACCION, Op.cit. p. 64.



## Apoyo a la mujer

Conviene mencionar que se ha incluido este apartado dentro de los programas de Salud y Nutrición porque en el Programa Nacional de Acción los que prestan especial atención al bienestar de la mujer están enfocados a la salud reproductiva (y en menor medida a la educación) debido a que dentro de los objetivos y metas aprobados en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, se contemplaron específicamente esos aspectos, como puede observarse en el siguiente cuadro:

### Objetivos y metas de apoyo Salud y Educación de la Mujer

1. **Atención especial a la salud y nutrición de las niñas, las mujeres embarazadas y las madres lactantes.**
2. **Acceso a todas las parejas a Información y servicios para Impedir los embarazos demasiado tempranos, poco espaciados, demasiado tardíos/ demasiado numerosos.**
3. **Acceso a todas las mujeres embarazadas a la atención prenatal; acceso a personal capacitado para asistir en el alumbramiento y acceso a servicios de consulta para los casos de embarazo de alto riesgo y situaciones de emergencia obstétrica.**
4. **Acceso universal a la enseñanza primaria, con especial interés en las niñas y programas acelerados de alfabetización para las mujeres.**

Fuente: SSA, Programa Nacional de Acción, 1991, cuadros

La razón por la cual las metas para el mejoramiento de las condiciones de la mujer se centran en cuestiones de salud y educación, es porque se ha visto que ambos aspectos están relacionados y que repercuten directamente en el bienestar de sus hijos. No puede evitarse el hecho de concebir una salud infantil adecuada relacionada al estado de salud de la madre y su nivel de escolaridad.

En el caso concreto de la salud, dichos objetivos y metas reflejaban cómo en ese momento la mujer se veía seriamente afectada, sobre todo en los aspectos relacionados con la maternidad. Cuando se hizo el análisis de situación al momento de la elaboración del PNA, se observó que la tasa de mortalidad materna era de 5.8 por 10,000, a lo que además se agregaba el problema de la subestimación por la falta de registro de casos o bien por la modificación equivocada.

En la parte de la síntesis sobre este problema que presenta el mismo PNA se señala que dicha subestimación se calculaba en un rango de 24 y 45%. Un ejemplo típico al respecto es el aborto, debido a que en la mayoría de los casos es inducido ilegalmente y por lo tanto adolece de un registro adecuado, ya sea en el egreso o en la causa de muerte.

Para tener una idea más clara sobre la magnitud del problema, resulta interesante observar los siguientes datos. En el país cerca de 5 millones de personas carecían de acceso real a instalaciones permanentes médico asistenciales, de las cuales había aproximadamente 1.1 millones de mujeres en edad fértil que no se encontraban cubiertas permanentemente por programas de salud, lo cual va relacionado a que la mayoría de ellas habitaban en zonas rurales dispersas y de composición indígena. Tan es así que del total de partos atendidos, el 23.2% fue por partera tradicional y en el caso de las localidades con menos de 2,500 habitantes, ellas atendían más de 44.5% de los partos.<sup>28</sup>

Cabe mencionar que respecto al cuidado de la salud de la mujer, los programas que más fuertemente apoyó el UNICEF desde el punto de vista técnico y financiero durante el período de cooperación 1990-1995 con el gobierno mexicano (específicamente con la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Atención Materno Infantil), fueron los de Parteras Tradicionales y Posadas de Nacimiento. El interés del UNICEF por estos programas se debió a que por medio de acciones como éstas, de costo relativamente bajo era posible llegar a las zonas rurales dispersas que no cuentan con servicios de salud y de esta forma proporcionar algún tipo de atención materno infantil a un amplio sector de la población.

Obviamente que los factores que inciden en las condiciones de salud de la mujer durante su período reproductivo no podían estar satisfechos bajo las condiciones expuestas. Es decir, que ni la cobertura universal de la atención de salud, ni el acceso a servicios de salud materna de buena calidad capaces de garantizar una maternidad sin riesgo, han existido en forma adecuada y eficiente.

Sumado a lo anterior, no deben olvidarse las malas condiciones de nutrición y las carencias sociales de las madres, a las que en su conjunto puede atribuirse buena parte de las elevadas tasas de mortalidad infantil por causas perinatales y de mortalidad materna por causas obstétricas directas.

Por otro lado, la meta relacionada al control de la fecundidad se debe al hecho de que también existen varias formas en las que ésta incide sobre la salud materna e infantil. En México, la estructura de la población se concentra en jóvenes menores de 19 años, lo cual significa que están en posibilidad de ejercer una vida

---

<sup>28</sup> SSA, Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, 1987.

sexual activa que puede estar expuesta a embarazos de alto riesgo en mujeres menores de 20 años. El riesgo también es elevado en casos extremos, cuando los embarazos ocurren en madres que pertenecen al grupo de edad avanzada.

En este sentido, para contribuir con el cumplimiento del compromiso de mejorar la salud materno infantil, en el terreno de la planificación familiar se formó desde 1989 un Grupo Interinstitucional para el planteamiento de estrategias al respecto. Hasta 1990 el número de usuarios activos de métodos anticonceptivos había aumentado a poco más de 5.8 millones, lo que significó que de cada 100 mujeres, 42 estaban registradas como activas en planificación familiar.<sup>29</sup>

Sin embargo, como ya se comentó en el capítulo anterior, la distribución de estos promedios nacionales no ha sido homogénea, por lo que desde entonces ya era vigente la necesidad de ampliar y consolidar la infraestructura para atender la demanda de orientación y de métodos anticonceptivos.

#### **Programas vinculados al área de educación**

El criterio que predominó en el terreno de la educación durante el sexenio anterior fue el de la modernización educativa, quedando expresado en el Plan Nacional de Desarrollo e instrumentado con el Programa de la Modernización Educativa, el cual pretendía atender prioritariamente a la educación primaria, incluyendo la seguridad de la permanencia del educando en el proceso de enseñanza aprendizaje y su adecuada promoción de un grado a otro; impulsar la educación inicial y preescolar; así como brindar atención preferencial a los grupos sociales y regiones con mayores carencias, a los niños indígenas, a los habitantes de zonas rurales y urbano-marginadas.

A partir de los compromisos de la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos realizada en Jomtien, Tailandia en 1990, México hizo suyas las recomendaciones y dió un mayor impulso a la cobertura y eficiencia terminal de la Educación Básica, lo cual también se concretó en líneas de acción a través del Programa Nacional de Acción en el rubro de educación, que comprende los programas de educación básica y de adultos en lo que respecta a educación inicial, preescolar y primaria y a los servicios de alfabetización y educación comunitaria, por ser tareas directamente vinculadas al compromiso contraído en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia.

El PNA en la presentación de sus programas de educación plantea también la problemática enfrentada en 1990 y las orientaciones de política que constituían la guía de la modernización educativa, así como los problemas, objetivos, metas estrategias y líneas de acción de cada uno de los servicios educativos antes

---

<sup>29</sup>. SSA, Programa Nacional de Acción, 1991, p. 37.

mencionados. Es así como tomó forma la política para el cumplimiento de la Declaración Mundial sobre Supervivencia, Protección y Desarrollo del Niño, que en el campo de la educación básica establece los siguientes objetivos y metas aprobados durante la Cumbre:

**Objetivos y metas de apoyo para la Supervivencia,  
Protección y Desarrollo del Niño**

**Educación Básica**

- 1. Acceso Universal a la educación básica y enseñanza primaria completa a por lo menos 80% de los niños en edad escolar, bien sea mediante la enseñanza escolar o por la educación no formal, con un nivel de aprendizaje comparable, con énfasis en la reducción de las disparidades en la educación de niñas y niños.**
- 2. Reducción de la tasa de analfabetismo en adultos a por lo menos 50% del nivel que tenía en 1990, con especial atención en la alfabetización de mujeres.**
- 3. Ampliación de las actividades de desarrollo en la primera infancia, incluidas las intervenciones apropiadas y de bajo costo con base en la familia y en la comunidad.**
- 4. Mayor adquisición por parte de individuos y familias, de los conocimientos, técnicas y valores necesarios para vivir mejor, que se les han de propiciar a través de todos los cauces educativos, incluidos los medios de comunicación y acción social, modernas y tradicionales, cuya efectividad se medirá en función de los cambios en el comportamiento.**

Fuente: SSA, Programa Nacional de Acción, México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, 1991, Cuadros.

Al igual que en el caso de las metas aprobadas para el área de salud, en las de educación hay una estrecha relación con la situación prevaleciente en el momento en que se asumieron y se adaptaron para el país. A partir de entonces puede decirse que hubo un parteaguas en la forma de instrumentar la política social relacionada con el bienestar de la infancia. Es aquí donde prácticamente se ubica el punto de partida del período de cooperación en el área que se está analizando.

En el ciclo escolar 1990-1991 sólo se había logrado captar a 3.7% de casi 8 millones de niños que totalizaban la demanda potencial del nivel de educación inicial; más de un millón 300 mil niños de cinco y seis años que habitaban básicamente en

zonas rurales, indígenas y urbano-marginadas, no contaban todavía con el servicio de educación preescolar.<sup>30</sup>

Aunque ya para entonces se había logrado una universalización virtual de la educación primaria y únicamente restaba por atender a alrededor del 2% de la demanda potencial, la retención en ese nivel era insuficiente, pues apenas alcanzaba una eficiencia terminal de 57%. Además, el indicador promedio de la cobertura nacional no refleja las fuertes disparidades persistentes en las distintas regiones del país. Así, mientras la eficiencia terminal en el Distrito Federal era de 84.2%, en Chiapas era de 28.2%. En las zonas urbanas bien podía llegar a 80% pero en cambio en las rurales había zonas con 20% y hasta menos en las zonas indígenas.<sup>31</sup>

Buena parte del problema se debía a que un gran número de escuelas no ofrecían los seis grados. En 1990 por lo menos 21.9% del total de las escuelas eran unitarias y el porcentaje de escuelas que no atendían los seis grados fue de 15.2%, por lo que para muchos niños era prácticamente imposible completar los estudios de educación básica.

Cuando se llevó a cabo el diagnóstico del Programa para la Modernización Educativa, se observó que los planes y programas de estudio de la educación para este nivel se encontraban completamente desvinculados de los de preescolar y secundaria, además de que carecían de coherencia interna; los contenidos que eran excesivos, paradójicamente presentaban traslapes y lagunas.

Hacia 1988 existían en el país alrededor de 4.2 millones de analfabetas, lo que representaba un índice de analfabetismo de 8.1%.<sup>32</sup> Eso no significa que el grado de analfabetismo fuera uniforme en todo México, sino que por el contrario, en 1990, 12 entidades federativas concentraban el 57% de esa población. Mientras que el índice de analfabetismo en algunas de ellas oscilaba entre 2 y 3% en otras se elevaba hasta 15%. En zonas indígenas de alta dispersión bien podía llegar hasta 100%.<sup>33</sup>

En el caso de la educación comunitaria, la dimensión de las necesidades era (y sigue siendo) tan grande, que a pesar de todos los esfuerzos desplegados con la participación social y la colaboración institucional, se minimizaba la cobertura de atención. Los recursos financieros asignados para impulsar la capacitación e inducción de la organización comunitaria definitivamente fueron insuficientes para

---

<sup>30</sup>. SSA, Op.cit., p. 76.

<sup>31</sup>. Ibidem, p. 68.

<sup>32</sup>. Ibidem, p. 83.

<sup>33</sup>. Ibidem, p. 69.

llevar acabo las acciones planteadas.

Otra vertiente importante para la calidad de la educación está constituida por los materiales didácticos y de apoyo, los cuales además de insuficientes, requerían de reformas importantes.

Lógicamente el rezago en las construcciones escolares también era considerable. Tan sólo en la educación primaria en 1990 existían 23 mil espacios educativos pendientes de construcción.<sup>34</sup>

A partir de los compromisos de la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos, también los esfuerzos de UNICEF empezaron a apuntar en esa dirección, canalizándolos a través del apoyo a los programas del PNA encaminados a ampliar las oportunidades de cobertura y eficiencia terminal de la Educación Básica, con especial énfasis en la educación de la mujer.

La cooperación del UNICEF con el gobierno mexicano en el Sector Educativo se orientó al impulso de políticas que permitieran la formulación de estrategias para la optimización de los recursos tanto institucionales como de otras organizaciones internacionales como el Banco Mundial, así como de esfuerzos encaminados a alcanzar los objetivos y metas en cada uno de los niveles educativos.

En el caso concreto de la Educación Inicial, el apoyo se concentró en la capacitación de promotores en la modalidad no formal y participó en la implantación del Proyecto Piloto de Investigación en dicha modalidad, el cual es atendido por este organismo en coordinación con la Unidad de Educación Inicial de la SEP. Con este proyecto se esperaba reducir en 50% el tiempo de capacitación a padres de familia; registrar el desarrollo del niño en fichas elaboradas de acuerdo con una escala específica; sistematizar las experiencias de los padres de familia; realizar un seguimiento y evaluación permanentes del programa; crear el Comité pro-Niñez que se constituye como órgano representativo de la comunidad, cuya finalidad era apoyar a la Secretaría de Educación Pública en la implantación, operación y seguimiento del programa de educación inicial en la modalidad no escolarizada,<sup>35</sup> con lo que se logró una ampliación considerable de la capacidad de atención de este servicio.

Respecto a la calidad y eficiencia de la educación de ese nivel, también se procuró no dejarla de lado dándole un impulso sobre todo en la modalidad no formal, para lo cual se formuló el Proyecto para el Desarrollo de la Educación Inicial

---

<sup>34</sup>. *Ibidem*, p. 70.

<sup>35</sup>. COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ACCION, Segunda Evaluación. México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, julio 1993, p. 64.

(PRODEI). Los componentes que lo integraron se refieren al desarrollo de recursos humanos, de materiales educativos y al fortalecimiento institucional.<sup>36</sup>

El PRODEI es cofinanciado por el gobierno de México bajo la administración del Consejo Nacional de Fomento Educativo (CONAFE), UNICEF y algunos otros organismos internacionales como el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y el Banco Mundial.

Tomando como base la experiencia del nivel escolar antes mencionado, el UNICEF también colaboró con la propuesta de sistemas no formales de Educación Básica, además de la introducción de otros modelos alternativos y la elaboración de sistemas de seguimiento y monitoreo.

De igual forma, el UNICEF participó en la elaboración de propuestas técnicas para abatir el rezago educativo, además de auspiciar la asesoría de especialistas en educación, el apoyo en la producción de materiales didácticos y la sistematización de la experiencia en la educación comunitaria realizada por el Consejo Nacional de Fomento Educativo.<sup>37</sup>

Como se habrá apreciado, no solamente la salud refleja la falta de desarrollo social, sino que también la educación es un "termómetro" sensible que en el caso concreto de México sigue arrojando estadísticas sumamente preocupantes. No queremos decir con ésto que dejen de reconocerse los esfuerzos que se hicieron durante el período que se está analizando, tanto por el gobierno como por organizaciones no gubernamentales y agencias internacionales, como el caso concreto del UNICEF.

Sin embargo, el camino que se tiene que recorrer para alcanzar plenamente las metas comprometidas en el PNA para este rubro todavía es largo, sobre todo si recordamos que es un derecho constitucional y que para ejercerlo plenamente no basta con alcanzar un 100% de la cobertura de la demanda potencial, sino que también implica crear las condiciones adecuadas para lograr un rendimiento óptimo que permita alcanzar altos índices de eficiencia terminal y, sobre todo, garantizar la calidad.

Definitivamente deben redoblarse los esfuerzos para apoyar a la educación en México, tanto del gobierno como de las diversas organizaciones involucradas (incluyendo al UNICEF), no solo financieramente, sino también desde el punto de vista creativo y propositivo en cuanto a modelos educativos alternativos en todos los

---

<sup>36</sup>. *Ibidem*, p. 65.

<sup>37</sup>. UNICEF, La Niñez Mexicana y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1995, p. 11.

niveles, principalmente para aquellas poblaciones que verdaderamente se encuentran en el abandono. "Es necesario invertir en el futuro en lugar de hipotecarlo", como dice el UNICEF en una de sus publicaciones de Estado Mundial de la Infancia.

La educación no debe ser vista como un gasto o un consumo. Bien destaca Andrea Bárcena que el hecho de no invertir en esta área equivale a no enfrentarse con la crisis actual, garantizando más crisis para el mañana.<sup>38</sup>

### **3.2.2. Agua y saneamiento básico**

El Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994 plasmó como lineamiento prioritario la atención a una de las demandas más urgentes de la población de ese momento, que era la de cubrir los rezagos existentes y atender las crecientes demandas en los servicios de agua potable y alcantarillado, en el marco de la descentralización y el fortalecimiento municipal.

En respuesta a ello, en 1989 fue creada la Comisión Nacional del Agua (CNA) y en 1990 se crea el Programa de Agua Potable y Alcantarillado como instrumento rector de las actividades del subsector en la materia. El surgimiento de un programa como este fue de suma importancia porque la solución para el mejoramiento de los servicios de agua potable, alcantarillado y saneamiento no dependía únicamente de contar con recursos para la inversión en infraestructura para la expansión de los sistemas, sino que requería de un enfoque integral, sectorial y selectivo. El deterioro funcional de los organismos operadores era más que evidente, situación que también se reflejaba en la baja capacidad técnica para la operación, el mantenimiento y la contratación de servicios, así como en la falta de una visión global de las propias necesidades del sector.

La instrumentación de este programa contribuiría a mejorar la salud, sobre todo la de los niños, por lo que también se sumaba a los esfuerzos para incidir en la reducción de enfermedades gastrointestinales y apuntaba en la misma dirección para alcanzar las metas suscritas en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia que a continuación se señalan:

---

<sup>38</sup> . Andrea Barcena, Op.cit., p. 75.



Objetivos y metas de apoyo para la Supervivencia,  
Protección y Desarrollo del Niño

Agua y Saneamiento

1. Acceso Universal a agua potable.
2. Acceso Universal a los medios sanitarios de eliminación de excretas.
3. \*Eliminación de la enfermedad del gusano de Guinea (dracunculiasis) para el año 2000.

Fuente: SSA, Programa Nacional de Acción, México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, 1991. Cuadros.

\* Esta última meta no aplica para el caso de México, pero de cualquier forma se incluye para tener una visión completa de los compromisos que se suscribieron en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia.

El punto de partida al momento de suscribir las metas arriba mencionadas implicaba todo un reto no sólo por la necesidad de optimización de recursos financieros, sino también de organización interinstitucional, técnico y operativo, que finalmente se reflejaba en el panorama que presentaba la deficiente cobertura de estos servicios, pues hacia 1990 el 24% de la población no contaba con un sistema formal de agua potable y 50% no contaba con un saneamiento adecuado.<sup>39</sup>

A su vez, ésto era un factor más que contribuía a acentuar las fuertes disparidades entre grupos poblacionales, por la forma tan inequitativa como ambos servicios estaban distribuidos. En las colonias populares de las zonas urbanas se encontraban los mayores rezagos en los servicios de saneamiento básico; 10 millones de habitantes carecían de servicio de agua y 15.5 millones de alcantarillado,<sup>40</sup> lo que generaba fuertes problemas sanitarios que repercutían directamente sobre la salud de la población, sobre todo en la de los niños por ser los más vulnerables.

---

<sup>39</sup>. COMISION NACIONAL DEL AGUA, Metas Nacionales del Subsector Agua Potable y Alcantarillado, 1990.

<sup>40</sup>. Idem.

Respecto al medio rural, ni siquiera estaban plenamente identificadas las poblaciones en las que la falta de agua era aguda o su acceso a ella era dificultoso, sobre todo en aquellas con menos de 500 habitantes, dispersas en grandes superficies. Además, el problema no solamente residía en la falta de una infraestructura y tecnología adecuadas, sino también en la carencia de apoyos permanentes en la operación, mantenimiento y administración en los sistemas ya existentes en poblados con 500 a 2,500 habitantes donde era frecuente encontrar obras semi-abandonadas o fuera de operación por falta de refacciones o manejo inadecuado de las instalaciones.<sup>41</sup>

El caso de la cobertura de servicios de agua y saneamiento en las poblaciones indígenas era alarmante. El propio Programa Nacional de Desarrollo de los Pueblos Indígenas 1991-1994, indicaba que la mayoría de estos grupos asentados en el medio rural carecía de agua potable intradomiciliaria. En este sentido, el Programa Nacional de Acción de México menciona los datos de una encuesta realizada por el subsector en 945 localidades comprendidas en 106 municipios de los estados de Chiapas, Nayarit, Sonora y Yucatán, de las cuales sólo 382 contaban con sistema de abasto de agua entubada. De esos sistemas existentes, la mayoría carecía de red domiciliaria, 70% requerían de ampliación, 20% de rehabilitación y en el 64% de los casos su funcionamiento era parcial e irregular.<sup>42</sup> Con una situación sanitaria tan deficiente, lo único que podía esperarse era un estado precario de las condiciones de salud de esos grupos indígenas.

En la situación expuesta podrá observarse que la tarea de brindar acceso a los servicios de agua potable y saneamiento adecuado no era fácil y se complicaba aún más en la medida que las poblaciones se encuentran más alejadas y dispersas. Son precisamente esas poblaciones las que tendrían menos probabilidades de que algún día les sean proporcionados sistemas de agua o de eliminación de excretas; menos aún de poder contar con un mantenimiento adecuado en caso de llegar a obtenerlo.

Para dar orientación a la cooperación con el gobierno mexicano hacia el logro de las metas comprometidas en el PNA en este sector, el UNICEF tomó en cuenta los elementos antes mencionados y llegó a la conclusión de que la única forma de lograr un impacto con sus limitados recursos en ese tipo de comunidades apartadas y con pocos habitantes, era focalizando. Es decir, que en el marco de los Programas Estatales de Acción, también inscritos en los compromisos de la Cumbre y en coordinación con algunos de los gobiernos de los estados más atrasados, este organismo llevó a cabo un proceso de selección de localidades altamente marginadas o que registrarán un elevado número de defunciones infantiles por

---

<sup>41</sup>. SSA, Op.cit., p. 91.

<sup>42</sup>. Idem.

enfermedades diarreicas. Para ello fue necesario crear mecanismos de coordinación y colaboración de las instituciones tanto del nivel nacional como de las instituciones estatales.

En los estados en los que se concentró la mayor parte de la cooperación para el Programa de Agua y Saneamiento básico fueron Oaxaca, Guerrero y Chiapas. Sus acciones consistieron en construir sistemas de agua para el consumo humano, instalación de letrinas y cloración del agua, lo cual siempre iba acompañado del impulso a la participación comunitaria, la organización y capacitación de los beneficiarios en el uso y mantenimiento adecuado, así como la adopción de tecnologías apropiadas, incluyendo la utilización de materiales de la zona.

El Programa de Agua y Saneamiento que apoya el UNICEF es uno de los que mayor tradición e importancia ha tenido en la Cooperación porque su enfoque no está limitado únicamente a la instalación de los servicios, que sería el equivalente a brindar apenas la mitad del beneficio. El funcionamiento de un sistema de agua en una comunidad debe ser visto junto con otras ventajas adicionales, ya que disminuye la carga de trabajo que afecta particularmente a las mujeres y a los niños en el acarreo de agua para uso doméstico y contribuye a modificar los hábitos de higiene y alimenticios de los habitantes.

Al lado de las acciones vinculadas a este programa, el UNICEF procuró que en la planeación y ejecución de las acciones paulatinamente se fueran incorporando componentes de salud, nutrición, educación, participación comunitaria y apoyo a la mujer, propiciando de esa forma una visión integral del desarrollo social y humano. Un ejemplo es la formación de Comités de Salud para el desarrollo de acciones comunitarias orientadas al mejoramiento del medio y saneamiento básico, que al mismo tiempo forman parte de las estrategias del Programa Nacional para el Control de Enfermedades Diarreicas. Medidas como ésta se han traducido en la reducción de las enfermedades gastrointestinales que afectaban principalmente a los niños.

Es evidente que mientras subsistan núcleos poblacionales que carezcan de los servicios elementales, no podrá darse cumplimiento a las metas de desarrollo y bienestar. Difícilmente podría pensarse en un avance hacia el bienestar social de la niñez mexicana, si en el caso del vital líquido y las condiciones sanitarias no se mejoran los servicios vinculados con el acceso, hasta lograr un desenvolvimiento adecuado de la vida cotidiana.

### **3.2.3. Menores en circunstancias especialmente difíciles**

Bajo este rubro el PNA ubica al grupo de niños que padecen las consecuencias de una patología social y económica que indudablemente se observa en nuestro país. Dada su naturaleza, las causas del problema son múltiples y algunas de sus manifestaciones se derivan de la miseria, la falta de estímulos y

oportunidades, desempleo, alcoholismo, violencia, desarraigo y enajenación que dan como resultado a niños abandonados, maltratados, víctimas de la comisión de delitos, de y en la calle, infractores, farmacodependientes, jornaleros migrantes, indígenas en situación de extrema pobreza, repatriados y trabajadores.

Especial mención merece el caso de los menores minusválidos, a quienes además de su situación de incapacidad, se añade, en el mejor de los casos, el rechazo social y en el peor, las condiciones sociales y familiares que condicionan la existencia del resto de los grupos mencionados.

Cuando se elaboró el PNA era prácticamente imposible disponer de cifras confiables sobre el número de niños que sufren maltrato, son infractores, consumen drogas, trabajan en el sector informal, están en la calle o viven en ella, por lo que los compromisos adquiridos por el gobierno mexicano no fueron precisos y no se establecieron metas cuyo cumplimiento se determinara con base en un porcentaje de esa población. Ante esta situación, los compromisos se orientaron a atender cada vez más la totalidad de la demanda, a buscar soluciones de amplia cobertura y bajo costo, así como a fomentar la concertación entre los organismos gubernamentales que atienden a cada grupo.<sup>43</sup>

A continuación podrá observarse y confirmarse que la meta comprometida en el PNA para esta categoría es sumamente vaga. En realidad, este programa se fue construyendo sobre la marcha, a través de la conjugación de experiencias y esfuerzos de instituciones que, aunque tienen propósitos y funciones disímboles, tenían una misión común: el mejoramiento de las condiciones de los menores en circunstancias especialmente difíciles.

### **Objetivos y metas de apoyo para la Supervivencia, Protección y Desarrollo del Niño**

#### **Menores en circunstancias especialmente difíciles**

- 1. Ofrecer mejor protección a los niños en circunstancias especialmente difíciles y eliminar las causas fundamentales que conduzcan a tales situaciones.**

Fuente: SSA, Programa Nacional de Acción, México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, 1991, Cuadros.

<sup>43</sup>. SSA, Op.cit. p. 104.

De esta forma, las contribuciones y logros en el mejoramiento de la calidad de vida de esos niños fue medida en función de los alcances de las propias actividades y proyectos que se realizaron.

Desafortunadamente los esfuerzos en materia de educación, empleo, salud e infraestructura urbana han sido rebasados por la propia demanda, que ante la incapacidad de ser satisfecha, abre un campo fértil para la manifestación activa de conductas disfuncionales y antisociales.

No obstante, el problema se manifiesta de diferente forma dependiendo de la ubicación geográfica y el contexto familiar donde se encuentre el menor, así como los múltiples factores que se mencionaron anteriormente. Ante esa situación, en 1991 el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), en coordinación con las diversas instituciones y el apoyo del UNICEF, realizó el diagnóstico de la patología social que propicia la existencia de estos menores en circunstancias especialmente difíciles.<sup>44</sup> A partir de la sistematización de la información fueron dadas a conocer las 12 categorías que conforman esta vertiente del PNA.

El producto final, que fue el Informe de ese diagnóstico, significó un gran avance en la materia porque a partir de entonces fue posible identificar las vertientes de acción para procurar una mejor atención a los menores que ya se encuentran en esas condiciones, así como impulsar estrategias para que, en la medida de lo posible, pudieran modificarse las circunstancias educativas, sociales y económicas causantes de su existencia.

En este orden de ideas, resulta necesario señalar brevemente las características de cada una de las categorías que conforman este programa del PNA, de tal forma que pueda identificarse bajo la misma metodología la problemática que atañe la dolorosa existencia de estos niños.

La intervención institucional para los **Menores Atendidos con Acciones Preventivas** se concentra a través del Programa Preventivo para el Desarrollo Integral del Adolescente, el cual atiende a jóvenes entre 12 y 19 años que habitan en zonas marginadas tanto urbanas como rurales del país. El apoyo proporcionado a los adolescentes ha consistido básicamente en otorgarles la disponibilidad del paquete informativo sobre áreas prioritarias de desarrollo (salud, educación, desarrollo personal, capacitación para el trabajo y recreación).<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup>. COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PNA, Cuarta Evaluación. México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, octubre 1994, p. 185.

<sup>45</sup>. COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PNA, Op.cit, p. 187.

La colaboración del UNICEF durante el Programa de Cooperación para esta categoría se concentró en apoyar al DIF en la capacitación de personal de las Secretarías de Educación Pública y Gobernación, coordinadores de bandas juveniles del Distrito Federal, pasantes de medicina y nutriólogos.

El problema del **Niño de y en la Calle** se ubica principalmente en las zonas urbanas de la República Mexicana y se manifiesta a través de la proliferación de menores que se dedican a actividades de boleros, tragafuegos, limpiaparabrisas, vendedores ambulantes, payasitos y otras tantas actividades que les permitan obtener algún ingreso para ayudar a sus familias o para subsistir ellos mismos. Algunos de estos menores incurrir en actividades penadas como el robo, la prostitución y la drogadicción.<sup>46</sup>

El PNA sitúa a los niños callejeros entre los 6 y los 18 años y los clasifica en tres grupos: 1) Niños en la calle. Son aquellos que desempeñan actividades de subempleo para contribuir económicamente al ingreso familiar. No han roto el lazo familiar pero manifiestan irregularidades en el ámbito escolar. En una primera aproximación se calculaba el 90% del total. 2) Niños de la calle. Son los menores separados totalmente de sus familias; su habitat y su medio de vida están en la calle. Son presas fáciles de conductas antisociales o explotación y han desertado completamente de la escuela. Las cifras preliminares ubicaban a 10% de todos los niños en las calles. 3) Menor en riesgo. Cuando un niño pertenece a una familia en condiciones precarias, corre el riesgo de ser expulsado del seno familiar o a salir a la calle a realizar alguna actividad para contribuir al sostén de la familia. Muchas veces la calle les ofrece un ambiente menos agresivo.

Anteriormente no era posible obtener cifras confiables respecto al número de menores de cada uno de los grupos señalados. Es por eso que para conocer la magnitud del problema y sus características específicas se logró, a través la participación interinstitucional, la realización del Estudio de los Niños de la Calle de la Ciudad de México.

A nivel institucional, el punto focal de atención está en el DIF con el Programa Menores en Situación Extraordinaria (MESE), el cual también es apoyado técnica y financieramente por instituciones del sector público y privado, así como organismos internacionales como el UNICEF y Radda Barnen. De este esfuerzo conjunto destacaron acciones que lograron un impacto social que se reflejó en la participación activa y consciente de los menores en actividades de beneficio individual y familiar, tales como impartición de cursos, instalación de talleres, edición de publicaciones y realización de eventos de coordinación y difusión.

---

<sup>46</sup>. SSA, Programa Nacional de Acción, 1991, p. 110.

La definición que el PNA otorga a la categoría de **Menores trabajadores** está basada en la Ley Federal del Trabajo, la cual considera que son personas mayores de catorce años pero menores de dieciocho que prestan sus servicios a una persona física o moral, con trabajo personal subordinado a cambio de un salario. Por ello, se consideran a su vez dentro del grupo de menores en situación de mayor riesgo.

Con base en la información de la Encuesta Nacional de Empleo de 1988, se calcula que para ese año más de 800 mil menores realizaban alguna actividad económica antes de la edad mínima permitida. Además se encontró que existían 1.3 millones de menores económicamente activos entre catorce y quince años, a quienes les es permitido el trabajo pero con algunas limitaciones.<sup>47</sup>

Entre los factores que inducen a los menores a incorporarse al mundo del trabajo, el más importante está constituido por las necesidades económicas de su núcleo familiar que, a su vez, están determinadas por una serie de razones socioeconómicas. Llama la atención que las entidades federativas de más desarrollo industrial concentran el mayor número de menores que trabajan en empresas de la jurisdicción federal.

Del trabajo que se realizó para ayudar a mejorar las condiciones de estos menores destaca la formulación de medidas de protección y seguridad laboral, así como el control y la supervisión de su cumplimiento; establecimiento de convenios con las empresas para fomentar que los menores sigan estudiando, reciban servicios de salud y otras prestaciones importantes; impulso a la creación de espacios de asistencia social, destacando la creación del Centro de Apoyo al Menor Trabajador de la Central de Abastos; así como diversas acciones de protección de los menores que trabajan en las calles. Las instituciones más activas en esta tarea fueron la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y el Departamento del Distrito Federal.

Se clasifica como **Menor maltratado** a " aquel que es objeto de violencia física, emocional o ambas, por actos de acción u omisión intencional que le producen lesiones físicas, mentales, muerte o cualquier otro daño personal, provenientes de sujetos que , por cualquier motivo, tienen relación con él en su período de vida comprendido entre su nacimiento y el principio de la pubertad".<sup>48</sup>

Este problema que afecta a la población infantil no es exclusivo de una clase social y, hablando en términos legales, es uno de los delitos que se presenta con mayor frecuencia. Sin embargo, los datos que se tienen al respecto no son precisos ya que muchos de los casos de maltrato no son denunciados, pues aunque las

---

<sup>47</sup> . SSA. Op.cit, p. 114.

<sup>48</sup> . Ibidem, p. 118.

instituciones que atienden esa problemática llevan registros de casos denunciados, las cifras con que se cuenta reflejan solamente una parte de este complejo problema.

El maltrato al menor es un fenómeno en el que intervienen diversos aspectos (legales, sociales, familiares, médicos y psicológicos) y por lo tanto la atención del mismo se instrumentó a través de diferentes instituciones: Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal y Procuradurías estatales. El Ministerio Público de Justicia del Distrito Federal interviene cuando se denuncian las agresiones físicas severas al menor y en cuanto a la atención psiquiátrica y psicológica, es facilitada por el Instituto Nacional de Salud Mental (INSAME).

No obstante, cabe destacar que debido a las características propias de las familias maltratadoras, frecuentemente se encuentran obstáculos que impiden el tratamiento y corrección del problema por lo que la situación misma exige llevar a cabo un trabajo mucho más profundo para lograr el cambio de actitud desde el seno familiar.

Los **Menores farmacodependientes** son presa de una enfermedad cuyos orígenes son multicausales a nivel individual, familiar y social. Lógicamente las condiciones de riesgo son distintas, según el entorno en el que se desarrollan esos niños.

Los datos que se tenían en el año de elaboración del PNA al respecto provienen de una investigación a nivel nacional que elaboró una organización llamada Centros de Integración Juvenil A.C., con base en indicadores de riesgo que permitieron identificar 154 municipios y delegaciones propicias para la aparición de este fenómeno. Asimismo, el estudio subraya que el 51% del total de la población tenían entre 0 y 19 años, de los cuales aproximadamente 23.7 millones radicaban en esos municipios identificados de riesgo.

De este mismo organismo, los estudios epidemiológicos señalaron que el 85% de los usuarios que se iniciaban en el consumo de drogas tenían entre 10 y 19 años.

En este orden de ideas, la Encuesta Nacional de Adicciones de 1988 reportaba que en México, de cada cien personas entre 12 y 65 años, cuatro habían experimentado alguna vez con drogas. Esta encuesta también reveló que los inhalables empezaban a consumirse entre los 12 y los 17 años, mientras que la marihuana y los alucinógenos, entre los 18 y los 25 años.

Ante la situación brevemente expuesta, en el Programa quedó establecido que para el tratamiento de los menores con este tipo de problemas sumarían esfuerzos el Consejo Tutelar para menores Infractores, Departamento del Distrito Federal, Patronato Nacional de Promotores Voluntarios, Procuraduría General de la República,



Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Secretaría de Salud y Centros de Integración Juvenil, A.C., cuyas acciones están basadas en gran medida en estrategias de prevención primaria para atacar la farmacodependencia, con prioridad en educación para la salud e información sobre el problema. Esto a su vez se refuerza con atención curativa que considera los servicios de tratamiento y rehabilitación.

Se considera como **institucionalizados** a aquellos menores que, por diferentes razones, no cuentan con una familia y debieron ser ubicados en diversos centros institucionales en donde se les proporcionaron servicios de albergue, alimentación, vestido, atención médica integral, cuidados de puericultura y atención de trabajo social.

Para efectos de una atención más adecuada, el PNA identifica dos grupos de estos menores: los residentes en instituciones de protección en razón de su condición de desamparo y los que son atendidos en instituciones de rehabilitación, como son los Consejos Tutelares para menores infractores. La atención de las primeras se enfoca a los menores desvalidos, abandonados, huérfanos, víctimas de delitos, maltrato físico o abuso sexual, mientras que las segundas se encargan de menores con problemas de conducta social.

En la atención de los menores institucionalizados intervienen numerosas organizaciones de los sectores público (principalmente administradas por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, el Departamento del Distrito Federal y la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal) y privado, aunque usualmente sólo se cuenta con información de las que dependen del sector público porque las otras no reportan con regularidad los datos de la población de menores que protegen,<sup>49</sup> lo cual ha impedido tener un panorama completo de la situación.

A manera general, las líneas de acción establecidas en el Programa Nacional de Acción para esta categoría de menores consistieron en brindar una asistencia social integral al interior de las unidades operativas; proteger al menor en forma inmediata mientras sea resuelta su situación jurídica o la de los padres; procurar la adopción de los menores susceptibles de serlo, con el fin de garantizarles una vida futura en un núcleo familiar funcional; involucrar a la familia del menor; y capacitar al personal que los atiende.<sup>50</sup>

---

<sup>49</sup>. Ibidem, p. 124.

<sup>50</sup>. COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DEL ACCION, Cuarta Evaluación: México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, octubre 1994, p. 201

En el caso concreto de los menores infractores institucionalizados de **conducta anti y parasocial**, se cuenta con mayor control, por lo que es posible tener datos más confiables. Hacia 1991 la Secretaría de Gobernación reportaba la existencia de cincuenta y cinco instituciones de ese tipo a nivel nacional, en donde se atendían a 4,000 menores con problemas de conducta, cuyas edades oscilaban entre los 13 y 16 años, con una escolaridad promedio de primaria incompleta. Las conductas infractoras que cometen con mayor frecuencia son el robo, las lesiones contra personas, daños contra la salud, daños en propiedad ajena y violación.

Entre los mayores logros del programa destaca la creación del Consejo de Menores y la Unidad Especial del Menor Infractor, sobre las cuales se concentró la atención para la procuración e impartición de justicia de menores. Sus acciones relevantes se enfocaron a la resolución de la situación jurídica de los que fueron puestos a disposición de dicho Consejo, dentro de los plazos que marca la ley, al mismo tiempo que se establecieron mecanismos de vigilancia más estrictos para que en cada una de las fases de tratamiento y seguimiento no se transgredieran los derechos de estos menores.<sup>51</sup>

Dentro del componente preventivo del programa, se contempló la instalación de módulos de orientación y apoyo a jóvenes y familias en aquellas ciudades que registraron la mayor incidencia de población infractora.

El grupo de población de **Menores discapacitados** está constituido por niños y jóvenes que no rebasan los 19 años de edad que necesitan ayuda especial para ajustarse al sistema de vida en que se desenvuelven.

Según los datos que emite el propio PNA, la minusvalía afectaba alrededor de 7% de los menores de edad, por lo que la magnitud del problema merecía un **tratamiento prioritario**. Las acciones dirigidas a la atención de estos menores debían considerar medidas médicas, psicológicas, sociales, vocacionales y preventivas que **garantizaran** su incorporación a una vida social satisfactoria y productiva. A nivel gubernamental esa tarea fue encomendada al DIF, a través de los programas de rehabilitación no hospitalaria.

El programa hizo especial énfasis en la necesidad de la participación de la familia de los minusválidos para su rehabilitación e integración plena a la comunidad, ya que durante este proceso es de vital importancia para los programas de estimulación múltiple temprana, así como para la aceptación y permanencia de estos menores discapacitados.

Otra actividad importante que contemplaba el programa era el desarrollo de actividades de información a la población en general sobre este problema, pero

---

<sup>51</sup>. ibidem, pp. 204 y 205.

sobre todo para la promoción de la colocación de minusválidos rehabilitados en empleos remunerados.

Los **menores hijos de trabajadores migrantes** constituyen una parte importante de la proporción de jornaleros agrícolas, ya que se estima que alrededor del 40% de esa población se conforma por niños menores de 14 años. El problema está en que esos niños acuden a los campos con sus padres o hermanos mayores también para trabajar. Algunos de ellos se incorporan formalmente como jornaleros desde los 7 años (con las obligaciones y limitaciones que ésto implica), según su capacidad física.

La población infantil migrante se caracteriza por tener que padecer desarrollo, ausencia de escolarización y servicios de salud, malas condiciones de la vivienda, la desnutrición crónica, además de la incorporación temprana al trabajo y los constantes desplazamientos. Se trata de niños en condiciones de extrema pobreza que en su mayoría son indígenas y que trabajan para apoyar el ingreso familiar.

Como respuesta a este problema, en 1990 el Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia y el Programa Nacional de Solidaridad recibieron el encargo presidencial de atender a los jornaleros agrícolas del país a través del Programa Nacional de Solidaridad con Jornaleros Agrícolas (PRONSJAG), con el fin de mejorar las condiciones laborales y de vida de este sector campesino,<sup>52</sup> centrando la atención en la realización de acciones de vivienda y saneamiento ambiental; alimentación y abastecimiento; salud y seguridad social; educación, cultura y recreación; capacitación, productividad y empleo; y procuración de justicia. Para ello fue necesario considerar la colaboración de diversas instancias del Sector Salud, del Sector Educativo, de CONASUPO y LICONSA en lo que se refiere al abasto y el INI en las actividades recreativas y de procuración de justicia.

Sobre la **situación de la infancia indígena**, existen fuertes problemas derivados de la escasa información específica al respecto. Desde los censos nacionales de población y vivienda se omite el registro de menores de 5 años y solamente considera como indígena al hablante de lenguas autóctonas que ha alcanzado la mayoría de edad. De cualquier forma, con base en las estimaciones sobre la población indígena, en 1990 ésta estaba conformada por 7.3 millones, de los cuales más de 3 millones eran menores de 14 años.

---

<sup>52</sup> . COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ACCION. Segunda Evaluación México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, julio 1993, p. 120.

Como es sabido, la mayoría de los indígenas viven en condiciones de pobreza. El 96.5% de los indígenas que se encuentran en municipios rurales radica en localidades de elevada marginación, con la consecuente escasez de servicios públicos, carencia de fuentes de trabajo y empleo remunerado, bajos ingresos, precariedad, aislamiento y exclusión.<sup>53</sup>

Uno de los indicadores más sensibles de las condiciones de este segmento poblacional es la salud, que se ve mermada por la llamada "patología de la pobreza" que cobra un número elevado de vidas entre la infancia indígena. Por tal motivo, el Instituto Nacional Indigenista (INI), sobre el cual recae la atención y concertación de acciones para esta categoría, tuvo como eje de intervención durante el sexenio pasado la Atención Primaria de la Salud, con énfasis en la atención a grupos de riesgo de menores de 5 años, alumnos de albergues escolares indígenas y mujeres embarazadas o en período de lactancia.

Junto con el INI, en esta tarea intervienen diversas dependencias oficiales y organismos no gubernamentales e internacionales, como es el caso de UNICEF. En coordinación con el Sistema Nacional de Salud<sup>54</sup> se lograron realizar acciones de vacunación; fomento de actividades productivas en los albergues; campañas sanitarias; control del estado nutricional del niño; articulación de la medicina tradicional tanto de parteras como de médicos indígenas, con los programas institucionales. También se impartió capacitación a personas de comunidad y albergues y distribuyeron sobres de Vida Suero Oral.

En coordinación con la Comisión Estatal del Agua se impulsó la realización de estudios técnicos y proyectos para introducir agua potable en los albergues y comunidades dispersas sin acceso a ese servicio. La construcción de esos sistemas se organizó con otras dependencias del sector, sobre todo a nivel estatal y municipal, además de la cloración del agua, la construcción y reparación de fosas sépticas, letrinas y trincheras sanitarias.

La cooperación del UNICEF tanto en las acciones de salud como de aprovisionamiento de agua y saneamiento básico, con especial énfasis en la educación sanitaria, tuvo mayor relevancia precisamente en las zonas indígenas de los estados de Oaxaca, Guerrero Chiapas, en donde operaba con el programa "Áreas Prioritarias" cuyo principal componente era la realización de acciones integradas en las comunidades, con el fin de lograr mayor efectividad e impacto en el

---

<sup>53</sup> . SSA, Op.cit. p. 132.

<sup>54</sup> . Vale la pena resaltar la importante coordinación que se dió especialmente con la Secretaría de Salud, de la que participaron los grupos técnicos de trabajo de la Dirección General de Atención Materno Infantil, de la Dirección de Medicina Preventiva, de la Dirección de Fomento a la Salud, el Consejo Nacional de Vacunación y el Programa de Control de Enfermedades Diarreicas.

efecto que cada una de las acciones tendría por separado.

Los **Menores refugiados** constituyen una porción importante de la población extranjera en México, de los cuales, alrededor de la tercera parte han nacido en el país y por lo tanto constitucionalmente son mexicanos. Su procedencia es principalmente guatemalteca y en menor grado salvadoreña.

El menor refugiado es sumamente vulnerable, ya que, por un lado, sufre el desarraigo, la transculturación, la inseguridad propia de su condición, la desnutrición crónica y los desplazamientos continuos, a lo que se agrega la presión familiar en el proceso de integración al país de asilo.

En la comunidad refugiada en México en 1990 existían aproximadamente 23,600 menores entre los 0 y los 14 años de edad, que representaban en términos relativos más de 50% de su población total. De éstos, casi 15,000 habían nacido ya en territorio mexicano.

Las familias de los niños refugiados son indígenas que cuando llegaron a México sus condiciones de salud eran muy precarias, alcanzando una tasa de mortalidad general de 22.8 por 1000 refugiados,<sup>55</sup> muy por arriba de la observada en la República Mexicana.<sup>56</sup> De esa incidencia de la mortalidad general, 41% ocurría en menores de un año.

Por las condiciones en que se encuentran estos menores, las acciones para proporcionar alivio y disminuir su situación tan desventajosa fueron concebidas desde una perspectiva integral con participación interinstitucional. La atención y protección del refugiado es una realidad que la Comisión Mexicana de ayuda a Refugiados (COMAR) comparte con la comunidad internacional, de la cual destaca la colaboración activa del ACNUR, el Programa Mundial de Alimentos y la Comunidad Europea. A este esfuerzo se fue sumando la participación cada vez más importante de organismos no gubernamentales.

Es importante mencionar que uno de los compromisos explícitos del país establecido en el PNA, fue la documentación de los niños refugiados que junto con sus familias fueran repatriados voluntariamente a sus países de origen, para lo cual se crearon brigadas especiales del Registro Civil y se abrió una oficina en la ciudad de Comitán.

---

<sup>55</sup>. SSA, Op.cit. p 135.

<sup>56</sup>. En ese mismo año (alrededor de 1980, si se toma en cuenta que los refugiados llegaron 10 u 11 años antes de la elaboración del PNA) la tasa de mortalidad general en México era de 6.5 por 1000 habitantes. SSA, Compendio Histórico de Estadísticas Vitales 1893-1993, p. 7.

En el caso de los flujos migratorios de mexicanos hacia el vecino país del norte, se observa un elevado índice de emigración ilegal de menores que, debido a las irregularidades de su internación o por infringir alguna ley, son deportados por las autoridades estadounidenses.

A estos **menores repatriados** les son violados cotidianamente sus derechos, ya que uno de los principales problemas que enfrentan son las faltas jurídicas en las que incurren los oficiales de la Patrulla Fronteriza Norteamericana. Un alto porcentaje reporta haber sido objeto de amenazas, humillaciones e incluso agresiones físicas.

El PNA establece dos categorías de menores repatriados: los que hacen su internación ilegal a los Estados Unidos y los que cometen algún delito en ese país y después de cumplir su sentencia son enviados a México por no tener sus papeles en regla.

De cualquier forma, el fenómeno de menores repatriados en general se manifiesta en los siete puntos fronterizos aunque en 1989 el 86.3% se presentaba en Ciudad Juárez y en Tijuana, los cuales en su mayoría son abandonados en la línea fronteriza sin ninguna protección. En este sentido, durante ese mismo año el Consulado General de México en el Paso, Texas tan sólo atendía al 5% de los niños reportados por la Patrulla Fronteriza y el resto eran dejados en cualquier punto de la frontera. Un muestreo realizado por este Consulado detectó que 11.5% de los niños atendidos tenían entre 0 y 5 años, lo cual resulta alarmante porque significa que un elevado número de menores de esas edades son perdidos o abandonados por sus padres en el intento de cruzar "al otro lado".

La mayoría de los menores repatriados proceden de familias disfuncionales y en muchos casos desintegradas, lo cual también afecta la posibilidad de recibir una educación regular. Según los datos de la delegación de Otay en Tijuana, el grado de escolaridad promedio de los menores del primer grupo oscila entre 4 años de primaria y apenas un porcentaje mínimo alcanzaron más de 10 años de estudio.

En el caso de los menores repatriados que son infractores, difícilmente acceden a quedarse en territorio mexicano aunque lleven consigo el resentimiento y la amargura por ser víctimas del racismo con que los latinos y en especial los mexicanos son tratados. No obstante, su nivel de escolaridad es un poco más elevado, lo cual significa que en algún momento tuvieron acceso a la escuela en Estados Unidos.

La mayoría de los niños repatriados de ambos grupos son mayores de 15 años, presentándose mayor incidencia entre los de 16 y 17 años. El 90% son hombres y el 10% mujeres, cuya procedencia, además de la zona fronteriza, muestra un predominio de Baja California, Chihuahua, Jalisco, Michoacán, Distrito Federal, Guanajuato, Sinaloa, Guerrero, Oaxaca y Zacatecas como los estados más

expulsores.

Por lo anterior, las acciones que se tomaron desde 1992 por parte de la Secretaría de Relaciones Exteriores, en cumplimiento de los compromisos adquiridos en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, fue la repatriación más activa de menores a través de las representaciones consulares nacionales en ese país, lo cual implica una labor constante de acercamiento con autoridades y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de ambos lados de la frontera para brindar la protección necesaria a esos menores. Sin embargo, la capacidad de atención sigue estando muy por debajo del nivel de la demanda.

### **3.3. La política del gobierno mexicano y el mandato del UNICEF**

En respuesta a la crisis económica de los años precedentes, la administración de Carlos Salinas de Gortari estableció a fines de 1988 las bases de lo que sería su política social como elemento fundamental para compensar los descalabros de lo que implicaba el ajuste económico. Su principal instrumento para la atención de las necesidades básicas de la población fue el Programa Nacional de Solidaridad y la incorporación de programas de salud, asistencia, seguridad social, agua, saneamiento y educación.

En este sentido, el Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) fue creado para dos objetivos fundamentales: la erradicación de la pobreza "mediante la restauración de las capacidades productivas de los pobres"<sup>57</sup> y el replanteamiento de la relación entre el Estado y la sociedad por medio del incentivar de nuevas organizaciones sociales que contribuyan en el combate a la pobreza.<sup>58</sup>

Lo anterior se revela y se sustenta a través de los informes y discursos del ex-mandatario en el terreno social. En su Tercer Informe de gobierno presentado en el mes de noviembre de 1991 puede observarse claramente el perfil de su política: "...tenemos una propuesta en marcha, para actuar desde ahora con la población y para su bienestar. Esta es Solidaridad. Me propongo continuar con el Programa durante toda mi administración, mediante recursos crecientes para beneficio del pueblo mexicano". Y argumentó: "buscamos el crecimiento económico, pero sobre una base de mayor justicia. Estamos construyendo una política social nueva que requiere de la participación de poblaciones y grupos...". " Esta nueva política social armoniza democracia con justicia, compromiso con hechos y da prioridad a lo

---

<sup>57</sup>. Carlos Rojas, "Avances del Programa Nacional de Solidaridad", en Comercio Exterior, tomo V, mayo 1991, p. 41.

<sup>58</sup>. Guillermo Trejo, et-al. Políticas Públicas y Gasto Social: Los Esfuerzos para erradicar la Pobreza en México. Trabajo de consulta para UNICEF, 1994, p. 99.

urgente y a quienes más lo necesitan".<sup>59</sup>

Al referirse a la identificación de los problemas y necesidades de la sociedad, en el mismo informe señala como prioridad el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, hasta alcanzar un nivel mínimo de bienestar, lo que describe de la siguiente forma: "...Es, sencillamente, iluminar la obscuridad con energía eléctrica y contrarrestar la insalubridad con agua potable y drenaje, así como con la atención cálida de los servicios de salud...". Es "...fundar el futuro de nuestros hijos con escuelas dignas que nadie tenga que abandonar en la primaria por falta de recursos económicos...". "La educación tiene que ser otra de las grandes prioridades de la acción del gobierno y de la sociedad".<sup>60</sup>

Paralelamente al proceso de reforma económica, en el que destacó la reestructuración de las finanzas públicas, la política social salinista concebía un crecimiento sostenido de carácter más equitativo. No obstante, su contenido fue más de forma que de fondo porque en ningún momento planteó combatir frontalmente los problemas estructurales que durante años han sido la causa real que ha imposibilitado el hecho de lograr que toda la población tenga satisfechas sus necesidades básicas.

Por tal motivo, la administración de 1988-1994 entendió el desarrollo social, como se comentó anteriormente, como un paquete de estrategias y programas compensatorios que permitieran reflejar los logros a través de mejoras de los principales indicadores de carácter global.

En alguna ocasión uno de los asesores Regionales de Políticas Sociales de UNICEF hizo un comentario al respecto que ilustraba perfectamente esa situación: "la política social mexicana es una política de 'ambulancia', que va recogiendo a todos los muertos y heridos que deja la política económica".<sup>61</sup>

Sin duda, la ejecución de esta política estuvo fuertemente ligada a los avances técnicos, las innovaciones estratégicas y el incremento del gasto social. Un hecho fundamental fue que a pesar de la tendencia a la reducción del gasto gubernamental, las partidas asignadas para la atención de las necesidades sociales básicas,

---

<sup>59</sup>. Carlos Salinas de Gortari, Tercer Informe de Gobierno, México, 1991.

<sup>60</sup>. *Idem*

<sup>61</sup>. Eduardo Bustelo, en su exposición durante el taller de análisis de perspectivas de económicas, sociales y políticas en México para el sexenio 1995-2001, México, 1994.



señaladamente las relativas a la niñez, experimentaron un crecimiento real.<sup>62</sup> Esto a su vez propició la redefinición del conjunto de acciones encaminadas a mejorar los niveles de bienestar de la población, especialmente en el campo de la salud, la nutrición, la educación, las condiciones materiales (saneamiento, agua potable y servicios) y la protección y el desarrollo de los niños.

En este contexto, la promoción del bienestar y el desarrollo de la infancia pasó a ocupar un lugar prominente en la política general de desarrollo y en el propio estilo de gobierno del ex-presidente, siendo ésta una de las principales banderas políticas que le permitieron mostrar, principalmente hacia el exterior, un rostro amable y humanitario preocupado por recuperar el equilibrio de los costos sociales ante el impacto de sus políticas económicas.

En esta misma línea, el entonces Secretario de Educación Pública, Ernesto Zedillo Ponce de León, también expresaba la posición activa del gobierno salinista frente a la infancia, sustentada por el proceso desatado con la protagónica "respuesta de México a los compromisos fijados durante la Cumbre Mundial celebrada en el marco de la Organización de las Naciones Unidas, en septiembre de 1990", los cuales quedaron explícitamente asentados en "el Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia. Los objetivos principales de este programa se inscriben en la amplia política social del gobierno del Presidente Salinas de Gortari, que está dirigida a elevar las condiciones de vida de toda la población, en particular de quienes más lo necesitan."<sup>63</sup>

En el mismo escenario, el ex-mandatario durante su intervención se manifestó como uno de los principales promotores: "Para velar por el bienestar de los niños se deben adoptar medidas políticas al más alto nivel". "Por tanto, nos comprometemos a atribuir alta prioridad a los derechos del niño, a su supervivencia, su protección y su desarrollo. De esta manera también se contribuirá al bienestar de todas las sociedades".<sup>64</sup>

Las demostraciones públicas de Salinas en este sentido siempre estuvieron presentes en foros nacionales y, sobre todo internacionales, en los que bajo su iniciativa, México siempre tuvo una participación destacada, siendo ésta una de las

---

<sup>62</sup>. COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ACCION. Cuarta Evaluación. México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, octubre 1994, p. 42.

<sup>63</sup>. Ernesto Zedillo Ponce de León. Secretario de Educación Pública, Discurso Pronunciado durante la entrega de los Premios Nacionales de Periodismo por la Infancia, organizado por el Centro Mexicano para los Derechos de la Infancia, México, 4 de noviembre de 1992.

<sup>64</sup>. Juan María Alponente, La Política Exterior de México en el Nuevo Orden Mundial, Antología de principios y tesis. Fondo de Cultura Económica. 1993, pp. 368 y 369.

características fundamentales de su política exterior.

Inclusive, algunas de las actividades internacionales que fueron celebradas posteriormente a la Cumbre Mundial, fueron convocadas por México para mantener vivos los compromisos adquiridos y fortalecer los Programas Nacionales de Acción. La respuesta de los gobiernos de otros países fue sensible, principalmente porque había muchas expectativas en torno a la labor ampliamente divulgada del gobierno salinista en cuanto a los avances en los indicadores sociales, principalmente los relacionados con la infancia. Al mismo tiempo, este tipo de actos legitimaban internamente el camino trazado para la política social.

No debe pasar desapercibido el hecho de que detrás de la iniciativa de cada una de estas reuniones, siempre estuvo presente el apoyo y la colaboración técnica, logística y financiera del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia con el gobierno mexicano. En realidad, estas fueron algunas de las muestras más palpables de cercanía y entendimiento entre los dirigentes políticos de ambas partes, quienes en repetidas ocasiones hicieron manifestaciones públicas de su compromiso de colaboración mutua para trabajar por la niñez mexicana. "Si cada nación integra un programa de acciones específicas para las circunstancias de sus niños y, con UNICEF evalúa periódicamente sus resultados, el mundo habrá encontrado, [...] la capacidad para pasar de las palabras a los hechos."<sup>65</sup>

---

<sup>65</sup> Carlos Salinas de Gortari, Discurso pronunciado en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, UNICEF, Nueva York, 30 de septiembre de 1990.

**Reuniones convocadas por México para fortalecer los compromisos adquiridos en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia**

**\*Reunión Latinoamericana de Evaluación de los Programas Nacionales de Acción en Favor de la Infancia.** Celebrada en la Cd. de México los días 6 y 7 de octubre de 1992. Participaron los representantes políticos de los responsables de la aplicación de los Programas Nacionales de Acción de 18 países latinoamericanos. Como producto del encuentro se emitió la Declaración de Tlaltelolco en la que se renueva la voluntad política de alcanzar las metas de la Cumbre.

**\*Segundo Coloquio Internacional de Alcaldes defensores de los Niños.** Se llevó a cabo los días 5 y 6 de julio de 1993, en la cual se definieron estrategias para el cumplimiento de los compromisos acordados en la Cumbre Mundial, las cuales quedaron suscritas en la Declaración de la Ciudad de México y su correspondiente Plan de Acción.

**\*Reunión Interregional de Ministros de Salud.** En octubre de 1993 y en febrero de 1994 se realizaron dos reuniones con el fin de fortalecer las acciones en favor de los niños y se celebraron en el contexto de las Primeras Semanas Nacionales de Salud, durante las cuales los Ministros de 45 países del mundo pudieron tomar nota de las estrategias de coordinación interinstitucional y de comunicación y movilización social para propiciar la reducción acelerada de la mortalidad infantil. Como producto de estas reuniones se firmó la Iniciativa para Acelerar la Reducción de la Mortalidad de los Niños.

Fuente: Comisión Nacional para el Seguimiento y Evaluación del Programa Nacional de Acción, Cuarta Evaluación. México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, 1994.

Bajo esta perspectiva, el principio del UNICEF durante el período de cooperación 1990-1995 fue su propósito de contribuir a la supervivencia, desarrollo y protección de la infancia, así como promover políticas y acciones en favor de la mujer. En este contexto, la Convención de los Derechos del Niño y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia se constituyeron en los instrumentos básicos a través de los cuales la organización pretende alcanzar sus propósitos globales.

La Convención de los Derechos del Niño para el UNICEF es "la más alta expresión ética y jurídica que ha alcanzado la humanidad en torno a la infancia."<sup>66</sup>

<sup>66</sup>. UNICEF, Bases de la Cooperación para la Formulación del Programa de Cooperación del UNICEF con el gobierno de México. 1996 - 2001, 1995, p. 197.

Por ello la considera como el camino para resolver sus necesidades básicas y es el marco en el que esta organización inscribe sus acciones porque a partir de ella se dió un cambio radical en el concepto de ayuda antes basado en la piedad o beneficencia, a la construcción de capacidades para el ejercicio de un derecho.

Es a través de la Convención (utilizada como poderoso instrumento político), como el UNICEF ha logrado colocar el tema de la infancia en la agenda social de los Gobiernos, impulsar el cumplimiento de las metas comprometidas en los Programas Nacionales de Acción y movilizar a la sociedad civil en el cumplimiento de sus preceptos. Desde luego que el Programa de Cooperación del UNICEF México integró esta perspectiva dentro de su programación.

Siguiendo esta línea, la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y los Programas Nacionales de Acción son concebidos por el UNICEF como el instrumento estratégico y programático que ha permitido llevar a la práctica el espíritu de la Convención, razón por la cual son referencia obligada para la elaboración de sus Programas de Cooperación en cada país.

Debe entenderse entonces que los compromisos de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, además de ser mandato y responsabilidad de los gobiernos, son también un compromiso de toda la sociedad; es precisamente este criterio el que le permite al UNICEF trabajar con los gobiernos en sus diferentes niveles y con el amplio espectro de instituciones de la sociedad civil, apuntando siempre en dirección del cumplimiento de los derechos económicos y sociales de los niños.<sup>67</sup>

Asimismo, en el ámbito internacional se han alcanzado acuerdos en los temas de Desarrollo Social, la mujer y la infancia, los cuales han hecho comprometerse a los gobiernos de los países. Dichos compromisos también son asumidos por el UNICEF, en cuyo mandato contempla la incorporación de éstos en su propia programación, destacando los siguientes:

- La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (Nueva York, 1979), garantiza la igualdad de la mujer, promueve su no discriminación y establece sus derechos. Por ello, forma parte indispensable en la incorporación del enfoque de género en los Programas de Cooperación del UNICEF con los gobiernos.
- La Conferencia Internacional de Educación para Todos (Jomtien, 1990), acordó una Declaración Mundial y un Marco de Acción para satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje. Los elementos contenidos en esta Declaración formaron parte del Programa de Cooperación de México por constituir un compromiso para garantizar el acceso al aprendizaje a los niños,

---

<sup>67</sup>. Idem.

jóvenes y personas adultas.

- La Conferencia Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo (Río de Janeiro, 1992). La Declaración establece que los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sostenible y que tienen derecho a una vida saludable y productiva en armonía con la defensa de la naturaleza. Este concepto se ha integrado en los Programas de Cooperación como un elemento destinado a promover el desarrollo humano con equidad.
- La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), en cuyo Plan de Acción aprobado reconoce a la familia como la unidad básica de la sociedad y promueve la igualdad entre hombres y mujeres al interior del hogar, con el propósito de cuidar la vida familiar, fundamentalmente la de los niños, por lo que sus objetivos y recomendaciones fueron considerados en la Cooperación.
- La Segunda Reunión Americana sobre Infancia y Política Social (Bogotá, 1994), estableció el Compromiso de Nariño que amplía y adopta las metas intermedias a las condiciones y características de la Región y hace un llamado a los gobiernos para fortalecer el impulso de las Metas en favor de la Infancia, por lo que los Programas de Cooperación, además de incorporarlo a su programación, tuvieron el deber de promoverlo ante los gobiernos.
- La Cumbre Mundial de Desarrollo Social (Copenhague, 1995), en su Declaración de Principios y Programa de Acción busca sentar las bases para la erradicación de la pobreza en el mundo y recomienda a los países y a los organismos internacionales considerar medidas orientadas a crear un crecimiento económico sostenido y sostenible, un entorno nacional favorable al desarrollo social que apunte hacia la erradicación de la pobreza, el aumento del empleo productivo y la integración social. Estos principios también fueron contemplados en los Programas de Cooperación, al mismo tiempo que añadieron un desafío para la incorporación de acciones más específicas en este terreno.
- La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), evaluó los progresos con relación a la mujer, tomando como punto de partida los establecidos en la Reunión de Nairobi en 1985 y orientar el curso de acción hacia el año 2000. En la agenda de la Conferencia se incluyeron temas clave como pobreza, salud, alfabetización, violencia y participación, lo cual también sentó la base para una revisión retrospectiva de los logros y debilidades de los Programas de Cooperación en cuestiones de género, al mismo tiempo que planteó un reto para la cooperación futura.

Como última consideración sobre el mandato del UNICEF, aunque no menos importante que las anteriores, debe mencionarse la relevancia de las políticas y criterios que establecen los donantes a través de sus evaluaciones al trabajo que realizan las Agencias en los diferentes países beneficiarios.

Las evaluaciones de los donantes han recomendado reforzar tres estrategias básicas de intervención, que desde luego pasaron a formar parte de los criterios del Programa de Cooperación: entrega de servicios, construcción institucional y promoción de la autosuficiencia. Con base en ello, el UNICEF plantea la realización de acciones concretas que traduzcan la intención de dichos conceptos.

#### **3.4. Adecuación del Programa de Cooperación a las nuevas demandas**

Cuando se elaboró el Programa de Cooperación 1990-1995, la base y punto de partida fue la situación del país (expuesta en el capítulo 1) y la situación de la infancia en cada una de las áreas comprendidas en el Programa Nacional de Acción (como se mencionó en el segundo apartado de este mismo capítulo) y desde luego los propósitos globales establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo.

Como producto de ello se establecieron los objetivos centrados en el mejoramiento de la calidad de vida de los grupos sociales más pobres, con atención especial a la situación de los niños y las mujeres, así como en la contribución en el fortalecimiento de la capacidad institucional del país para enfrentar el fenómeno de la pobreza y sus efectos sociales en los niños y las mujeres.

De manera más específica se definieron los objetivos relacionados con los problemas que en ese momento obstaculizaban el cumplimiento de los objetivos generales antes mencionados, los cuales tienen que ver con: la reducción del riesgo de enfermedad y muerte de los niños menores de cinco años, así como la promoción de su desarrollo integral; el aprovisionamiento de servicios no formales de atención a los niños menores de 6 años durante la jornada diaria de las madres trabajadoras; el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños que viven en la calle e impulso de medidas preventivas que tiendan a disminuir la incidencia del problema; el mejoramiento de las condiciones de vida de la mujer pobre de áreas urbanas e indígenas; el desarrollo de acciones de información, comunicación educativa y movilización social en torno a contenidos "Para la Vida", apoyar los compromisos asumidos en la Convención de los Derechos del Niño y la Declaración de Cocoyoc I;<sup>88</sup> el reforzamiento de la Educación Inicial no formal en las áreas rurales y urbano marginadas, así como apoyar la Educación Especial para zonas indígenas; el diseño de políticas sociales dirigidas a favorecer los grupos sociales más

---

<sup>88</sup>. Esta Declaración, suscrita por autoridades y expertos de salud de países de la Región en Cocoyoc, Morelos, en 1988, define estrategias y metas en el campo de la salud del niño y la madre.

vulnerables; el abastecimiento de agua potable y saneamiento básico en estados como Guerrero, Oaxaca y Chiapas.

Para la instrumentación de estos objetivos se establecieron líneas de acción para cada una de las áreas que se contemplan. Sin embargo, a lo largo de este período se presentaron demandas e iniciativas no previstas originalmente. En virtud de esas circunstancias, tanto el UNICEF como el gobierno mexicano se vieron en la necesidad de hacer adecuaciones al Programa de Cooperación y adaptarlo a las nuevas exigencias que surgían conforme se fue avanzando en la innovación de estrategias para alcanzar las metas establecidas en el PNA.

A continuación expondremos brevemente algunas de las iniciativas que surgieron en los distintos sectores comprendidos en la Cooperación México-UNICEF como producto de la preocupación por cumplir con los objetivos antes señalados.

El sector que contó con más estrategias para alcanzar un mayor impacto en la supervivencia y protección de los niños fue Salud, en el que ciertamente buena parte del apoyo técnico y financiero de esta organización se concentraba y en el cual se presentaron algunas situaciones concretas.

Para dar cumplimiento a las metas establecidas referentes a inmunizaciones, el gobierno creó el Consejo Nacional de Vacunación (CONAVA), que centralizó todas las acciones referentes a Inmunizaciones y dispuso una estructura institucional a nivel estatal y jurisdiccional que permitió lograr anticipadamente los compromisos de inmunización universal estipulados para el año 2000.

La iniciativa de Hospital Amigo del Niño y de la Madre, destinada a rescatar la práctica de la lactancia materna como medio para asegurar la nutrición y salud del niño pequeño, adquirió singular importancia en este período. Para asegurar el logro de estos objetivos, la OMS y el UNICEF establecieron un conjunto de pautas que se conocen como "Diez Pasos para una Lactancia Exitosa", otorgándose la denominación de Hospital Amigo del Niño y de la Madre a aquellos hospitales o maternidades que cumplieran con los requisitos establecidos.

La incorporación de esta iniciativa al Programa de Cooperación significó desarrollar, junto con 9 instituciones del Sistema Nacional de Salud, acciones de promoción, capacitación y supervisión dirigidas a lograr las siguientes metas en 1995: Incorporar al programa de Hospitales Amigos al 100% de los hospitales que atienden partos y procurar el aumento de la prevalencia de la alimentación al seno materno.

Una vez cumplida la meta de extender el programa ampliado de inmunizaciones al 90%, surgió la necesidad de reforzar la prevención y control de las enfermedades diarreicas agudas, que era una de las principales causas de la

mortalidad infantil y en menores de 5 años, como ya se ha dicho anteriormente. Para tal efecto, el gobierno, con el apoyo del equipo técnico del UNICEF, formuló el Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas (PRONACED) y estableció el Consejo Nacional para el Control de Enfermedades Diarreicas en 1992.

Las metas gubernamentales de lograr una cobertura de 80% en el uso de la terapia de hidratación oral (THO) para el tratamiento de enfermedades diarreicas agudas y reducir 50% la mortalidad infantil por la misma causa para 1994, implicaron que se le hicieran algunos ajustes al Programa de Cooperación y se introdujeran acciones y estrategias orientadas a apoyar el cumplimiento.

Hasta 1989, las campañas de inmunización estaban orientadas principalmente a extender la cobertura contra la poliomielitis. Posteriormente se agregó la extensión de la vacunación contra el sarampión y DPT, llegándose en 1991 a la incorporación de los seis biológicos que formaban parte del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Una vez que se alcanzaron los avances ya antes comentados, era necesario asegurar la cobertura en todos los niños del país. A partir de 1993, el gobierno tomó la decisión de impulsar una nueva estrategia para acelerar el cumplimiento de las metas intermedias ofreciendo un paquete integrado de salud, el cual consistiría en que cada cuatro meses, durante una semana se efectuarían acciones de vacunación, distribución de megadosis de vitamina A, antiparasitarios y sobres de hidratación oral, fundamentalmente en zonas de alto riesgo. Esta estrategia se conoció como Semanas Nacionales de Salud, la cual fue fuertemente apoyada desde su concepción y ampliamente difundida a nivel mundial por el propio UNICEF, con el fin de dar a conocer ésto que consideró como una exitosa experiencia.

En el sector Educación también se presentaron algunos acontecimientos relevantes en los que la Cooperación con el gobierno mexicano, en su papel de impulsor para alcanzar las metas comprometidas en la Cumbre, no podía permanecer al margen, sino que por el contrario, tenía que tomar un papel propositivo y activo en los diferentes procesos.

En 1990, UNICEF junto con UNESCO, PNUD y Banco Mundial, convocan en Jomtien, Tailandia, la Conferencia Mundial de Educación para Todos, la cual ha sido considerada como la iniciativa sectorial más importante. Como producto de la reunión surgió la Declaración y el Plan de Acción destinados a promover mayores y mejores condiciones educativas para los países en vías de desarrollo.

En esta coyuntura, México puso en marcha un proyecto interagencial con las mismas organizaciones promotoras de Jomtien, el cual enfocaba en la ampliación de la cobertura y mejoramiento de la calidad del Programa de Educación Inicial no



Formal, aunque éste ya existía a pequeña escala en el país. Lo realmente trascendente de esta iniciativa en la Cooperación fue el apoyo técnico brindado al conjunto de la educación básica.

El gobierno de México efectuó la reformulación de la política educativa, que se expresó en el Acuerdo Nacional para la Modernización Educativa y en la nueva Ley Federal de Educación. Dicha reformulación estaba orientada básicamente a mejorar la calidad de la educación básica y a atender preferentemente a los grupos más vulnerables a través de los Programas Compensatorios en Educación, destinados a abatir los rezagos y las desigualdades en los sectores indígenas, rural disperso y marginal urbano.

En vista de que este proceso apuntaba en la misma dirección que los propósitos de Jomtien y la Cumbre Mundial, el Programa de Cooperación se sumó a este esfuerzo por medio de la colaboración con el Consejo Nacional para el Fomento Educativo (CONAFE), quien coordinaba estos programas compensatorios.

La incorporación de nuevos enfoques en el sector agua potable y saneamiento básico surgió de la inquietud por encontrar alternativas tecnológicas simples y promover la participación de la comunidad, principalmente en la atención de las áreas rurales,<sup>69</sup> como principal aportación a la cooperación con el gobierno mexicano en su esfuerzo por lograr proporcionar cobertura universal de estos servicios al año 2000.

Esta preocupación fue el resultado de las reuniones mundiales de Nueva Delhi y de Glasgow, así como de las reuniones regionales de Puerto Rico, ciudad de Guatemala y la Habana, Cuba, en las que se evidenció la necesidad de otorgar mayor énfasis a la atención de la población rural dispersa. Con el énfasis en la atención de los poblados rurales dispersos se observó que eran posibles las intervenciones más sencillas, con aprovechamiento de tecnología apropiada y fuerte participación comunitaria, con el fin de rebajar los costos de inversión y mejorar la relación costo-beneficio.

Un esfuerzo más que merece la pena mencionar, fue el impulso que UNICEF y OPS le dieron a esas líneas de acción, con la organización del Encuentro Regional para el Cumplimiento de las Metas de la Cumbre de Agua Potable y Saneamiento, realizado en noviembre de 1992 en la Habana, Cuba.

---

<sup>69</sup>. Los esfuerzos del UNICEF en este terreno se concentraron en las zonas rurales dispersas de los estados de Oaxaca, Guerrero y Chiapas, bajo la misma línea de uso de tecnologías apropiadas y participación comunitaria. Cabe mencionar que en estas acciones se impulsó la participación de la mujer en los Comités Organizadores de las obras de agua y saneamiento en las comunidades.

Por último, la incorporación de la atención de la niñez en situación especialmente difícil en los propósitos de la Cumbre Mundial, llevó a que la oficina de UNICEF en México y el gobierno mexicano definieran varios tipos de modalidades de intervención en el sector. El resultado de ese análisis fue la ampliación del concepto tradicional del "niño en situación especialmente difícil" como un sinónimo de "niño en y de la Calle", a la definición de las diez categorías que el PNA recoge y que ya fueron expuestas anteriormente en este mismo capítulo.

Esta categorización tuvo importantes consecuencias en el ámbito operativo porque facilitó y permitió enriquecer el diseño de estrategias específicas, orientar recursos más focalizados a la atención de cada una de las categorías establecidas. Esto también significó una aportación para otros países de América Latina.

#### **4. BALANCE DE LA COOPERACION DEL UNICEF CON EL GOBIERNO MEXICANO**

Durante el período comprendido entre 1990-1995, la cooperación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia con el Gobierno mexicano se desarrolló en un contexto muy distinto al que se había dado en años anteriores, porque nunca hasta entonces se tuvieron objetivos y metas nacionales en favor de la infancia que se vincularan directamente a una Cumbre Mundial de tal magnitud, como la realizada en Nueva York en 1990 y, por consiguiente, tampoco se había elaborado un Programa Nacional de Acción que con la identificación de los problemas de la niñez, así como la sistematización y la coordinación de acciones sirviera como respuesta al compromiso pactado por México bajo la firma de un acuerdo internacional.

Teniendo ésto como referencia, podría decirse que la cooperación se basó en una serie de fundamentos que rigieron su actuación a lo largo de esos cinco años, marcando la pauta en cualquier tipo de intervención relacionada con la infancia. Es por eso que resulta importante tenerlas presentes para detectar y comprender mejor los aciertos, tropiezos y errores que arroja el balance del trabajo conjunto del UNICEF con el gobierno mexicano por la infancia en este período de cooperación. Dichos fundamentos se caracterizaron por lo siguiente:

La programación y ejecución del Programa de Cooperación del UNICEF con el gobierno mexicano tuvieron que ser realizados con flexibilidad para que en un momento dado pudiera ser adaptado, ya que su evolución no podía permanecer al margen de las implicaciones de la política económica de ajuste estructural, la política social de combate a la pobreza y la ejecución del PNA.

Otra de las directrices fue que tanto la programación como la ejecución de acciones se desarrollaron no sólo a nivel nacional sino también estatal y con enfoques y estrategias multisectoriales en el tratamiento de los problemas.

Por último, se procuró la concentración de acciones en regiones y aspectos prioritarios y de impacto para la supervivencia, protección y desarrollo infantil, coincidentes con las establecidas en el Plan de Acción de la Cumbre Mundial.

##### **4.1. Evaluación global y sectorial**

Con la aplicación de los criterios anteriormente señalados, la cooperación del UNICEF propició que en el país se alcanzaran algunos logros globales importantes que sin duda sentaron precedente. En primer lugar, destaca algo que parece evidente por haber sido motor y eje de la propia cooperación: la elaboración y ejecución del Programa Nacional de Acción, ya que la Oficina de UNICEF México acompañó íntegramente este proceso que, desde su concepción, compartió las

tareas de la Comisión Nacional de Seguimiento y Evaluación del Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia, a la cual ya me he referido en capítulos anteriores.

Una de las primeras tareas que esta Comisión Nacional compartió con la Agencia del organismo internacional fue la definición de las líneas base para precisar las metas de cada uno de los sectores, así como el establecimiento de un sistema de indicadores que permitiera el seguimiento y la evaluación del PNA. Posteriormente, junto con la Comisión se gestionó la formulación de treinta Programas Estatales de Acción y se impulsaron acciones similares en diversos municipios en el marco de la Iniciativa de los Alcaldes Defensores de los Niños.

Con relación a las metas de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, debe reconocerse que hubo un avance, lo cual fue posible gracias al esfuerzo gubernamental realizado con el apoyo del UNICEF y otras Agencias de Naciones Unidas residentes en México.

Hasta 1995, México había alcanzado 6 de las 12 metas intermedias de apoyo comprometidas en Nariño, Colombia, en abril de 1994.<sup>1</sup> Igualmente hubieron importantes logros en la eliminación de la deficiencia por falta de Vitamina A, aunque esta meta no estaba incluida formalmente en el PNA. Desafortunadamente quedó pendiente por alcanzarse la meta concerniente a nutrición.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup>. COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ACCION-UNICEF, Programa Nacional de Acción de México para la Infancia. Situación y Progreso en los avances de las metas intermedias., 1994, p. 4.

<sup>2</sup>. UNICEF, Informe Anual 1995. UNICEF México y Cuba, 1995, p. 3.

Avance de las Metas Intermedias de México

METAS	LINEA BASE 1990	METAS INTERMEDIAS	SITUACION ACTUAL*
1. Ampliar la cobertura de inmunizaciones a 90% o más(%).	48.0	85.0	94.1
2. Eliminación del Tétanos Neonatal (casos) (municipios)	145 25	0 0	45 16
3. Reducir en 95% las <u>muer</u> tes por sarampión y en 90% los <u>casos</u>	4,411 27,790	220 2,779	3 108
4. Erradicar la poliomielitis (casos)	5	0	0
5. Eliminar las deficiencias de Vitamina A	sin info.	sin Info.	sin info.
6. Universalizar la yodización de la sal para consumo (%)	sin info.	95.0	90.0
7. Lograr 80% en el uso de la terapia de hidratación oral (%)	88.2	80.0	80.7
8. Incorporar a todos los hospitales con servicio de maternidad al Programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre; (Incorporados) suspender la distribución gratuita de sucedáneos de la leche materna (certificados)	0 0	744 744	625(1) 230(1)
9. Ratificar la Convención de los Derechos del Niño	**	**	**
10. Reducir la desnutrición severa y moderada en un quinto (%)	30.6(2)	24.4	sin Info.
11. a) Reducir la brecha entre matrícula y retención en educación primaria en un tercio (%)	5.7	3.9	3.7
b) Dar acceso a la educación primaria a por lo menos 80% de los niños en la edad escolar correspondiente (%)	96.1(3)	80.0	98.0
c) Reducir en un tercio la brecha de género en educación primaria (%)	2.9	2.1	2.9
12. a) Reducir a un cuarto la brecha de cobertura en agua potable entre los años 1990 y 2000 (%)	19.9	14.9	14.4
b) Reducir en un décimo la brecha de cobertura en saneamiento básico entre los años 1990 y 2000 (%)	36.7	33.0	31.4

\* Datos de 1994

\*\* México ratificó la Convención de los Derechos del Niño en 1990.

(1) A 1993

(2) A 1988

(3) Ciclo escolar 1990/1991

Fuente: Comisión Nacional para el Seguimiento y Evaluación del PNA-UNICEF, Programa Nacional de Acción de México para la Infancia, Situación y Progreso en el alcance de las metas Intermedias, 1994.

Aunque aún quedó mucho por hacer en esta compleja tarea, el PNA y la Convención de los Derechos del Niño constituyeron dos pilares para el desarrollo de acciones que comprometieran y movilizaran a la sociedad civil, a las organizaciones no gubernamentales, a los medios de comunicación y a los diversos actores sociales en general.

Entre las acciones concretas efectuadas durante el período de cooperación que se ha venido analizando, con el fin de ir creando una cultura de los Derechos de los Niños y que sin duda propiciaron un avance destacan desde la difusión de los contenidos del texto de la Convención, el apoyo a la reproducción de dicho texto en varias de las Comisiones Estatales de Derechos Humanos, hasta el trabajo compartido con las Organizaciones no Gubernamentales comprometidas en esta tarea. Un hecho que debe destacarse fue la inclusión de un capítulo sobre el conocimiento y comprensión de algunos de estos temas en los libros de texto gratuitos que distribuye la Secretaría de Educación Pública.<sup>3</sup>

No menos importante fue el trabajo desempeñado con la Comisión Nacional de Derechos Humanos, las Comisiones Estatales de Derechos Humanos y la Secretaría de Gobernación para promover las modificaciones a las leyes sobre menores infractores en las entidades federativas.

Sin embargo, el proceso de homogeneización de las legislaciones en materia de menores infractores sigue siendo lento. En 1995 apenas se había logrado que se actualizaran diez de las legislaciones del país en esta materia.

Vale la pena reiterar lo importante que fue el haber logrado el involucramiento de los niveles de decisión política más altos para el Seguimiento y Evaluación del PNA. A través de las reuniones de seguimiento y evaluación conducidas por el Presidente de la República, su Gabinete Social y más de 30 dependencias comprometidas en su ejecución, fue posible adoptar medidas en favor de la niñez mexicana (las cuales ya fueron descritas en el capítulo anterior) y gracias a ellas fue posible lograr los avances que se muestran en el cuadro resumen del cumplimiento de las metas intermedias.

La cooperación también indujo e impulsó acciones en distintas áreas que, en muchos casos, fueron la llave para abrir procesos encaminados a cumplir con los desafíos que planteaban el mejoramiento de las condiciones de supervivencia y desarrollo infantil. Algunos ejemplos representativos al respecto podrán ilustrarlo mejor:

---

<sup>3</sup>. UNICEF, Informe Anual 1995. UNICEF México y Cuba, p. 29.

El compromiso de lograr la inmunización universal de los niños, se tradujo en la creación del Consejo Nacional de Vacunación y en la asignación de importantes recursos humanos y financieros que posibilitaron el logro de la meta.

Alcanzar el 80% en el uso de la Terapia de Hidratación Oral como una de las principales medidas para reducir la letalidad causada por enfermedades diarreicas agudas, implicó la creación del Consejo Nacional para el Control de Enfermedades Diarreicas y de los Consejos Estatales respectivos.

En el terreno de la educación destaca que, como producto de esas reuniones periódicas de Seguimiento y Evaluación, fue lanzada la iniciativa del Acuerdo Nacional para la modernización de la Educación Básica, que comprometía al gobierno federal, a los gobiernos estatales y al Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación para sumar esfuerzos en el impulso de una estrategia orientada a reorganizar el sistema educativo a través de la federalización y la promoción de nuevas formas de participación social; reformular los contenidos y materiales educativos; y revalorar la función magisterial.<sup>4</sup> Dicha iniciativa fue materializada a través de la reformulación de la Ley General de Educación que establece una educación básica obligatoria de diez años (1 de preescolar, 6 de primaria y 3 de secundaria).<sup>5</sup>

También en estos foros fueron dadas a conocer por el ex-presidente las decisiones de ejecutar a partir de 1991 el Programa de Agua Limpia y de ampliar la cobertura de agua y saneamiento básico como estrategias para cumplir con las metas de agua potable, lo cual requirió de la movilización de importantes recursos humanos y financieros.

Otro logro fue el haber impulsado el acuerdo para dar énfasis especial a la atención de niños indígenas y migrantes, traducido en la ejecución del Programa de Ayuda Alimentaria Directa a Comunidades Indígenas y del Programa Nacional de Solidaridad con Jornaleros Agrícolas, dirigido a propiciar un mínimo de bienestar social, protección y desarrollo de los jornaleros agrícolas y de sus hijos.

Finalmente, no puede dejar de destacarse que en una de las mencionadas reuniones de Seguimiento y Evaluación fue cuando el primer mandatario manifestó públicamente su decisión de incrementar el gasto social en términos reales destinado a mejorar la situación de la infancia en materia de salud, educación, acceso al agua y al saneamiento básico y atención a los niños en circunstancias especialmente

---

<sup>4</sup>. UNICEF, Bases para la formulación del Programa de Cooperación del UNICEF con el Gobierno de México 1996-2001, 1995, p. 177.

<sup>5</sup>. UNICEF, Análisis de Situación para el programa de Cooperación con el Gobierno Mexicano 1996-2001, 1995, p. 1.

difíciles.

Por otro lado, también es atribuible a la cooperación el hecho de que en 1991 México hubiese tomado la decisión de adoptar la Declaración de Innocenti, que fue el producto suscrito en la Reunión Mundial sobre Lactancia Materna, celebrada en Florencia, Italia, en 1990. Esto a su vez trajo como consecuencia la creación de un Comité Nacional de Lactancia Materna, por acuerdo del Secretario de Salud con la participación de las 9 instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, institutos de investigación, universidades y el Consejo Nacional de Fabricantes de Fórmulas Infantiles.

Posteriormente se impulsó y apoyó la certificación de hospitales públicos en el cumplimiento de los "Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural".<sup>6</sup> Hasta 1995 fueron certificados el 48.4% de los hospitales públicos como "Hospital Amigo del Niño y de la Madre" por haber cumplido satisfactoriamente con ese decálogo, lo que tuvo un gran impacto si se considera que en ellos se atendió el 55% de los nacimientos institucionales. Asimismo, fue posible que se lograra que las autoridades tomaran medidas para poner en práctica el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las subsiguientes resoluciones pertinentes de la Asamblea Mundial de la Salud.

Sin embargo, aún persisten campañas publicitarias para otros sucedáneos de la leche materna (biberones, chupones y alimentos infantiles no lácteos) y asociaciones médicas que no apoyan adecuadamente las estrategias propuestas en favor de la lactancia materna. Ambos factores obstaculizan la construcción de una cultura conciente del beneficio de la lactancia natural.

En cuanto al seguimiento de los asuntos adoptados en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en el Cairo en 1994, las actividades relacionadas a la Salud Reproductiva se vieron reforzadas con la experiencia que México ya tenía en este aspecto porque en 1993 había realizado la Primera Conferencia Nacional sobre Maternidad Sin Riesgo, a partir de la cual se tuvo una activa participación de asociaciones civiles, instituciones y organismos internacionales en esta tarea. Posteriormente la Dirección General de Salud Reproductiva con la asistencia técnica y financiera del UNICEF incorporaron en sus planes de trabajo una perspectiva de género en las actividades programadas.

Como apoyo al seguimiento de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer la cooperación del UNICEF propuso y desarrolló algunas áreas que impulsaron actividades relacionadas con la difusión de los Derechos de las Niñas y la

---

<sup>6</sup> . Esta Iniciativa es producto de la declaración conjunta de OMS-UNICEF, la cual se conoce como "Protección, fomento y apoyo a la lactancia natural: papel especial de los servicios de maternidad". UNICEF, Informe Anual 1995. UNICEF México y Cuba, p. 31.



promoción de la disposición de estadísticas que reflejen la situación específica de la mujer y la niña, de tal forma que pueda darse una mejor orientación a las intervenciones.

Por lo que se refiere al trabajo conjunto realizado entre UNICEF y los gobiernos estatales de Oaxaca, Guerrero y Chiapas, destaca como una valiosa experiencia el hecho de haberse logrado que las propias autoridades asimilaran una metodología de trabajo que les permitiera dar forma a las propuestas plasmadas en sus Planes Estatales de Acción. Para ello se introdujo la idea de realizar "acciones integradas" o "convergentes" en localidades pequeñas<sup>7</sup> de difícil acceso que no contaban con servicios básicos y que gracias a la coordinación institucional de los distintos sectores involucrados en la prestación de esos servicios, fue posible facilitar el acceso de sistemas de agua, casas de salud, brigadas móviles que brindaran atención primaria de la salud, la instalación de algunos centros de control y vigilancia nutricional, aulas móviles, etc. o bien el desempeño de actividades de participación comunitaria relacionadas con la capacitación a las madres y promotores voluntarios en aspectos de salud e higiene así como a médicos tradicionales y parteras empíricas, quienes todavía atienden a un alto porcentaje de la población rural e incluso en muchos casos son la única alternativa al alcance de esas comunidades remotas que han sido tan olvidadas.

De esta misma forma podríamos seguir enumerando los logros y beneficios en favor de los niños mexicanos obtenidos gracias al trabajo de la cooperación del UNICEF con el gobierno durante 1990-1995, que indudablemente fueron muchos. Sin embargo, aún quedaron muchas cosas por hacer y desafortunadamente el último año de este período no fue tan exitoso en el avance de los indicadores sociales porque a partir de la sucesión presidencial, el panorama económico y político del país se tornó radicalmente distinto, presentándose la peor crisis económica que hubiese afectado a México en las últimas décadas, lo cual desencadenó un violento descenso en la calidad de vida de la población y exacerbó los problemas sociales y políticos.

Inclusive algunas de las conquistas alcanzadas en los principales indicadores de bienestar durante los años previos a 1995 se han ido poniendo en tela de juicio por haberse trazado bajo un esquema directamente dependiente de ciertas condiciones económicas y políticas relativamente favorables, pero que en un

---

<sup>7</sup> El UNICEF ha concebido como política de trabajo la idea de llevar acciones integradas a localidades pequeñas y de difícil acceso para el abastecimiento de servicios básicos porque con base en su experiencia ha visto que son las más olvidadas y las que menos posibilidades tienen de acceder a ellos, debido a que la inversión que el gobierno tendría que hacer para cubrir esas carencias es muy alta y poco "rentable". No obstante, con la aplicación de tecnologías adecuadas y el impulso a una verdadera participación comunitaria, la experiencia ha sido sumamente positiva, aunque desafortunadamente la capacidad financiera de un organismo como este no permite cubrir a todas las poblaciones con estas características porque la demanda es amplísima.

ambiente distinto a éste, han ido presentando indicios de estancamiento y retroceso, evidenciando así su fragilidad.

En diciembre de 1994 concluyó el periodo presidencial de Carlos Salinas de Gortari y el actual presidente de la República, Ernesto Zedillo asumió la presidencia en medio de un ambiente de ruptura y desconfianza que fue progresivo. Como se ha visto, el impacto de la crisis no ha sido transitorio y la recuperación de sus efectos negativos ha sido demasiado lenta. A la devaluación inicial de la moneda le siguió un proceso inflacionario y recesivo, así como un deterioro evidente de los indicadores de empleo, ingreso familiar y acceso a los satisfactores básicos y de bienestar social.

Al respecto, se han avizorado obstáculos en el corto plazo para la prestación de servicios a los grupos más vulnerables, como son los niños y las mujeres pobres, como consecuencia del adelgazamiento de los recursos. El aumento de la pobreza de los sectores más vulnerables y el empobrecimiento generalizado de la población en 1995 son una demostración práctica de ello.

No obstante, debe reconocerse que el panorama con que llegó a su término el período de cooperación 1990-1995 entre el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y el gobierno mexicano fue positivo en cuanto al avance en algunos de los indicadores directamente relacionados con las metas comprometidas en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, como se habrá podido apreciar en el último cuadro.

Pero desafortunadamente la mayoría de los problemas que dieron lugar al planteamiento de esos objetivos no han sido resueltos desde su origen, sino que por el contrario, todavía puede identificarse con gran claridad la prevalencia de las causas.

Es aquí precisamente donde radica la vulnerabilidad de los logros alcanzados y lo que define una vez más el carácter de la política social, ya que éstos tienen que ser sostenidos "artificialmente" a costos muy altos, por no contar con una base firme que les permita verse mínimamente afectados ante cualquier sacudida de los actores económicos o políticos.

En 1994 la tasa oficial de mortalidad infantil alcanzó 17.0 por cada 1,000 nacidos vivos registrados, en tanto que la tasa ajustada también de mortalidad infantil fue de 24.7 y en menores de 5 años 20.7 por 1,000 nvr, lo cual es un logro importantísimo si recordamos que al inicio de la cooperación la tasa de mortalidad infantil era de 23.9 por 1,000 nvr, la de mortalidad infantil ajustada de 34.7 por 1,000 nvr y de 31.3 por 1,000 nvr para los menores de 5 años.<sup>8</sup> Lamentablemente muchas de las causas principales de estos decesos, atribuidas a deficiencias nutricionales, afecciones perinatales, infecciones intestinales y respiratorias, como en

---

<sup>8</sup>. SSA. Avances en Salud Materno-Infantil 1980-1994, 1995, p. 3.

un principio, siguen siendo en gran medida evitables. Además, es posible que las diferencias regionales se agudicen como consecuencia de la crisis, sin descartar la posibilidad de que la mortalidad infantil tome un repunte en las áreas más pobres y marginadas.

La tasa oficial de mortalidad materna fue de 4.8 por 10,000 nvr en 1994, lo que representó una disminución de 13% entre 1990 y 1994. Sin embargo, del total de muertes ocurridas en 1994, 60.5% se registraron en localidades menores de 15,000 habitantes y 39.3% en zonas urbanas. Asimismo, a pesar de la instalación de los Comités de Mortalidad Materna, persiste el terrible problema del subregistro en la notificación de las defunciones asociadas a esta causa, lo que augura que el problema es mucho más grave, como ya se había expuesto anteriormente.

A nivel nacional, ya en 1993 era atribuible a la pobreza que 1 de cada 3 menores de 5 años presentara algún grado de desnutrición, según cifras oficiales. Recientes evaluaciones de los programas alimentarios mostraron la necesidad de focalizar mejor la asignación de recursos y apoyos con el propósito de beneficiar efectivamente a los más necesitados y conjugar esas acciones con los ámbitos de salud, nutrición y orientación alimentaria para que se logre un impacto realmente efectivo.<sup>9</sup> Pero dadas las condiciones económicas del país, es previsible que estos problemas se hallan agudizado en 1995.

Para los indicadores en educación, la matrícula para el nivel de primaria alcanzó una cobertura de 98% en el último ciclo escolar (1994-1995) ubicado en el periodo de cooperación que se está analizando. No obstante, el saldo de niños sin acceso a la escuela fue de 300,000, quienes habitan fundamentalmente en zonas rurales e indígenas. Además, 880,000 anualmente abandonan la escuela y en la medida que las condiciones económicas no presenten mejoras sustantivas, esta situación tenderá a agudizarse. Todavía hay 1.7 millones de niños entre 10 y 14 años que no están matriculados y sólo el 63.7% de los 14.6 millones de alumnos pudo concluir su educación primaria en los 6 años previstos. El serio problema de la calidad de la enseñanza es persistente.

Lo cierto es que en las condiciones que concluyó el periodo de cooperación en el año 1995, es muy probable que aumente la deserción escolar y se profundicen las desigualdades de acceso y calidad entre áreas urbanas y rurales.

El problema de los menores en circunstancias especialmente difíciles es de creciente significación, debido al deterioro que sufre la estructura familiar por efecto de la urbanización y las carencias económicas. Aunque no se ha logrado tener un registro sólido y actualizado del número de menores de y en la calle, diversos indicadores revelan que tiende a agudizarse. En el balance que deja la crisis

---

<sup>9</sup> UNICEF, Informe Anual 1995. UNICEF México y Cuba, p. 6.

económica de 1995, es evidente el aumento de los niños de la calle, de la prostitución infantil y de los niños trabajadores.

Los logros globales en el abastecimiento de agua y saneamiento, que sin duda contribuyeron a la disminución de las enfermedades infecciosas intestinales y a la reducción de las muertes producidas por éstas, al final no se expresan por igual a nivel regional. Las localidades con menos de 5,000 habitantes son las que siguen presentando mayores rezagos en el acceso a estos servicios. Hasta 1994 casi 12 millones de personas carecían del servicio de agua potable y 26.5 millones de alcantarillado. Dada la contracción del gasto público, el panorama no es alentador porque este tipo de partidas son las primeras en verse afectadas, por lo que desafortunadamente no puede esperarse un incremento sustantivo en estas cifras.

Al final del período de la cooperación 1990-1995 del UNICEF, se vislumbraba un México cuya realidad social se caracterizaba por disparidades e inequidades porque al lado de reducidos sectores de la población que tienen acceso a todos los beneficios del progreso, coexisten otros que ni siquiera están en condiciones de cubrir sus necesidades básicas. A pesar de que durante esos años el país realizó esfuerzos importantes orientados a mejorar las condiciones de vida de la población, los resultados fueron desiguales. Difícilmente podría haber alguna modificación significativa a corto plazo, en virtud de las condiciones económicas actuales.

#### **4.2. Alcance de los objetivos del Programa de Cooperación**

En términos generales, los objetivos del Programa de Cooperación vistos como acciones específicas y movilización de recursos que repercutieron directamente en los indicadores sociales, efectivamente tuvieron importantes avances en cuanto al contenido de cada uno de ellos. No obstante, en un contexto más amplio el cumplimiento cabal de dichos objetivos exigía esfuerzos que iban mucho más allá de la realización de actividades y estrategias puntuales como las que fueron apoyadas en el marco de la cooperación del UNICEF con el gobierno mexicano.

No se quiere decir con esto que el trabajo desempeñado durante los 5 años anteriores no fuese útil, pero es un hecho que no ha sido suficiente para solucionar los problemas que los niños mexicanos padecen y que los propios objetivos del Programa identificaron en un principio. Es bien sabido que la solución efectiva está vinculada a las alternativas planteadas para el mejoramiento de las condiciones estructurales que hasta hoy en día no han sido dadas. El resto únicamente atenuará los efectos de las agresiones que las políticas económicas generan contra la población.

Sin embargo, es preciso resaltar que gracias a la delimitación de dichos objetivos, fue posible concentrar esfuerzos en esas acciones orientadas hacia un fin claro. Es por eso que una de las aportaciones importantes del trabajo que el UNICEF

llevó a cabo sobre estos objetivos específicos, fue el haber introducido una visión global para el planteamiento de estrategias encaminadas a mejorar las condiciones de vida de la infancia, a partir de la cual se identificaron las intervenciones con las que debía participar cada uno de los sectores involucrados en esta tarea.

De esta forma, el carácter compensatorio de la política social durante el período de cooperación que se está analizando, particularmente la relacionada con la infancia, al menos tuvo la posibilidad de proporcionar un orden y una metodología a los esfuerzos efectuados para ese fin, partiendo de la focalización de acciones sobre los más necesitados. Además, fue importante el hecho de haber puesto sobre la mesa la preocupación de que sin una coordinación intersectorial e interinstitucional, el camino por recorrer hacia un mismo punto siempre será mucho más largo, por lo que era preciso identificar puntos de convergencia en los que las acciones y los recursos se integraran y su efecto se potencializara, dando mejores resultados que cuando se hacen por separado.

Ciertamente muchas de las estrategias que el UNICEF impulsó con el gobierno mexicano en cada una de las áreas que el Programa Nacional de Acción estableció, ya han sido mencionadas en diversas ocasiones a lo largo de este trabajo. Pero consideramos que puede resultar más claro e interesante el hecho de conocer mejor la relación existente entre el alcance de las intervenciones y avances realizados a partir de cada uno de los objetivos contenidos en el Programa de Cooperación:

A partir del objetivo planteado sobre **"reducir el riesgo de enfermedad y muerte de los niños menores de cinco años, así como promover su desarrollo integral"**, se propició la reestructuración y reorientación del Programa Nacional de Inmunizaciones, constituyéndose el Programa de Vacunación Universal operado a partir de la creación del Consejo Nacional de Vacunación. A través de la instrumentación de esta estrategia es como se logró alcanzar el 94.1%<sup>10</sup> de cobertura en esquemas completos de vacunación.

Asimismo, la ampliación del Programa Nacional de Prevención y Control de **Enfermedades Diarreicas**, operado a través del Consejo Nacional para el Control de las **Enfermedades Diarreicas**, logró alcanzar una cobertura de 80.3% de la **Terapia de Hidratación Oral**, lo que contribuyó en gran medida a reducir un 65% las muertes por **enfermedades diarreicas** agudas, así como un 48.8% la tasa de incidencia de las EDA.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup>. SSA, La Salud de los Niños. Cifras Nacionales, 1994, p. 85.

<sup>11</sup>. CONACED, Encuesta sobre manejo efectivo de casos de enfermedades diarreicas agudas, 1993.

El impulso a la capacitación comunitaria sobre temas de cuidado de la salud dirigido principalmente a las madres, a través de programas como el de "La Salud Empieza en Casa" de la Secretaría de Salud, significó haber beneficiado a casi un millón de familias.

También se llevaron a cabo otras iniciativas de gran envergadura impulsadas a partir del objetivo antes mencionado, tales como la Encuesta Nacional de Parteras; el establecimiento de Posadas de Nacimiento; la introducción del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Simplificada a nivel nacional, a través de las Parteras Empíricas; la Encuesta Nacional de Salud Materno-Infantil; o bien el fomento y apoyo a la práctica de la lactancia materna y el alojamiento conjunto a través de la estrategia de Hospitales Amigos del Niño y de la Madre.

En síntesis, a través de estas acciones concretas fue como se tradujo el apoyo técnico y financiero del UNICEF al esfuerzo gubernamental para reducir la mortalidad infantil y avanzar sobre este primer objetivo planteado.

**Para "proporcionar a las madres trabajadoras y familias en situación de pobreza extrema servicios no formales de atención a los niños menores de 6 años durante la jornada diaria"**, la contribución de la cooperación consistió en diversas acciones, entre las que destacan la elaboración de una metodología de intervención que incluyó criterios para la selección de las madres; un manual para la capacitación de los promotores y cuidadoras y una serie de juegos y materiales educativos y recreativos, así como una guía para la evaluación y seguimiento.

Sin lugar a dudas, la aportación más importante en torno a este objetivo señalado fue el apoyo del UNICEF a la puesta en operación de 169 Casas de Cuidado Diario distribuidas en el Distrito Federal y en 19 estados, brindando atención a 1,818. No obstante, este esfuerzo no fue suficiente para cubrir la demanda del 17.3% que representaban las "jefas de hogar", lo que en 1990 equivalía a que 2.8 millones de hogares<sup>12</sup> tenían al frente a una mujer que no podía atender a sus hijos por tener que salir a trabajar por ser el sostén de su familia.

Desafortunadamente esta tendencia ha ido en aumento en la medida que la situación económica ha tendido a agravarse, por lo que la prestación de este tipo de servicios, así como el tratamiento integral del problema que aqueja a las madres trabajadoras, requiere que sean abordados de una manera más consistente.

En cuanto a la **"contribución para mejorar las condiciones de vida de los niños que viven en la calle e impulsar medidas preventivas que tiendan a disminuir la incidencia del problema"**, se llevaron a cabo acciones tales como la

---

<sup>12</sup> . GRUPO DE POLITICAS DE CONSULTA MIXTA DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS, Perfil Estadístico de la Población de México, 1995, Versión preliminar.

ampliación a nivel nacional del programa Menores en Circunstancias Especialmente Dificiles (MECED), introduciéndose en 108 ciudades, a través del cual también se proporcionaba acceso a servicios de educación, salud, recreación y capacitación para que pudieran llegar a realizar alguna actividad remunerada; se realizó un análisis de situación por entidad federativa, lo que posteriormente permitió unificar la metodología de atención del Programa; y, como ya fue dado a conocer en el capítulo anterior, se estableció una tipología actualizada y más completa de estos Menores.

Para **"mejorar las condiciones de vida de la mujer pobre de áreas urbanas e Indígenas"**, a través de los recursos técnicos y financieros de la cooperación se incentivaron una serie de programas como el de Cocinas Populares, de capacitación y promoción en temas básicos de salud y participación comunitaria, así como la introducción de proyectos productivos para mujeres en los estados de Oaxaca y Guerrero y se instalaron molinos de nixtamal y estufas lorenas, con el fin de aliviar la carga del trabajo doméstico de las mujeres indígenas.

Al igual que en los casos anteriores, las acciones realizadas en favor de estos propósitos del Programa de Cooperación 1990- 1995, significaron una aportación importante en términos de que fue posible introducir modelos nuevos para el impulso del desarrollo comunitario con una participación más amplia de las mujeres, pero a simple vista se observan dos inconvenientes: por un lado, no puede pretenderse que estas medidas sean suficientes en relación a la magnitud del problema. Por otro lado, la realización vertical de este tipo de actividades sin una participación comunitaria real, en no pocas ocasiones ha llegado a ser muy cuestionable en la medida que al ser introducidas sin una profundización adecuada del impacto que podían llegar a causar, los resultados pueden ser más negativos que positivos.

Para **"desarrollar acciones de información, comunicación educativa y movilización social en torno a contenidos de 'Para la Vida', apoyar los compromisos asumidos en la Convención de los Derechos del Niño y la Declaración de Cocoyoc"**, fue creado el Comité de Comunicación Educativa para coordinar y unificar el contenido de los mensajes de salud; se produjeron y distribuyeron los ejemplares de la versión mexicana 'Para la Vida' y esos mismos contenidos de la publicación fueron incluidos en los libros de texto gratuito, en los Manuales para Instructores Comunitarios del CONAFE y maestros que atienden a comunidades indígenas (Para Cuidar la Vida). La Dirección General de Fomento a la Salud también empleó esa misma metodología con su contenido para la elaboración de material didáctico y documentación destinada a locutores de radio.

Asimismo, junto con la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la Secretaría de Educación Pública (a través de sus textos escolares) y el Patronato Nacional de Promotores Voluntarios, el gobierno y UNICEF pudieron impulsar una intensa labor de difusión de la Convención de los Derechos del Niño.

La contribución concreta de la cooperación para el **"reforzamiento de la Educación Inicial no Formal en las áreas rurales y urbano-marginadas, así como el apoyo a la Educación Especial para zonas indígenas"**, consistió en el impulso al Proyecto Interagencial de Educación Inicial no formal, enfocado a la atención de 10 estados que concentran 52% de la población menor de 5 años que vive en condiciones de pobreza; y el trabajo conjunto realizado con el CONAFE para el reforzamiento de los Programas Compensatorios destinados a áreas rurales marginadas e indígenas. Además, la Agencia del UNICEF participó activamente en la producción de la iniciativa "Plaza Sésamo" que consta de 130 capítulos en español y que actualmente sigue siendo difundida a través de los medios de comunicación masiva.

A decir verdad, en los hechos el apoyo al aspecto educativo fue el que tuvo menos peso en la cooperación 1990-1995, no porque no se tuviera voluntad de hacerlo, sino porque en un momento dado, de acuerdo a los recursos y a la capacidad de atención técnica, se plantearon estrategias de atención para responder en una primera etapa inmediata a la celebración de la Cumbre Mundial, al problema más apremiante que se estaba planteando: el de la supervivencia infantil, lo cual está directamente relacionado con el sector salud.

Desde luego que la educación no puede ser excluida en el tratamiento de este problema, pero de acuerdo a las estrategias adoptadas por el propio gobierno, se optó por la vía de la priorización para la concentración de esfuerzos en la atención de los múltiples problemas.

La línea de acción seguida durante este período de cooperación en lo que respecta a la aportación en el **"diseño de políticas sociales dirigidas a favorecer a los grupos sociales más vulnerables"** consistió en promover y apoyar estudios orientados a contribuir a la definición de nuevos lineamientos de política social, así como a posibilitar una mayor eficiencia del gasto social<sup>13</sup>; también se promovieron y apoyaron estudios de evaluación de programas sociales que ejecuta el gobierno en

---

<sup>13</sup>. Entre los cuales destacan los siguientes:

- "Ajuste económico y política social en México".
- "Gasto social en México. Estructura y Focalización".
- "Análisis de los programas en favor de la infancia mexicana".
- "Gasto social en favor de la infancia, 1980-1994".
- "Estrategias para mejorar la nutrición de los niños y las mujeres en México".
- "Perfil estadístico sobre la población de México (con enfoque de género)".
- "Caracterización de la Pobreza en México".
- "Estudio de Evaluación sobre la Pobreza en México", junto con SEDESOL, Banco Mundial y PNUD.

En: UNICEF. Bases para la Formulación del Programa de Cooperación del UNICEF con el Gobierno de México 1996-200, 1995, p. 184.



favor de población.<sup>14</sup>

Asimismo, en este objetivo es en donde se enmarca el esfuerzo realizado por el trabajo coordinado entre UNICEF y los gobiernos federal y estatales para la formulación y evaluación del Programa Nacional de Acción y los Programas Estatales de Acción. Posteriormente se elaboraron guías metodológicas para la identificación y ejecución de acciones municipales.

Por otro lado, en 1991 la cooperación amplió su apoyo al estado de Chiapas y se redefinió el carácter de los otros programas de área en los que UNICEF ya venía trabajando con los gobiernos estatales de Oaxaca y Guerrero, orientándolos hacia la integralidad de los servicios básicos en los cuales, a partir del aprovisionamiento de agua potable y saneamiento básico, se coordinarían acciones de salud, nutrición y educación.

De esta forma es como se llevó a cabo el trabajo en torno al objetivo que contemplaba el **"apoyo al aprovisionamiento de agua potable y saneamiento básico en Guerrero, Oaxaca y Chiapas"**, a través de la realización de los estudios técnicos previos a cada sistema de agua para consumo humano también construido, así como la ampliación y mejoramiento de redes, para lo cual se desarrollaron esquemas de construcción de bajo costo y con la participación de la comunidad; formación de Comités de Agua por cada sistema construido, con el fin de hacer participe y responsable del buen funcionamiento y del mantenimiento a los beneficiarios.

Paralelamente se efectuó un programa de letrización integrado a cada proyecto de dotación de agua, que al mismo tiempo contemplaba el componente de capacitación a promotores en agua, saneamiento e higiene básica para que a su vez impartieran educación ambiental en sus comunidades. Este fue uno de los objetivos que tuvo mayor impulso en cuanto al apoyo técnico y financiero que proporcionó esta Agencia de Cooperación por formar parte de las prioridades a las que hice referencia anteriormente.

Ciertamente ésto también obedece a una cuestión de estrategia política, ya que de alguna manera se trata de intervenciones tangibles en las que la gente recibe un beneficio inmediato y que abren el camino para introducir otro tipo de acciones que por sí mismas no gozarían del mismo interés por parte de la comunidad.

---

<sup>14</sup> Tales como:

- "Escuela Digna".
- "Niños de Solidaridad".
- "Niños Jornaleros Agrícolas: Valle de San Quintín".
- "Niños Jornaleros Agrícolas: Estado de Sinaloa".

En: Idem.

## Conclusiones

Ante una política económica de efectos negativos en la distribución del ingreso como la que ha prevalecido en México en los últimos sexenios, agudizada durante el mandato de Carlos Salinas, en definitiva el impacto de la política social en el bienestar de la población no ha sido el óptimo.

Como se ha visto, la política social en México se ha limitado únicamente a la prestación de servicios básicos, sin tomar una posición activa y decidida frente a los problemas estructurales. Si bien las acciones realizadas se han reflejado en una mejoría relativa de las condiciones de vida de algunos grupos de la población, todavía persisten las causas estructurales condicionantes de esta situación, tal como lo ha demostrado la negativa evolución del empleo, del ingreso y de su distribución, así como el incremento de la pobreza.

Es bien sabido que la política económica de las últimas décadas no ha tenido impactos favorables a nivel de la economía familiar de las mayorías del país, en tanto que ha predominado una política social que se ha caracterizado tradicionalmente por ser de tipo compensatorio, conceptualizada como un correctivo de los efectos adversos de la política económica.

La política social del gobierno de Carlos Salinas se ejecutó básicamente a través de programas de salud, asistencia y seguridad social; abasto, educación, desarrollo urbano, agua potable y ecología; trabajo y previsión social; así como del Programa Nacional de Solidaridad. Es aquí donde también se enmarcó el Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia, orientado específicamente a la atención de las necesidades de los niños en los aspectos de salud, alimentación, educación, agua potable, saneamiento y atención de menores en circunstancias especialmente difíciles.

Durante el período de cooperación que se analizó, la oficina del UNICEF desarrolló esfuerzos significativos para proponer acciones y proyectos dirigidos a ampliar y mejorar la calidad de los servicios para los niños y las madres. Estas propuestas se ubicaron en distintos rangos, que fueron desde lineamientos estratégicos para atacar las manifestaciones de la pobreza, hasta las de tipo programático, focalizadas en algún problema específico, como fue el caso de la reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedades diarreicas o inmunoprevenibles.

En este sentido, el UNICEF mismo considera que las instituciones gubernamentales federales y estatales fueron altamente receptivas para incorporar los planteamientos y sugerencias hechas por su agencia de México a su política social. El hecho de haber podido trabajar juntos, gobierno mexicano y UNICEF, desde el inicio de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, ya fue una contribución

valiosa porque ésto fue decisivo para traducir en acciones los compromisos adquiridos e impulsar la elaboración de estrategias en favor de la infancia.

Teniendo cierto conocimiento de causa de esta situación, me atrevo a afirmar que, de no haber sido tan insistente y perseverante el trabajo de la Organización en los niveles políticos más altos para concretar esos compromisos, muy probablemente la misma intención y el esfuerzo inicial del gobierno se hubieran ido desvaneciendo.

De esta forma, aprovechando la coyuntura del propósito declarado del expresidente Salinas de combatir la extrema pobreza, el UNICEF logró incorporar la idea de alcanzar las metas en favor de la infancia en esa voluntad política expresada en el incremento del gasto social, el cual se vió favorecido por la situación económica general del país en los primeros años de ese gobierno.

Adicionalmente, esos logros pudieron alcanzarse por el impulso de estrategias innovadoras en la ejecución de las acciones que buscaron universalizar la prestación de servicios, identificar los problemas críticos y focalizar las acciones sobre los grupos más vulnerables.

La magnitud del desafío: más de 40 millones de pobres. Por ello insisto en que para que la cooperación de cualquier organismo no gubernamental tenga un impacto real, necesariamente requiere del trabajo coordinado con el complejo aparato estatal y de sus recursos canalizados a través de las diferentes dependencias de gobierno.

Las acciones de carácter compensatorio que determinaron la intervención del UNICEF a través de su Programa de Cooperación, más bien apuntaron a aliviar en lo inmediato algunas de las manifestaciones de este fenómeno, a través del mejoramiento relativo de aspectos sociales que definen el nivel de bienestar de los individuos; sin embargo, no pretendieron modificar o superar los factores estructurales condicionantes o determinantes de su situación, ya que el combate real a la pobreza, en última instancia, requiere de la aplicación integrada de políticas económicas de crecimiento y de políticas sociales que promuevan la equidad.

En conclusión, aunque resulta razonable afirmar que estas acciones incidieron favorablemente en el alivio de algunas manifestaciones de la pobreza en importantes grupos de la población, afirmar que representaron una eficaz medida de combate a la pobreza no es correcto. Ciertamente el grueso del gasto asignado en favor de la infancia, estuvo destinado a la prestación de servicios sociales que no modificaban las causas ni atacaban las raíces de la pobreza, lo cual no era ignorado desde un principio. Tampoco puede omitirse el hecho de que en muchos casos esos servicios no se dirigieron fundamentalmente a la población en pobreza extrema.

Contrariamente a lo que el mismo UNICEF ha mencionado sobre su actuación en el terreno de la pobreza, el hecho de que haya propiciado un importante mejoramiento en los indicadores sociales relacionados con la infancia, no necesariamente significa que se haya dado un avance cualitativo en el desarrollo social, pues aunque el mejoramiento de los indicadores sectoriales fue notable, no fue suficiente para que se diera un cambio sustantivo y sostenido en los estándares de vida de la población.

La posibilidad real de sostener los logros sociales alcanzados a largo plazo corresponde a otro orden de factores ya mencionados por lo que los problemas como la desnutrición, que es una de las causas inmediatas de las elevadas tasas de morbimortalidad, no serán resueltos en la medida en que el promedio de ingreso de la población no aumente y se rompa con la tendencia hacia la terrible concentración de la riqueza.

Tradicionalmente el Estado mexicano se ha constituido en el principal proveedor de servicios para la población, aún en situaciones de caída del crecimiento económico. Por ello, al reducirse su capacidad para proveer esos servicios durante la crisis de 1982 (lo cual disminuyó consecuentemente la legitimidad del régimen) la administración siguiente (1988-1994) ensayó un manejo simultáneo de estabilización y ajuste estructural de la economía con medidas de compensación social, lo que permitió atemperar el costo social de la reestructuración económica y recuperar legitimidad.

La situación económica general del país en los primeros años del gobierno anterior permitió avances importantes de la inversión en el gasto social, el cual creció significativamente en el período 1990-1994 y, como ya se ha comentado, contribuyó en gran medida al logro de las metas en favor de la infancia.

La otra parte de la contribución puede ser atribuida al impulso de estrategias innovadoras en la ejecución de las acciones que buscaron universalizar la prestación de servicios, identificación de los problemas críticos y focalización de los grupos vulnerables. No debe olvidarse el papel que jugó el Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia, porque fue un elemento de fundamental importancia para la coordinación de acciones de las distintas dependencias ejecutoras de la política social mexicana que, aunque abarcaba sólo una parte del universo de las necesidades sociales de la población, proporcionó un marco orientador y un espacio de concertación que permitió impulsar nuevas iniciativas y enfoques de enfrentamiento de problemas sociales prioritarios.

De hecho, el Programa de Cooperación 1990-1995 carecía de metas y es a partir de la Cumbre y del Programa Nacional de Acción cuando éstas se definieron para cada sector, grupo de edad y región. Ahora bien, aunque el Programa fue adecuado año tras año para que fuera capaz de responder a los objetivos en

términos globales y también a las metas de cada período anual del trabajo de la programación, debe señalarse que en algunas áreas faltó mayor involucramiento y definición de lo que se esperaba de ambas partes, como fue el caso de los Menores en Circunstancias Especialmente Dificiles, resultando débil el compromiso desde el primer momento, cuando fueron definidas las metas del proyecto.

Es por eso que el próximo Programa de Cooperación debería tener como primera obligación rescatar las experiencias positivas y revisar todas aquellas cuestiones que resultaron vagas y débiles, independientemente de los motivos que hayan existido, de tal forma que puedan ser impulsadas en el sentido correcto. Pero sin duda, el marco que dará este espacio será la capacidad de mantener el tema de la infancia como prioridad nacional.

En este sentido, la consolidación de los logros en las áreas de salud, educación, agua y saneamiento, etc., abre un espacio natural que muestra la necesidad de que la cooperación siga adelante, ya que significa un fuerte elemento de continuidad de los esfuerzos hasta ahora realizados, sobre todo porque bien sabemos que en este país cada cambio de sexenio equivale a rompimiento con todo aquello (bueno o malo) que haya hecho el antecesor. De lo contrario, los avances podrían verse más afectados aún.

Teniendo en cuenta los avances y logros obtenidos en materia de salud, educación, agua y saneamiento y niños en circunstancias especialmente difíciles que se dieron en México durante estos años, aunque son acciones de corte eminentemente compensatorio, sin lugar a dudas siguen siendo necesarias; por ello se han identificado algunas áreas de intervención que, a nuestro juicio, podrían ser impulsadas en algunos casos y reforzadas en otros, en un próximo período de cooperación.

En el área de salud se ha visto que los riesgos de la maternidad siguen siendo un factor grave, por lo que sería necesario redoblar esfuerzos a fin de poder incidir más efectivamente en la reducción de la tasa de mortalidad materna y mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud que requieren las madres.

El tema del SIDA prácticamente no fue tocado durante el período de cooperación que se ha analizado, por lo que se requeriría de un esfuerzo especial que deberá ser trabajado aprovechando la experiencia adquirida en materia de promoción y educación de la salud en los programas de prevención de enfermedades inmunoprevenibles y de prevención y control de enfermedades diarreicas. Asimismo, debería darse mayor énfasis a los programas de educación preventiva a los padres ya que las tasas de mortalidad por accidentes llevan una tendencia ascendente.

En el campo de la nutrición, no tendría sentido hacer una propuesta orientada a impulsar o apoyar programas porque en este país existen y en exceso, pero ninguno de probada eficacia, por lo que una buena aportación debería considerar más bien la posibilidad de evaluar todos esos programas de complementación alimentaria y de subsidios y una vez que se conozcan los resultados, entonces sí apoyar acciones de optimización y participar en el diseño y reorientación de las políticas al respecto.

Con base en las experiencias de la cooperación 1990-1995 obtenidas en las intervenciones para contribuir en el mejoramiento de los servicios de agua y saneamiento básico, sería pertinente pensar en consolidar esas acciones y sistematizar dichas experiencias para que pudieran ser difundidas a los gobiernos estatales, con el fin de impulsar estas modalidades de intervención que han probado su eficacia, porque además de abaratar costos, han logrado mantener un fuerte nivel de participación comunitaria.

Para seguir contribuyendo en el mejoramiento de la educación, se vislumbra la necesidad de continuar apoyando acciones en distintos niveles: por un lado, la ampliación de la cobertura de la educación inicial no formal y el mejoramiento de la calidad de este modelo alternativo; mejorar significativamente la eficiencia terminal en el nivel de educación primaria y, desde luego, la calidad también de este nivel; para contribuir en la reducción del analfabetismo sería necesario intensificar las acciones que se han venido realizando con las dependencias del gobierno, pero con mayor énfasis en las mujeres indígenas.

Con base en los diagnósticos realizados sobre Menores en Circunstancias Especialmente Dificiles, se necesitaría trabajar en la delimitación real del problema para poder establecer puntos de partida que tuvieran una orientación hacia metas claras y así profundizar en las estrategias de acción para la atención de cada una de las 10 categorías identificadas.

Los jóvenes se han dejado prácticamente de lado, a pesar de que también entran en el ámbito de competencia de la Convención de los Derechos del Niño y de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia porque, de acuerdo al artículo primero de dicha Convención, "se entiende por niño a todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad". Por tal motivo, una de las cosas que puede impulsar un Programa de Cooperación de un organismo como UNICEF es la promoción de la atención a jóvenes de los sectores más pobres, orientada a aspectos educativos y de salud, tales como prevención del embarazo precoz, SIDA, uso de drogas, accidentes y violencia, sobre todo si se considera que representan un alto porcentaje de la población del país.

A pesar de que la programación de este período había incorporado actividades que contemplaban el mejoramiento de las condiciones de vida de la mujer pobre, otro de los terrenos que debería ser impulsado es el de la promoción de esfuerzos para dar mayor atención a las niñas y jóvenes, así como a la mujer en su condición de madre y mujer porque, como es sabido, a su vez éste tiene efectos inmediatos en el mejoramiento de la atención y cuidado de los más pequeños.

En realidad el tipo de intervenciones planteadas en este campo fueron bastante convencionales en el sentido de que no se aprovechó el espacio que se abría para la incorporación de una dimensión de género que estuviera orientada a lograr un cambio en las actitudes y los patrones de las propias costumbres que mantienen la condición de desigualdad y desventaja de oportunidades frente a los varones.

Por último, quiero agregar que también sería conveniente contemplar un mayor apoyo a las dependencias que tienen la responsabilidad de ejecutar los programas sociales para que puedan mejorar y unificar sus sistemas de información, ya que se ha detectado que esta fue una de las limitantes más importantes para la fijación de líneas base reales para algunos indicadores sociales.

Sin embargo, también es una realidad que el panorama que se proyecta para un siguiente Programa de Cooperación no es nada alentador en la medida que situaciones como la crisis económica actual, restringirá los recursos que el Estado asigna a los programas sociales y afectará aún más el nivel de ingresos y empleo de los sectores de la población más pobre lo que, en definitiva, no solamente afectará los avances en relación a las metas comprometidas en la Cumbre, sino que también hará más difícil su sustentabilidad.

Es previsible que una de las expresiones más claras de esta situación sea la acentuación de las desigualdades sociales, por lo que el UNICEF (o cualquier agencia de cooperación) debería dar una orientación más decidida de sus intervenciones a los grupos más vulnerables y una mayor atención a las áreas geográficas más pobres y de mayor riesgo.

En este orden de ideas, uno de los desafíos más importantes no sólo para el UNICEF en México, sino para todas las agencias de cooperación de Naciones Unidas o cualquiera que trabaje por el desarrollo del país, es la incorporación de estrategias individuales o conjuntas para incidir en problemas como el empleo, el ingreso, la distribución de la riqueza, la pobreza, etc, es decir, temas de tipo estructural en los que el impacto se reflejará positivamente en el bienestar de la población más necesitada.

Más aún, tomando en consideración las características de tipo estructural de la crisis, su impacto no será transitorio y sus repercusiones negativas irán más allá de lo que se afirmaba inicialmente. A decir verdad, la crisis marca una ruptura de las tendencias económicas y sociales observadas hasta fines de 1994, por lo que las perspectivas de crecimiento económico y de desarrollo social previstas para los años posteriores se ven alteradas.

Esta drástica ruptura de las tendencias aceptadas hasta fines de 1994 hace muy difícil la posibilidad de plantear previsiones cuantificables acerca del desarrollo económico y social del país en los próximos años, sobre todo si se toma en cuenta la falta de disponibilidad de información verídica, la velocidad de los cambios que se han venido produciendo y lo imprevisibles que resultan.

A nivel político se vive una crisis de credibilidad y ruptura en los mecanismos de concertación, producto del agotamiento de las mismas estructuras políticas anacrónicas y agudizada con la crisis económica que ha debilitado seriamente el consenso hacia el gobierno.

Ante esta situación, quizá el único consenso que existe es lo que diversos analistas han venido sosteniendo respecto a que debido a las serias dificultades que enfrenta el aparato productivo nacional, el país ha ingresado en el más grave proceso recesivo de su historia reciente.

En resumen, estas tendencias se han traducido en una agudización de las disparidades e inequidades en la distribución del ingreso, en la caída del consumo de las personas y la inversión tanto pública como privada lo que, sin duda, está agravando los problemas, naturaleza y dimensiones de la pobreza en México y reducirá aún más los niveles de calidad de vida del grueso de la población.

Por tal motivo, cualquier acción de combate a la pobreza debería estar orientada a superar o cancelar los factores económicos estructurales que condicionan o determinan la incapacidad de la población para satisfacer sus necesidades básicas. Desde luego que estas acciones corresponden al ámbito del crecimiento económico para que se traduzcan en fuentes de empleo productivo y en una distribución más equitativa de la riqueza.

Teniendo en cuenta la dimensión y características de los problemas que confronta la población y, en especial la niñez en México, la cooperación del UNICEF en este campo debería considerar que, además del apoyo que hasta ahora ha dado a la política social compensatoria, es indispensable incursionar con actividades cuyos efectos sean más sustentables a mediano y largo plazos. Para ello sería adecuado buscar un mayor acercamiento con otras organizaciones y agencias de cooperación, con el fin de sumar esfuerzos y aprovechar sus experiencias.



Para inducir los efectos positivos del crecimiento económico sobre la superación de la pobreza, deberían aplicarse políticas de generación de empleo productivo y de distribución del ingreso. Pero además, también se requieren medidas precisas que corrijan el acceso desigual a los recursos productivos y la inequitativa distribución de la riqueza producida.

Con ésto no se pretende desprestigiar las acciones de carácter compensatorio, ya que paralelamente deben apuntar a aliviar en el corto plazo algunas manifestaciones de la pobreza, a través del mejoramiento de aspectos sociales que contribuyen en el nivel de bienestar de la población, sin que necesariamente lleguen a modificar o a superar los factores estructurales condicionantes o determinantes de su situación. Estas son las acciones que se ubican básicamente en la esfera de la prestación de servicios sociales y de medidas de corte asistencialista.

Por último, cabe mencionar que tampoco se ha perdido de vista que las acciones para combatir la pobreza también son de competencia gubernamental y que deben ser consideradas como una de sus primeras obligaciones por hallarse su origen en la estructura misma del sistema. Sin embargo, eso no excluye cualquier tipo de participación de organismos y agencias de cooperación, inclusive la asistencia técnica para la promoción, formulación y apoyo de políticas y estrategias encaminadas a proporcionar soluciones.

## BIBLIOGRAFIA

### LIBROS

- ALPONTE, Juan María, La Política Exterior de México en el Nuevo Orden Mundial, Antología de Principios y Tesis, Fondo de Cultura Económica, México, 1993, 320 pp.
- BARCENA, Andrea, Textos de Derechos Humanos sobre la Niñez, Comisión Nacional de Derechos Humanos, Colec. Manuales 92/27, México, 1992, 224 pp.
- CEPAL-UNESCO, Educación y Conocimiento. Eje de la Transformación Productiva con Equidad, Santiago de Chile, 1992, 147 pp.
- D'ANTONIO, Daniel Hugo, Derecho de Menores, 3a. ed., Ed. Astrea de Alfredo y Ricardo de Palma, Buenos Aires, 1986, 408 pp.
- GONZALEZ DEL SOLAR, José H, Delincuencia y Derecho de Menores: un aporte para la legislación integral, Ed. De Palma, Buenos Aires, 1986, 196 pp.
- GONZALEZ MONTES, Soledad, Mujeres y Salud. Programa Interdisciplinario de Estudio de la Mujer, El Colegio de México, México, 1994, 258 pp.
- GRANT, James P, Estado Mundial del la Infancia 1990, UNICEF, España, 1990, 122 pp.
- GRANT, James P, Estado Mundial del la Infancia 1992, UNICEF, Nueva York, 1992, 100 pp.
- GRANT, James P, Estado Mundial del la Infancia 1994, UNICEF, España, 1994, 89 pp.
- GRANT, James P, Estado Mundial del la Infancia 1995, UNICEF, España, 1995, 97 pp.
- GUERRERO CARREÑO, Nora Alicia, Las garantías individuales del menor infractor en México, Tesis profesional, UNAM, Facultad de Derecho, México, 1991, 148 pp.
- JUSIDMAN, Clara, El sector informal en México, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, México, 1993.

- KEMELMAJER DE CARLOCCI, Aída. La capacidad civil del menor que trabaja: trabajador subordinado y menor profesional. Ed. Astrea de Alfredo y Ricardo de Palma. Buenos Aires, 1976. 179 pp.
- KALMAR TOLBA, Mostafa/GRANT. James P. La infancia y el medio ambiente. Estado del medio ambiente 1990. PNUMA-UNICEF, Nueva York-Ginebra-Nairobi, 1990. 73 pp.
- LEÑERO, Luis. Las familias en la Ciudad de México. Investigación social sobre la variedad de las familias, sus cambios y perspectivas. Instituto Mexicano de Estudios Sociales, México, 1994, 282 pp.
- LOPEZ ECHAVARRI, Ovidio. Menor en situación extraordinaria: acciones, logros y perspectivas en favor de los niños trabajadores y de la calle, UNICEF, México, 1990, 95 pp.
- LOZANO, Rafael. Desigualdad, Pobreza y Salud en México, Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad, El Nacional, México, 1993, 325 pp.
- OSORIO NIETO, Cesar Augusto. El niño maltratado. Ed. Trillas, México, 1990, 82 pp.
- PEREZ DUARTE, Alicia. (compiladora), Memorias del foro "El niño, realidad y fantasía", CNDH, México, 1990, 173 pp.
- RODRIGUEZ MANZANERA, Luis. Criminalidad de Menores, Ed. Porrúa, México, 1987, 602 pp.

#### REVISTAS

- BANCO MUNDIAL, "Servicios sociales para los pobres". Comercio Exterior, Banco Nacional de Comercio Exterior, vol. 42, número 5, México, mayo 1992.
- Enrique Hernández Laos, "La pobreza en México ", Comercio Exterior, Banco Nacional de Comercio Exterior, vol. 42, número 5. México, mayo 1992.

## DOCUMENTOS

- BANAMEX, Examen de la Situación Económica de México, Vol. LXV, no. 769, Dic. 1989.
- COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE, México: Evolución Económica durante 1991, México, 1991, 85 pp.
- COMISION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE, México: Evolución Económica durante 1993, México, 1993, 82 pp.
- COMISION NACIONAL DEL AGUA, Metas Nacionales del Subsector Agua Potable y Alcantarillado, México, 1990, 127 pp.
- COMISION NACIONAL DEL AGUA, Situación del Subsector Agua Potable, Alcantarillado y Saneamiento Básico, México, 1993, 130 pp.
- COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, Convención sobre los Derechos del Niño, CNDH, México, 1990, 53 pp.
- COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS, Memorias del foro: Análisis y seguimiento de acciones en favor de la niñez después de la Cumbre Mundial de la Infancia, CNDH, México, 1992, 107 pp.
- COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y LA EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ACCION, Programa Nacional de Acción: México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, Noviembre de 1991, SSA/UNICEF, México, 1991, 159 pp.
- COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ACCION, "Un compromiso de acción y movilización social". Respuesta de México en Favor de la Infancia, UNICEF, México, 1994, 32 pp.
- COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ACCION EN FAVOR DE LA INFANCIA, Primera Evaluación del Programa Nacional de Acción, SSA/UNICEF, México, Octubre de 1992, 245 pp.
- COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ACCION, Segunda Evaluación de Seguimiento del Programa Nacional de Acción, SSA/UNICEF, México, Julio de 1993, 157 pp.

- COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE ACCION. Tercera Evaluación de Seguimiento del Programa Nacional de Acción, SSA/UNICEF, México, Febrero de 1994. 190 pp.
- COMISION NACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA NACIOAN DE ACCION, Cuarta Evaluación de Seguimiento de los Acuerdos suscritos por México en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, SSA/UNICEF, México, Octubre de 1994, 240 pp.
- CONSEJO NACIONAL PARA EL CONTRO DE ENFERMEDADES DIARREICAS, Encuesta sobre Manejo efectivo de enfermedades diarreicas en el hogar, SSA, México, 1993.
- CONAL-INNSZ, Encuesta Nacional de Alimentación en el Medio Rural por regiones nutricionales, México, 1989, 34 pp.
- CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACION Y EL DESARROLLO, Los Niños, la población y el Desarrollo, UNICEF/CIPID, Nueva York, 1994.
- CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE EDUCACION, Declaración Mundial sobre Educación para Todos, Jomtien, Thailandia, Marzo de 1990.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACION, La marginación de los municipios de México, Anexo, México, Enero de 1993.
- CONSEJO NACIONAL DE POBLACION, Indicadores Socioeconómicos e Índice de Marginación Municipal, 1990, México, 1993, 304 pp.
- CONVENCION SOBRE LA MUJER, Beijin, Septiembre 1995.
- CUMBRE MUNDIAL SOBRE DESARROLLO SOCIAL, ONU, Copenhague, marzo de 1995.
- FUNDACION MEXICANA CAMBIO XXI LUIS DONALDO COLOSIO, Población y Desarrollo. Serie Retos y Propuestas, México, 1994, 129 pp.
- GONZALEZ, Villareal Fernando, Agua para uso y consumo humano y agua residual, Conferencia del Director General de la Comisión Nacional de Agua en el Consejo Nacional sobre salud, medio ambiente y desarrollo, México D.F. 13 de julio de 1994.
- GRUPO DE POLITICAS DE CONSULTA MIXTA DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS, Perfil Estadístico de la Población en México, (Versión preliminar), México, 1995.

- INEGI, IX Censo General de Población y Vivienda, México, 1990.
- INEGI, Cuadernos de Estadísticas de Educación, México, 1994, 503 pp.
- INEGI, Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica 1992, México, 1994, 157 pp.
- INEGI, Perfil Estadístico de la Población en México: Una aproximación a las inequidades socioeconómicas, regionales y de género, Aguascalientes, Ags., México, 1995, 280 pp.
- INI, Diagnóstico de Salud y Nutrición en Alberques Escolares para Niños Indígenas, México, 1992.
- INI-DIF-UNICEF, Situación de la Niñez Indígena en México, México, 1993. 60 pp.
- INI-SSA, La Salud de los Pueblos Indígenas, México, 1993, 52 pp.
- ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO, Hacia el pleno empleo. Contribución al Comité Preparatorio de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, Septiembre 1994.
- OPS/SSA/UNICEF, Situación y perspectivas de mortalidad en menores de 5 años en América Latina, Declaración de Cocoyoc, 23 - 26 octubre de 1988, Cocoyoc, Morelos, México.
- PAZOS, César. et - al, Avances y limitaciones de la Política Social mexicana: 1960 - 1993, UNICEF, México, 1995, 54 pp.
- PAZOS MALDONADO, Cesar, Estudio sobre la Pobreza en México. Documento de Trabajo, Sistema de las Naciones Unidas, México, 1994, 76 pp.
- PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano 1994, Fondo de Cultura Económica, México, 1994, 243 pp.
- PODER EJECUTIVO FEDERAL, Programa Nacional de Población 1995-2000, México, 1995, 113 pp.
- PROGRAMA NACIONAL DE SOLIDARIDAD, Desarrollo de Cuestionario Selectivo a gobierno sobre Políticas y Programas orientados a la superación de la pobreza, III Conferencia sobre Pobreza en América Latina, México, 1992.
- REUNION MUNDIAL SOBRE LACTANCIA MATERNA, Declaración de Innocenti, OPS/UNICEF, Florencia, Italia, 1990.

- SALINAS DE GORTARI, Carlos, Discurso pronunciado en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, UNICEF. Nueva York. 30 de septiembre de 1990.
- SALINAS DE GORTARI, Carlos, Quinto Informe de Gobierno. 1993, Anexo, México, Noviembre de 1993.
- SALINAS DE GORTARI, Carlos, Tercer Informe de Gobierno. 1991, México, Noviembre de 1991.
- SECRETARIA DE GOBERNACION, Documentos Internacionales en materia de menores, México, 1991, 111 pp.
- SECRETARIA DE RELACIONES EXTERIORES, First call for México's children: a national concern; the mexican government contribution to the world summit for children, 29 and 30 september 1990, SRE, México, 1990.
- SEP, Indicadores Educativos. Serie Histórica 1976-1977/ 1993-1994, Dirección General de Planeación, Programación y Presupuesto, México, 1994, 460 pp.
- SSA, Anuario Estadístico 1993, México, 1994, 120 pp.
- SSA, Avances en Salud Materno-Infantil 1980-1994, México, 1995, 29 pp.
- SSA, Bases de Información para la salud. Cifras Municipales, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, 1994, 388 pp.
- SSA, Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud, México, 1987.
- SSA, Estadísticas Vitales 1992, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, 1993, 59 pp.
- SSA, La Salud de los niños -cifras nacionales-, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, 1994, 208 pp.
- SSA, Mortalidad 1992, Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, México, 1993, 382 pp.
- SSA, Mortalidad Materna. Cifras relevantes, México, 1993.
- TARRES, Ma. Luisa, et-al, Desigualdad en el acceso de las mujeres en educación, salud y otros medios de maximizar la conciencia de los derechos de la mujer y la utilización de sus capacidades, Informe de las Organizaciones no Gubernamentales para la Conferencia Mundial de la Mujer, Estudios Sociológicos del Colegio de México, México, 1994.

- TREJO, Guillermo, et-al, La política social y los esfuerzos por erradicar la pobreza, UNICEF, México, 1994, 117 pp.
- UNICEF, Análisis de Situación para el Programa de Cooperación con el Gobierno mexicano 1996-2001, México, 1995.
- UNICEF, Análisis de Situación. La Mujer en México, México, 1995, 125 pp.
- UNICEF, Análisis de Situación. Salud y Nutrición de los Niños y Madres, México, 1995, 54 pp.
- UNICEF, Análisis Sectorial de Educación, México, 1995, 37 pp.
- UNICEF, Bases para la Formulación del Programa de Cooperación con el Gobierno Mexicano 1996-2001, México, 1995, 220 pp.
- UNICEF, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Lima, Perú, 1994, 54 pp.
- UNICEF, Informe Anual 1995, México, 1995, 72 pp.
- UNICEF, La Niñez Mexicana y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, México, 1995, 31 pp.
- UNICEF, Programa de Cooperación del UNICEF con el Gobierno de México, 1996 - 2001, UNICEF, México, 1995, 212 pp.
- WORLD BANK, Mexico: Country Economic Memorandum: Fostering Private Sector Development in the 1990's, May 16, 1994.
- WORLD BANK, World Development Report 1993, The World Bank, Washington D.C., 1994, 329 pp.
- ZEDILLO PONCE DE LEON, Ernesto, Discurso pronunciado durante la entrega de Premios Nacionales de Periodismo por la Infancia, Centro Mexicano para los Derechos de la Infancia, México, 4 de noviembre de 1992.