

Santiago, 9 de diciembre de 1991

Señor  
Marcelo Zapata  
Presente

Estimado Marcelo:

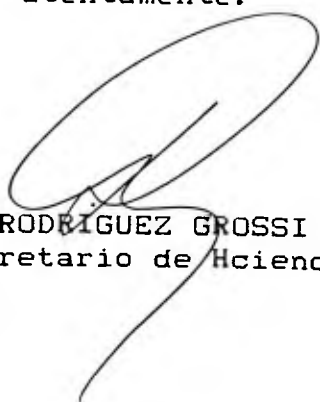
Estoy enviando el documento que contiene los resúmenes de diversos trabajos encargados por el Comité Económico Social, pensando en un conjunto de acciones hacia los niños, en el marco de la Convención de los Derechos de la Niñez.

Este documento necesita ser discutido por los Ministros respectivos y perfeccionado tanto en su forma como fondo. Ruego disculpar cualquier error de presentación dado la presión de tiempo en la que hemos debido proceder.

Creo que servirá como inspiración para que ustedes preparen un breve saludo de parte del Presidente, para el día 16 del presente.

Prácticamente, todas las metas propuestas en cada área del documento son realizables durante la década, por lo cual se trata de una propuesta extraordinariamente realista y el Presidente puede referirse a ella sin temor.

Sin otro particular y a la espera de cualquier consulta, le saluda atentamente.

  
JORGE RODRIGUEZ GROSSI  
Subsecretario de Hacienda

REPUBLICA DE CHILE					
PRESIDENCIA					
REGISTRO Y ARCHIVO					
NR. 91/26845					
A: 10 DIC 91					
P.A.A.	<input type="checkbox"/>	R.C.A.	<input type="checkbox"/>	F.W.M.	<input type="checkbox"/>
C.B.E.	<input type="checkbox"/>	M.L.P.	<input type="checkbox"/>	P.V.S.	<input type="checkbox"/>
M.T.O.	<input type="checkbox"/>	EDEC	<input type="checkbox"/>	J.R.A.	<input type="checkbox"/>
M.Z.C.	<input checked="" type="checkbox"/>				

I N D I C E

PRESENTACION	PAG. 1
DESARROLLO INFANTIL Y FAMILIAR	PAG. 3
EDUCACION BASICA	PAG. 7
SALUD MATERNO INFANTIL	PAG. 11
NUTRICION INFANTIL	PAG. 15
SANEAMIENTO BASICO	PAG. 19
LOS MENORES CON DISCAPACIDAD	PAG. 23
ALCOHOL, DROGAS Y TABACO	PAG. 27
MENORES EN ESTRATEGIAS DE SOBREVIVENCIA	PAG. 31
MENORES EN CONFLICTOS CON LA JUSTICIA	PAG. 33
MEDIO AMBIENTE	PAG. 37

Un futuro feliz, como el que queremos para nuestro Chile, sólo se logrará con el esfuerzo democratizador, de armonización de intereses y reconciliación, y de progreso económico en el que está comprometida la comunidad nacional entera. Sin embargo, tal esfuerzo será muy incompleto si no se profundiza la política de igualdad de oportunidades y de mejoramiento en la calidad de vida de los grupos más pobres, donde los niños y jóvenes están atados a un círculo vicioso que es principalmente cultural, de civilización.

Pequeños que nacen condenados a la limitación, no sólo material, sino también de un lenguaje precario, de escasa adaptación social, de padres inmaduros por su precocidad, difícilmente podrán optar por un camino distinto del que recorrieron sus progenitores. Más aún, aunque felizmente no es el caso normal en los ambientes de pobreza, valga también la preocupación por las situaciones extremas donde la vagancia constituye el escape de los niños con problemas de hogar, de violencia y abuso sobre ellos, y donde una cadena desgraciada de explotación, conflictos con la justicia y delincuencia amarra el futuro de tales pequeños.

El afán por un futuro mejor pasa necesariamente por una acción privilegiada en favor de la igualdad de oportunidades para los niños. Es en los niños donde mejor se puede sembrar conocimiento, hábitos y comportamientos nuevos, mientras en los adultos es imposible retroceder en el tiempo para brindar ciertas oportunidades claves que no tuvieron en su oportunidad.

La República de Chile, en forma pionera, ha adherido recientemente a la Convención de los Derecho de la Niñez. En efecto, durante 1990 Chile fue uno de los primeros veinte países en el mundo en suscribir tal Declaración bajo el auspicio de la UNICEF. Con ello, la República se ha comprometido a respetar y hacer cumplir los derechos de los niños. Este estatuto reconoce la vulnerabilidad especial del niño y trata los derechos del mismo como un conjunto de derechos interdependientes que se refuerzan mutuamente. Además, dado que el niño es básicamente una persona dependiente, la convención va más allá del mismo involucrando a los padres y responsable de su supervivencia.

La responsabilidad del cumplimiento de estos derechos es de la República de Chile, de cada ciudadano del país. También del Estado, por cierto, del Gobierno, del Parlamento, y del Poder Judicial. El ámbito de estos derechos, que alcanza a la vida de los niños y jóvenes en todos las etapas de su desarrollo, naturalmente exige una marcada acción de la sociedad más que del Estado. Este último es completamente subsidiario en el campo de la vida familiar, donde los roles centrales los deben asumir los padres. Igualmente ocurre en otras áreas donde lo privado debe predominar. Es por ello, que en este documento se abordan aspectos destinados a permanecer en el campo de lo privado, mientras, obviamente, también se abordan otros en los que el Estado tiene roles compartidos con otras instituciones del sector privado.

Este documento pretende servir de marco para activar una discusión sobre la niñez y juventud en una perspectiva propositiva, seria y realista. Pretende crear conciencia sobre determinados aspectos poco tratados a nivel de opinión pública como, por ejemplo, el de la violencia ejercida sobre los niños, así como focalizar la atención de los poderes del Estado sobre este grupo de la población que mejor cristaliza la posibilidad y oportunidad de construir una sociedad armoniosa y justa.

## DESARROLLO INFANTIL Y FAMILIAR

### DIAGNOSTICO

En 1990 existían 1.762.300 niños menores de 6 años en Chile; esto es equivalente a 14% de la población. En el área urbana viven 80.1% de estos niños, mientras 19.9% habitan en el sector rural. Según la encuesta CASEN 1990, cerca de 844.000 niños de esa edad (47.9%) estarían en condición de pobreza al formar parte de los hogares de los dos quintiles de menores ingresos.

Entre estos niños, a partir del segundo semestre de vida se empiezan a observar insuficiencias nutricionales atribuibles a mala alimentación no láctea (1/3 de los niños con peso insuficiente). En tanto, desde los 18 meses de vida evidencian un retraso significativo en su desarrollo psicomotor. Los niños de sectores rurales muestran un retraso aún peor. En niños pobres de Santiago, de menos de 2 años, se detecta un déficit de 16% en desarrollo psicomotor. Este problema se incrementa entre los 2 y 5 años. Para esta región tal atraso entre niños pobres llega a 40%. El déficit en materia de lenguaje alcanza a 50%, a 30% en coordinación visomotriz, y a 17% en motricidad gruesa.

La educación preescolar debiera atacar estos retrasos. Sin embargo, la cobertura de los sistemas de educación preescolar en el grupo de menores de 2 años (aproximadamente 600.000 niños) es muy baja, de alrededor de 6.500, los cuales son atendidos por salas cunas de JUNJI, INTEGRAL y otros organismos. Para el grupo de 2 a 5 años, los sistemas de educación preescolar cubren aproximadamente a 330.000 niños, lo que representa 28% de la población etárea.

Por su parte, la cobertura a nivel regional varía desde 20% a 41% de los niños de 2 a 5 años; las Regiones que están bajo el promedio nacional son la VII, VIII, IX y X. Datos preliminares de la encuesta CASEN 90 indican que no más de 8.5% de los menores de 6 años de sectores rurales están cubiertos por servicios preescolares, versus 24% de los urbanos.

### POLITICAS Y PROGRAMAS

Las políticas de educación parvularia para la década fijan como grandes objetivos el aumento de cobertura con mejoramiento de la calidad y equidad, en un contexto de descentralización y participación común para todo el sistema educativo en sus distintos niveles. Esto significa concretamente, ampliación de cobertura por medio de programas convencionales y no convencionales, a la vez que la búsqueda de mejor calidad de los servicios disponibles a través de diversas líneas de acción.

Actualmente la mayoría de los programas de educación inicial corresponden a modelos de atención directa al niño menor de 6 años, en modalidades convencionales y no convencionales. En las modalidades convencionales, el sistema de atención está organizado en tres niveles: sala cuna (3 meses a 2 años), nivel medio (2 a 4 años) y transición (4 a 5 años).

Dentro de las modalidades convencionales se encuentran:

a) Jardines infantiles para niños de 0 a 5 años, en establecimientos de uso exclusivo, que atienden en jornada completa o parcial. En este modelo existen jardines particulares, financiados con el aporte de los padres y jardines infantiles gratuitos. Estos últimos, destinados a niños de sectores pobres, están a cargo principalmente de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), institución de cobertura nacional financiada con presupuesto fiscal anual; en sus establecimientos entrega un programa educativo, social y alimentario, ofreciendo así una atención integral;

b) Cursos de párvulos en salas anexas a escuelas básicas, con programas educativos, a cargo de educadoras de párvulos en sistema de media jornada. Este modelo cubre principalmente niños de 5 años (kinder), aunque también se da atención a niños de 4 años (pre-kinder). Una proporción de los niños inscritos reciben desayuno y/o almuerzo del Programa de Alimentación Escolar de JUNAEB.

En la línea de modalidades no convencionales existen:

a) Jardines familiares (JUNJI) que atienden niños entre 2 y 4 años en salas disponibles en escuelas o locales comunitarios, a cargo de una auxiliar de párvulos y madres voluntarias, en sistema de media jornada, con programa educativo y de alimentación. Su financiamiento está incluido en el presupuesto anual de JUNJI;

b) Centros abiertos de la Fundación Nacional de Desarrollo Integral del Menor (INTEGRA) para menores de 6 años de extrema pobreza, financiados principalmente con aporte fiscal anual; a cargo de personal no especializado hasta principios de 1990, funcionando en jornada completa. A partir de mediados de ese año se transforman en centros de atención integral, con incorporación paulatina de personal profesional;

c) Otros centros de educación preescolar no convencional, generalmente organizados por ONGs e iglesias, con programas de clara intencionalidad educativa e incorporación más o menos sistemática de personal de la comunidad en el trabajo con la educadora, habitualmente funcionando en media jornada. Su financiamiento proviene de instituciones filantrópicas o de cooperación internacional.

## **METAS**

Dada la situación de la infancia reseñada en el diagnóstico, las grandes metas para la década en Chile serían:

a) Disminuir la prevalencia de déficit en el desarrollo psicosocial de los niños de escasos recursos y,

b) Mejorar las condiciones de entrada de los niños de escasos recursos a la Educación Básica. El logro de estas metas contribuirá a generar condiciones de equidad en la sociedad chilena, imprescindibles para el desarrollo del país en el umbral del Siglo XXI.

Para el cumplimiento de esas grandes metas, es preciso fortalecer las capacidades de las familias en tanto primeras educadoras de los niños y aumentar las oportunidades educacionales para los menores de 6 años, conciliando criterios de equidad,

calidad y factibilidad. En este contexto, y considerando la situación actual de la atención a la infancia, se perfilan cuatro sub-metas que, en conjunto, apoyan el logro de las metas principales y pueden formularse de la siguiente manera:

- 1) Aumentar la cobertura de la educación inicial favoreciendo la equidad;
- 2) Enfatizar la prevención y la educación de los padres;
- 3) Mejorar la calidad de los programas existentes;
- 4) Mejorar la eficiencia en la entrega de servicios de educación inicial.

## MEDIOS Y ACCIONES

El esfuerzo más significativo del actual gobierno es el Programa de Mejoramiento de la Calidad y la Equidad de la Educación (MECE). En lo que a educación preescolar se refiere, el referido proyecto establece como objetivos mayores el aumentar la cobertura y mejorar la calidad de la oferta educativa a los menores de 6 años, favoreciendo la equidad en la distribución de estos servicios. El monto global destinado a este componente asciende a U\$ 40 millones de dólares en 5 años (1992-1996).

Como líneas de acción concretas contempla: a) ampliación de la oferta educativa para niños de 5 años en escuelas municipales de sectores pobres (4.500 nuevas plazas de segundo nivel de transición); b) ampliación de la oferta educativa para niños de 4 y 5 años en jardines de la JUNJI (4.000 nuevas plazas en salas actualmente sin uso); c) ampliación de la oferta educativa para niños de 4 y 5 años en centros abiertos de INTEGRA (atención adicional de 7.200 niños); d) creación de centros rurales de Integra para la atención de 2.000 niños de 3 a 5 años, a través de la habilitación de salas en localidades rurales pobres; e) capacitación a padres de preescolares rurales para la estimulación del desarrollo infantil, a través del programa educativo Conozca a su Hijo (4.500 familias capacitadas anualmente); f) dotación de material didáctico para el trabajo con niños en jardines JUNJI, centros abiertos INTEGRA y cursos de segundo nivel de transición de escuelas municipales, para mejorar la calidad de la educación actualmente prestada por dichas instituciones a alrededor de 200.000 niños; y, entre otras medidas, g) dotación de material educativo para trabajo con 179.000 padres de preescolares que asisten a jardines JUNJI, centros abiertos Integra y cursos de segundo de transición de escuelas municipales. Cabe destacar, también, que para el incremento de cobertura, el MECE contempla el financiamiento de los recursos físicos, humanos, de provisión de material didáctico y de alimentación de todos los nuevos alumnos.

Además de su participación en el Programa MECE, que se inicia en 1992, tanto JUNJI como INTEGRA han iniciado programas propios de ampliación de cobertura o de mejoramiento de la calidad de la educación que ofrecen. El aumento del presupuesto 1991 en 32,5% con respecto a 1990, y el aporte financiero y técnico de UNICEF ha permitido a JUNJI la expansión de matrícula en sus programas convencionales y no convencionales, y desarrollar una serie de

medidas de mejoramiento de la calidad. Al nivel de programas convencionales, la expansión de 4.053 nuevas matrículas se ha efectuado por diversas vías, siendo la principal de ellas la construcción de 39 salas en jardines infantiles existentes. En programas no convencionales, se han desarrollado diversos programas innovadores de atención (Sala Cuna en el hogar, jardines estacionales, jardines familiares), que en conjunto han ampliado la matrícula en 4.610 niños. Para 1992, aparte de la participación en el Programa MECE ya descrito, JUNJI se propone generar un aumento de cobertura en 6.645 niños, principalmente por la vía no convencional y posibilitar la extensión horaria en el nivel Sala Cuna para dar facilidades a la madre trabajadora, además de seguir mejorando la calidad de la atención, especialmente en el aspecto curricular de los programas que se desarrollan.

En cuanto a INTEGRAL, su nueva línea institucional conlleva la búsqueda activa por un modelo educativo integral. Para ello, desde 1990 la institución desarrolla varias estrategias, a saber: a) dotación de una estructura técnica para mejorar la calidad de la educación brindada a los preescolares; b) Implantación de un Proyecto Educativo de Desarrollo Integral, con el apoyo de UNICEF, que permitirá mejorar la calidad educativa de los centros abiertos de tal manera que los niños reciban los estímulos y la atención educativa que se requiere para promover su desarrollo físico, psíquico y social; c) programa de capacitación del personal de los centros abiertos para la aplicación del proyecto educativo.

Desde el Ministerio de Salud, el Programa de Salud del Niño y del Adolescente comenzará a incorporar actividades de prevención, diagnóstico y recuperación del desarrollo psicomotor de los niños menores de seis años, con el objetivo de disminuir las altas tasas de déficit prevalentes en la población infantil. Se espera que en 1992 se alcance una cobertura de 50% de los niños entre 0 y 2 años; y 30% de los niños entre 2 y 5 años. Esta proporción de niños atendidos será en forma gradual para ir subiendo hasta alcanzar tasas de 100% de cobertura en ambos grupos etarios en 1994 y 1995.

En cuanto al Programa de Alimentación Escolar (PAE) de la JUNAEB, conviene destacar que en cifras gruesas se están entregando alrededor de 30.000 raciones diarias a preescolares. Para 1992, JUNAEB tiene previsto aumentar la cobertura del PAE, lo que traería como consecuencia un aumento también para los preescolares.

Finalmente, es preciso referir que los aportes de la sociedad civil han estado centrados en desarrollar experiencias de educación no convencional con participación de la comunidad, generalmente organizados por organismos no gubernamentales o de Iglesia. En 1990, estas experiencias atendían alrededor de 10.000 niños, destacando los programas realizados por la fundación San Pablo y CEANIM.



## EDUCACION BASICA

### DIAGNOSTICO

En 1990, cerca de 2 millones de niños entre 6 y 13 años asistían a la escuela. De entre ellos, 94% recibía subvención fiscal y el 6% restante pagaba su educación. El 61% de la matrícula era atendida en escuelas administradas por las municipalidades, el 32% en escuelas particulares subvencionadas, y el 7% en escuelas particulares pagadas.

Las cifras anteriores representan una cobertura de 96% para este nivel de enseñanza. Los niños que se marginan de las escuelas son los más pobres, tanto urbanos como rurales. Un 16% de estos menores no asiste por dificultades económicas, el 10% por necesitar educación especial y el resto, por no contar con establecimiento cercano al domicilio, por no tener cupo en el establecimiento elegido o por dificultades de acceso.

Los mayores problemas de cobertura se presentan en las regiones IV, VII, IX, X y XI, todas las cuales, excepto la XI, concentran las más alta proporción de población pobre.

En otro plano, el SIMCE revela un bajo rendimiento y mala calidad de la educación chilena. Los niños sólo aprenden la mitad de lo que deberían aprender y existe una diferencia de más de 25 puntos entre los alumnos de niveles socioeconómico bajo comparado con los de sectores más acomodados. En consecuencia, el rendimiento escolar está completamente ligado al nivel socioeconómico: más pobres, peor rendimiento. La educación básica sólo está validando y ayudando a perpetuar las diferencias sociales existentes: **no sirve como instrumento igualador de oportunidades.**

No todas las escuelas subvencionadas tienen características similares ni atienden a una población equivalente. Muchos de estos establecimientos son poco eficientes y obtienen resultados académicos muy bajos. Estos establecimientos son normalmente los rurales (la mayor parte de los cuales son incompletos o de cursos combinados); y los municipales en comunas o barrios pobres, que atienden a una alta proporción de niños de los niveles socioeconómicos C y D.

### POLITICAS Y PROGRAMAS

Hasta antes de la década de los 90, las políticas educativas respecto a la enseñanza básica en Chile se habían preocupado fundamentalmente de ampliar la cobertura, proporcionando oportunidades educativas a sectores sociales que aún a comienzos de los 60 no tenían acceso a la educación, y de lograr una mayor racionalidad administrativa en el sistema, para lo cual se municipalizaron y privatizaron los establecimientos fiscales del país. Sin embargo, al terminar los 80, se hizo evidente que aún cuando la población más pobre tiene acceso relativamente asegurado a la enseñanza básica, lo que en ella aprende está muy lejos de los niveles mínimos aceptables.

Es así como al comenzar los 90, el actual gobierno define como

prioritario el mejoramiento de la calidad de los procesos pedagógicos, el aumento de los niveles de rendimiento en las asignaturas básicas, y la equidad en la distribución de los conocimientos transmitidos por el sistema escolar.

Las prioridades globales y de cada nivel del sistema educativo permitieron definir las tareas más urgentes: mejorar la calidad de los procesos educacionales y sus resultados en todos los niveles educativos, asegurar la equidad en la distribución del saber escolar, recoger las necesidades y opiniones de todos los actores involucrados en educación, avanzar en el perfeccionamiento de la descentralización administrativa y producir la descentralización pedagógica y, finalmente, mejorar las condiciones de trabajo y profesionales de los profesores. Esto último se ha logrado a través del Estatuto Docente.

Por otra parte, se impulsó un programa específicamente orientado a la calidad pedagógica, a saber, el de Mejoramiento de la Calidad de Escuelas Básicas de Sectores Pobres (P-900), el que busca modificar las condiciones del 10% de las escuelas subvencionadas básicas en situación precaria en cuanto a infraestructura y que obtenían malos rendimientos académicos.

Sin embargo, el esfuerzo de mejoramiento de la educación básica más importante y masivo es el ya mencionado Programa de Mejoramiento de la Calidad y Equidad de la Educación (MECE) con aspiraciones de cubrir la totalidad de las escuelas básicas subvencionadas del país.

## **METAS**

### Metas Generales

Las prioridades propuestas para ser satisfechas durante la primera mitad de la década son el mejoramiento de la calidad de los procesos pedagógicos y de los resultados obtenidos, junto a la equidad en la distribución de los conocimientos y habilidades transmitidas por la escuela.

Considerando la necesaria gradualidad de las políticas, las grandes metas para la segunda mitad de la década del 90 son:

- Avanzar en la consecución de calidad y equidad.
- Proporcionar canales efectivos de participación a los padres y comunidad interesada.
- Transparencia máxima del sistema mediante difusión amplia y masiva acerca del funcionamiento y eficiencia del sistema educativo.
- Asegurar las instancias de investigación y experimentación que hagan posible la innovación y mejoramiento de los programas, de materiales y procesos educativos.

## Metas específicas

En la línea de cobertura se espera llegar a 98% hacia fines del decenio. El indicador de deserción se espera reducir desde 2.3% actual a 1% el año 2000. La repitencia deberá bajar desde 7.8% del presente a 4% para fines de la década. En cuanto a rendimiento escolar, se busca detener la tendencia a la baja en los resultados SIMCE y pasar de un puntaje promedio obtenido de 55 puntos a 65 puntos en 1996 y 80 puntos en promedio para el 2000.

## **MEDIOS Y ACCIONES**

En general, la gran mayoría de las metas propuestas por este estudio esperan ser logradas a través de las acciones contempladas por el Programa de las 900 escuelas, y la entrada en vigencia del MECE a partir de 1992, como también de medidas que aseguren la continuidad de las acciones más críticas y efectivas de estos programas.

A un costo de U\$ 10 millones anuales, destacan entre las acciones del P-900, la reparación de infraestructura, el perfeccionamiento de profesores, la entrega de textos de estudios, la implementación de bibliotecas de aulas y disposición de material didáctico, los talleres de aprendizaje para niños con retraso escolar, el perfeccionamiento a docentes directivos y la atención especial a las escuelas uni y bi docentes.

Por su parte, con una inversión de U\$ 180 millones en educación básica y asegurando la continuidad ampliada del P-900, el MECE contempla una batería de acciones: la entrega de textos y guías didácticas a todos los alumnos de primero a octavo básico en las asignaturas de Castellano, Matemáticas, Ciencias Naturales e Historia y Geografía, produciendo por primera vez en la educación chilena textos especialmente diseñados para el contexto rural; la implementación de bibliotecas de aulas; el mejoramiento de la infraestructura; la asistencia en salud ante problemas que afectan crónicamente el aprendizaje, por medio de un programa de prevención, detección y asistencia de los principales problemas que presenta la población escolar; el perfeccionamiento docente; la descentralización pedagógica promovida por la generación y ejecución por parte de las unidades educativas de los Planes de Mejoramiento Escolar (PAE); el apoyo a la Educación Rural por medio de una adecuación metodológica, capacitación de profesores, dotación de textos especialmente diseñados para el sector rural, construcción de 500 salas para escuelas incompletas y la instalación de 5 escuelas que operarán como centros demostrativos; y la introducción de la informática en la escuela (red de comunicaciones desde y dentro de la escuela).

En términos más específicos, el aumento de la cobertura requiere sistemas regionales de información y pesquisa, el incentivar la asistencia escolar, completar las escuelas rurales incompletas, y reforzar el nivel de primero básico con materiales didácticos y perfeccionamiento a profesores. A su vez, medidas como el aumento de la cobertura de educación especial y el control de los escolares como trabajadores temporeros y/o otorgar facilidades

especiales a temporeros agrícolas podrían tener impactos significativo en las tasas de abandono. Reducir las tasa de repitencia exige capacitar a profesores en metodologías de evaluación, y el otorgamiento de materiales didácticos y apoyo técnico para nivelar alumnos, comprometer a los padres en la solución a los problemas de rendimiento e implementar sistemas de tutorías con alumnos aventajados. Finalmente, el mejoramiento del rendimiento escolar puede ser logrado a través de acciones como: estimular la creatividad de los profesores respecto del currículum básico y continuar la descentralización pedagógica iniciada por el MECE; la continuidad en la distribución de textos y material didáctico, así como sus mejoramientos y actualizaciones permanentes; revisión y actualización permanente del currículum mínimo sugerido, apoyado y evaluado por el MINEDUC vía supervisores y SIMCE; dar a conocer y difundir ampliamente los indicadores nacionales de calidad y eficiencia de modo de estimular competencia entre regiones y escuelas, junto a debates públicos sobre la eficiencia del sistema.

## SALUD MATERNO INFANTIL

Chile presenta una situación favorable en el campo de los indicadores de salud respecto de otros países con similar desarrollo económico. No obstante, existen importantes espacios para el mejoramiento de la salud materno-infantil. En particular, la reducción de las desigualdades regionales y los problemas de salud emergentes como el crecimiento de los embarazos en adolescentes, la situación de salud mental, el maltrato infantil y aspectos relativos al desarrollo psicomotor, representan desafíos que deberán ser abordados en este decenio.

### DIAGNOSTICO

#### a) Situación de la Madre:

En 1990, la tasa de mortalidad materna alcanzó a 3.8 por cada diez mil nacidos vivos (116 muertes), nivel muy bajo si se le compara con el resto de los países de la región.

Como principales causas de muerte destacan el aborto inducido complicado (33.6%), problemas hipertensivos del embarazo (12 a 14%) y la insuficiencia hepática fulminante (10.4%). A nivel regional, la V región ha tenido durante varios años las tasa de mortalidad más altas por aborto y la IX, tasas de mortalidad superiores al promedio nacional.

En cuanto a la morbilidad, puede señalarse que el aborto y las complicaciones del embarazo, parto y puerperio (anemia, síndrome hipertensivo, infección urinaria, entre otras) son las causas más frecuentes de hospitalización.

Por otra parte, en 1989 se registraron aproximadamente 38.000 partos en adolescente (98.1% en el tramo entre 15 y 19 años), con los consiguiente mayores riesgos que involucra tanto para la madre como para el niño.

#### b) Situación del niño y del adolescente:

La mortalidad infantil ha descendido desde 18.9 por mil n.v en 1989 a 16 por mil en 1990. A su vez, en los últimos 10 años, la tasa de mortalidad neonatal bajó desde 16.3 a 8.5 por mil n.v. En tanto la mortalidad infantil tardía disminuyó desde 15.5 a 7.5 por mil n.v. Pese a la gran baja en estas tasas de mortalidad, las auditorías de muertes infantiles indican que al menos 26% de ellas son todavía evitables.

Las principales causas de muerte son: prematurez y asfixia grave (42%), enfermedades respiratorias (27.2%) y traumatismos y envenenamientos (25.6%). A nivel regional existen significativas disparidades, especialmente en sectores rurales. En 1989, los servicios de salud que destacaban por su alta TMI eran los de Aysén (21.9 por mil), Araucanía (20.6 por mil) y Bío-Bío (20.3 por mil).

En otro ámbito, la mortalidad en el grupo entre 1 y 4 años se ha mantenido estacionaria en los últimos 5 años y muestra su nivel más bajo en 1990 (7.6 por 10.000 niños). Las 3 primeras causas de

muerte en este grupo representan alrededor del 63% del total y son: accidentes y violencias (40%), enfermedades respiratorias (14%), e infecciosas y parasitarias (10%). Como causa específica más frecuente destaca la bronconeumonía y la aspiración por vómito.

#### **POLITICAS Y PROGRAMAS: EVALUACION CRITICA**

La acción del Ministerio de Salud en el campo materno-infantil está guiada por dos programas principales: a) Programa de Salud Materna y Perinatal, y b) Programa de Salud del Niño y del Adolescente.

##### **a) El Programa de Salud Materno Perinatal**

Este programa tiene un fuerte componente de medicina preventiva y la mayor parte de sus recursos físicos, humanos y operacionales están destinados al proceso gestacional, de planificación de la familia y la atención del parto y del recién nacido. Contempla actividades destinadas a la población en general, considerando la participación comunitaria en el fortalecimiento y promoción de la salud.

Como problemas derivados de la oferta programática destaca, en el primer nivel de atención, el desarrollo desigual de las postas y consultorios municipales, dependiendo de los recursos y la capacidad de gestión de las distintas alcaldías. Existen problemas de organización del trabajo con horarios de atención poco flexibles y excesos de formularios para el registro y control de las actividades. El segundo nivel de atención presenta un desarrollo insuficiente de áreas para referencia de problemas de adolescente embarazada, planificación familiar y atención de enfermedades de transmisión sexual. En el tercer nivel se observa un problema de incapacidad de maternidades y servicios de obstetricia y ginecología para atender las demandas en los grandes centros urbanos.

##### **b) El Programa del Niño y el Adolescente**

La población objetivo está conformada por niños menores de 6 años y escolares entre 6 y 19 años, niño en riesgo de desnutrición, con déficit en su desarrollo psicomotor, con diagnóstico de enfermedades crónicas y con enfermedades de transmisión sexual. El programa pone énfasis en la atención preventiva que se entrega en el nivel primario de atención. El objetivo primordial, más allá de la atención de la morbilidad ambulatoria del niño a toda edad, es brindar una protección efectiva a través de la vigilancia del proceso de desarrollo del crecimiento con el control del niño sano, focalizando atención en el grupo más vulnerable y la protección ante enfermedades transmisibles por la vía de inmunizaciones.

#### **METAS**

En la línea de mortalidad materna se propone reducirla desde

su nivel actual de 3.8 por diez mil n.v a 3.1 en el quinquenio, y a 2.5 hacia fines del decenio. En cuanto a morbilidad materna, se planea reducir la frecuencia de hospitalizaciones por aborto de 14.3 por mil n.v en 1989 a 11.2 por mil en el año 2000). Asimismo por el riesgo involucrado para la madre y el menor, se intenta disminuir el número de embarazos en adolescente desde 40.000 actualmente a 34.000 hacia el final de la década. En atención profesional del parto en el año 2000, se espera mantener sus altos niveles de cobertura a nivel nacional (99%) y uniformar en este promedio nacional a las regiones que se encuentren por debajo del indicador. Finalmente, se busca lograr un adecuado control prenatal aumentando el número de embarazadas captadas por los servicios de salud (de 80% en 1989 a 90% en el 2000), fomentando la captación precoz de las embarazadas, elevando el número de embarazadas con seguimiento y cumplimiento de los controles e incrementando el control prenatal de las embarazadas adolescentes (de 36.5% en 1990 a 75% en el 2000).

En relación con las metas para el niño y el adolescente, se pretende reducir la mortalidad infantil desde su nivel actual de 16.0 por cada mil nacidos vivos a 11.5 hacia el final del decenio. Ello requiere esforzarse en reducir la variabilidad regional de la TMI, apuntando a bajar el valor máximo de la distribución de las tasas regionales. En el campo de la morbilidad infantil, se sugiere disminuir la incidencia de las enfermedades respiratorias y aumentar la cobertura del Programa Anual de Inmunizaciones en las comunas con mayores déficits.

## MEDIOS Y ACCIONES

Las reformulaciones e innovaciones del Programa Materno Perinatal contienen una serie de acciones encaminadas al logro de estas metas. Estas modificaciones pretenden la simplificación de los sistemas de registro y control de actividades en el nivel primario, el desarrollo de más consultorios de especialidades dependientes del programa de adolescente embarazada y paternidad responsable en el nivel secundario, y aumentar la capacidad operativa de las maternidades y servicios obstétricos y ginecológicos en los grandes centros urbanos. Paralelamente, el programa de salud rural contiene nuevo presupuesto y acciones dirigidas a mejorar la calidad de las atenciones de salud a nivel de postas y consultorios rurales. También se ha comenzado en 1991 la implementación de una red de 15 consultorios especializados para la adolescente embarazada de escasos recursos.

Por su parte, las nuevas acciones contempladas en el Programa del Niño y el Adolescente buscan: i) aumentar la cobertura del control de salud escolar (especialmente en preadolescente); ii) eliminar el rechazo a la demanda de atención por morbilidad en el grupo definido como de alto riesgo; iii) capacitar al equipo de salud en el diagnóstico precoz, tratamiento adecuado y derivación oportuna de casos graves a niveles de mayor complejidad (ejemplo: hospitalizar toda bronconeumonía que afecte a lactante menor de 6 meses, desnutrido o con antecedentes de bajo peso al nacer); iv) mejorar servicios de urgencia en hospitales que geográficamente

sean puntos claves de referencia; v) educar a la madre y la comunidad en el reconocimiento de signos y síntomas de gravedad y necesidad de una consulta precoz, como también en la prevención de accidentes del hogar, colegios y de tránsito en el escolar y el adolescente. En la línea de innovaciones, se promoverá el reforzamiento del programa de evaluación del desarrollo psicomotor, contemplando tres áreas básicas de trabajo compartido con los padres: fomento, diagnóstico preventivo y recuperación del desarrollo psicomotor.



## NUTRICION INFANTIL

### DIAGNOSTICO

Nutricionalmente existen problemas por dos tipos de razones:

- a) Por insuficiente ingesta de alimentos que provoca un subdesarrollo físico en los niños manifestado en problemas de talla, a los que se asocian un menor desarrollo y rendimiento intelectual junto a una menor capacidad de trabajo físico.
- b) Desequilibrio alimenticio que provoca obesidad y las correspondientes patologías. El perfil de mortalidad se va asociando más a esta causa que a la primera y las políticas de nutrición debieran poner atención a este nuevo fenómeno.

En Chile se cuenta actualmente con información antropométrica suficiente para determinar la situación nutricional de la población de recién nacidos, de la población materno-infantil que se encuentra bajo control en los establecimientos de atención primaria del Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S.) y de la población escolar que ingresa a primer año básico en las escuelas municipales y privadas subvencionadas por el Estado.

El porcentaje de bajo peso al nacer entre los recién nacidos del país (peso menor o igual a 2.500 g) ha tendido a estabilizarse, siendo para 1989 de 6,9%. Si bien no hay regiones con tasas superiores a 8%, existen 85 comunas del país con tasas mayores a 8% y 30 con tasas de bajo peso mayores o iguales a 10%. En relación a grupos poblacionales en riesgo, es importante consignar que la tasa de bajo peso al nacer entre las madres adolescentes (edad menor a 18 años) ascendió a 8.7% en 1989; estas madres presentan un riesgo significativamente mayor al promedio, de tener hijos de bajo peso. En cuanto a la desnutrición materna (evaluada por bajo peso/talla durante el embarazo, según el patrón Rosso-Mardones adoptado por el Minsal), ésta presenta un promedio general de 25,4% entre la población controlada por los servicios de salud, con una marcada variación entre las regiones y comunas, presentando 3 regiones tasas superiores a 30%, y 45 comunas 34% o más de desnutrición entre las embarazadas bajo control. Por otra parte, la prevalencia de sobrepeso u obesidad en este grupo superaba el 30% en 1986.

De igual modo, las estimaciones del MINSAL referidas a la población menor de 6 años en riesgo de desnutrir, a diciembre de 1987, indican que 18,4% de la población infantil bajo control estaba en la categoría de riesgo; de ellos 3,7% correspondía a desnutrición peso/talla, y 14,7% restante a la condición de alto riesgo a desnutrir. Según grupos de edades, la mayor proporción del riesgo biomédico está en el grupo de 12 a 23 meses (30,9%) y la menor entre los lactantes de 0 a 5 meses (3,9%). El indicador riesgo biomédico varió en alrededor de 20% entre las 13 regiones del país en 1987.

Otro problema de déficit nutricional serio lo constituye la deficiencia de hierro con o sin anemia, siendo quizás la enfermedad nutricional de más alta prevalencia que afecta a las madres embarazadas y a los niños en nuestro país. La anemia ocurre en 25-30% de nuestros niños y en 20% de las madres. Los datos son concordantes con un aporte de hierro insuficiente en los alimentos infantiles y en la dieta de la embarazada.

### **POLITICAS Y PROGRAMAS**

En Chile, la acción del Estado y de otros organismos en materia de nutrición se ha centrado en los grupos poblacionales clasificados como biológicamente vulnerables (con mayores requerimientos nutricionales). Brevemente, los programas con contenido nutricional más importantes en la actualidad son:

a) Programas de Atención Primaria de Salud y de Alimentación Complementaria (PNAC). Existen 1500 establecimientos de Atención Primaria a lo largo del país, los que brindan atención prioritaria a madres y niños en los programas referidos. Beneficiarios son los niños menores de seis años, embarazadas y nodrizas que asisten a controles de salud en dicha red. Del total atendido por el sistema, 20% presenta riesgo de desnutrición y a ese grupo se destina 56% de los alimentos. El costo del Programa de Atención Primaria es de US\$ 114 millones en 1991 de los cuales US\$ 61 millones corresponden al PNAC.

b) Programa de Alimentación Escolar (PAE). Este programa tiene como propósito fundamental incentivar la permanencia de los niños en el sistema escolar y aumentar su rendimiento. Entrega alimentos preparados que proporcionan 700 calorías/día, que representa un tercio de lo necesario para un niño al día según la OMS. Actualmente distribuye 567.000 raciones y para 1992 subirá a 640.000. Durante 1991 se destinaron US\$ 86 millones a este programa.

c) Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI). Atiende a 72.460 menores de 0 a 5 años a través de jardines infantiles y jardines familiares. Provee alimentos y cubre entre 65% y 80% de las necesidades calóricas de los niños. Se destinaron US\$ 28.5 millones a este programa en 1991.

d) Fundación Integra. Este programa atiende a 43.000 niños de edades entre 2 y 5 años, a los que entrega raciones alimenticias. Su costo durante 1991 fue de US\$ 13 millones.

e) FOSIS-Ollas Comunes. Son beneficiarios del programa niños

menores de 12 años que no participan en otros programas y adultos mayores de 60 años de escasos recursos. Actualmente se están distribuyendo alrededor de 25.000 raciones en la Región Metropolitana y Quinta Región, a través de 233 Ollas Comunes. La ración consiste en un vaso de leche con cereal y azúcar que aporta 250 calorías. El presupuesto comprometido para este programa ascendió a US\$ 1.7 millones aproximadamente en 1991.

f) SENAME. Atiende a 46.145 menores en situación de conflicto con la justicia. A ellos se llega con alimentación completa (66%) o con dos comidas diarias (44%). El presupuesto total del SENAME para 1991 ascendió a US\$ 33.5 millones, aunque sólo parte de éste se destina a la dación de raciones.

g) Programas No Gubernamentales. Las organizaciones de pobladores ligadas al consumo agrupan aproximadamente 70.000 personas y proporcionan alrededor de 20.000 toneladas anuales de alimentos, lo que según algunas estimaciones equivale más o menos a un 65% del PNAC. En otro ámbito, la Corporación de Nutrición Infantil (CONIN), organismo privado sin fines de lucro, cumple la misión de recuperar a niños con desnutrición grave rehabilitándolos no solo desde el punto de vista nutricional sino que también el desarrollo psicomotor y social (2000 niños recuperados anualmente). Actualmente el costo del programa se sitúa en el orden de los US\$ 1.3 millones, de los cuales el 60% es aportado por el Minsal.

h) Subsidio Unico Familiar (SUF). Subsidio monetario para familias extremadamente pobres sin protección de seguridad social y que, por lo tanto, no reciben asignación familiar. Aunque este programa es de tipo monetario y no alimentario, naturalmente que al estar focalizado hacia los más pobres tiene un impacto alimentario obvio. El SUF cuenta con un presupuesto de US\$ 34 millones para 1991.

**METAS**

El reducir muertes es sin duda, una meta importante, pero no debe constituir la medida del éxito final de una estrategia; el mejorar la calidad de vida de los que no mueren es también muy importante. De las ocho metas en el ámbito nutricional propuestas por UNICEF hay dos ya alcanzadas por Chile, a saber, la eliminación virtual de enfermedades por carencia de yodo mediante la obligatoriedad de yodar la sal, y la eliminación de la carencia de Vitamina A y sus consecuencias, inclusive la ceguera. De las seis restantes solo una aparece bastante postergada, cual es la de reducir en una tercera parte los niveles de anemia por carencia de hierro (25-30% de los niños y 20% de las madres). Las otras cinco están en cumplimiento avanzado, pero requieren esfuerzos adicionales para ser conquistadas. Estamos haciendo referencia a:

- la reducción en 50% de la tasa de desnutrición grave y moderada, donde la desnutrición grave ya no puede disminuirse más (0.1 a 0.2% de desnutrición grave), y donde la leve (2 a 3%) sí puede combatirse con intervenciones alimentarias.
- la reducción de la tasa de bajo peso al nacer (bajo 2.5 Kgs.) a menos de 10%, meta ya lograda en promedio para el país (6.9%), pero con comunas aún deficitarias. Madres adolescentes, bajo 18 años, presentan mayor riesgo de niños con bajo peso al nacer.

- la adopción de la lactancia materna durante 4-6 meses y lactancia hasta avanzado el segundo año.
- Control del crecimiento en los niños y supervigilancia, función que actualmente se cumple, pero que requiere perfeccionamiento y redefiniciones.
- Seguridad alimentaria en familias pobres, para evitar el riesgo de desnutrición de madres y niños. Podría afirmarse que los programas de alimentación escolar (PAE) y de alimentación complementaria para madres y niños (PNAC) cumplen parcialmente esta tarea, pero la seguridad alimentaria familiar no está enteramente preservada.

## MEDIOS Y ACCIONES

El Estado de Chile tiene inversiones no despreciables en programas alimentario nutricionales dirigidos a prevenir o paliar los problemas causados por déficits nutricionales. Aunque últimamente éstos han sufrido modificaciones en su cobertura y criterios de focalización y descentralización, es necesario destacar el escaso grado de flexibilidad de estos programas y el bajo nivel de coordinación entre ellos. La inversión social en nutrición debe ser no tan sólo eficiente sino que eficaz en asegurar igualdad de oportunidades para todos. Una nutrición que conduzca a un óptimo desarrollo físico y mental es la meta que debemos alcanzar. Más que expandir los recursos destinados a programas nutricionales, se trata de hacer un mejor uso de ellos, implementando una serie de acciones postergadas innecesariamente como:

- a) El mejoramiento de la metodología de medición para evaluar el estado nutricional.
- b) El perfeccionamiento del tipo de productos entregados por PNAC a madres y lactantes. El Minsal en 1985 financió estudios colaborativos realizados por la U. de Chile, que establecen las ventajas de una leche de vaca modificada (Purita modificada) que cumple con las necesidades de vitaminas y minerales. Lo más notable es que dicho producto es de menos costo por caloría entregada. La leche de vaca tiene más proteína que lo recomendable para la alimentación del niño menor. El nuevo producto reduce el costo por tener menos proteína y además se mejora la calidad por tener una proteína más semejante a la de la leche humana.
- c) La prevención de anemia en madres y niños. La misma experiencia anterior de modificación y fortalecimiento del PNAC, al incluir vitaminas y minerales permitió prevenir la anemia en madres y lactantes y mejorar los indicadores de nutrición de zinc y cobre en aquellos que recibieron el producto.
- d) El mejoramiento de los criterios de focalización usando información para discriminar por área territorial.
- e) La Educación y mejor vigilancia nutricional.

SANEAMIENTO BASICO

**DIAGNOSTICO**

A Diciembre de 1990, el nivel de cobertura de abastecimientos domiciliarios de agua potable en el sector urbano es de 97,4%. Se estima que alrededor de 60.000 familias no dispondrían de conexión al sistema de abastecimiento. Estas familias no abastecidas corresponden, en la mayoría de los casos, a personas de bajo nivel de ingreso que se ubican en la periferia de las ciudades en sitio sin urbanizar. En cifras regionales, la cobertura de conexiones varía entre un 94,5% en la VIII región y un valor máximo de 99.7% en la II región.

El crecimiento de la cobertura en el periodo 1982-1989 fué de un 3.04%, mientras que la población urbana en igual periodo alcanzó un crecimiento del 2,19%. Por lo tanto es factible alcanzar una cobertura total en este sector en el corto plazo.

La cobertura de agua potable en el sector rural concentrado (localidades con población entre 150 y 3000 habitantes y con un mínimo de 15 viviendas por kilómetro de calle) se estima en un 85.9%. Se estima que alrededor de 20000 familias no disponen de abastecimiento de agua potable. Estas familias sin abastecimiento de agua potable se abastecen desde norias, pozos o aguas de escurrimiento superficial con un acceso razonable, pero con calidad variada y no potabilizada.

Respecto al sector poblacional rural disperso (localidades con menos de 150 habitantes o menos de 15 viviendas por kilómetro de calle), debe señalarse que no ha sido atendido por organismos estatales y no se dispone de información que indique algún nivel de cobertura en agua potable. Del mismo modo que la población rural concentrada sin agua potable, estas familias se abastecen por acarreo desde una fuente cercana con agua no potabilizada.

En relación con la cobertura de alcantarillado, la instalación del sistema público ha cubierto principalmente a las localidades urbanas del país. Las localidades rurales no fueron consideradas en la planificación del sector por el ente estatal encargado de dichas funciones hasta 1989 (SENDOS).

En el sector urbano, la cobertura referida a conexiones domiciliarias de alcantarillado público, a diciembre de 1990, fue de 82.6%. Se estima que alrededor de 400.000 familias no disponen de un sistema público de alcantarillado. Dicha cobertura, varía desde 56.6% en el caso de la XI región hasta 95.2% en la I región.

Los sistemas de solución individual son a base de la construcción de un pozo negro en la mayoría de los casos, y el sistema constituido por un pozo y una fosa séptica o drenes de infiltración, dependiendo esto último de la calidad del terreno.

Para el sector rural, a la fecha no existe una política gubernamental para abordar los problemas de saneamiento. De acuerdo a información obtenida de la CASEN 1990, se tiene que en la zona rural el sistema predominante es el pozo negro (76.7%), especialmente frecuente en el 40% de los hogares de menores ingresos. Figura también un número importante de fosas sépticas (13.3%).

## POLITICAS Y PROGRAMAS

En la línea de políticas y programas gubernamentales, es destacable el esfuerzo en apoyo a los sectores más pobres de la población, mediante los aportes a obras generales de infraestructura sanitaria, a soluciones de erradicación de asentamientos humanos precarios y la radicación de estas familias en base a soluciones habitacionales integrales y urbanísticas. Estos programas son complementarios con los que llevan a cabo las empresas de servicios sanitarios.

Las empresas de servicios sanitarios son las principales ejecutoras de obras sanitarias de agua potable y alcantarillado. La reciente creación de estas empresas tiene el propósito de llevar a efecto un proceso de descentralización operativa y financiera, dando autonomía institucional a cada empresa con el objeto de mejorar la eficiencia económica-financiera de la explotación de los servicios que administran. Según las proyecciones de las propias empresas, éstas en conjunto pueden acometer inversiones del orden de los US\$ 80 millones anuales.

El Estado conciente de que algunos sectores de la población no disponen de los recursos suficientes para solventar los costos de las obras de urbanización y en algunos casos para cancelar el total de las cuentas de consumo de los servicios de agua potable ha creado programas de apoyo, los cuales se detallan a continuación:

a) FONDO NACIONAL DE DESARROLLO REGIONAL: Este fondo ha contado con un total de recursos de US\$ 1.012 millones entre los años 1976-1991, destinados fundamentalmente a los sectores Obras Públicas (agua potable, alcantarillado y vialidad rural), Educación, Salud y Vialidad Urbana. Se tiene información que indica que al año 1990 el 3,6% de la inversión total se destinó a los sistemas de Agua Potable y el 5,4% a los sistemas de Alcantarillado. En 1991 se tiene presupuestado utilizar 3,5% de la inversión en Agua Potable y 6,6% en Alcantarillado.

b) PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE BARRIOS Y LOTES CON SERVICIOS:

Este programa tiene como objetivo fundamental contribuir a la reducción de las condiciones de marginalidad sanitaria de familias de bajos ingresos del país, dando atención preferencial al mejoramiento de barrios y campamentos irregulares que cuentan con dotación deficitaria de servicios básicos (agua, alcantarillado, electricidad, trazado y pavimentación de calles).

La solución de lotes con servicios, en el caso que el beneficiario careciera de toda infraestructura, considera las siguientes componentes:

-Sitio : Se entrega a la familia favorecida un sitio con una superficie mínima de 100 m<sup>2</sup>.

-Urbanización : Se construyen redes públicas que permiten dotar a cada sitio de agua potable, alcantarillado sanitario y energía eléctrica. Si no es posible el escurrimiento de las aguas lluvias en forma superficial, se incluyen obras de alcantarillado pluvial. Además, se incluye una infraestructura vial mínima al loteo.

-Caseta Sanitaria : Cada sitio es equipado con una caseta sanitaria

de superficie mínima de 6 m<sup>2</sup> y máxima de 10 m<sup>2</sup>, compuesta de baño, un ambiente de cocina y conexión para lavadero. Se entregan también al beneficiario planos tipo de vivienda para la completación de su vivienda.

c) PROGRAMA DE AGUA POTABLE RURAL: Desde comienzos de la década de 1960, el Gobierno de Chile decidió apoyar a las comunidades rurales, en el sector agua potable. Se realiza una primera etapa, denominada preliminar, con recursos fiscales. Desde entonces se han realizado cuatro etapas con financiamiento parcial del BID. El último programa con créditos del BID finalizó en 1990 y permitió la construcción de la instalación de servicio en 240 nuevas localidades rurales y la rehabilitación de 130 servicios existentes. Sin embargo, el reciente cambio institucional del sector sanitario, dejó el Programa desprovisto de respaldo legal para su continuidad y a pesar de que el programa se percibe como exitoso por las autoridades gubernamentales, aún no se define plenamente la institucionalidad definitiva.

En el presente año se ha funcionado sobre la base del aporte fiscal a las Empresas de Servicios Sanitarios, las cuales licitan la construcción de las obras. Este año se construirán 34 nuevos servicios de agua potable rural.

c) PROGRAMA DE SUBSIDIOS: El 2 de febrero de 1989 fue publicada la Ley N° 18.778 que establece un subsidio para el pago de los servicios sanitarios para la población de escasos recursos y la condonación de las deudas vigentes a octubre de 1988.

## METAS

### 1. COBERTURA DOMICILIARIA EN AGUA POTABLE URBANA

#### 1.1 LOGRAR LA PLENA COBERTURA EN CONEXIONES DOMICILIARIAS DE AGUA POTABLE.

INDICADOR	:	COBERTURA, PORCENTAJE DE POBLACION ABASTECIDA
LINEA BASE(1990)	:	97,4 %
META 1995	:	100 %
META DECENAL	:	100 %

### 2. COBERTURA DOMICILIARIA EN AGUA POTABLE RURAL CONCENTRADA

#### 2.1 LOGRAR ACCESO AL AGUA POTABLE DOMICILIARIA EN LOCALIDADES RURALES DE POBLACION CONCENTRADA

INDICADOR	:	COBERTURA
LINEA BASE(1990)	:	85,9 %
META 1995	:	95,0 %
META DECENAL	:	100 %

### 3. COBERTURA EN AGUA POTABLE A LA POBLACION RURAL DISPERSA

3.1 LOGRAR ACCESO UNIVERSAL A UNA FUENTE DE AGUA SANITARIAMENTE SATISFACTORIA

INDICADOR	:	COBERTURA
LINEA BASE(1990)	:	-
META 1995	:	90 %
META DECENAL	:	100 %

4. COBERTURA DOMICILIARIA EN ALCANTARILLADO URBANO

4.1 LOGRAR ACCESO A SISTEMAS DOMICILIARIO DE ALCANTARILLADO PUBLICO

INDICADOR	:	COBERTURA
LINEA BASE(1990)	:	82,6 %
META 1995	:	90,0 %
META DECENAL	:	95,0 %

5. COBERTURA EN SANEAMIENTO EN POBLACION RURAL DISPERSA Y CONCENTRADA.

5.1 LOGRAR ACCESO UNIVERSAL A UN SISTEMA ADECUADO DE DISPOSICION DE EXCRETAS QUE CONSIDERE COMO MINIMO UNA LETRINA SANITARIA.

INDICADOR	:	COBERTURA
LINEA BASE(1990)	:	-
META 1995	:	90 %
META DECENAL	:	100 %

**MEDIOS Y ACCIONES**

De acuerdo a los antecedentes técnicos proporcionados por el estudio, de mantenerse la continuidad histórica de los presupuestos de inversión del FNDR, del Programa de Mejoramiento de Barrios y Lotes con Servicios, del Programa de Subsidios y de las Empresas Sanitarias, es posible dar cumplimiento cabal a todas las metas propuestas para el decenio. Para estos fines es de urgente importancia, también, una definición en el corto plazo sobre la institucionalidad del sector rural.



## LOS MENORES CON DISCAPACIDAD EN CHILE

Menor discapacitado es aquel que debido a las consecuencias de una deficiencia está limitado para desarrollar, desde el punto de vista funcional, actividades propias de su edad.

### DIAGNOSTICO

- No existe información nacional sobre el número de discapacitados, pero se estima que cerca de 10% del total de la población está aquejado en algún grado de una discapacidad, con la siguiente distribución:

disc. mental	3%
sordera	3%
ceguera	0.6%
disc. motriz	3%

- En Chile estarían afectados en algún grado 650.000 menores de 24 años.

- Los menores discapacitados están sometidos a una marginación al estar excluidos de su entorno, y a una discriminación social y psicosocial por parte de la comunidad. La pobreza agudiza fuertemente estos problemas.

### SALUD

- El MINSAL ha desarrollado una serie de medidas frente a la prevención de deficiencias que podrían generar una discapacidad en el Programa de salud del niño y del adolescente.

- En rehabilitación, la demanda es muy superior a las posibilidades de atención. Hay insuficiencia de horas profesionales y de auxiliares.

### EDUCACION

- La Educación Especial del MINEDUC canaliza sus acciones a través de Escuelas Especiales, Centros de Capacitación Laboral, Centros de Diagnóstico y Grupos diferenciales.

Las Escuelas Especiales atienden a 33.000 menores (1.1% de la población escolar del país) y corresponden al 97% de la cobertura de atención a menores discapacitados. El resto lo cubre la sociedad civil en acciones que van desde el ámbito familiar al nacional.

El 51% de las Escuelas se localiza en la R. Metropolitana, y en su gran mayoría están dedicadas al tratamiento de la deficiencia mental.

El 73.54% de todas las comunas del país no tienen cobertura en educación especial.

La cobertura es menor para el tramo de edad entre 0 y 4 años, que es donde las medidas de prevención tienen más efecto.

- Se observa un deficiente cumplimiento de los objetivos educacionales ya que los jóvenes no están capacitados al egreso para integrarse a la vida productiva. Los principales problemas son la falta de recursos financieros, la no existencia de especialistas en todas las Direcciones Provinciales y la carencia de personal en los Centros de Diagnóstico.

#### JUSTICIA

- No hay un marco conceptual articulado que defina las distintas discapacidades, ni existe una normativa en relación a temas como la prevención y el diagnóstico.

- La legislación referida a la integración es inadecuada para el propósito que pretende. Ley actual exige que la comunidad escolar acepte al niño discapacitado, lo cual a veces es difícil.

- El SENAME está atendiendo anualmente a 2.400 menores discapacitados, con cerca de 800 cuadros severos, no siendo un organismo capacitado para ello.

#### POLITICAS GUBERNAMENTALES

1. Tradicionalmente las políticas al respecto han sido netamente asistenciales. En base a los principios de integralidad y solidaridad se constituyó en Diciembre de 1990 el CONADIS, Consejo Nacional sobre la Discapacidad, con diversos representantes de sectores gubernamentales y no gubernamentales.

Sus tareas son elaborar una Política nacional y preparar un proyecto de ley que resguarde los derechos de los discapacitados.

2. Decreto No.490 del MinEduc, estableció las normas para integrar a los alumnos discapacitados en los establecimientos comunes a contar de 1990.

3. Decreto No.815 del MinEduc, estableció las normas técnico-pedagógicas para atender a educandos con graves alteraciones de la capacidad de relación y comunicación, y que aprueban planes y programas de estudio integral funcional.

#### PROYECTOS EN MARCHA

#### SALUD

1. Detección precoz de la Fenilquetonuria e Hipotiroidismo Congénito, lo que compatibilizado con planes especiales de nutrición evita deficiencias mentales agudas. En una primera etapa se realizará en toda la R. metropolitana a 7.500 recién nacidos mensualmente a partir de dic. de 1991. Se estima que a nivel

nacional se prevendrían 214 casos de retardo mental anualmente.

2. Estimulación temprana y evaluación del desarrollo sicomotor en los menores de 6 años. Comenzará en 1992 con cobertura nacional.
3. Programa de Salud para el Niño y el Adolescente, que comprende la prevención de deficiencias que podrían generar discapacidad.

#### EDUCACION

En el componente de Ed. Básica del proyecto MECE se incluyó la posibilidad de que las escuelas de educación especial presenten proyectos sobre innovación curricular.

#### OTROS

Se han realizado acciones en áreas de vivienda y deportes, desconociéndose la población beneficiada. El FOSIS, además, ha asignado recursos para pequeñas iniciativas regionales.

#### METAS

1. Cuantificar la población de menores discapacitados en el país, según tipo de discapacidad, a nivel nacional, regional y local.
2. Adoptar las estrategias de ATENCION Y PREVENCIÓN orientadas a reducir la aparición y la incidencia de la deficiencia y de la discapacidad.
  - Mejorar los niveles de cobertura de inmunización en las zonas rurales.
  - Aumentar la cobertura de diagnóstico especializado en los centros urbano-marginales y rurales más poblados.
  - Incrementar el número de casos derivados de la atención primaria a la secundaria.
  - Disminuir el riesgo de adquirir una discapacidad en los menores de 2 años.
  - Optimizar la calidad de los exámenes visuales, auditivos, psicomotores y antropométricos en la educación formal.
  - Enfatizar la atención de salud escolar y del adolescente.
  - Expansión del programa de detección precoz de la Fenilquetonuria e Hipertiroidismo Congénito a nivel nacional.
3. Lograr la atención integral en REHABILITACION de los menores con discapacidad a nivel nacional, regional y local.
  - Incrementar el porcentaje de niños y jóvenes que acceden a las prestaciones de rehabilitación médica.
  - Implementar la atención integral de los menores con discapacidad severa en hogares-talleres.
  - Fomentar la creación de centros de ayudas técnicas (centros que disponen de prótesis, ortesis y otros).
  - Mejorar la calidad y cobertura de atención en rehabilitación funcional a nivel de los servicios de salud y educación a nivel local.

- Incrementar la cobertura de jóvenes que acceden a la rehabilitación profesional.
- Fomentar la coordinación entre los centros que imparten rehabilitación profesional con el sector público y privado que puedan generar empleo.

4. Acciones que permitan MINIMIZAR LOS EFECTOS discapacitantes que el medio ejerce sobre los menores y los jóvenes.

- Aumentar la cobertura de menores y jóvenes integrados a los sistemas regulares de educación.
- Implementar la modalidad de atención en centros diurnos, orientada a ofrecer una rehabilitación integral a aquellos menores que no pueden integrarse por su tipo de déficit.
- Desarrollar actividades culturales, deportivas y recreativas.
- Fomentar la adaptación del entorno urbano para facilitar la movilidad de los discapacitados.
- Implementar a nivel local acciones que faciliten el desplazamiento de la población discapacitada.

## LA PREVALENCIA Y LOS PROBLEMAS DERIVADOS DEL ALCOHOL, LAS DROGAS Y EL TABACO.

### DIAGNOSTICO

#### Drogas prohibidas:

La mejor información disponible es la encuesta CERC Dic.'90 que analizó el consumo en jóvenes de 14 a 18 años en Arica, Iquique, Valparaíso y Santiago.

- El 16.6% de los encuestados ha consumido droga alguna vez en su vida.
- El 7.9% de ellos presenta daños derivados del consumo.
- En el norte del país el problema es más grave, se consumen drogas más peligrosas y hay una clara tendencia a consumir los derivados de coca precozmente.
- El consumo de droga no es característica exclusiva de un sector social.
  
- Entre los factores que se asocian con una mayor predisposición al consumo de drogas están las malas relaciones familiares, bajos niveles de satisfacción y autoestima, grupos de referencia y accesibilidad a la droga.

#### Alcohol:

El beber anormal es considerado el principal problema de Salud Pública del país.

- En la actualidad se puede estimar que hay un 5% de bebedores problemas varones en los menores de 15 años y un 15% entre los jóvenes de 15 a 24 años.
- Se ha observado un aumento de los casos problema en las adolescentes mujeres de las últimas generaciones.
  
- Entre los factores que incidirían en el beber anormal se encuentran las malas relaciones familiares, el precedente de familiares alcohólicos y altos niveles de frustración.

#### Tabaquismo:

Chile es un país de consumo intermedio de tabaco, sin embargo experimenta un fuerte incremento en el consumo de mujeres y jóvenes.

- Los estudios indican prevalencias superiores al 50% para escolares de ambos sexos, superiores al consumo de los adultos.
  
- Las causas mencionadas para el inicio del consumo son la influencia de los padres y la curiosidad.

## DESCRIPCION DE POLITICAS Y PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

Actualmente el Estado realiza acciones en torno a la prevención y tratamiento del alcoholismo y la drogadicción, sólo parcialmente focalizados en la infancia.

- La SeGPRES elaboró un anteproyecto de ley que modifica la actual legislación contenida en el Libro segundo de la Ley de Alcoholes, haciéndola más restrictiva.

- Se constituyó una Comisión Interministerial de 11 ministerios, la cual ha estimado que la formulación en conjunto de las bases técnicas para una política nacional sobre los problemas derivados del alcohol, es hoy un tema necesario y oportuno.

- La Subsecretaría del Interior coordina desde 1990 el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. En Sept. de 1991 se elaboró el documento "Política y Plan Nacional de Prevención y Control de Drogas", el cual establece como objetivo general:

desarrollar una acción sistemática, integral, coherente, concertada y de largo plazo, que posibilite la prevención del uso indebido de sustancias y la reducción de su demanda, el control de la oferta, la disminución significativa del tráfico y el tratamiento y rehabilitación de los afectados.

- Se discute en el Senado un proyecto de ley dirigido a regular la publicidad de cigarrillos y tabacos en general.

## PROGRAMAS Y ACCIONES EMPRENDIDAS

### 1. MINSAL

- Programa de Prevención Primaria en Alcohol, dirigido a niños entre 10 y 14 años, de la I Región y de una comuna de Santiago. Podría extenderse, incorporándose a los programas habituales.

- "Plan de Emergencia para la Primera Región", proyecto dirigido a detener la penetración de drogas pesadas en el norte, pronto a ser implantado integralmente.

- Red de Centros Comunitarios de Salud Mental Familiar, que realizan una tarea de prevención e intervención precoz sobre el consumo de drogas y alcohol en adolescentes. El sistema es coordinado y asesorado por la Unidad de Salud Mental del MinSal.

Hay 25 centros en la R. Metropolitana y 2 en el resto del país. Se proyecta desarrollar uno en cada Servicio de Salud del país.

- Brinda atención de salud a los que sufren consecuencias médicas derivadas del uso inmoderado de alcohol y del consumo de drogas.

- Se encuentra próximo a aparecer un programa de educación antitabaco y alcohol.

## 2. MINEDUC

- Elaboración de inserciones programáticas de prevención del alcoholismo para toda la Educación General Básica.
- Incorporación en los programas oficiales de estudio de la Enseñanza Media contenidos atinentes a la drogadicción, el alcoholismo y el tabaquismo.
- Elaboración de guías didácticas sobre la prevención del alcoholismo para ser trabajadas a nivel de la comunidad escolar en general.
- Formación de 350 profesores monitores en Iquique y Arica para realizar programas de prevención de alcoholismo y drogadicción.

## 3. OTROS ORGANISMOS PUBLICOS

Se realizan acciones por parte de otros organismos que no apuntan directamente a combatir los problemas de drogas y alcohol, pero que pueden tener gran importancia en una acción estatal coordinada frente al tema. Se debe considerar al INJ, al SERNAM, a la Fundación de la Familia, al MinVU, a MIDEPLAN y a la DIGEDER.

## METAS

1. Estabilizar la tasa de consumo de alcohol en la población general.
  - Estabilizar el consumo de alcohol en la población general bajo 6 litros de alcohol absoluto por año.
  - Disminuir los daños derivados del consumo de alcohol en los menores de 20 años.
2. Impedir la expansión en el consumo de drogas de los menores de 18 años.
  - Disminuir el nivel nacional de consumo de marihuana, tranquilizantes e inhalantes.
  - Estabilizar el consumo de estimulantes y derivados de la coca.
3. Reducir el consumo de tabaco en 10% entre los menores de 20 años.
  - Retrasar en 1 año o más el inicio del consumo.
  - Disminuir drásticamente el fenómeno del consumo pasivo que afecta a los no fumadores.
4. Disponer de un sistema de información periódica, confiable y accesible, que permita conocer las tendencias en conducta y los efectos de las políticas implementadas.

## ACCIONES E INTERVENCIONES PROPUESTAS

Desarrollar políticas nacionales para la prevención y control de los problemas derivados del consumo de alcohol, drogas y tabaco.

Establecer un efectivo sistema de coordinación entre las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que están relacionadas con el tema.

EDUCACION

1. Elaborar e incorporar un módulo pedagógico dedicado al tema alcohol y drogas en la Educación Básica y Media.

2. **Darle a la Escuela el carácter de centro de irradiación de información a la comunidad.**

3. Revisar y redefinir el área de dedicación profesional del Orientador Escolar.

4. Desarrollar un procedimiento regular para que los alumnos que estén fuera del sistema escolar puedan continuar a través de otro canal.

5. Desarrollar una "franja curricular" en el área de desarrollo humano para el grupo que inicia la adolescencia, de 11 a 14 años.

6. Incrementar cobertura de la Educación Preescolar, especialmente en los grupos con altos niveles de pobreza.

SALUD

1. Completar y consolidar el funcionamiento de los programas locales de salud mental en los 26 servicios del país.

2. Incorporación plena del enfoque de riesgo sobre los problemas derivados del alcohol y de las drogas en los programas de salud básicos.

3. Desarrollo de servicios clínicos especializados, descentralizados, con capacidad instalada para el tratamiento de adictos a drogas y alcohólicos (en parte está siendo considerado en las normalizaciones futuras).

4. Expansión gradual de la Red de Centros Comunitarios de Salud Mental familiar.

5. Desarrollar programas masivo antidrogas, alcohol y tabaco.

JUSTICIA

Modificar el procedimiento policial-judicial vigente para el control del consumo y microtráfico de drogas entre los menores.

OTROS

Múltiples iniciativas en las áreas de deporte y recreación, cultura y fomento de la armonía familiar.



## MENORES EN ESTRATEGIAS DE SOBREVIVENCIA

Según la ley chilena los menores de 14 años no pueden trabajar. Los de entre 14 y 15 pueden hacerlo con el permiso paterno, y siempre y cuando no falten a la escuela, y no sean trabajos que presenten algún tipo de riesgo. Lo mismo rige para los de 15 a 18, salvo que ellos pueden interrumpir sus estudios.

Menores en estrategias de sobrevivencia son aquellos que desempeñan alguna actividad para generar ingresos o, al menos, subsistir, sin que necesariamente sea una labor "deseada" por ellos. Se desempeñan en el sector informal o marginal sin que exista ningún tipo de regulación.

### DIAGNOSTICO

- Los menores en estrategias de sobrevivencia sufren de abandono por parte de la sociedad civil y política, de las estructuras académicas y de las investigaciones, de la comunidad inmediata y general, y principalmente, de ellos mismos.
- Oficialmente hay 844.000 niños en estado de pobreza en Chile. De éstos, unos 211.000 se encontrarían absolutamente abandonados o en la calle ejerciendo diversos oficios, concentrándose mayoritariamente en la R. Metropolitana.
- Hay discrepancia en las cifras y problemas de información, sin embargo existe un número considerable de menores desempeñando estrategias de sobrevivencia que van desde el trabajo en supermercados hasta las más vejatorias formas de prostitución.
- Algunas investigaciones estiman que:
  - 3.500 niños y niñas de entre 10 y 16 años trabajan en los supermercados del Gran Santiago
  - 50.000 menores de 18 años ejercen alguna forma de prostitución en Chile

### POLITICAS Y PROYECTOS

- Si bien existe una legislación que regule el trabajo de menores, las políticas poco se han preocupado de la legislación y riesgo del trabajo infantil formal, informal y marginal, menos aún de la seguridad laboral.
- El actual gobierno envió al Parlamento un nuevo Proyecto de Ley para proteger a la infancia marginada.
- Diversas instituciones como SENAME, Carabineros, la Inspección del Trabajo, entre otras, están relacionadas con el tema de los menores en estrategias de sobrevivencia. Sin embargo, se trata de acciones paliativas y que no están específicamente encaminadas a superar el problema.

- Los programas para menores que están en riesgo de o ejerciendo estrategias de sobrevivencia son muy insuficientes, limitados y carentes de proyección.

- La sociedad civil tiene una cobertura limitada de atención, sin embargo ha desarrollado una interesante labor en terreno, con innovaciones metodológicas que debieran ser sistematizadas.

#### METAS

1. Mejorar la legislación laboral para el menor trabajador y los códigos del menor, haciéndolos compatibles con las normas de la Convención de los Derechos del niño y de la OIT.
2. Lograr la aplicación efectiva de las disposiciones contenidas en la legislación laboral para el menor trabajador.
3. Erradicar paulatinamente el trabajo de niños y niñas en las áreas de altísimo riesgo.
4. Establecer sistemas de atención específica para los casos de prostitución, comercio sexual, drogadicción, robo y mendicidad.
5. Registrar y sistematizar la evolución y el progreso en la eliminación de estos fenómenos.
6. Incrementar sustantivamente la atención al niño y niña en estrategias de sobrevivencia logrando programas especiales de salud, reinserción educacional, capacitación, orientación, etc.
7. Promover programas de educación y apoyo psicopedagógico a las familias más vulnerables, en especial a las madres de los menores en riesgo de estrategias de sobrevivencia.

#### PROPUESTAS DE ACCION

1. Realizar investigaciones que permitan tener diagnósticos y desarrollar metodologías apropiadas.
2. Capacitar recursos humanos especializados en el trabajo en terreno, y capacitar a todos los agentes relacionados con los menores en estrategias de sobrevivencia.
3. Diseñar una legislación de menores que contemple el trabajo informal y marginal.
4. Establecer una instancia de coordinación entre los Ministerios competentes y la sociedad civil.

Los menores en conflicto con la justicia son aquellos que son detenidos por la Policía de Menores, los que ingresan a los Tribunales de menores y los que llegan a algunos de los sistemas de rehabilitación Conductual del SENAME.

### DIAGNOSTICO

El problema actual de los menores en conflicto con la ley es alarmante y grave. Sin embargo, ello no deviene necesariamente como consecuencia de una agudización de los conflictos sociales, sino como expresión de las secuelas que genera la legislación de menores actualmente vigente, el sistema institucional que deriva de ella y la administración real de la justicia que se ejerce sobre el menor de edad desde el momento de su detención, pasando por la situación de tránsito y diagnóstico, hasta su derivación a algún establecimiento asistencial.

El sistema actual no protege a quienes ingresan a él. En vez de rehabilitar, desvaloriza y afecta a los niños, agudizando en muchos casos la causal de ingreso inicial. Un menor que egresa de alguna de las líneas de atención del SENAME tiene más de un 40% de probabilidad de volver a ingresar con un grado mayor de deterioro en su situación social o de compromiso delictual.

Aún cuando Chile ratificó la Convención Internacional de los Derechos del Niño, diariamente hay altas cifras de menores detenidos, que carecen de una defensa jurídica adecuada y a los cuales no se les aplica el criterio de la prisión como recurso de última instancia.

De cada tres niños detenidos, dos lo son por medidas que no dicen relación con ningún delito o infracción, sólo el 30% de los menores detenidos por la Policía de Menores lo son por actos de carácter penal. El 60% restante es detenido mayoritariamente con el fin de protegerlos, por vagancia, ebriedad o consumo de drogas o por demanda espontánea de los padres al no poder cuidarlos.

En 1990 ingresaron 19.924 menores por "conflicto con la ley" a los centros del SENAME. La amplitud de la actual cobertura del Servicio y la heterogeneidad de los casos atendidos hace que resulte imposible controlar y evaluar la calidad de la atención. Respecto a las causales de egreso, sólo el 6.7% lo hace por "rehabilitación exitosa". En promedio, los egresos por fuga corresponden al 14%, siendo el caso más crítico el de los centros cerrados con 63% de fugas al año.

El 74% de los egresados regresan con su familia o tutor original, quienes no han sido preparados conjuntamente con el niño en ninguna etapa de los programas para afrontar este egreso, y que se encuentran en las mismas condiciones materiales y afectivas previas a la internación.

24

El problema no se soluciona con mayores recursos, ya que un aumento en el gasto sin una reestructuración del sistema no conllevaría una mejora efectiva de la atención.

El problema afecta básicamente a los menores de las familias vulnerables por no alcanzar a satisfacer sus necesidades básicas, concentrados en las regiones V, VIII, IX, X y Metropolitana.

### POLITICAS

La legislación de menores contempla menos derechos para los niños en conflicto con la ley que para los adultos.

El sistema de Justicia para los menores de 18 años en conflicto social está compuesto básicamente por:

1. Policía de Menores, la cual debe detener a todos los menores de 18 años que infrinjan la ley y debe ponerlos a disposición del Tribunal correspondiente.
2. El SENAME, el cual colabora con los Tribunales de Menores en las funciones de diagnóstico y asistencialidad para los adolescentes en conflicto con la justicia.
3. Gendarmería de Chile participa en el sistema administrando dependencias especiales para la detención de menores en las cárceles de adultos.

El SENAME subvenciona los siguientes sistemas de atención:

1. Centros de Libertad Vigilada (LV)
2. Centros de Rehabilitación Conductual Cerrados (CERECO)
3. Centros de Rehabilitación Conductual Diurna (CERECOD)
4. Establecimientos Penales (CDP y CRS)
5. Parte de los Centros de Observación y Diagnóstico (COD)

Las actuales políticas de prevención y protección no son capaces de mostrar resultados positivos y retroalimentan el sistema de atención con un costo de \$ 500 millones anuales.

### PROYECTOS

#### 1. Proyecto Nacional de Rehabilitación Conductual

Se inició en 1990 y tiene una duración de 4 años. Su objetivo central es reorganizar el programa de rehabilitación conductual del SENAME a través de:

- Perfeccionar, desarrollar y crear sistemas abiertos de tratamiento.
- Evaluar los sistemas de rehabilitación vigentes.
- Desarrollar programas de apoyo psicosocial a jóvenes encarcelados, con el fin de erradicarlos de las cárceles.

2. Nuevos proyectos relativos a infraestructura

Se encuentran aprobados o en ejecución proyectos de construcción y reparación de establecimientos cerrados. Esta inversión pretende hacer más habitables estos establecimientos mientras no se logre implementar una política de atención de menores puertas afuera.

METAS

1. Generar y desarrollar una Política Nacional de Protección a la Infancia.

- Creación de un Consejo Nacional de Protección a la Infancia que permita coordinar a los diversos organismos y políticas relativas a esta área.

- Elaborar una nueva legislación para los niños y niñas:
  - Crear un Código de los derechos de los menores.
  - Reforma a la Judicatura de Menores, con la creación de Tribunales de Familia.
  - Establecer la figura jurídica del Defensor del Niño.
  - Crear una Fiscalía del Menor, terminar con el examen de discernimiento, establecer el derecho a defensa gratuita y minimizar el período de "observación y diagnóstico".

- Política de comunicaciones para la educación pública.

- Reenfocar el sistema actual de financiamiento, reordenando el sistema de atención, y crear nuevas fuentes de financiamiento.

2. Crear una nueva institucionalidad y servicios de atención a los niños "infractores de la Ley".

- Redefinición del sujeto de atención del SENAME.

- Reestructuración del SENAME y reformulación de sus líneas de atención.

- Reorganización de los programas que aplican los organismos vinculados a la detención e internación de niños.

- Desinstitucionalización de menores y drástica reducción de niños encarcelados.

3. Realizar una política de prevención local del riesgo social, y en particular, de la eventual "infracción a la ley".

- Creación de servicios municipales y comunales de atención a familias vulnerables y niños en circunstancias difíciles.

- Coordinación de los servicios existentes en la localidad.
- Atención municipal a los niños con problemas de adicción.

4. Lograr la participación comunitaria.

- Creación de los Consejos comunales de los Derechos del niño.
- Creación de un fondo municipal para la atención local.
- Formación de operadores sociales a nivel local.

DIAGNOSTICO

El crecimiento económico en Chile durante la década de los 80 no consideró criterios de protección ambiental y conservación de los recursos naturales, impidiendo internalizar los costos de conservación y protección ambiental en la actividad económica.

En Chile todas las regiones sufren agudos problemas ambientales que afectan en forma especial a los grupos más vulnerables: niños, mujeres y personas de la tercera edad.

Los principales problemas ambientales son:

I Región: Pesca indiscriminada de fauna marina.

II Región: Escasez de agua potable.

III Región: Contaminación marina por efectos de los relaves de El Salvador.

IV Región: Desertificación.

V Región: Contaminación marina debido a desechos urbanos e industriales.

Región Metropolitana: Contaminación atmosférica.

VI Región: Desarrollo poco armónico de los centro poblados.

VII Región: Erosión y pérdida de suelos agrícolas y forestales por mal manejo.

VIII Región: Contaminación hídrica por plantas pesqueras en el canal El Morro y San Vicente.

IX Región: Mala planificación del crecimiento de la ciudad de Temuco.

X Región: Destrucción y explotación irracional del bosque nativo.

XI Región: Deforestación provocada por los incendios del siglo pasado.

XII Región: Sobreexplotación de especies marinas.

Antártida: Acumulación de basuras.

Isla de Pascua: Diseminación de basuras.

Archipiélago de Juan Fernández: Plagas vegetales como maqui y zarzamoras.

El país ha alcanzado niveles importantes de saneamiento básico, lo que se refleja en el consumo de agua de buena calidad bacteriológica, la cual alcanzó al 92,3% de las personas abastecidas por redes de agua en zonas urbanas (cobertura del 96,1%), y al 85,2% de la población rural concentrada (cobertura del 81,1%). Por otro lado sólo el 3,2% de las excretas colectadas reciben algún tipo de tratamiento, (la cobertura alcanza al 73,7% a nivel nacional). La recolección de residuos sólidos alcanza al 98,5% en la zonas urbanas lo cual contrasta con las zonas rurales y urbanas menores donde frecuentemente existen basurales a cielo abierto provocando el desarrollo de una amplia gama de enfermedades.

La gran cobertura ha incidido que las tasas de mortalidad han descendido bastante, en cambio la falta de calidad o tratamiento en el saneamiento básico ha llevado a la mantención en las tasas de

morbilidad de algunas enfermedades. Un ejemplo de ello es que una de las 5 principales causas de muerte entre los menores de 1 a 4 años son las infecciones intestinales.

Otro de los problemas ambientales más agudos es la contaminación atmosférica, especialmente en la Región Metropolitana. Ejemplo de ello es que la norma de partículas en suspensión se sobrepasa en más del 50% de los días del año, la de CO en más del 20% de los días y la norma del ozono entre el 5% y el 50% de los días.

Actualmente el país no cuenta con una institucionalidad que coordine los programas ambientales que se relacionan con la calidad de vida de la infancia. Sin embargo, la Comisión Nacional del Medio Ambiente (CONAMA) y la Comisión Especial de Descontaminación de la Región Metropolitana (CEDRM) se encuentran diseñando junto a ministerios e instituciones gubernamentales programas dedicados a la infancia. Actualmente los Ministerios de Salud y Educación, (que elaboró un Programa Nacional de Educación Ambiental realizando una serie de acciones entre las cuales se cuenta el haber plantado 24.000 árboles en escuelas de la R.M. en 1990), se encuentran desarrollando programas ambientales que benefician a los niños.

En conclusión, los problemas ambientales se deben a factores naturales, los cuales son poco modificables, y a factores generados por el hombre producto del modelo de desarrollo industrial y urbano y de las conductas sociales las cuales son modificables en la medida que la sociedad tome conciencia del problema.

POLITICAS Y PROGRAMAS GUBERNAMENTALES

El gobierno está profundizando la incorporación de la dimensión ambiental en la política económica y en la planificación. En 1990 se creó la CONAMA cuya tarea es diseñar una política ambiental, elaborar una legislación coherente con esa política y proponer una institucionalidad para la eficiente gestión ambiental.

También se creó la CEDRM, la cual fue creada para coordinar las acciones para responder ante los graves problemas de contaminación atmosférica, hídrica, acústica y de residuos tóxicos que presenta la RM. La CEDRM se ha fijado metas de corto plazo en las cuales determina las acciones para aquellas actividades que no pueden funcionar de acuerdo a las normas de emisión de contaminantes, y metas de mediano y largo plazo que buscan tener una calidad del aire acorde con las normas establecidas por el Ministerio de Salud. Además se han estado elaborando políticas ambientales sectoriales cuyos principios deben ser coherentes con la Política Nacional Ambiental.

- La acción del gobierno se ha centrado en dos áreas de acción:
- a) Lograr un uso racional de los recursos naturales renovables.
  - b) Reducir los niveles de contaminación del aire, del agua y del suelo e aquellas áreas donde el problemas ha alcanzado niveles críticos.

Los programas gubernamentales se han basado en dos líneas:



a) El desarrollo de un Programa de Fortalecimiento Institucional en materia ambiental para la administración pública, con el objetivo de generar una moderna gestión ambiental.

b) Mejoramiento ambiental y manejo de recursos naturales, la cual busca disminuir los problemas más urgentes de la contaminación ambiental, entre 91-93 se invertirán en esta área US\$ 280 millones, los principales programas son: Descontaminación Hídrica, Manejo de Cuencas, Descontaminación Minera.

Ambas líneas de acción dan un monto total de US\$372 millones.

METAS

1) Definir e implementar la Política Nacional Ambiental a nivel sectorial y regional e incorporarla en el Programa Económico Social del país.

2) Definir, promulgar y aplicar la "Ley de bases para un desarrollo sustentable y manejo del patrimonio ambiental". Para ello se requiere:

- Definir y aplicar un reglamento de Evaluación de Impacto Ambiental para los proyectos de inversión público y privado.
- Establecer y aplicar leyes, reglamentos y normas del manejo de los recursos naturales del país.
- Aplicación del Protocolo de Montreal, el cual señala que en el año 2010 se debe suspender el uso de los clorofluocarbonos que tienen efectos en el adelgazamiento de la capa de ozono.
- Cumplir con los tratados, convenios y otras medidas jurídicas internacionales suscritas por Chile.

3) Definir e implementar el Sistema Nacional Ambiental integrado por todos los sectores de la comunidad nacional, cuyo objetivo sea lograr una gestión ambiental que privilegie las mejoras ambientales hacia los niños y jóvenes.

- Crear y fortalecer las unidades ambientales en todos los ministerios.
- Fortalecer las subcomisiones Regionales del Medio Ambiente.
- Crear y fortalecer las comisiones Provinciales del M. Ambiente.
- Crear y fortalecer los canales de participación en la gestión ambiental entre el sector público, privado, ONG y la comunidad organizada.

4) Incorporar la educación ambiental a los sistemas de educación formal de los niños y jóvenes (enseñanza prebásica, básica, media y superior).

5) Elevar el conocimiento y conciencia ambiental en los niños, jóvenes y adultos a través de un Programa de Extensión Ambiental.

6) Implementar la educación ambiental a través de los medios de comunicación de masas tanto gubernamentales como no gubernamentales.

7) Mejorar las condiciones ambientales de vida de la infancia y del resto de la sociedad en todo el país.

- Mejorar la cobertura y calidad de los programas de saneamiento básico.
- Mejorar la calidad del aire y la situación de contaminación acústica.
- Aumentar la cobertura de vivienda.
- Promover la creación y rehabilitación de áreas verdes en distintas zonas de las ciudades.
- Promover la creación de instalaciones recreativas y de

esparcimiento para niños y jóvenes.

### ACCIONES

- El gobierno a través de la CONAMA entregue al país una propuesta con los **objetivos y principios** de la Política Nacional Ambiental.
  - Elaborar política ambientales coherentes con los objetivos y principios de la Política Nacional Ambiental, a nivel sectorial, regional y provincial.
  - Las acciones se concentren más en aspectos preventivos que correctivos.
  - Identificar grandes unidades ambientales en el territorio nacional para aplicar transformaciones de uso y aprovechamiento de recursos naturales.
  - Aplicar programas de conservación de recursos naturales y áreas protegidas. Además del perfeccionamiento de los registros y evaluaciones de los recursos naturales.
  - Impulsar campañas de ahorro de energía.
  - Impulsar programas regionales, comunales y locales de protección y mejoramiento ambiental incorporando la participación de toda la comunidad.
  - Elaboración por parte de la CONAMA de un anteproyecto de una Ley Marco del Medio Ambiente y otra sobre Evaluación del Impacto Ambiental.
- 
- Contaminación hídrica:
    - Programas para detener los impactos del uso de aguas servidas.
    - Desarrollar el control de los residuos líquidos industriales.
    - Mejorar la infraestructura en la Región Metropolitana para regar con aguas limpias las zonas agrícolas.
    - Contrucción de sistemas de tratamiento de aguas servidas.
- 
- Residuos sólidos:
    - Formular un plan de reducción, manejo y dispersión de residuos tóxicos.
    - Relocalizar los actuales rellenos sanitarios de R.M.
- 
- Contaminación atmosférica:
    - Difundir acciones y medidas no contaminantes.
    - Definir niveles técnicos máximos de emisión por tipo de fuente y control de cumplimiento de estos.
    - Fiscalizar el cumplimiento de las normas de calidad del combustible.
    - Creación de un mecanismo de control de emisión por parte de fuentes fijas.
    - Prohibición del uso de piezas usadas en vehículos de transporte público.
    - Pavimentación de calles y construcción de vías, especialmente por donde transita la locomoción colectiva.
- 
- Contaminación acústica:
    - Crear una infraestructura de control y capacitación del personal necesario para el cumplimiento de este control.
- 
- Desarrollo urbano:

- Elaborar un plan regulador del desarrollo urbano de Santiago.
- Promover la construcción de parques y lugares de recreación.
- Mejorar los aspectos de seguridad de las ciudades.
- Mejorar los estándares de habitabilidad y equipamiento comunitario de las viviendas.