



# LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

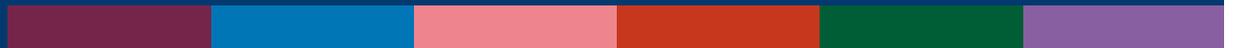
## SEGUNDO INFORME DEL GOBIERNO DE CHILE





# LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

## SEGUNDO INFORME DEL GOBIERNO DE CHILE





# LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO SEGUNDO INFORME DEL GOBIERNO DE CHILE.

## ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	5
PRÓLOGO	9
PRESENTACIÓN	13
CONTEXTO NACIONAL	17

<b>OBJETIVO 1</b>	Erradicar la pobreza extrema y el hambre.	21
<b>OBJETIVO 2</b>	Lograr la enseñanza primaria universal.	45
<b>OBJETIVO 3</b>	Promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer.	67
<b>OBJETIVO 4</b>	Reducir la mortalidad infantil.	97
<b>OBJETIVO 5</b>	Mejorar la salud materna.	109
<b>OBJETIVO 6</b>	Combatir el VIH-SIDA y otras enfermedades.	121
<b>OBJETIVO 7</b>	Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.	159
<b>OBJETIVO 8</b>	Fomentar la asociación mundial para el desarrollo.	201

Las políticas públicas chilenas en contexto de derecho.	211
---	-----

ANEXOS	221
--------	-----



## RESUMEN EJECUTIVO

**A** ocho años de la suscripción de la Declaración del Milenio, Chile presenta el Segundo Informe de Avance de los compromisos contenidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) ante la comunidad nacional e internacional. Estos reportes forman parte del sistema de seguimiento que estableció Naciones Unidas para monitorear el estado de avance registrados en las metas suscritas para alcanzar los 8 objetivos propuestos: erradicar la pobreza extrema y el hambre; lograr la enseñanza primaria universal; promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer; reducir la mortalidad infantil; mejorar la salud materna; combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades; garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; y fomentar una asociación mundial para el desarrollo. Para la definición de cada uno de los objetivos se consideró como punto de partida el año 1990 y las metas se establecieron al año 2015.

Este informe reporta la estrategia de desarrollo impulsada por el Gobierno de Chile en los últimos 18 años, las políticas sociales vinculadas a cada uno de los objetivos comprometidos, los resultados obtenidos a la fecha y los desafíos que surgen en esta nueva etapa.

### Estrategia de desarrollo

Los objetivos y metas planteados en la Declaración del Milenio se encuentran en la base de la estrategia de desarrollo que ha definido e implementado Chile desde la recuperación de la democracia. Desde 1990, los Gobiernos de la Concertación han establecido como su objetivo central mejorar la calidad de vida de toda la población, en particular, superar la pobreza, la desigualdad y las diversas formas de discriminación y exclusión, en la perspectiva de construir una sociedad democrática, abierta e igualitaria, que permita la plena realización de derechos de todos los ciudadanos.

La estrategia de desarrollo adoptada por el país define como sus grandes pilares el crecimiento económico, el desarrollo social y la democracia, enfatizando un alto grado

de articulación entre las políticas económicas, las políticas sociales y el ordenamiento político. Sus lineamientos se han basado en el reconocimiento de la estabilidad macroeconómica y apertura de la economía como requisitos para el crecimiento económico, el que a su vez se constituye en un factor clave para el logro de un desarrollo social perdurable, por sus efectos en el mercado del trabajo, en el poder adquisitivo de las remuneraciones, y en la generación de recursos para financiar adecuadamente el gasto social.

El fortalecimiento de la política social ha respondido tanto a la necesidad de enfrentar los desafíos sociales, en pobreza, educación y salud; como también a su rol central como instrumento para elevar el potencial de crecimiento económico, en tanto permite el desarrollo del capital humano necesario para la ampliación del proceso de modernización; así como a su importante papel para la estabilidad y gobernabilidad democrática.

La importancia otorgada a la política social se ha reflejado tanto en los cambios en las prioridades presupuestarias y el consiguiente aumento que han registrado los recursos asignados a ella, los que se han triplicado entre 1990 y 2007; como también, en su reorientación desde lo asistencial hacia políticas y programas de inversión social, orientados al desarrollo de capital humano y a la igualdad de oportunidades.

Desde la década de los noventa se reconocieron explícitamente las necesidades específicas de determinados grupos sociales para alcanzar su integración social y combatir la discriminación, por ello se establecieron como "grupos prioritarios" de las políticas sociales a los niños y niñas, los adolescentes, las personas con discapacidad y aquellas que forman parte de pueblos indígenas, al igual que las mujeres y los adultos mayores. Las respuestas institucionales frente a las nuevas demandas, se abordan en dos áreas: la creación de las normas legales de acción positiva de apoyo hacia estos grupos y la creación de organismos gubernamentales encargados de elaborar y proponer aquellas

medidas que permitan dar respuesta a sus necesidades y requerimientos. En estos años se crean el Servicio Nacional de la Mujer, el Fondo Nacional de Discapacidad, la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, entre otros.

Comenzando el nuevo milenio, se dan los primeros pasos hacia una nueva política social con perspectiva de “derecho”. En el año 2002 se crea e implementa el Sistema Chile Solidario y posteriormente se da inicio a la Reforma de la Salud.

Chile Solidario introduce un cambio relevante en materia de políticas sociales, se orienta a las familias en extrema pobreza, combinando tres componentes fundamentales: un sistema de apoyo personalizado a las familias más pobres, mediante atención psicosocial; subsidios garantizados; y un acceso preferente a la oferta pública de programas sociales. El sistema implica la identificación por parte del Estado de las familias que forman parte de la población objetivo; no actúa por demanda, sino que acude a prestar atención a aquellos que se encuentran en situación de mayor precariedad.

La Reforma de la Salud constituye un hito en las políticas públicas, su esencia está en garantizar determinadas prestaciones a nivel universal; incluye un sistema de garantías explícitas en salud relativas a: acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las atenciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud. Este cambio se ha realizado gradualmente, se inició con garantizar la atención de 25 patologías, luego se incrementó a 40; hoy se encuentran en implementación 56, y la meta es alcanzar a cubrir 80 enfermedades el año 2010.

A partir del año 2006, se sientan las bases para una nueva etapa; los logros del país en los últimos años permiten ser más ambiciosos y provocar la inflexión que se necesitaba en diversas áreas. Chile se ha propuesto sentar las bases de una nueva política de desarrollo, que tiene por desafío la instalación progresiva de un Sistema de Protección Social que permita una mejor calidad de vida de todos sus habitantes y que constituya el cimiento de una democracia más inclusiva y ciudadana. Este Sistema de Protección Social, centrado e inspirado en un enfoque de derechos, implica reconocer los “derechos” que son garantizados, crear los instrumentos para su ejercicio e implementar los mecanismos de exigibilidad de ellos.

Este sistema tiene un enfoque de ciclo de vida: aborda los riesgos, contingencias y vulnerabilidades a los cuales se exponen las personas; está compuesto por el Sistema Chile Crece Contigo, por una amplia Reforma Previsional, por medidas de protección laboral, además del Sistema Chile Solidario y la Reforma de la Salud.

El Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo asume un enfoque intersectorial y multidisciplinario totalmente inédito en el país, con amplia cobertura territorial. Mediante su implementación se protegerá a los niños y niñas desde su gestación, otorgando las prestaciones pertinentes y oportunas que permitan una estimulación temprana, de manera de otorgar las oportunidades para su desarrollo integral. El sistema tiene como propósito igualar las oportunidades de que disponen las personas desde el principio, para romper las diferencias de origen de los niños y construir los cimientos de una sociedad más segura.

La Reforma Previsional, promulgada en marzo de 2008, establece un sistema previsional basado en tres Pilares fundamentales: un Pilar Solidario, constituido por una Pensión Básica Solidaria a la que pueden acceder las personas que no tengan derecho a pensión en algún régimen previsional y que cumplan los requisitos determinados por la ley, y un Aporte Previsional Solidario que es un complemento entregado por el Estado que aumenta las pensiones de las personas que lograron reunir fondos en algún régimen previsional, pero que reciben una pensión de bajo monto; un Pilar Voluntario, cuyo propósito es facilitar, apoyar e incentivar el ahorro no obligatorio para la vejez; y por último el ya conocido Pilar Contributivo de capitalización individual, al que se le están introduciendo mejoras con el propósito de incrementar la competencia y transparencia del sistema.

Esta reforma incorpora, además, medidas específicas que se hacen cargo de inequidades de género, derivadas de la menor participación de las mujeres en el mercado del trabajo a lo largo de su vida, sus menores ingresos y ahorros previsionales, y su mayor esperanza de vida. Los cambios que se implementan a partir de este año mejoran el acceso y montos a las pensiones a las cuales accederán las mujeres. De igual manera, se crean incentivos a la contratación de jóvenes, mediante un subsidio que promueve su empleabilidad.

## Los avances en los Objetivos de Desarrollo:

Al analizar los resultados obtenidos de las políticas descritas, se observan avances relevantes en estos 18 años, en el ámbito de la pobreza, en el acceso a la prestaciones sociales, en un efectivo impacto distributivo del gasto social, y enmiendas legales para combatir la discriminación de diversos grupos de la sociedad.

En el caso particular de la pobreza, ésta se ha reducido desde 38,6% en 1990 a 13,7% en el 2006, lo que sitúa a Chile como el primer país de América Latina en superar la meta propuesta para el 2015 de reducir a la mitad la proporción de población afectada por la pobreza.

En el ámbito de la educación se ha aumentado la cobertura en todos sus niveles, se produce una reducción del analfabetismo, se incrementa el promedio de años de escolaridad, aumenta la proporción de estudiantes que culminan cada ciclo de enseñanza y se avanza de manera significativa en educación preescolar. La tasa de matrícula en los niveles 1 y 2 de transición se extiende desde el 40,1% al 74,6%, en los niños y niñas de 4 y 5 años.

En el objetivo de promover la igualdad de género, se observa mayor equidad de acceso en todos los niveles de educación; incrementos en la proporción de mujeres asalariadas en categorías no agrícolas y en programas de capacitación; y el aumento de la participación de ellas en cargos públicos del Poder Ejecutivo.

En el área de salud, el conjunto de indicadores de estado de salud de la población infantil ha evolucionado favorablemente, al igual que para el resto de la población del país. Esto ha sido consecuencia de las intervenciones realizadas en los factores sociales y económicos, que sumados a los esfuerzos propios del sector salud, se han traducido en importantes progresos respecto a las falencias que afectaban a la población infantil en las últimas cuatro décadas. De este modo, problemas como la diarrea, la desnutrición y las enfermedades respiratorias agudas, que incidían mayoritariamente en la mortalidad infantil, han desaparecido o disminuido su importancia. Así, entre los años 1990 y 2005 la tasa de mortalidad infantil se reduce desde 16 a 7,9 por mil nacidos vivos; la desnutrición disminuyó desde 0,7% a 0,3% en menores de 6 años en el mismo periodo; la tasa de mortalidad materna desciende

desde 40 a 19,8 por cien mil nacidos vivos. Del mismo modo, se han obtenido importantes resultados para contener la extensión del SIDA.

En gestión medio ambiental, es posible destacar cambios progresivos a partir de 1990, al considerarse explícitamente en la agenda de las políticas públicas, la protección y cuidado del Medio Ambiente.

La revisión de algunos de los indicadores permite destacar que en el ámbito de la sustentabilidad ambiental del desarrollo, se ha disminuido el consumo de clorofluorocarbonos, sustancias agotadoras de la capa de ozono; se ha incrementado la cobertura de agua potable, tanto en zonas urbanas como rurales, los servicios de alcantarillado alcanzan un 95,2% de cobertura en áreas urbanas; así como el tratamiento de las aguas servidas urbanas se incrementó desde el 20,9% en el año 2000 a 81,9% en el 2006 y llegaremos al 100% durante la segunda década de este nuevo milenio.

En el ámbito habitacional, con la creación del Programa Chile Barrio, se ha solucionado la situación de más de 105 mil familias que habitaban en tugurios. Ello, sumado a la implementación de programas regulares del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, ha permitido disminuir, entre los años 1992 y 2006, en un 73,7% la cantidad de hogares con tenencia insegura. Las metas planteadas en este ámbito están ya plenamente cumplidas.

## Principales desafíos

La historia de las políticas sociales y los avances de los últimos años proveen una base sólida para acometer el actual desafío: articular en Chile un sistema integral de protección social, construido en base a derechos sociales capaces de garantizar igualdad de oportunidades y cobertura de los principales riesgos que amenazan a las familias de menores recursos a lo largo de la vida. El desafío es abordarlo como una tarea nacional, con lo cual sus posibilidades de éxito se amplían radicalmente. Muchas de nuestras políticas públicas están dejando atrás las metas de cantidad; sus objetivos están centrados en la calidad y protección efectiva de los ciudadanos, generando condiciones trascendentales para la igualdad de oportunidades.

La sostenibilidad de un sistema integral de protección social exige avanzar, en paralelo, con la agenda de desarrollo productivo, de manera de elevar la empleabilidad de la fuerza de trabajo y la capacidad productiva del país.

En este contexto, este informe reporta grandes desafíos y tareas pendientes, entre ellas disminuir la desigual distribución del ingreso que aún impera en la sociedad chilena, no obstante la leve mejoría en los últimos años. Persisten a su vez, salarios promedios bajos, aunque crecientes; se observan inequidades de género expresadas en desigualdades laborales entre hombres y mujeres, tanto en la tasa de participación laboral, en la ocupación de cargos de nivel directivo, como en los salarios que reciben respecto de categorías ocupacionales similares. Otro reto importante dice relación con la participación política de las mujeres, que se encuentran subrepresentadas en el poder legislativo, lejos de las metas propuestas para el año 2015.

8

En el ámbito de la salud, los desafíos se vinculan con la implementación gradual y eficiente de la reforma, para cada uno de los problemas de salud garantizados. Lo anterior conlleva la atención oportuna y de calidad de las personas, mediante la protección legal de sus derechos, con mecanismos y procedimientos preestablecidos y conocidos. Ello permitirá asumir las actuales demandas sanitarias, expresadas, por ejemplo, en materia de malnutrición infantil en donde la obesidad es el principal problema que debe seguir abordando el país, lo cual implica desarrollar acciones no sólo desde el campo de la salud, sino que compromete una serie de instituciones que pueden contribuir sustantivamente a su superación. Asimismo, los esfuerzos deberán encaminarse, en un país que enfrenta un significativo envejecimiento de su población, en contener el avance de las enfermedades cardiovasculares, diabetes, y los cánceres, así como el tabaquismo, el alcoholismo, el sedentarismo, y la penetración creciente de la droga; todos factores que afectan el nivel de bienestar y salud de la población.

En educación, una vez ampliadas las coberturas en todos sus niveles, las políticas y programas tienen el gran reto de mejorar la calidad y disminuir las inequidades en los procesos de aprendizaje, considerando que la educación es un activo fundamental tanto para mejorar la calidad de vida de las personas, para incrementar su acceso al mercado laboral y elevar el nivel de salarios, como para aportar al crecimiento y competitividad del país.

En el ámbito de la sustentabilidad ambiental del desarrollo, es necesario señalar que Chile, en el año 2005, se sometió a una evaluación de desempeño ambiental en el marco de su incorporación a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE). Como resultado del proceso de evaluación se realizaron 52 recomendaciones. Dentro de los desafíos más relevantes se encuentra el fortalecimiento de la institucionalidad ambiental, con el objeto de poder enfrentar de manera más eficiente los problemas ambientales, tanto nacionales como de escala global. También se recomienda el mejoramiento del sistema de protección de áreas silvestres y marinas, la conservación de la biodiversidad y promover el uso eficiente de la energía.

Adicionalmente, la gestión ambiental del país tiene como desafío abordar la inequidad en materia ambiental; disminuyendo los riesgos ambientales entre los diversos grupos. Para cumplir con este objetivo, el Gobierno se encuentra elaborando las bases de la nueva política ambiental, cuyo eje central será la equidad ambiental; lo cual requiere de la participación activa de la sociedad civil.

La política habitacional ha tenido un importante cambio en los últimos años. Los grandes desafíos de esta nueva política tienen que ver con responder a tres requerimientos: las necesidades de cantidad (disminución del déficit), garantizar la calidad (mejorando el estándar) y promover la integración social.

En síntesis, Chile presenta una cantidad importante de metas cumplidas y otras tantas presentan una tendencia que permite pronosticar su cumplimiento antes del año 2015. La implementación de una estrategia política, económica y social consistente, ubican al país en una situación auspiciosa para cumplir con los compromisos suscritos en el año 2000. Al mismo tiempo, los avances registrados lo obligan a asumir con mayor energía los desafíos pendientes, más allá de los Objetivos del Milenio, tendientes a propiciar condiciones de desarrollo sustentables para la profundización de la democracia y la mayor igualdad de oportunidades para todos los habitantes del país.

## PRÓLOGO

**A** fines de los años ochenta en Chile, diversos partidos políticos y movimientos sociales se unieron en torno a un proyecto colectivo de restauración de libertades, fortalecimiento de los derechos humanos, desarrollo y progreso social. Desde entonces, el país ha caminado por una exitosa senda de democracia, crecimiento y equidad.

De esta manera, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), propuestos hace ocho años en el marco de Naciones Unidas, se articulan de manera armónica con el plan de desarrollo que ha asumido Chile durante los años de democracia.

En su mayoría, los ODM dicen relación con temáticas de las que Chile se venía ocupando desde comienzos de los años noventa. En otros casos, como la igualdad de género o la prevención del VIH, nos han estimulado a emprender nuevas iniciativas para mejorar lo que se estaba haciendo en tales materias.

Hoy, a mitad del plazo convenido para el cumplimiento de los objetivos que acordamos los países miembros de Naciones Unidas, nos encontramos en un momento propicio para evaluar cuánto hemos avanzado y cuáles son los desafíos aún pendientes.

### **Erradicación de la pobreza y objetivos educacionales**

El compromiso central que asumimos fue reducir a la mitad el porcentaje de personas sufriendo pobreza o hambre para el año 2015, además de otros objetivos relacionados con la educación, la igualdad de género, la salud reproductiva, materna e infantil, el desarrollo sustentable y la cooperación internacional.

En lo que respecta a la superación de la pobreza, ya para el primer informe dábamos cuenta de haber alcanzado la meta de reducir a la mitad la pobreza en nuestro país, erigiéndonos como el primer país de América Latina en superar la meta impuesta para el año 2015.

Hoy, con orgullo podemos afirmar que seguimos avanzando en esta senda. 38,6% de la población vivía bajo la línea de la pobreza el año 1990; hoy hemos reducido ese porcentaje a 13,7%. Del 13% de extrema pobreza que existía el año 1990, hemos reducido la cifra a un 3,2%.

En estos 18 años de democracia, hemos triplicado los recursos públicos dirigidos a programas sociales y hemos creado eficaces instrumentos. A comienzos de esta década, por ejemplo, veíamos con inquietud cómo la lucha contra la indigencia parecía estancarse. Creamos el año 2003 un programa específico para ser más efectivos en la erradicación de la extrema pobreza, el Sistema Chile Solidario. Del 2003 al 2006, logramos reducir la indigencia en un 32%.

Por otro lado, el país acaba de aprobar una ley que reforma el sistema de previsual, y que garantizará pensiones dignas para los chilenos y chilenas más vulnerables. Con él lograremos reducir drásticamente la pobreza en la tercera edad.

En materia educacional, contamos con un sistema que garantiza 12 años de escolaridad obligatoria y gratuita; año a año se incrementa el promedio de años de escolaridad y el porcentaje de estudiantes que culmina su ciclo de enseñanza. Hoy podemos decir con orgullo que el sueño de un sistema que brinda oportunidades para todos está cada vez más cerca: 7 de cada 10 estudiantes de educación superior son la primera generación en sus familias en acceder a este nivel.

Estamos convencidos de que las desigualdades deben ser erradicadas desde el comienzo de la vida. Sólo de este modo se podrá romper el ciclo de reproducción de la pobreza. Para ello, hemos desarrollado un vasto plan de desarrollo integral para la primera infancia, que contiene programas de apoyo al embarazo, estimulación temprana de los bebés, y la construcción de más de tres mil quinientas salas cuna gratuitas en todo el país, lo que cuadruplica la oferta existente al comienzo de mi gobierno.

### **Salud, vivienda e igualdad de género**

En materia de salud, hemos pasado de una política donde la premisa básica era salvar vidas a una en la que lo central es la calidad de vida de una población que envejece de manera creciente. La reforma a la salud implementada durante esta década nos ha permitido avanzar en garantizar una atención más digna y oportuna, con una debida protección financiera acorde a la situación social de cada persona, para un conjunto de 56 patologías.

Estamos en un buen pie para afirmar que cumpliremos los objetivos 4, 5 y 6, relacionados con salud materna infantil y el combate a otras enfermedades. Entre los años 1990 y 2006, la tasa de mortalidad infantil se reduce desde 16 a 7,6 por cada mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad materna desciende desde 40 a 19,8 por cada cien mil nacidos vivos. Además hemos alcanzado la meta respecto de la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas.

Nos hemos preocupado de la vivienda y la ciudad. Hemos desarrollado una política habitacional enfocada a resolver el déficit de los más pobres, pero que incorpora también elementos de integración social y territorial. Se ha entregado solución habitacional a más de 105 mil familias que vivían en condiciones de insalubridad en tugurios.

El retorno a la democracia marcó el inicio del primer sistema de protección y cuidado del medio ambiente. Hoy nos encontramos en un proceso de reforma y actualización de ese sistema. En materia de servicios básicos, hemos incrementado fuertemente la cobertura de agua potable, los servicios de alcantarillado alcanzan más del 95% en zonas urbanas y alcanzamos un 81% de tratamiento de aguas servidas urbanas.

Respecto de la promoción de la igualdad de género, hemos avanzado en mayor equidad en el acceso a todos los niveles de educación, incrementado la tasa de participación laboral de la mujer, la que por primera vez ha superado el 40%. También hemos aumentado considerablemente la participación en cargos públicos en el poder ejecutivo. Alcanzando casi la mitad de los altos puestos públicos. Somos conscientes, sin embargo, de que nos queda mucho por hacer al respecto, especialmente en lo que es representación de la mujer en cargos de elección popular.

## Nuestros desafíos pendientes

Todo esto que hemos logrado y construido – en conjunto con los diferentes sectores de la sociedad – nos enorgullece. Pero también nos obliga a más. Avanzar nos estimula, pero nuestra meta es una sociedad en la que todos y todas sean partícipes del desarrollo.

El hecho de que aún queden 2 millones de chilenos en situación de pobreza y cerca de medio millón en condiciones de indigencia nos obliga a hacer más; si bien los ODM se han logrado en esta materia, nos parece un problema de enorme urgencia, no acotado a los plazos internacionales, sino a la premura de terminar con la pobreza y la indigencia en el período más acotado que podamos.

Nos resta, sobre todo, el gran desafío de mejorar la distribución del ingreso en nuestro país, puesto que si bien se han hecho avances, la rapidez de estos logros nos sigue pareciendo perfectible y deseable.

Asimismo, persisten inequidades de género en el ámbito laboral, referidas a diferencias de salario y acceso a cargos directivos.

Debemos seguir fortaleciendo la reforma de la salud, ampliando las patologías que cuentan con cobertura garantizada y avanzar en la reforma al sistema educativo que nos permita dar el salto en calidad que nuestro país requiere, de modo de disminuir las inequidades en los procesos de aprendizaje.

Respecto de la sustentabilidad ambiental del desarrollo, nos encontramos en pleno proceso de fortalecimiento de la institucionalidad ambiental.

Sabemos que este informe coincide con un momento especialmente complejo para el mundo entero, en el que la escasez de alimentos, los vaivenes de la economía y las consecuencias del cambio climático, pueden hacernos retroceder más que avanzar en esta importante tarea.

Es urgente entonces, intensificar las acciones; es un desafío ético y estratégico difícil, pero impostergable.

Creemos en la responsabilidad de los Estados de custodiar y garantizar el acceso universal a los bienes públicos fundamentales. Creemos en el desarrollo desde una mirada equitativa, integral e integrada. Creemos en la centralidad de estos objetivos, porque han sido, desde un comienzo, los de nuestros gobiernos democráticos.

Tanto la cercanía del año 2015 como la cercanía de nuestro Bicentenario como República independiente, nos estimulan a trabajar de modo permanente y acucioso para que cada uno de los objetivos sea en los próximos años una realidad tangible en todos los países.

**Michelle Bachelet Jeria**  
Presidenta de la República de Chile



## PRESENTACIÓN

En el año 2000 las Naciones Unidas han acordado, mediante la Declaración del Milenio, ocho objetivos fundamentales para avanzar de manera sustantiva en el desarrollo de los países y sus poblaciones. La Declaración estableció metas concretas a alcanzar el año 2015. A siete años de la suscripción de estos compromisos Chile presenta el Segundo Informe de Avance de los Objetivos del Milenio ante la comunidad nacional e internacional.

La Declaración del Milenio definió compromisos específicos en torno a: erradicar la pobreza extrema y el hambre; lograr la enseñanza primaria universal; promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer; reducir la mortalidad infantil; mejorar la salud materna; combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades; garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Las metas establecidas por Naciones Unidas para cada uno de los objetivos, se encontraban muy cerca de los logros obtenidos por Chile en el ámbito del desarrollo social y han sido consistentes con las políticas sociales en curso. Conscientes de lo conquistado y de los desafíos que tiene el país para otorgar una mejor calidad de vida a su población y una inserción exitosa en el contexto internacional, en el Primer Informe de Avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se comprometieron metas adicionales para el año 2015 en cada uno de ellos, ajustadas a los recursos disponibles, al crecimiento económico, a las condiciones socio-económicas y políticas y la estrategia de desarrollo adoptada.

El examen de los compromisos suscritos, indican que Chile ha avanzado de manera paulatina pero sostenida en el cumplimiento de las metas fijadas para el año 2015; incluso gran parte de ellas se cumplen anticipadamente: como reducir la pobreza extrema a la mitad y lograr la enseñanza primaria universal; otras tienen altas posibilidades de alcanzarse a esa fecha. Sin embargo, existen algunas que representan grandes desafíos a la sociedad chilena,

entre ellas ampliar la participación política de las mujeres, específicamente disminuir su subrepresentación en el Parlamento y en los cargos de elección popular.

Este Segundo Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio incluye a la fecha la situación de cada meta, el estado de avance de cada indicador, los desafíos de mayor trascendencia, el marco de apoyo de políticas, programas e institucional; así como la evaluación de la capacidad de monitoreo y seguimiento de cada uno de los compromisos. La información incorporada otorga una visión panorámica de las condiciones económicas, sociales y ambientales del país.

En este informe se ha realizado un esfuerzo importante por desagregar la información territorialmente, con el propósito de identificar brechas existentes en el país, de manera que los objetivos de desarrollo no sólo sean compromisos a cumplir a nivel nacional, sino que demandarán realizar las acciones necesarias para que cada región pueda alcanzarlos, sin olvidar los territorios rezagados. Cabe indicar que, durante el segundo semestre del año 2007, esta información se intentó levantar desde los servicios públicos regionales. Sin embargo, no todos los servicios y las regiones disponen de esta información actualizada; este hecho representa en sí mismo un desafío para la gestión y cumplimiento de las metas a nivel regional, por lo cual una vez generado este reporte una tarea relevante será discutir y analizar en cada región, con los actores locales, el estado de avance de las metas comprometidas por el país desde el punto de vista territorial. Del mismo modo, se presenta la información desagregada por sexo, edad y etnia, en aquellos indicadores que es pertinente y posible hacerlo, de manera de analizar las diferencias específicas de determinados grupos que signifiquen adoptar nuevas medidas y estrategias para alcanzar cada meta y objetivo.

La elaboración de este documento, al igual que el Primer Informe del Gobierno de Chile, ha estado a cargo de la Red de Gobierno Metas del Milenio, coordinada por el Ministerio de Planificación. Forman parte de esta Red los

siguientes organismos públicos: el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud, Ministerio de Obras Públicas, el Servicio Nacional de la Mujer, el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, la Comisión Nacional del Medioambiente, la Comisión Nacional de Energía, el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, la Superintendencia de Servicios Sanitarios, el Instituto Nacional de Estadísticas y la Agencia de Cooperación Internacional.

La Red de Gobierno Metas Milenio en conjunto con el Sistema de Naciones Unidas, desarrolló e implementó una metodología de trabajo, que permitió elaborar en un periodo acotado de tiempo este informe. Cabe destacar que los avances registrados en cada objetivo, fueron discutidos con representantes de las agencias especializadas, recibiendo valiosos aportes y comentarios, los cuales se incorporan a este documento. En este contexto, se realizaron dos talleres regionales, con el propósito de difundir los Objetivos

y Metas comprometidas para el año 2015, los cuales se extenderán a otras regiones en los próximos meses.

Agradecemos a todas y cada una de las instituciones que colaboraron en la elaboración de este informe, por el esfuerzo desplegado cada día para el cumplimiento de los compromisos que el país adquirió en el año 2000 al suscribir la Declaración del Milenio y que significan mejorar la calidad de vida del conjunto de la población del país.

Hoy nos encontramos en la mitad del camino a recorrer al año 2015, es el momento propicio de mirar los progresos alcanzados, restablecer las energías, y asumir con mucha firmeza los desafíos y las tareas pendientes, que no son otras que avanzar en generar condiciones que permitan una mayor igualdad de oportunidades para cada una de las personas que viven en el país.



**Paula Quintana**  
Ministra de Planificación

Chile avanza a paso firme con la mira puesta en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el más ambicioso de los acuerdos adoptados a nivel global y que busca mejorar la calidad de vida de todos los habitantes del mundo en un plazo relativamente breve: el 2015.

Propiciar un mundo más justo es la visión que ha guiado desde un principio a la Declaración del Milenio, adoptada el año 2000 por la Asamblea General de Naciones Unidas. Para lograr que dicha visión se torne realidad se fijaron 8 objetivos que dan cuenta de las condiciones mínimas que se requieren para mejorar la calidad de vida de la población y, junto a éstos, metas definidas y claras en las áreas de pobreza, educación, salud, promoción de la igualdad entre los géneros, protección del medio ambiente y cooperación para el desarrollo. Todos estos objetivos y metas planteados por las Naciones Unidas han sido incorporados con éxito por Chile como base de su estrategia de desarrollo.

Gracias a las políticas sostenidas por los distintos gobiernos desde 1990 (fecha base que se toma para evaluar los avances en el cumplimiento de los objetivos) hasta hoy en día, Chile ha logrado reducir sistemáticamente la pobreza y la extrema pobreza a niveles muy bajos históricamente, al tiempo que mantuvo un crecimiento económico estable, lo que ha fortalecido no sólo el funcionamiento de su economía sino también de sus políticas sociales. Sin embargo, Chile enfrenta aún el desafío de reducir las desigualdades tanto en la distribución del ingreso como las de tipo geográfico, de etnia, de género.

En análisis recientes sobre la posibilidad que un grupo de países de América Latina y el Caribe cumpla con los objetivos para el 2015, teniendo en cuenta las políticas públicas aplicadas y tasas razonables de crecimiento, Chile aparece como uno de los pocos países con posibilidades ciertas de alcanzar las metas.

Uno de los grandes orgullos chilenos han sido los logros alcanzados en el combate contra el hambre y la desnutrición infantil. El país alcanzó, con años de anticipación, la meta esperada para el año 2015. Sin embargo, Chile registra un aumento muy importante de problemas de obesidad que se plantea como uno de los nuevos desafíos pendientes.

En cuanto a la educación, Chile está logrando una cobertura casi universal y ya la gran mayoría de la población

sabe leer y escribir. Uno de los recientes avances del Estado chileno radica en las tasas de matrícula en el nivel de parvularia, especialmente de niños provenientes de los grupos socioeconómicos más vulnerables, lográndose hasta ahora incorporar a un tercio de dicha población. En la educación media, si bien se avanza en hacer efectiva la obligatoriedad de asegurar doce años de estudio a todos los jóvenes, aún persisten importantes brechas regionales por superar. Pero es la desigualdad en términos de calidad de la educación una de las grandes metas aún por abordar.

Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer es un objetivo logrado a nivel de la educación básica chilena. Por otra parte, se registran importantes avances en el acceso de la mujer al mercado laboral, aunque la actual tasa sigue siendo de las más bajas de América Latina y sus salarios, con respecto a los hombres, presentan brechas de más de 20% en todos los grupos ocupacionales. Pero la mayor deuda del país radica en la participación de mujeres en cargos de representación popular donde Chile está muy por debajo de la meta propuesta, a excepción de los cargos del Gobierno Interior (intendencias y gobernaciones).

En el ámbito de la salud, han desaparecido o disminuido en importancia muchos de los problemas que afectaban a la población infantil en las últimas cuatro décadas como la diarrea, la desnutrición, y las enfermedades respiratorias agudas. Igual descenso que la mortalidad infantil ha experimentado la mortalidad materna, convirtiéndose en la segunda más baja de América Latina.

La cifra de poco más de 17 mil personas notificadas con VIH y SIDA ha ido reduciéndose, aparentemente debido a la cobertura total de tratamiento antirretroviral. Pero si se trata de prevención, menos de la mitad de los jóvenes usa condón, siendo la brecha aún mayor entre los más pobres.

En materia de sostenibilidad ambiental, la crisis energética que ha experimentado Chile en los últimos años lo ha obligado a crecer en base a combustibles fósiles, redundando en una creciente tendencia a generar emisiones de gases de efecto invernadero (CO<sub>2</sub>). Pero, por otra parte, Chile ha asumido un compromiso mayor al pactado en cuanto a la cobertura de tratamiento de aguas servidas en zonas urbanas, en vista que las coberturas de agua potable y alcantarillado en dichas zonas ya superan un 95%.

El alto nivel de desarrollo alcanzado por Chile desde fines de los años 90 lo han convertido en un país calificado como emergente y, por tanto, sin derecho a recibir cooperación financiera no reembolsable. Desde entonces parte integral de la política exterior del gobierno de Chile radica en compartir capacidades y experiencias con países de menor o similar desarrollo, particularmente de América Latina y El Caribe.

Para enfrentar la falta de financiamiento, a partir de 2006 Chile estableció una contribución de 2 dólares sobre los pasajes aéreos internacionales a fin de destinar dichos recursos a iniciativas de lucha contra la pobreza y el hambre. Desde principios de la década del 90 existe la Agencia de Cooperación Internacional que se enfrentará en lo que resta hasta el 2015 con el desafío de implementar una política que implique que Chile se convierta en donante y actor activo de la cooperación Sur/Sur.

De esta forma, y gracias además a las reformas estructurales y sociales, Chile ya ha cumplido con la mayoría de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y se encuentra en condiciones de lograr anticipadamente el cumplimiento de gran parte de los objetivos restantes.

Sin embargo, este país no olvida que muchas otras naciones de la región no podrán cumplir la meta sin la ayuda de la cooperación internacional. De allí que día a día se trabaje en forma mancomunada para lograr el éxito de este compromiso sin precedentes por el desarrollo equitativo, cual es la Declaración del Milenio.

En efecto, el presente documento ha sido fruto de la intensa colaboración entre los diferentes actores del desarrollo del país y el Sistema de Naciones Unidas en Chile se siente honrado de haber formado parte de este esfuerzo.



**Enrique Ganuza**  
Coordinador Residente  
del Sistema de Naciones Unidas en Chile

## CONTEXTO NACIONAL

**E**n el año 2000 la Asamblea General de Naciones Unidas acordó aprobar la Declaración del Milenio, en la cual se establecen los Objetivos de Desarrollo del Milenio, considerados como condiciones mínimas para mejorar la calidad de vida de la población. Los objetivos propuestos para el año 2015, corresponden a metas definidas y claras en las áreas de pobreza, educación, salud, promoción de la igualdad entre los géneros, protección del medio ambiente y cooperación para el desarrollo. En Chile, los objetivos y metas planteados por las Naciones Unidas han constituido las bases de la estrategia de desarrollo que ha definido e implementado el país desde la recuperación de la democracia y sus instituciones, a inicios del año 1990. Las políticas públicas en general, y las sociales en particular, han tenido como propósito disminuir la pobreza, mejorar los niveles de educación, incrementar el nivel de bienestar bio-psico social de la población, fortalecer la atención de salud, así como las acciones de promoción y prevención; promover un desarrollo económico compatible con el resguardo y sostenibilidad del medio ambiente; y realizar acciones de cooperación económica y social con otros países.

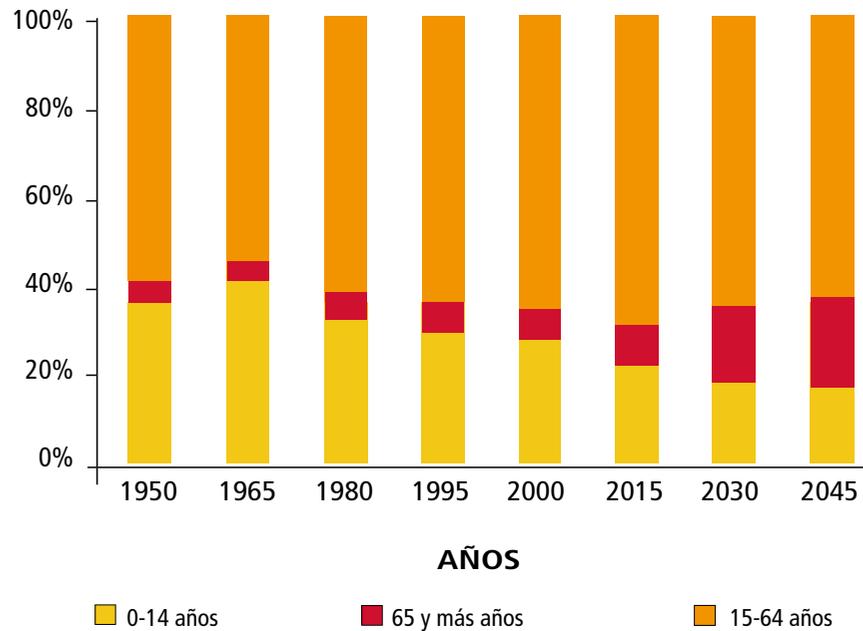
Asimismo, desde 1990, el país ha desarrollado una serie de iniciativas y políticas públicas activas tendientes a eliminar la discriminación y exclusión, lo cual impida la plena participación e integración social de las personas por razones de sexo, edad, etnia, discapacidad u otras características. Han contribuido a la discusión, reflexión y debate sobre el diseño e implementación de las políticas públicas vinculadas a los Objetivos de Desarrollo del Milenio: la sociedad civil, los organismos no gubernamentales y centros académicos; en el marco del proceso de recuperación y restitución de las instituciones democráticas.

En las últimas décadas, Chile al igual que otros países de la región, ha experimentado cambios progresivos en términos demográficos, económicos, sociales y culturales. Entre los procesos más relevantes se destacan:

- Los cambios demográficos reflejados en la transformación de la estructura de edad de la población del país (ver Gráfico 1). Chile se encuentra en la etapa más avanzada de la transición demográfica, registrando un progresivo envejecimiento de la población como consecuencia de las bajas sostenidas en las tasas de natalidad y mortalidad; logrando un incremento sustantivo de la esperanza de vida y calidad de vida de la población; junto con ampliar y mejorar las coberturas en prestaciones sociales en salud, previsión, educación y servicios básicos.
- Asimismo, se observan cambios en el tamaño, composición y organización de las familias; concatenados con procesos culturales vinculados a modificaciones progresivas en las prácticas de roles de género; que se derivan -entre otros factores- del incremento en los niveles de educación e inserción laboral de las mujeres.
- Otro cambio relevante es la sustantiva y sostenida disminución de la pobreza, tanto en su incidencia como en intensidad; sin embargo, el fenómeno ha adquirido un carácter dinámico, con una rotación importante de la población afectada por esta situación.
- Finalmente, en los últimos años, el país ha registrado un fenómeno migratorio, que si bien no es relevante respecto de la proporción de población total del país, sí lo es considerando las características de la población migrante; la rapidez del proceso y su previsible expansión.

## GRÁFICO 1

Proyecciones de población por tramos de edad 1950-2045.



18

Fuente: Boletín Demográfico CELADE, Número 76, julio 2005.

En el contexto de los cambios y procesos enunciados, el país requiere un nuevo sistema de protección social, basado en el reconocimiento de los derechos de las personas y las diversas necesidades que enfrentan a lo largo del ciclo de vida. Considerando sus riesgos y vulnerabilidades particulares, de manera de propiciar una mayor igualdad de oportunidades de participación en el desarrollo y bienestar del país; y elevar sustantivamente la calidad de vida de la población, de forma más equitativa.

Durante este periodo, la implementación de las políticas sociales, al igual que las políticas públicas en general, han estado orientadas por tres ejes fundamentales: i) el proceso de descentralización y desconcentración de la acción; ii) el proceso de modernización de la gestión pública; y iii) una estrategia de trabajo de coordinación y complementariedad intersectorial.

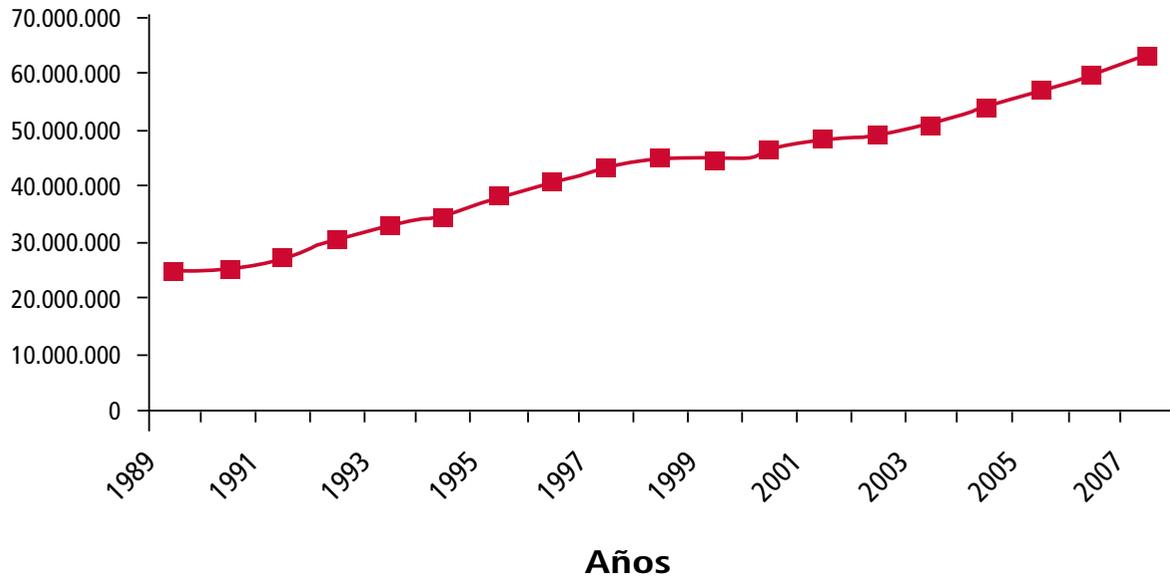
Estos procesos tienen por propósito dar respuestas más oportunas y pertinentes a las demandas de los ciudadanos; asimismo mejorar el uso de los recursos disponibles, en una lógica de mayor transparencia pública y eficiencia en sus actos.

Desde un punto de vista estratégico, Chile ha privilegiado la articulación entre las políticas económicas y sociales, con apego al ordenamiento político e institucional. En la práctica, se han propiciado las iniciativas que concitan un acuerdo transversal, de manera de garantizar la sustentabilidad política y financiera de ellas. De este modo, se ha tenido especial cuidado en mantener los equilibrios macroeconómicos y la adopción de políticas públicas con la suscripción de compromisos estatales basados en un esquema de responsabilidad financiera. Es decir, los acuerdos políticos programáticos se han acompañado de pactos financieros, económicos y legislativos. Este ha sido el camino recorrido por las reformas en el ámbito de la salud, la educación y la reciente Reforma Previsional.

En el ámbito económico, entre 1990 y el año 2007, Chile ha incrementado en más de un 5,4% promedio anual su Producto Interno Bruto (ver Gráfico 2). El crecimiento sostenido del país ha permitido incrementar el empleo, las remuneraciones de los trabajadores y el promedio de ingresos por hogar; además de contribuir a aumentar los recursos públicos disponibles para la inversión en programas destinados a generar condiciones de mayor equidad en la población.

## GRÁFICO 2

Producto Interno Bruto 1989-2007 (en millones de pesos 2003).



Fuente: Banco Central, años correspondientes.

Así, la asignación del presupuesto público ha tenido como prioridad los programas de carácter social; entre 1990 y el 2006 se ha triplicado el monto de los recursos destinados a apoyar iniciativas correspondientes a educación, vivienda, previsión, salud, entre otras. Lo anterior ha sido posible, por una parte, gracias al crecimiento económico y la mayor prioridad social en la composición del presupuesto público y, por otra, a la estabilidad y certidumbre en los flujos de financiamiento que permite la regla fiscal de superávit estructural de un 1% del PIB.

Desde un punto de vista programático, las políticas y programas sociales implementados han buscado la articulación entre las iniciativas de carácter asistencial y las de inversión social, especialmente mediante programas de mejoramiento en educación, salud, previsión y vivienda.

Considerando la dinámica de la pobreza y el efecto diferenciado de determinadas contingencias en las familias con diversos grados de vulnerabilidad, las políticas sociales han mejorado de manera progresiva su cobertura a fin de atender a un grupo más amplio que aquellos que se encuentran en situación de pobreza.

Por lo anterior, se han establecido grupos prioritarios de políticas sociales entre ellos a los niños y niñas, las personas con discapacidad, las personas pertenecientes a pueblos indígenas, las mujeres y los adultos mayores. Las políticas implementadas reconocen las necesidades específicas de cada uno de estos grupos para alcanzar su integración social y comprenden acciones programáticas e institucionales para otorgar una respuesta eficiente a sus demandas y necesidades. La identificación de estos grupos prioritarios ha sido lo suficientemente flexible para adaptar las políticas y programas a las necesidades y requerimientos de cada uno de ellos.

Las respuestas institucionales a los requerimientos de estos grupos se han abordado en dos áreas: en la creación de las normas legales de acción positiva de apoyo hacia ellos y la creación de organismos gubernamentales encargados de elaborar y proponer aquellas medidas que permitan dar respuesta a sus necesidades, requerimientos y demandas. En el ámbito legislativo se destacan la Ley de Matrimonio Civil, la Ley de Integración Social de las Personas con Discapacidad, la Reforma Procesal Penal, y la reciente Reforma Previsional. Entre las instituciones

públicas creadas para estos propósitos se encuentran: el Servicio Nacional de la Mujer (1990), el Fondo Nacional de la Discapacidad (1994), la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (1993), el Instituto Nacional de la Juventud (1991), el Servicio Nacional para el Adulto Mayor (2002), entre otros.

Las políticas sociales han propiciado un trabajo intersectorial que permite abordar integralmente los problemas sociales de la población. Parte de este proceso está graficado en la implementación del Sistema Chile Solidario, creado en el año 2002, para la atención de manera integral e interinstitucional de las familias en situación de extrema pobreza, otorgándoles atención psicosocial, garantizándoles el acceso a subsidios monetarios y a la oferta de servicios de la red pública. Otro de los ejes de implementación de las políticas sociales es el proceso de descentralización y desconcentración de la acción; ejemplo de ello es el traspaso de recursos a los gobiernos locales, mediante convenios, para la ejecución y articulación del Sistema Chile Solidario y Chile Crece Contigo.

La implementación del Sistema Chile Solidario representa además una nueva forma de relación del Estado con los ciudadanos, especialmente aquellos que presentan mayores carencias. En esta nueva modalidad no son las personas las que acuden al Estado para presentar sus requerimientos, sino el Estado es el que busca activamente a las personas, tomando en cuenta sus particularidades y las de sus familias, para apoyarlas y mejorar su acceso a la oferta pública de prestaciones sociales.

Asimismo, las políticas sociales han iniciado paulatinamente la incorporación de mecanismos e instrumentos que permitan el seguimiento y evaluación periódica de las acciones emprendidas, de modo de realizar los ajustes necesarios y pertinentes de manera oportuna.

En resumen, se ha buscado diseñar e implementar políticas y programas sociales eficientes, efectivos y sostenibles para mejorar sustancialmente la calidad de vida de la población más vulnerable con un enfoque de garantía de sus derechos económicos y sociales.



Objetivo 1

# ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE





Indicadores mínimos Objetivos de Desarrollo del Milenio	1990	2000	2006	Meta 2015
<b>Meta 1</b>				
1. Porcentaje de la población cuyos ingresos son inferiores a 1 dólar por día.	3,6%	2,2%	1,1%	1,8%
2. Coeficiente de la brecha de pobreza a 1 dólar por día (incidencia por profundidad).	1,6	1,0	0,5	0,8
3. Participación del primer quintil en el ingreso monetario total <sup>1</sup> .	4,4%	4,3%	4,7%	4,6%
<b>Meta 2</b>				
4. Porcentaje de niños menores de 6 años con desnutrición.	0,7% <sup>2</sup>	0,5%	0,3%	0,5%
5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria.	8,0%	4,0%	4,0% <sup>3</sup>	4,0%

Fuentes: 1, 2 y 3: MIDEPLAN. Estos datos presentan leves diferencias con el Informe 2005, debido a que se realizaron los ajustes correspondientes a la utilización de las proyecciones de población en base al CENSO 2002. 4: Departamento de Estadísticas e Información de Salud, MINSAL. 5: FAO.

Indicadores adicionales Objetivos de Desarrollo del Milenio	1990	2000	2006	Meta 2015
<b>Meta 1</b>				
1. Que la familia Chile Solidario cuente con ingresos superiores a la línea de indigencia.	N/A	N/A	66,3% <sup>4</sup>	75%
2. Que al menos un miembro de la familia Chile Solidario trabaje en forma regular y tenga una remuneración estable.	N/A	N/A	83,9% <sup>5</sup>	90%
<b>Meta 2</b>				
3. Tasa de obesidad en menores de 6 años.	6,2% <sup>6</sup>	7,2%	7,1	6,0%

Fuente: 1y 2: Ficha de Protección Social;3 Departamento de Estadísticas e información de Salud, MINSAL.

1 Este indicador reemplaza a la proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre de la población.

2 Año de referencia 1994.

3 Año de referencia 2005, corresponde al trienio 2002-2004.

4 Valor indicador a diciembre 2007. Se considera a todas las familias que han completado el tiempo máximo de cobertura del sistema (35.129 sobre 52.945). La medición se realiza a partir de los valores de la línea de indigencia y de pobreza de ingresos, diferenciados por zona (urbana y rural).

5 Se considera en el cálculo del indicador a todas las familias que han completado el tiempo máximo de cobertura del sistema y que tienen a lo menos un integrante en edad y condición de trabajar, no se consideran como personas en condición de trabajar a los que teniendo edad para trabajar estudian como actividad principal, están inválidos o están a cargo del cuidado de una persona dependiente severa o postrada; (40.842 sobre 48.677). La diferencia registrada en el denominador corresponde a familias donde ningún integrante está en edad de trabajar.

6 Año de referencia año 1996.



## **META 1** | Reducir a la mitad entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar diario

### **I. SITUACIÓN A LA FECHA**

Los cambios políticos e institucionales ocurridos en Chile a partir de inicios de 1990, han propiciado un escenario adecuado para enfrentar los desafíos que implicaban la existencia de un porcentaje alto de la población en situación de pobreza e indigencia a nivel nacional. La instalación de gobiernos democráticos trajo consigo el diseño e implementación de una estrategia de desarrollo que ha buscado persistentemente mejorar la calidad de vida de la población y -en forma conjunta- el crecimiento económico; en particular, se ha propuesto reducir la pobreza y las diversas formas de discriminación y exclusión social.

El enfoque asumido incluyó una serie de medidas que, miradas desde la perspectiva de los resultados obtenidos, fueron coherentes y consistentes con sus propósitos; parte de estas medidas se refieren a aumentar progresivamente la inversión y los recursos humanos y financieros destinados a la educación, salud, vivienda y a un conjunto de programas destinados a los sectores más pobres del país. En forma paralela se han establecido mecanismos, o acuerdos impositivos, que permiten dar sostenibilidad y respaldo financiero a las medidas y prestaciones sociales comprometidas. De esta manera, han aumentado los programas e iniciativas en el ámbito social, con un fuerte respaldo financiero e institucional. Desde un punto de vista sociológico, contribuyen positivamente a estos objetivos, el respaldo ciudadano respecto de la estrategia asumida y la prioridad política otorgada a la atención preferente hacia los más pobres.

En este escenario, la estrategia implementada alcanzó sus objetivos esenciales: se redujo sistemáticamente la pobreza y la extrema pobreza a niveles históricos y se logró mantener el crecimiento económico, fortaleciendo tanto el marco de funcionamiento de la economía como de las políticas sociales. Entre 1990 y el año 2006, los indicadores de pobreza extrema<sup>7</sup> registraron una reducción importan-

te a nivel nacional, regional y por área de residencia. En el período no sólo ha disminuido la incidencia de la extrema pobreza, sino también su severidad o intensidad<sup>8</sup>.

Aún cuando la disminución de la pobreza ha sido sustantiva, Chile enfrenta un desafío de similar envergadura, reducir la desigual distribución del ingreso. Entre el año 2000 y 2006 se produce una leve mejoría en la participación en el ingreso autónomo del quintil más pobre, pasando desde un 4,0% a un 4,1%. Además, se observa que los hogares del primer quintil aumentan su participación en el ingreso monetario<sup>9</sup> de 4,3% a 4,7%; con la implementación de una serie de prestaciones monetarias.

A partir del año 2002, Chile introduce un cambio relevante en materia de políticas sociales, se crea el Sistema Chile Solidario, combinando tres componentes fundamentales: un sistema de apoyo personalizado a las familias más pobres, mediante la atención psicosocial; subsidios garantizados y un acceso preferente a la oferta pública de programas sociales. El sistema implica la identificación por parte del Estado de las familias que forman parte de la población objetivo; no actúa por demanda, sino acude a prestar atención a aquellos que se encuentran en situaciones de mayor precariedad. En los últimos años este sistema ha incorporado a personas mayores que viven solos y personas que viven en situación de calle.

Estudios recientes sobre “dinámica de la pobreza” indican que en Chile existe un movimiento importante de la población alrededor de la línea de pobreza, las familias

7 Pobreza extrema: población cuyos ingresos son inferiores a un dólar diario, por paridad de compra.

8 Medida a través del indicador que permite identificar la brecha que existe entre los ingresos percibidos por los pobres a la línea de un dólar diario.

9 El ingreso monetario incluye los ingresos autónomos y los subsidios monetarios estatales.





pueden salir de esta situación y luego volver a ella cuando enfrentan determinados riesgos<sup>10</sup>. Frente a esta evidencia, a partir del año 2006, el Gobierno se ha propuesto la construcción de un Sistema de Protección Social, donde las políticas sociales tendrán como objetivo no sólo superar la pobreza, sino también las desigualdades y discriminaciones que están en la base de los riesgos sociales que afectan a familias y personas, como son la pérdida del empleo, el trabajo precario, los bajos ingresos, la enfermedad y la falta de educación. El Sistema de Protección Social es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles derechos sociales que posibiliten reducir los riesgos en empleo, salud, educación y previsión, propiciando condiciones de mayor igualdad y oportunidades de progreso. En este contexto se implementa el Sistema de Protección Social a la Infancia Chile Crece Contigo, iniciativa que busca generar condiciones de mayor equidad en el desarrollo de los niños a partir de la intervención desde el proceso de gestación, mediante una estrategia de educación a las madres, cuidados y atención preferente a aquellos niños pertenecientes a hogares de menores ingresos.

## 1. Situación a la fecha de indicadores mínimos y estimación para el año 2015

### 1.1. Porcentaje de la población cuyos ingresos son inferiores a 1 dólar por día (PPA)

Naciones Unidas ha propuesto considerar como extremadamente pobres a las personas cuyos ingresos son inferiores a un dólar diario. Este es un valor inferior a la "línea de indigencia nacional", la cual utiliza el valor del costo de una canasta mínima de alimentos como referencia, la que a su vez es diferente para zonas urbanas y rurales. En los Cuadros 1 y 2 del Anexo 2 se presentan las estimaciones de población en situación de extrema pobreza utilizando como línea de referencia "un dólar diario".

Entre los años 1990 y 2006, el porcentaje de personas que vivía con un dólar diario o menos bajó desde el 3,6% registrado al inicio del período a 2,2% en el año 2000 y a 1,1% en el año 2006. La meta nacional comprometida en este indicador es lograr un valor inferior a 1,8% en el año 2015; propósito que se ha alcanzado en noviembre del 2006. El objetivo entonces se traduce en mantener esta tendencia y reducir al mínimo este porcentaje.

La evolución de la pobreza extrema ha tenido una trayectoria positiva en el país y en cada una de las regiones. Sin embargo, los mismos datos muestran que existen brechas territoriales relevantes en la situación de extrema pobreza, mientras que en la Región de Antofagasta el porcentaje alcanza a 0,1% de la población; en el otro extremo en las regiones del Maule, Bío Bío y La Araucanía prácticamente duplican el promedio nacional de la población afectada por esta condición.

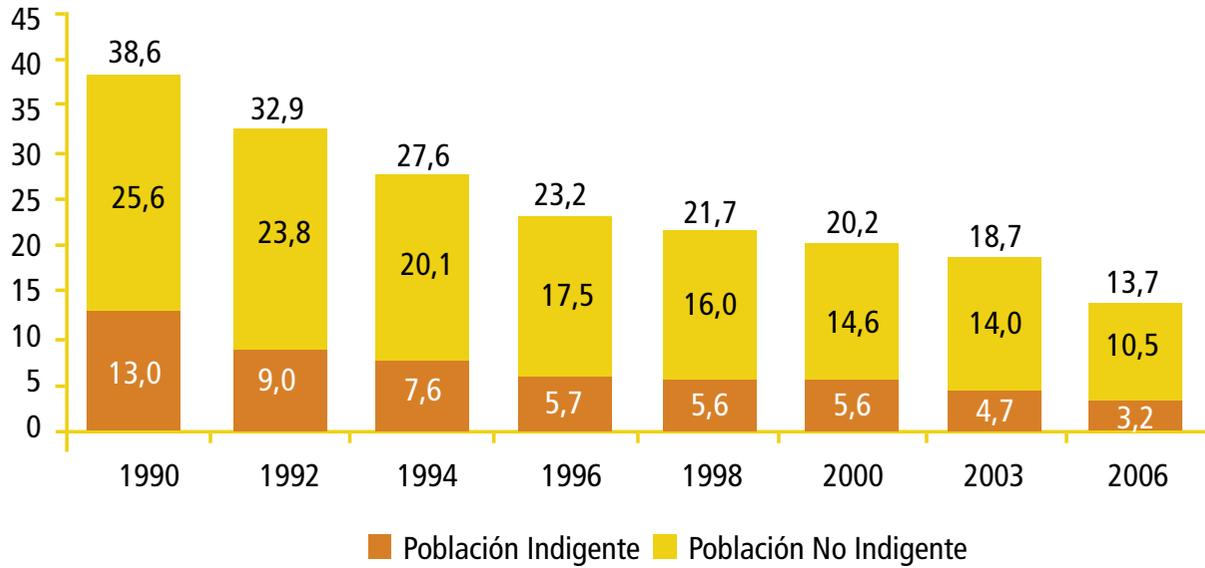
La zona de residencia, urbana o rural, representa otra variable importante al momento de identificar brechas en la situación de pobreza extrema; en el país el porcentaje de población rural en esta situación supera el registrado para las áreas urbanas; escenario que se repite en 8 de las 13 regiones.

Asimismo, el porcentaje de mujeres en situación de pobreza extrema -respecto del total de ellas- es muy similar al de hombres; sin embargo, en 8 regiones es levemente superior la proporción de mujeres respecto de los hombres en esta condición.

Debido a que nuestro país tiene líneas de pobreza e indigencia más exigentes que las líneas internacionales de uno o dos dólares por día para medir estos fenómenos, consideramos necesario presentar también los resultados más relevantes obtenidos utilizando las líneas nacionales. Entre los años 1990 y 2006 se registra una disminución significativa en el porcentaje de población en situación de pobreza e indigencia. Mientras la tasa de pobreza se reduce desde el 38,6% en 1990 al 13,7% en 2006, la tasa de indigencia lo hace desde un 13,0% hasta un 3,2%. En el Gráfico 3 se puede observar, además, la baja sustantiva registrada en el último trienio, donde el descenso de la población en situación de pobreza alcanzó los 5 puntos porcentuales.

A fines del año 2006, la población en situación de pobreza en el país alcanzaba a 2.208.937 personas. De ellas, 1.692.199 eran pobres no indigentes y 516.738 eran indigentes. Como es posible constatar, la línea de indigencia nacional es más exigente que la propuesta por Naciones Unidas, resultando un 3,2% de la población en situación de indigencia frente al 1,1% obtenido cuando se aplica la línea internacional.

10 MIDEPLAN - Resultados Encuesta PANEL - CASEN, 1996, 2001 y 2006.

**GRÁFICO 3**Evolución de la pobreza 1990-2006 (porcentaje de la población)<sup>11</sup>

Fuente: MIDEPLAN, Encuesta CASEN años respectivos.

Al analizar la evolución de la incidencia de la indigencia y pobreza por región, se observan progresos significativos entre los años 1990 y 2006. Efectivamente, todas las regiones muestran una disminución importante en pobreza e indigencia entre ambas fechas, aunque con distintas magnitudes (ver Cuadro 1 y Cuadro 2). La indigencia disminuyó considerablemente en la Araucanía, en más de 15 puntos porcentuales, mientras que las regiones de Coquimbo, O'Higgins; Bío Bío y Valparaíso, bajó en más de 12 pun-

tos porcentuales. Como es posible observar en el cuadro siguiente, no sólo se ha logrado reducir en más del 50% la indigencia, que era la meta al año 2015 a nivel nacional, es decir tener un porcentaje de indigencia inferior al 6,5% de la población; sino que además, al año 2006 el objetivo se ha cumplido para todas las regiones del país. Las regiones de Antofagasta, O'Higgins, Magallanes y Metropolitana lograron superar ampliamente este objetivo, con niveles de indigencia cercanos o inferiores al 2,5% de la población.



<sup>11</sup> Se excluye el servicio doméstico puertas adentro y su grupo familiar.

## CUADRO 1

Incidencia de indigencia por región en Chile<sup>12</sup>, 1990, 2000, 2003 y 2006 (porcentaje).

Región	Indigencia				
	1990	2000	2003	2006	Disminución 1990 - 2006
Tarapacá	6,4	4,9	3,2	3,1	3,3
Antofagasta	9,7	3,2	3,2	2,1	7,6
Atacama	8,6	7,8	8,1	2,8	5,8
Coquimbo	15,7	5,9	5,3	2,8	12,9
Valparaíso	15,6	5,2	4,6	2,9	12,7
O'Higgins	14,9	4,3	4,0	2,1	12,8
Maule	15,0	6,6	5,6	4,2	10,8
Bío – Bío	18,0	8,0	8,4	5,2	12,8
La Araucanía	21,6	11,3	9,5	6,1	15,5
Los Lagos	13,6	7,0	4,8	3,6	10
Aysén	9,0	4,7	4,2	4,2	4,8
Magallanes	8,6	3,7	2,5	2,5	6,1
Metropolitana	9,6	4,1	2,8	2,4	7,2

Fuentes: MIDEPLAN, Encuesta CASEN años respectivos.

26



Respecto del avance en la reducción de la pobreza, a la fecha prácticamente todas las regiones han disminuido a la mitad el nivel de pobreza existente en el país en el año 1990 -expresado en un 19,3% de la población- con las excepciones de las regiones de Bío Bío y La Araucanía, las cuales están muy cerca de este propósito, pero triplican el valor de la región de menor pobreza.

Cabe destacar que las regiones de Antofagasta, Aysén y Magallanes presentan un porcentaje de población en situación de pobreza inferior al 10%, lo que es menor al promedio nacional. Como contrapartida, las regiones con mayor porcentaje de su población en situación de pobreza son las del Bío Bío, La Araucanía, Maule, Coquimbo y Valparaíso.

12 Se excluye al servicio doméstico puertas adentro y a su núcleo familiar.

**CUADRO 2**

Incidencia de pobreza por región en Chile<sup>13</sup>, 1990, 2000, 2003 y 2006 (porcentaje).

Región	Pobreza				
	1990	2000	2003	2006	Disminución 1990-2006
Tarapacá	28,3	20,8	18,5	14,5	13,8
Antofagasta	34,1	13,4	11,2	7,3	26,8
Atacama	34,2	23,9	24,9	10,5	23,6
Coquimbo	45,3	24,8	21,5	15,9	29,4
Valparaíso	43,2	18,8	19,4	15,3	27,9
O'Higgins	41,1	20,9	19,2	11,4	29,7
Maule	42,8	25,3	23,1	17,7	25,1
Bío – Bío	47,5	27,1	28,0	20,7	26,8
La Araucanía	46,4	32,7	29,7	20,1	26,3
Los Lagos	39,8	25,6	21,8	14,0	25,8
Aysén	32,8	14,3	14,2	9,2	23,6
Magallanes	30,0	11,1	12,3	6,3	23,7
Metropolitana	33,0	15,1	13,1	10,6	22,4

Fuentes: MIDEPLAN, Encuesta CASEN años respectivos.

En zonas urbanas y rurales el objetivo de reducir a la mitad la pobreza e indigencia se ha cumplido de manera satisfactoria desde el año 2003, manteniéndose esta tendencia en la medición del año 2006. De la información disponible, es posible destacar que la evolución de la pobreza muestra una trayectoria positiva para los residentes del área rural desde el año 1996, donde la diferencia entre

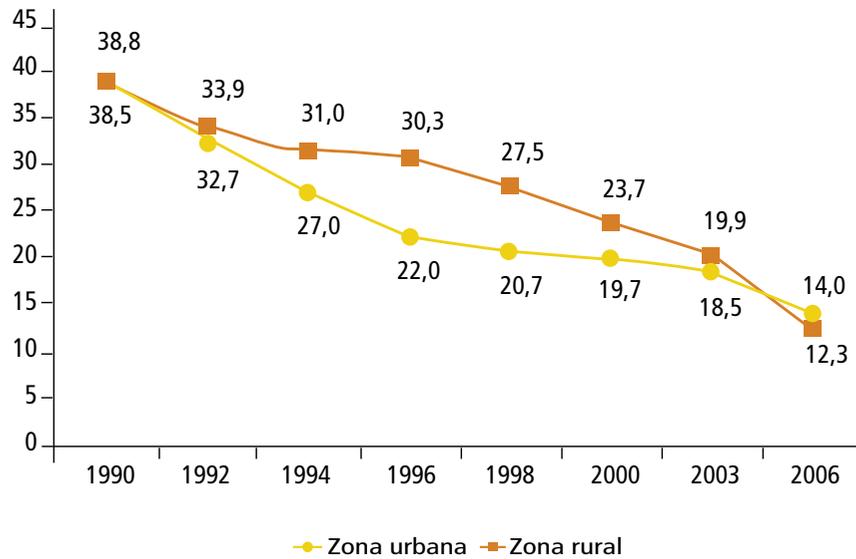
ambas zonas alcanzaba 8,3 puntos porcentuales, desde entonces la brecha se ha reducido sistemáticamente. En el año 2006, por primera vez en el período, el porcentaje de población en situación de pobreza es menor en las zonas rurales que en las urbanas (ver Gráfico 4). Sin embargo, en el caso de la indigencia, ésta sigue siendo levemente superior en zonas rurales (ver Cuadro 3).



13 Se excluye al servicio doméstico puertas adentro y a su núcleo familiar.

## GRÁFICO 4

Evolución de la pobreza por zona, 1990-2006.



28

Fuente: CASEN, años respectivos.



## CUADRO 3

Evolución de la Indigencia urbana y Rural (en porcentaje).

Año	Indigentes	
	Urbano	Rural
1990	12,5	15,7
1992	8,8	10,3
1994	7,2	9,8
1996	5,1	9,4
1998	5,1	8,6
2000	5,1	8,4
2003	4,4	6,2
2006	3,2	3,5

Fuente: MIDEPLAN, Encuesta Casen, años respectivos.

En Chile las condiciones de vulnerabilidad e incidencia de la pobreza presentan diferencias importantes por grupo de edad, según pertenencia a etnias y género (ver Cuadro 4). En el año 2006, la incidencia de la pobreza en la población menor de 18 años es superior a la que afecta al total de la población, entre el año 1990 y el 2006 se observa una tendencia positiva a reducir esta brecha.

La incidencia de la pobreza en la población entre 18 y 29 años es levemente menor que en la población total. En

los adultos mayores se registra la incidencia más baja de la pobreza respecto de otros grupos de edad. En 1990, el 20,6% de las personas mayores eran pobres, porcentaje que se reduce sustancialmente a 7,5% en el año 2006 (ver Cuadro 4).

Del conjunto de la población extremadamente pobre las mujeres representan el 53,6% y los hombres sólo el 46,4%. Ajustando estas cifras por el peso de la población de cada sexo, es posible constatar que en el total de la población el Índice de la Feminidad de la Pobreza alcanza en Chile a 1,09, es decir, por cada hombre pobre hay 1,09 mujeres en esa condición<sup>14</sup>.

Desde una perspectiva de género, los antecedentes disponibles permiten señalar que cuando las mujeres participan en el mercado laboral, los hogares salen de la pobreza, se mejora la calidad de vida de la familia y se amplían las oportunidades de los hijos.

14 Mideplan, Encuesta CASEN 2006.

**CUADRO 4**Evolución de la incidencia de la pobreza e indigencia por grupos prioritarios en Chile<sup>15</sup> 1990, 2000, 2003 y 2006 (en porcentaje)

Grupos	1990		2003		2006	
	Indigente	Pobres <sup>16</sup>	Indigente	Pobres <sup>17</sup>	Indigente	Pobres <sup>18</sup>
Total Población	13,0	38,6	4,7	18,7	3,2	13,7
Infancia 0 -3 años	20,4	52,7	7,6	28,0	5,2	21,9
Infancia 4 - 17años	18,9	50	7,1	26,3	5,1	20,3
Juventud 18 a 29 años	11,0	35,9	4,1	16,6	2,7	11,5
Adultos Mayores	4,8	20,6	1,6	9,8	1,3	7,5
Población Indígena	11,0 <sup>19</sup>	35,1	4,8	29,4	4,7	19
Jefas de hogar	11,8	32,9	4,9	16,3	4,1	14,1
Jefes de hogar	10,4	33,4	3,5	14,9	2,1	10,0

Fuentes: MIDEPLAN, Encuesta CASEN años respectivos.

En un reciente estudio<sup>20</sup> sobre condiciones laborales de la población, para el período 2000-2006, se concluyó que: en dicho período 500.000 mujeres se incorporaron a la fuerza de trabajo, que la inserción laboral de las mujeres se concentra en servicios, comercio, pequeñas empresas y trabajos "no calificados". Sin embargo, también participan como pro-

fesionales y técnicos de manera importante, dado que logran mayor escolaridad en promedio que los hombres; y que los hombres asalariados ganan en promedio un 10% más que las mujeres. Sin embargo, la discriminación salarial propiamente tal, manteniendo constante las variables de capital humano y tipo de empleo, varía entre el 12% y 20%.



15 Se excluye al servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar.

16 Pobres incluye indigentes y pobres no indigentes.

17 Pobres incluye indigentes y pobres no indigentes.

18 Pobres incluye indigentes y pobres no indigentes.

19 Los datos de 1990 corresponden a la Encuesta CASEN de 1996, a partir de ese año se incluyen las preguntas sobre pertenencia a etnias.

20 MIDEPLAN, 2007: "Discriminación y segregación laboral 2000-2006". Departamento de Sistemas e Información Social. Documento Preliminar.





Un grupo prioritario para la política pública son las personas que forman parte de los pueblos indígenas. La Ley Indígena reconoce la existencia de 9 pueblos indígenas (Mapuches, Aymaras, Rapa Nui, Quechua, Atacameño, Coya, Kawésqar, Yagan y Diaguitas). Según la encuesta CASEN del año 2006, la población que declara pertenecer a estos pueblos asciende a 1.060.786 personas, correspondiente a 6,6% de la población del país.

Al observar las condiciones socioeconómicas de la población indígena de nuestro país se constata la existencia de brechas en sus condiciones de vida respecto de las observadas en la población no indígena. Entre los indígenas, la situación de pobreza incide con más fuerza, especialmente en algunas regiones del país, verificándose notorias diferencias en el ingreso entre la población indígena y no indígena.

Sin embargo, la reducción de la indigencia y la pobreza entre la población indígena ha sido de mayor magnitud que entre las personas no indígenas. La indigencia en esta población alcanzó un 11% en 1996, descendiendo a 4,7% en el año 2006, lo que permitió disminuir la brecha entre indígenas y no indígenas desde 5,5 puntos porcentuales en 1996 a sólo 1,6 puntos porcentuales en 2006. En forma similar, la pobreza no indigente en el caso de la población indígena, disminuyó 9,8 puntos porcentuales entre 1996 y 2006; 2,8 puntos porcentuales más que en el caso de la población no indígena, lo que incide en la significativa reducción de las brechas entre ambas poblaciones. Entre los indígenas, el año 2006 la pobreza alcanza un 19%. Este fenómeno de disminución de la pobreza entre indígenas y de reducción de las brechas con la población no indígena se expresa en las zonas urbana y rural.

En el año 2001, MIDEPLAN realizó un primer panel de hogares<sup>21</sup>, que consiste en encuestar a la misma población en diferentes momentos del tiempo. Este tipo de información resulta relevante para realizar un análisis dinámico de la pobreza, permitiendo estudiar los cambios ocurridos en la situación de la población encuestada e indagar en los factores asociados a tales variaciones. Posteriormente, en el año 2006 se replicó la encuesta para evaluar las condiciones de estos hogares.

En el Cuadro 5, se muestran las diversas situaciones de los hogares desde el punto de vista de las condiciones de pobreza que presentaban en el año 1996, en el 2001 y las que se registraron en el año 2006. Del total de encuestados, sólo el 4,4% de ellos se encontraba en una situación de pobreza en todos los años consultados. Un 65,9% nunca cayó en situación de pobreza y al menos un 34,1% de la población fue pobre en alguno de los años indicados. Si se compara esta información con los indicadores previos, es posible constatar que las personas que enfrentaron situaciones de pobreza en los últimos 10 años duplican el porcentaje de pobres registrado a fines del 2006.

Al respecto, es necesario señalar que la población en situación de "pobreza crónica" (en pobreza en 1996, 2001 y 2006) son mayoritariamente mujeres y menores de 15 años. Estos antecedentes han sido relevantes para el diseño de programas efectivos de protección social de las personas ante el riesgo de caer en pobreza, de este modo Chile ha ampliado los grupos objetivos de las políticas y programas sociales orientados a los sectores más vulnerables, más allá de quienes se encuentran transitoriamente en situación de pobreza.

#### CUADRO 5

Hogares por situación de pobreza<sup>22</sup> en Chile, 1996, 2001 y 2006 (porcentaje).

1996	2001	2006		
		POBRE	NO POBRE	TOTAL
POBRE	POBRE	4,4%	7,0%	11,3%
POBRE	NO POBRE	1,6%	10,6%	12,2%
NO POBRE	POBRE	1,5%	5,8%	7,4%
NO POBRE	NO POBRE	3,2%	65,9%	69,1%
TOTAL		10,7%	89,3%	100%

Fuente: MIDEPLAN, Encuesta Panel 1996–2001-2006.

21 MIDEPLAN - Encuesta PANEL – CASEN: 1996 - 2001 aplicada en cuatro regiones del país.

22 Pobreza incluye indigentes y pobres no indigentes.



## 1.2 Coeficiente de la brecha de pobreza a 1 dólar por día (incidencia por profundidad)

En los últimos 18 años el Gobierno de Chile ha buscado, paralelamente, reducir tanto la población en extrema pobreza, como la distancia entre los ingresos de las familias y la línea de pobreza de aquellos que permanecen en tal situación.

Al observar el indicador "coeficiente de la brecha a 1 dólar por día", que mide la distancia de los ingresos de las personas a la línea de un dólar diario, se constata que durante los años 90, además de la reducción de la incidencia de la pobreza, se disminuyó la brecha de la pobreza. A inicios de la década (1990) el coeficiente de la brecha de la pobreza a 1 dólar correspondía a 1,6%; en el año 2000 se reduce a 1,0% y en 2006 alcanzó a 0,5%. Por lo tanto, se puede concluir que las personas que se encuentran en situación de pobreza, tienen en el año 2006, en promedio, un ingreso más alto con respecto a la línea de pobreza utilizada para la definición de este indicador (un dólar). Con estos antecedentes, es posible señalar que las personas extremadamente pobres, están más cerca de lograr superar la extrema pobreza. Al respecto, cabe indicar que

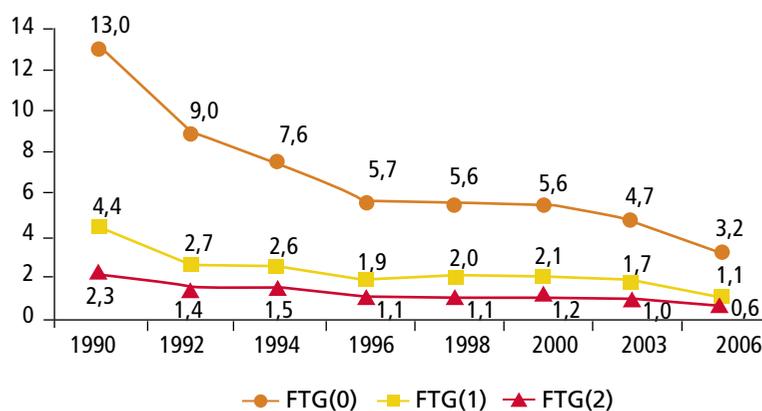
la meta propuesta por Naciones Unidas para el 2015 en este indicador se ha cumplido en el año 2006.

Utilizando los parámetros nacionales, es decir, la línea de indigencia nacional, la brecha promedio de indigencia o FGT (1), representa el déficit de ingreso del total de los indigentes con respecto a la línea de indigencia. Así, un aumento en este indicador implica un mayor rezago de los ingresos promedio de los indigentes con respecto a la línea. Por su parte, el índice FGT (2) refleja la desigualdad de ingresos existente entre los indigentes, de manera que a mayor valor del índice, mayor es la desigualdad de ingreso entre ellos.

Los antecedentes disponibles en base a estimaciones realizadas con información de la Encuesta CASEN, muestran reducciones significativas en la intensidad de la indigencia entre los años 1990 y 2006 (ver Gráfico 5). En efecto, la brecha promedio de indigencia varió desde 4,4% en el año 1990 a 1,1% en el año 2006. Entretanto el índice FGT (2), varió desde 2,3% a 0,6% en este periodo. De este modo, no sólo se reduce la incidencia de la indigencia, sino también su intensidad y la desigualdad entre quienes se encuentran en esta situación.

### GRÁFICO 5

Evolución de la incidencia e intensidad de la indigencia<sup>23</sup> (en porcentaje).



Fuente: MIDEPLAN, elaborado a partir de Encuesta CASEN años respectivos.

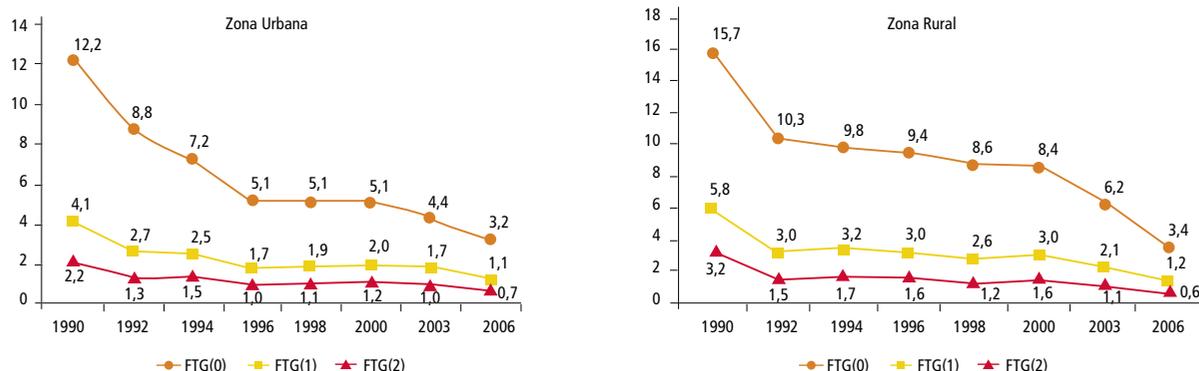
23 Se excluye el servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar.

En el período 1996 - 2000, se observan importantes reducciones en la intensidad de la indigencia en zonas urbanas y rurales. No obstante, en las zonas urbanas se aprecia un relativo estancamiento en la intensidad

desde el año 1996. Por el contrario, en las zonas rurales se observa un importante avance en la reducción de la intensidad de la indigencia entre los años 2000 y 2006 (ver Gráfico 6).

### GRÁFICO 6

Evolución de la incidencia e intensidad de la indigencia<sup>24</sup> por zona de residencia 1990-2006 (en porcentaje).



32

Fuente: MIDEPLAN, elaborado a partir de Encuesta CASEN años respectivos.

### 1.3 Participación del primer quintil en el ingreso monetario total

En el cuadro 6 se observa la distribución del ingreso autónomo de los hogares para el período 1990 - 2006, es decir, los ingresos que reciben las personas o trabajo u otras fuentes.

Los miembros de los hogares de los dos deciles más bajos de ingreso reciben el 4,0% del total de los ingresos autónomos en el año 2000, este porcentaje se eleva levemente a 4,1% en el año 2006. Sin embargo, entre 1990 - 2006, el decil de mayor ingreso disminuye su participación en 3,6 puntos porcentuales en el ingreso total.

### CUADRO 6

Evolución de la distribución del ingreso autónomo según decil de ingreso autónomo per cápita del hogar<sup>25</sup>, 1990-2006 (Porcentaje).

Decil	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2003	2006
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
I	1,4	1,5	1,4	1,3	1,2	1,3	1,2	1,2
II	2,7	2,8	2,7	2,6	2,5	2,7	2,7	2,9
III	3,6	3,7	3,5	3,5	3,5	3,6	3,6	3,9
IV	4,5	4,7	4,5	4,5	4,5	4,5	4,7	4,9
V	5,4	5,6	5,6	5,4	5,3	5,7	5,4	5,6
VI	6,9	6,6	6,4	6,3	6,4	6,2	6,6	7,0
VII	7,7	8,1	8,1	8,2	8,3	7,9	8,2	8,7
VIII	10,4	10,5	10,6	11,1	11,0	10,4	10,7	11,1
IX	15,2	14,8	15,4	15,4	16,0	15,1	15,3	16,0
X	42,2	41,8	41,8	41,8	41,4	42,7	41,5	38,6

Fuente: MIDEPLAN, Encuesta CASEN.

24 Se excluye el servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar.

25 Se excluye el servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar.

En relación a las metas consignadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio vinculadas al incremento de la "proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre de la población", es pertinente señalar que la estimación utilizada en este informe corresponde a la "participación en el ingreso monetario del primer quintil de hogares". El ingreso monetario es la suma del ingreso autónomo y las transferencias monetarias que recibe el hogar desde el Estado. Dichas transferencias corresponden a todos los pagos en dinero por concepto de subsidios monetarios como Pensiones Asistenciales (PASIS) (ver cuadro 3, en Anexo 2), Subsidio Único Familiar

(SUF), Asignación Familiar, Subsidio Agua Potable (SAP) y Subsidio de Cesantía.

Como resultados de las políticas y programas implementados, se observa que los hogares del primer quintil aumentan su participación en el ingreso monetario de 4,4% en 1990 a 4,7% en el 2006 (Cuadro 7). Se registra un cumplimiento de la meta propuesta para el año 2015, la cual se establece en torno al 4,6%. En el cuadro siguiente, se observa el incremento de la participación en el ingreso monetario de los hogares correspondientes a los dos deciles de ingreso autónomo más bajos.

### CUADRO 7

Evolución de la distribución del ingreso monetario según decil de ingreso autónomo per cápita del hogar<sup>26</sup>, 1990 - 2006 (Porcentaje).

Decil Autónomo Nacional	Ingreso Monetario							
	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2003	2006
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
I	1,5	1,6	1,5	1,4	1,4	1,5	1,5	1,6
II	2,8	2,9	2,9	2,7	2,6	2,8	2,9	3,1
I + II	4,4	4,6	4,5	4,2	4,1	4,3	4,4	4,7
III	3,7	3,8	3,7	3,6	3,6	3,7	3,7	4,0
IV	4,6	4,7	4,7	4,6	4,6	4,6	4,8	4,9
V	5,5	5,6	5,8	5,5	5,3	5,7	5,5	5,7
VI	6,9	6,6	6,6	6,3	6,4	6,2	6,6	7,0
VII	7,7	8,1	8,3	8,1	8,2	7,9	8,2	8,7
VIII	10,4	10,5	10,9	11,0	10,9	10,3	10,6	11,0
IX	15,1	14,7	15,8	15,3	15,9	15,0	15,2	15,9
X	41,9	41,5	39,7	41,4	41,0	42,2	41,1	38,1

Fuente: MIDEPLAN, Encuesta CASEN.

Estudios recientes<sup>27</sup> indican "que la principal fuerza detrás de la reducción de la desigualdad de los ingresos se encuentra en la caída en la desigualdad de salarios", un 50% de los cambios en el coeficiente de Gini se debe a

que los salarios de los hogares de los deciles inferiores crecieron más rápidamente que los salarios en los deciles superiores. Este cambio ha posibilitado "una fuerte baja en la tasa de pobreza".

26 Se excluye el servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar.

27 Larrañaga, O. y Herrera, R. 2008. "Los recientes cambios en la desigualdad y la pobreza".



## 2. Situación a la fecha de indicadores adicionales y estimación para el año 2015

Chile, al igual que otros países, ha comprometido indicadores adicionales que apoyan el cumplimiento de la meta referida a "Erradicar la pobreza extrema"; éstos se refieren a "que la familia Chile Solidario cuente con ingresos superiores a la línea de indigencia" y "que al menos un miembro adulto de la familia Chile Solidario trabaje de forma regular y tenga una remuneración estable". Estos indicadores se sustentan en el Sistema Chile Solidario creado para apoyar a las familias más pobres de nuestro país. Este sistema incluye 3 componentes básicos: Programa Punte (apoyo psicosocial) y Aporte Solidario a las familias; Subsidios Monetarios y Acceso Preferente a Programas Sociales.

El valor de las metas al 2015 corresponde al resultado mínimo esperado para cada una de las condiciones mínimas de calidad de vida consideradas, para aquellas familias que participan del proceso de intervención psicosocial de Chile Solidario. No se incluyen en los indicadores a los adultos mayores que viven solos que atiende el programa "Vínculos" ni a las personas en situación de calle que atiende el programa "Calle". De cualquier manera, la población atendida por el programa Punte (familias no unipersonales) es la mayoritaria del Sistema Chile Solidario.

La medición de los indicadores se realizará cada vez sobre la población que cumple con la condición básica de haber completado el tiempo máximo de cobertura que considera Chile Solidario. De esta forma, el denominador cambiará en cada una de las mediciones que se realicen, manteniéndose las metas fijadas.

### 2.1 Que la familia Chile Solidario cuente con ingresos superiores a la línea de indigencia

Parte de los objetivos del Sistema Chile Solidario es mejorar las condiciones económicas de las familias, por ello se

facilita el acceso a subsidios y a iniciativas que promueven la incorporación de sus beneficiarios a actividades productivas. Este indicador adicional tiene por meta aumentar desde 66,3% de diciembre del año 2007 a 75% en el año 2015, el porcentaje de familias que cuentan con ingresos superiores a la línea de indigencia.

La fuente de información para la medición del indicador, corresponde a la Ficha de Protección Social. Se considera a todas las familias que han completado el tiempo máximo de cobertura del sistema (35.129 sobre 52.945). La medición se realiza a partir de los valores de la línea de indigencia y de pobreza de ingresos, diferenciados por zona (urbana y rural).

### 2.2 Porcentaje de familias en que al menos un miembro de la familia Chile Solidario trabaje en forma regular y tenga una remuneración estable

El Sistema Chile Solidario tiene entre otros propósitos, apoyar la inserción laboral de los miembros adultos de las familias que participan del sistema.

La meta propuesta para el 2015 es que el 90% de las familias Chile Solidario cuente con al menos un miembro que trabaje en forma regular y tenga una remuneración estable; en diciembre del año 2007 este porcentaje alcanzaba al 83,9%. La fuente de información para la medición del indicador, corresponde a la Ficha de Protección Social. Se considera en el cálculo del indicador a todas las familias que han completado el tiempo máximo de cobertura del sistema y que tienen a lo menos un integrante en edad y condición de trabajar; no se consideran como personas en condición de trabajar a los que teniendo edad para trabajar estudian como actividad principal, están inválidos o están a cargo del cuidado de una persona dependiente severa o postrada; (40.842 sobre 48.677). La diferencia registrada en el denominador corresponde a familias donde ningún integrante está en edad de trabajar.





## II. PRINCIPALES DESAFÍOS

Un desafío de gran importancia para Chile es mejorar la distribución del ingreso. La estabilidad macroeconómica alcanzada constituye un escenario propicio para el crecimiento económico sostenido y para la implementación responsable de políticas sociales más inclusivas y extensivas. Lo anterior ha permitido no sólo la significativa reducción en la tasa de pobreza, sino que enormes progresos en materia de salud, educación, vivienda y previsión. Sin embargo, el panorama auspicioso se empaña por la persistencia de la desigualdad en la distribución del ingreso. De acuerdo a los antecedentes disponibles<sup>28</sup>, este fenómeno ha ido aumentando desde el año 1957, registrando su peor nivel en los años 80, mejorando en la década de los noventa respecto de los valores observados en el decenio anterior.

La relación entre la distribución del ingreso, los ingresos obtenidos del trabajo y la importancia central que tienen los años de escolaridad han sido documentados en nume-

rosos estudios aplicados a la realidad nacional; éstos concluyen que la educación es el elemento más relevante en explicar la desigualdad salarial y sus cambios en el tiempo. Revertir la desigual distribución del ingreso, entonces, requiere políticas concertadas en educación y empleo<sup>29</sup>.

Los resultados de la Encuesta CASEN 2006 muestran un avance importante en la distribución del ingreso. Sin embargo, se mantiene una alta concentración de los ingresos en el quinto quintil. Además, se observan cambios leves en el Coeficiente de Gini, el cual se había mantenido en alrededor de 0,57 y en esta última medición desciende a 0,54; se espera mantener esta tendencia. En este contexto, la política social juega un rol fundamental para enfrentar

28 Ruiz-Tagle (1998) "Chile 40 años de desigualdad de ingresos". Departamento de Economía Universidad de Chile.

29 Contreras (1998) "Explaining wage inequality in Chile: Does Education really matter?".



esta desigualdad, dado que al considerar los aportes que representan las transferencias de los sectores de educación, salud y los subsidios monetarios, los hogares de menores ingresos aumentan de manera importante su participación en el ingreso.

Parte de los desafíos presentes, es lograr que la superación de la pobreza alcance a distintos grupos de la población que se encuentran rezagados. En Chile, aunque se han logrado importantes avances, la incidencia de la indigencia es más alta en los niños y niñas menores de 18 años y en la población perteneciente a etnias.

Del mismo modo, es necesario continuar abordando los factores que tienen incidencia sobre los cambios observados en la situación de pobreza de los hogares, especialmente los referidos al número de ocupados por hogar, la calidad del empleo y la posibilidad de las familias de enfrentar problemas de salud sin que ellas impliquen un alto costo, entre otros.

Asimismo, constituye un importante desafío el desarrollo de políticas sociales que permiten atenuar los riesgos a los cuales está expuesta la población y que constituirán un avance muy importante en la ampliación de la protección social en el país.

La necesidad de un sistema de protección social emana de los cambios acelerados vividos por nuestra sociedad,

que generan vulnerabilidades asociadas a nuevos riesgos, tales como el surgimiento de una pobreza "moderna" y su alta rotación, la existencia de empleos precarios e inestables, la creciente participación laboral de las mujeres, que enfrenta dificultades para compatibilizar los roles domésticos y la vida familiar especialmente el cuidado de los niños y adultos mayores. Estas vulnerabilidades trascienden a la población en condiciones de pobreza y amenazan a determinados segmentos no pobres, específicamente, a la población infantil; a personas con discapacidad; adultos mayores -especialmente aquellos que viven solos- madres adolescentes y mujeres jefas de hogar; comunidades y personas indígenas; y, también, a los inmigrantes.

El género sigue siendo un factor importante en las desigualdades salariales, como se mencionó anteriormente entre las asalariadas y los asalariados existe una discriminación negativa para las mujeres que varía entre el 12% y 20% del salario.

Otro desafío central es promover una mayor inserción laboral femenina, dado que diversos estudios demuestran que cuando la mujer se inserta al mercado laboral se reduce significativamente la posibilidad de que el hogar sea pobre. Frente a este desafío juegan un rol importante las políticas, programas e iniciativas orientadas a la atención y educación pre-escolar de los niños y niñas.



### III. MARCO DE APOYO

El tránsito de las políticas sociales asistenciales vinculadas a la satisfacción de necesidades básicas, hacia aquellas centradas en los derechos de los ciudadanos y el diseño e implementación de un sistema de protección social, es uno de los avances más relevantes producidos en el país en el ámbito del desarrollo social. La estrategia de estos años ha sido promover un consenso programático y las formas de financiamiento de dichas prioridades. En este sentido, se han elevado sustantivamente los recursos y gasto público en programas sociales y se han acordado transversalmente las fórmulas de un financiamiento sustentable, ajustado al mantenimiento de la estabilidad macroeconómica. Desde 1990 al año 2007, los recursos destinados a las áreas de vivienda, salud, educación y protección social se han triplicado.

Dado el dinamismo de la población en situación de pobreza, el cumplimiento de las metas referidas a su "erradicación" se sustenta en el desarrollo de políticas sociales que se relacionan con la ampliación de la protección social en el país. Pilares fundamentales del Sistema de Protección Social son la implementación de la Reforma de Salud; el Seguro de Cesantía; el Sistema Chile Solidario; el Sistema de Protección Social a la Infancia y la Reforma Previsional; todas estas iniciativas tienen como objetivo atender a las familias más pobres y vulnerables del país.

Con respecto al área de la salud, el Estado ha ampliado la protección social del sistema integral de salud existente, mediante la incorporación del Sistema de Garantías Explícitas (GES), conocido también como Plan Auge, que contempla derechos exigibles en términos de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para 56 problemas de salud, siendo el compromiso llegar a 80 patologías el año 2009. Estos derechos se garantizan tanto para afiliados al Fondo Nacional de Salud como para los cotizantes de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), siendo obligatorio su cumplimiento. Concordante con lo anterior, en términos institucionales, se avanzó en el fortalecimiento de una superintendencia que cautelará el resguardo de los derechos de las personas, independientemente del sistema de salud al que se encuentre adscrito (público o privado) y de la calidad de los servicios de salud entregados por la totalidad de los establecimientos de salud del país. En esta área el desafío consiste en consolidar e implementar exitosamente estas reformas.

Mediante la promulgación de la Ley N° 19.728 se estableció un Seguro Obligatorio de Cesantía para todos los trabajadores regidos por las normas del Código del Trabajo, contratados a contar del día 2 de octubre de 2002. El seguro cubre a todos los trabajadores dependientes del sector privado que estén afiliados al seguro, frente al evento de cesantía ya sea por causa voluntaria o involuntaria. Junto a beneficios monetarios, el seguro incorpora prestaciones de salud, mantención del beneficio de asignación familiar, y apoyo para la búsqueda de empleo. Un desafío particular es asegurar el acceso de las mujeres a los sistemas de salud y al seguro obligatorio de cesantía que al estar vinculado al empleo en el sector formal, excluye en mayor medida a las mujeres debido a las características de su inserción laboral.

En el año 2002, se crea el Sistema Chile Solidario, que ha combinado dos elementos centrales: asistencia y promoción, desde una perspectiva integradora para abordar la extrema pobreza. Este sistema de protección integral surge a partir de visualizar la extrema pobreza como un problema multidimensional. Asimismo, en su diseño se consideraron evaluaciones que mostraban un relativo estancamiento de los indicadores de extrema pobreza en la segunda mitad de los noventa, la necesidad de mejorar el acceso a las prestaciones del Estado para sectores de extrema pobreza, la importancia otorgada al mejoramiento sustantivo de la red pública de protección social para articular servicios y oferta pública y un interés especial por establecer un enfoque de derechos que permitiera avanzar sustantivamente hacia garantías y acceso preferentes a la red social, entre otras consideraciones relevantes. El sistema ha establecido convenios con el conjunto del sector público para otorgar una atención preferente a sus beneficiarios; y el financiamiento del sistema ha sido asegurado en los presupuestos públicos anuales. La Ley N° 19.949 del 5 de junio de 2004 otorga el marco legal a esta iniciativa.

En los últimos 18 años, se han incrementado las coberturas y el número de beneficiarios de los subsidios estatales. Asimismo, la proporción de los subsidios focalizados captados en el primer quintil ha ido aumentando, la eficiencia en la administración de las prestaciones ha tenido como resultado que en el año 2006 esta proporción alcanzó un 54,8%. A modo de ejemplo, es posible indicar que la evolución del número de pensiones asistenciales





emitidas a pago entre 1990 y el 2006 se ha expandido en un 36,3%, desde 311.363 a 424.339 cupos. Esta ampliación en el número de pensiones fue reforzada por el aumento real de los montos del beneficio. Similar situación se registra en los Subsidios Único Familiares y las otras prestaciones citadas, todas ellas orientadas a los hogares de menores ingresos. Asimismo, cabe destacar la entrega oportuna de prestaciones monetarias a los hogares más pobres, mediante procesos de focalización institucionalizados a nivel local, regional y nacional. Parte de estos procesos implica revisar periódicamente los instrumentos y normas que establecen la asignación de los subsidios estatales.

Durante los últimos dos años, la Presidenta de la República, Michelle Bachelet, ha explicitado una fórmula de construcción de políticas públicas en áreas relevantes de su programa de gobierno, la cual se traduce en la búsqueda de acuerdos transversales, de manera institucionalizada, a través de la formación de comisiones integradas por personalidades que representan un amplio espectro político y técnico. Una vez logrados los consensos básicos, el Gobierno evalúa las propuestas y el siguiente paso es enviar al Congreso Nacional las iniciativas legislativas que permitan la implementación de las políticas y programas

que promuevan el desarrollo social y económico del país. Las recientes reformas en las áreas de Educación, Atención a la Infancia, Previsión Social y Seguridad Pública, dan cuenta de este nuevo y exitoso camino democrático. La Reforma Previsional ha sido aprobada en menos de 13 meses, desde que se ingresara el Proyecto de Ley al Congreso Nacional, una trayectoria inédita considerando la amplitud, especificidad e integralidad de cada uno de los aspectos que aborda. Nuevamente, existe un acuerdo programático y financiero, que otorga viabilidad técnica, política y financiera a una iniciativa que busca mejorar las condiciones de vida de la población más vulnerable, las personas mayores, las personas con discapacidad, quienes padecen de deficiencia mental y sus familias.

Asimismo, durante el año 2006, se ha diseñado el Sistema de Protección Social a la Primera Infancia, Chile Crece Contigo, que tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, tanto a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, como focalizando "a cada quien según sus necesidades"; fundamentados en los principios de equidad. Su propósito es atender las necesidades y apoyar el desarrollo en cada etapa de la primera infancia, (desde la gestación hasta los 4 años), promoviendo las condiciones básicas necesarias, en el entendido que el desarrollo infantil es multidimensional y, por tanto, simultáneamente influyen aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales del niño/a y su entorno.

Chile Crece Contigo forma parte del Sistema de Protección Social comprometido por el Gobierno de aquí al 2010 y está en línea con los compromisos asumidos por el Estado de Chile al ratificar, en 1990, la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Durante el año 2006 se han puesto en funcionamiento más de 800 nuevas salas cuna y el año 2007 se superó esta cifra, alcanzando niveles históricos, contribuyendo a dos objetivos relevantes: mejorar las posibilidades de acceso al mercado laboral de las mujeres que tienen hijos pequeños y propiciando la estimulación y educación temprana de los niños. Lo anterior, considerando que desde una perspectiva más amplia, la incorporación de la mujer al mundo laboral favorece la autonomía económica de las mujeres, mejora la distribución del ingreso y permite aumentar la fuerza laboral del país, lo que contribuye a generar mayores niveles de crecimiento y riqueza.



## META 2

# Reducir a la mitad entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre

### I. SITUACIÓN A LA FECHA

Mejorar el estado nutricional de la población infantil ha sido un tema de permanente preocupación para las autoridades sanitarias desde comienzos del siglo XX, hasta ahora. La preocupación inicialmente estuvo centrada en la entrega de leche a los niños, considerando que los problemas nutricionales prevalentes en la población chilena eran la deficiencia energética, la anemia ferropriva y la hipovitaminosis A, que afectaban a los diferentes estratos sociales, pero concentrando los mayores déficit en la población de menores recursos. De esa forma se aplicaron diversas estrategias que se fueron perfeccionando y alcanzando coberturas cada vez más amplias, a lo largo del tiempo.

Los programas de intervención nutricional se incorporaron como actividades en los programas de salud de la madre y el niño y a partir de 1975 se inició la medición sistemática del impacto que ellos producen en la población bajo control, en el sistema público de salud. Como indicador de la desnutrición se utilizó el parámetro peso/edad de la referencia SEMPE. En el año 1975 la desnutrición alcanzaba un 15,5% de la población menor de 6 años en control, de los cuales el 0,7% presentaba desnutrición avanzada. En ese contexto el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) entendido como un conjunto de actividades de apoyo nutricional de carácter principalmente preventivo contribuyó a prevenir y disminuir el déficit nutricional de los menores de 6 años, embarazadas y madres que amamantan, cuyos controles de salud se realizan en los establecimientos del sistema público de salud.

Este programa, junto a otras estrategias impulsadas por las autoridades gubernamentales para disminuir las inequidades sociales y la pobreza ha colaborado en lograr el aumento de la cobertura del control de salud, mejorar el peso al nacer; contribuir al descenso de la mortalidad infantil, disminuir la anemia ferropriva en los lactantes y mejorar el estado nutricional en el caso de las embaraza-

das. En 1994, con la finalidad de mejorar la información nutricional se reemplaza el método SEMPE utilizado hasta ese momento, por NCHS<sup>30</sup>. A partir de enero del 2007 se usa una nueva referencia OMS para la evaluación antropométrica de los niños y niñas. Esta referencia es más exigente tanto para detectar déficit como exceso, en el sentido de haberla construido con lactantes alimentados al pecho hasta los 6 meses exclusivamente y en óptimas condiciones de crecimiento y desarrollo.

En este momento la desnutrición infantil ha dejado de ser un problema en Chile, por lo cual la meta fijada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio aparece ya cumplida, pero han surgido otros, como es el aumento en la prevalencia de la obesidad infantil, como consecuencia de los cambios que ha experimentado la sociedad chilena tanto en sus hábitos de vida como en la alimentación de las familias.

### 1. Situación a la fecha de indicadores mínimos y estimación para el año 2015

#### 1.1 Porcentaje de menores de 6 años con desnutrición

La meta propuesta para Chile en los Objetivos del Milenio, era bajar la desnutrición a 0,5% en niños menores de 6 años para el año 2015, meta que ha sido cumplida ya al año 2000 y sobrepasada satisfactoriamente al año 2005 en que llegó a un 0,3%.

30 National Center for Health Statisticals.





La disminución de la desnutrición se ha debido a múltiples factores principalmente a que el Sistema Nacional de Servicios de Salud cuenta con una red de cobertura nacional con más de 500 Centros de Salud y más de 1.000 postas rurales, que otorgan atención de salud a la población, siendo la atención de la madre y el niño uno de los focos prioritarios. A esto hay que agregar los programas alimentarios de intervención nutricional, de ya larga data en nuestro país y que se han ido adecuando conforme a la nueva situación epidemiológica, incorporando, por ejemplo, micronutrientes especiales para este tipo de población.

La evolución del comportamiento nutricional de la población menor de 6 años bajo control en los establecimientos del sistema público de salud, se muestra en detalle en el Anexo 2 Cuadro 4. Cabe tener presente que con el cambio de patrón de comparación introducido por el Ministerio de Salud el año 1994 (SEMPE por NCHS), no son comparables las cifras a partir de ese año, con las correspondientes de años anteriores.

En el Anexo 2, Cuadro 4 se indica cómo se ha ido modificando la situación nutricional de la población bajo control, con un descenso sostenido de la desnutrición desde el año 1994 al 2006. Al mismo tiempo se observa cómo ha variado la población en control, como consecuencia del descenso en la natalidad a nivel del país, e igualmente es posible observar en la serie, el aumento del sobrepeso y la obesidad en dicha población, con una tendencia a la estabilización desde el 2001.

### 1.2 Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria

En relación a la situación de personas que se encuentran bajo un nivel de consumo mínimo, las cifras proporcionada por la FAO para Chile indican que el porcentaje de perso-

nas subnutridas, es decir, que no tienen disponibilidad suficiente de alimentos para cubrir las necesidades energéticas y proteicas, y por tanto, se encuentren en situación de inseguridad alimentaria, se ha reducido sustantivamente en un 50%, lo cual implica cumplir la meta comprometida para el 2015. Así, entre los años 1990-1992 el porcentaje de los subnutridos era de un 8,0% y entre los años 1998-2000 fue de 4,0%, situación que se ha mantenido hasta el año 2005.

Los progresos en la situación nutricional de la población chilena pueden ser atribuidos a la red de protección social existente y a las importantes inversiones gubernamentales en las áreas de educación, saneamiento básico y atención de salud. En el área de salud, se destacan los programas de prevención, mediante la ejecución del Programa de Control del Niño y la Embarazada, el Programa de Alimentación Complementaria y, en educación, los Programas de Alimentación Escolar en el nivel preescolar, entre otros.

## 2. Situación a la fecha de indicadores adicionales y estimación para el año 2015

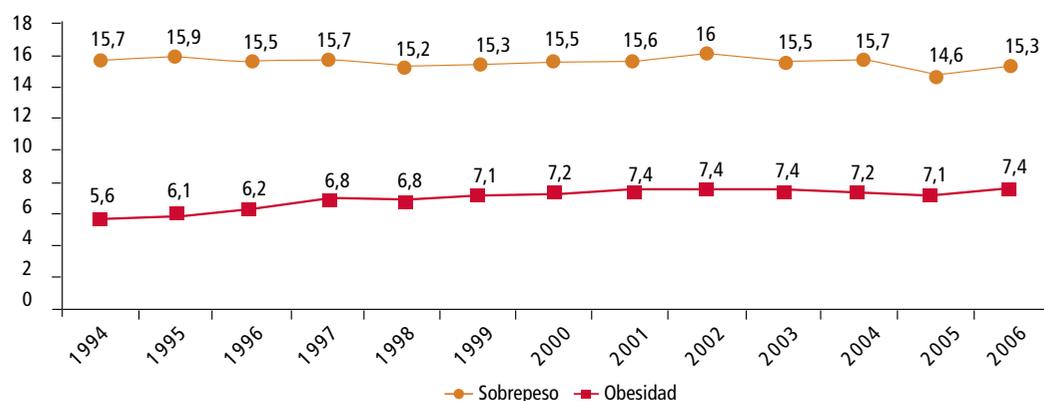
### 2.1 Tasa de obesidad en menores de 6 años

La meta correspondiente a este indicador es reducir a un 6% al año 2015.

La obesidad en niños y niñas menores de seis años atendidos en el sistema público de salud se ha mantenido estable en los últimos años desde el 2002. Si bien no se observa un descenso de la prevalencia, como establecen las metas para el 2015, el alza que venía experimentando desde 1994 se ha detenido. Así, entre 2000 y 2005 la obesidad en niños menores de 6 años se mantiene levemente por encima del 7%<sup>31</sup>.

## GRÁFICO 7

Tasa de Sobrepeso y Obesidad en menores de 6 años, Chile 1994-2006.



Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud, MINSAL.

## II. PRINCIPALES DESAFÍOS

Los buenos resultados obtenidos en materia de desnutrición infantil, instan a continuar aplicando estrategias de intervención nutricional, en especial la Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital (EINCV) que promueve el manejo más estricto de los casos con desnutrición infantil, haciendo un seguimiento estrecho de los casos identificados; fomenta la Lactancia Materna Exclusiva hasta el sexto mes de vida y ha elaborado Normas Técnicas para el manejo en el nivel primario de atención de la población con malnutrición, tanto por déficit como por exceso.

En este mismo sentido un ejemplo de buenos resultados es el aumento de la prevalencia de lactancia materna exclusiva al 6° mes, hasta cifras cercanas al 50%.

A través del Sistema de Protección Social se ha desarrollado la Ficha de Protección Social y se encuentran en marcha los Mapas Territoriales de Vulnerabilidad para un modelo de intervención integral y descentralizado que permita obtener información social, oportuna, detallada, de todas las redes de prestaciones que llegan a las familias permitiendo el monitoreo y seguimiento de las acciones.

En la actualidad la desnutrición infantil se concentra en comunas y/o sectores de mayor pobreza, incluso en la Región Metropolitana. (ver Cuadro 5 Anexo 2).

Las intervenciones en prevención y promoción de la salud,

desplegadas sobre estilos de vida saludable, alimentación y actividad física, forman parte de la estrategia con que el país enfrenta el desafío propuesto por Objetivos del Milenio en materia de nutrición. Esto implica, entre otras acciones, incorporar estas iniciativas a través de todo el ciclo vital; con promoción de la lactancia materna; modernización de los programas alimentarios; actualización de las normas de manejo de malnutrición a las distintas edades; capacitación de los equipos profesionales en consejería en vida sana, reglamentación del etiquetado nutricional obligatorio en el reglamento sanitario de los alimentos y trabajo intersectorial en temas alimentarios (Junta Nacional de Jardines Infantiles, Fundación INTEGRAL y Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas), entre otros.

En Chile existe una red social destinada a atender a la población en extrema pobreza; y en los últimos años se han estado construyendo las bases para un sistema de protección, a través de Chile Solidario, el que ha estado focalizado en la extrema pobreza. En este contexto se plantea la necesidad de un Sistema de Protección Social para el 2010, que amplíe su radio de acción más allá de la pobreza. El Sistema contempla:

1. Sistema de Protección Social Chile Solidario,
2. Sistema de Protección Integral de la Infancia,
3. Sistema de Protección Social del Trabajo, y
4. La Reforma Previsional.



### III. MARCO DE APOYO

Los avances observados en la situación nutricional se relacionan con la existencia de programas de salud y nutricionales estatales, dirigidos a niños y niñas menores de seis años, embarazadas y nodrizas y por programas especiales para aquellos de mayor vulnerabilidad biológica y social, como el Programa de Alimentación Complementaria para el Prematuro, para el Adulto Mayor y otros.

Una de las estrategias más destacadas utilizadas por el Ministerio de Salud para mejorar el estado de nutrición de la población, ha sido el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) que actualmente es parte de una Política de Estado implementada para proteger al niño y niña durante la gestación y los primeros años de vida, con el objetivo de prevenir el daño precoz que ocasiona la mal nutrición y lograr la expresión total de su potencial genético. Esta política incluye acciones de protección de salud primaria del niño y niña, y su familia, acceso a la alimentación adecuada durante los primeros años de vida y acciones educativas promocionales y preventivas, a través de la EINCV.

El PNAC es un sistema de distribución gratuita de alimentos, de carácter universal, para niños y niñas menores de 6 años, para embarazadas y nodrizas, para prematuros de peso inferior a 1.500 gramos y o menores de 32 semanas de gestación y para niños con fenilketonuria hasta los 18 años y las embarazadas con esta enfermedad.

El PNAC básico distribuye Leche Purita Fortificada, (leche en polvo entera 26% materia grasa, fortificada con cobre, hierro, zinc y vitamina c) a las embarazadas y lactantes hasta los 18 meses de vida. La madre que amamanta a su bebé recibe el beneficio de éste para su consumo. A partir de los 18 meses de vida los beneficiarios reciben hasta cumplir los 6 años de edad el producto Purita Cereal, fórmula infantil con base en leche semidescremada y cereales, alta en calcio y fortificada con vitaminas y minerales.

Como parte del PNAC, los niños y niñas con déficit nutricional hasta los 6 años, reciben complementariamente a la Leche Purita Fortificada (hasta los 18 meses) y Purita cereal (desde los 18 hasta los 6 años), el producto "Mi Sopita", especialmente formulado para preparar una sopa crema infantil en base de cereales y leguminosas con

carnes y verduras, fortificada con vitaminas y minerales. Recientes estudios de evaluación del programa de refuerzo nutricional han demostrado que uno de los mayores resultados es frenar el deterioro nutricional en el grupo de niños y niñas que está perdiendo peso, demostrando que tiene la gran ventaja de detener y evitar la progresión del deterioro nutricional.

Otra estrategia empleada ha sido la Estrategia de Intervención Nutricional a través del Ciclo Vital, ya mencionada que promueve el manejo más estricto de los casos con desnutrición infantil.

Dentro de las intervenciones implementadas para combatir la obesidad, está la implementación del Plan Nacional de Promoción de la Salud el año 1998 y la creación del Consejo Nacional Vida Chile (1999), a través de Planes Regionales y Comunes, alcanzando a cubrir el 98% de las comunas del país, trabajando en tres entornos: escuelas, lugares de trabajo y comunas.

La EINCV aborda la prevención de la obesidad y de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) enfatizando el desarrollo de la capacidad institucional en materia de promoción de estilos de vida saludable, desde la mujer embarazada y al niño y niña desde recién nacido hasta los 6 años. Junto a lo anterior, se implementó la Norma del Manejo Ambulatorio para el Menor de 6 años incorporando con mayor énfasis el manejo de la malnutrición por exceso. En este mismo sentido se implementaron los Programas para Obesos en conjunto con FONASA, (niños, niñas y adultos), además de una intervención especial basada en Consejería en Vida Sana en las mujeres post parto, para la recuperación del peso pregestacional al 6° mes y con controles nutricionales al 5° mes y a los tres años y medio, para apoyar la lactancia materna y la introducción de alimentación complementaria.

Desde julio del 2006, Chile ha adherido a la Estrategia Global sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud de la OMS/OPS, formulando su propia propuesta de trabajo denominada Estrategia Global contra la Obesidad EGO CHILE. Esta estrategia nacional ha servido de plataforma para incluir e impulsar políticas que contribuyan a la promoción de un estilo de vida saludable y tiene como



meta fundamental disminuir la prevalencia de la obesidad en Chile, fomentando una alimentación saludable y promoviendo la actividad física, a lo largo de toda la vida.

Estas políticas y acciones deberán tomar en consideración los determinantes sociales en salud, de manera que integren los principios de sustentabilidad, participación social y equidad en salud. La aplicación de la estrategia se formaliza mediante recomendaciones, acuerdos voluntarios, regulación y autorregulación e iniciativas normativas, entre los sectores públicos y privados.

Esta estrategia es el contexto para redireccionar lo que se venía haciendo, profundizando las acciones y generando un fuerte trabajo intersectorial junto al Ministerio de Educación, Chiledeportes y la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), fortaleciendo el trabajo en las escuelas, con monitoreo y evaluación trimestral de los avances. Los Planes Regionales de Salud Pública que deben desarrollar todas las regiones del país, incluyen varios

componentes entre los cuales se destaca como prioritario la Obesidad y el Sedentarismo, con acciones que se desarrollan en las EGO Escuelas, entorno seleccionado por ser el primer año básico uno de los grupos de población al cual los Objetivos Sanitarios señalaron como necesarios de disminuir la prevalencia de obesidad. Este grupo de escuelas son las que tiene las mayores prevalencia de obesidad con una cobertura superior a 1.000 establecimientos en el año 2008.

Simultáneamente se están desarrollando importantes avances en el área de alimentos con un estrecho vínculo con las empresas del rubro, con modificaciones en el Reglamento Sanitario de Alimentos (RSA) y cambio en las formulaciones tecnológicas de ellos para mejorar la disponibilidad de productos más sanos y seguros para la población.

Un ejemplo de estos avances es la obligatoriedad del etiquetado nutricional de los alimentos envasados a partir de noviembre del 2006.



## RESUMEN DE LOS PROGRESOS LOGRADOS

### Metas Mínimas.

Metas	Posibilidad de alcanzar los objetivos				Marco de apoyo			
	Sí Probable	Potencial	Improbable	Sin Información	Favorable	Regular	Débil pero Mejorando	Débil
Reducir a la mitad entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar diario	●				●			
Reducir a la mitad entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre	●				●			

## CAPACIDAD DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO\*

44



Metas	Cantidad y regularidad de la información de encuestas	Calidad de la información de las encuestas	Análisis estadístico	Estadísticas sobre diseño de políticas	Presentación de informes y difusión de la información
Reducir a la mitad entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas cuyos ingresos sean inferiores a 1 dólar diario	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte
Reducir a la mitad entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padezcan hambre	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte

\* Calificación: Fuerte, Aceptable, Débil.



Objetivo 2

# LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL





Indicadores Mínimos Objetivos de Desarrollo del Milenio	1990 %	2000 %	2006 %	Meta 2015 %
<b>Meta 3</b>				
1. Tasa de Matrícula Neta en la Enseñanza Básica (Primaria y Secundaria Baja) <sup>32</sup>	88,0	91,0	88,0 <sup>33</sup>	95,5
2. Porcentaje de los estudiantes que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado	N/D	91,6	93,3	100,0
3. Tasa de Alfabetización de las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años	98,4	99,1	98,7	99,8

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, MINEDUC.  
N/D No disponible.

Indicadores Adicionales Objetivos de Desarrollo del Milenio	1990 %	2000 %	2006 %	Meta 2015 %	
<b>Meta 3</b>					
1. Tasa de matrícula de 0 a 3 años	5,4	11,3	17,0	30,0	
2. Tasa de matrícula neta 1NT y 2NT <sup>34</sup>	40,1	56,1	74,6	100,0	
3. Cobertura por quintil de ingreso	I quintil	16,9	25,5	33,0	60,0
	II quintil	17,5	29,6	34,8	55,0
4. Tasa de retención en la enseñanza Básica	69,9	84,0	91,4	95,2	
5. Tasa Neta de Matrícula en la Enseñanza Media	54,6	61,8	70,9	72,9	
6. Tasa de Conclusión de la Enseñanza Media	52,7	67,9	78,8	90,5	
7. Tasa de Retención en la Enseñanza Media	n.d.	75,3	84,7	99,0	
8. Proporción de personas entre 15 y 65 años con menos de 8 años escolaridad.	31,0	22,0	17,6	15,0	
9. Proporción de personas entre 18 y 65 años de edad con menos de 12 años de escolaridad.	60,0	49,0	41,8	34,0	

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, MINEDUC.

32 En el caso de Chile, la enseñanza básica de 1° a 6°, según la clasificación CINE-97, corresponde al nivel Primaria, la enseñanza básica de 7° a 8° corresponde al nivel Secundaria Baja y la educación media corresponde al nivel Secundaria Alta, que está dividida en General (Media HC) y Vocacional (Media TP). La normativa chilena ocupa los conceptos de básica y media, por lo tanto, en lo que sigue se hará referencia a estos términos.

33 En el cálculo de los indicadores oficiales del Ministerio de Educación para el 2006, se ha puesto en práctica la propuesta de la OCDE y en especial de UNESCO – OREAL, respecto a corregir las matrículas por edad, es decir, calcular la edad al 30 de junio, sobre la base de la fecha de nacimiento. Al considerar este cambio al año 2006, es posible apreciar para enseñanza básica, un incremento en la tasa neta de matrícula de aproximadamente un 6 por ciento, llegando a un 94%, lo que es auspicioso para cumplir la meta al 2015 de cobertura universal para este nivel de enseñanza.

34 Primer Nivel de Transición, es el nivel de educación que atiende a niños de 4 años de edad. Segundo Nivel de Transición es el nivel donde se atienden alumnos de 5 años de edad. Ambos se refieren a enseñanza preescolar.



## META 3

# Velar porque, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria

### I. SITUACIÓN A LA FECHA

Las políticas sociales son uno de los factores relevantes por excelencia, para apreciar las estrategias de desarrollo del país en el mediano y largo plazo. En esa perspectiva el sector de educación tiene un rol muy importante.

Gracias a las políticas aplicadas en los años 90 y a dinámicas desatadas en el último tiempo, el comienzo del siglo XXI abre interesantes oportunidades para alcanzar nuevas e importantes metas. Mejorar la equidad y la cohesión social, avanzar en el desarrollo del capital humano, el desarrollo tecnológico, la integración y focalización de recursos hacia aquellos chilenos más desprovistos, nos permitirá necesariamente, converger a un mayor crecimiento y desarrollo económico, como así también propender hacia una sociedad más justa, democrática y solidaria.

Este informe asume la hipótesis que en la historia reciente de la educación chilena, se ha cumplido en lo grueso una etapa de masificación de la educación y se está entrando a otra etapa en que la educación es impactada por el ingreso a la sociedad del conocimiento y la globalización, ya afectada positiva y a veces negativamente por las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, lo cual exige más calidad en la oferta de enseñanza, en los aprendizajes y una fuerte redistribución social de éstos.

Con respecto a los indicadores mínimos, la tasa neta de matrícula de enseñanza básica muestra, en el último decenio, una tendencia a mantenerse alrededor del 90%, registrándose sólo leves descensos ocasionales, lo que reforzaría la idea de que las tasas a ese nivel ya se podrían considerar, con un margen de error, como tasas de cobertura completa. Con relación al porcentaje de los estudiantes que comienzan el primer grado y llegan al quinto al año 2006 presenta un valor alto (93,3%), por lo cual se puede augurar que al año 2015 una proporción cercana a la totalidad de la población que habrá comen-

zando el primer grado, llegará al quinto, estimación que representamos simbólicamente con un 100,0%. Sobre la tasa de alfabetismo de la población entre 15 y 24 años, desde el año 1990 se mantiene por sobre el 98,0%, es decir, casi la totalidad de la población está en condiciones de leer y escribir.

En este informe se refuerzan los objetivos convenidos con Naciones Unidas para la educación primaria, se establecen nuevos indicadores para este nivel y se agregan indicadores adicionales para cada nivel de enseñanza, los que se sustentan en los principios orientadores de la política pública de educación, expresados por los últimos gobiernos y particularmente por el de la Presidenta Michelle Bachelet.

Los indicadores adicionales propuestos representan las líneas estratégicas adoptadas por el Estado de Chile para los próximos años, relacionadas con Educación Parvularia, Educación Básica, Educación Media y Educación de Adultos, teniendo en cuenta los objetivos estratégicos del Ministerio de Educación (MINEDUC) en cuanto a hacer efectivos los 12 años de escolaridad obligatoria incorporados a la Constitución y el principio de educación a lo largo de la vida.

En educación parvularia se establecen indicadores adicionales, considerando la estrategia gubernamental al Bicentenario de la República, de mejorar cobertura y la calidad y fortalecer la educación de niños y niñas menores de seis años, especialmente el desarrollo infantil temprano. Se busca mejorar la oferta y acceso a programas educativos, dado que ello implica ampliar las oportunidades de aprendizaje y desarrollo, especialmente de los más necesitados. Se debe tener presente además los acuerdos suscritos por nuestro país, donde se compromete progresivamente a velar por los derechos de niños y niñas en su primera





infancia<sup>35</sup>. El desafío de cobertura para este nivel debe centrarse en el ámbito de la educación temprana, en la medida que son varios los beneficios que desde el punto de vista del desarrollo cognitivo de los niños de entre 0 y 5 años es posible observar<sup>36</sup>. Por otra parte, con el establecimiento de la meta de cobertura por quintil de ingreso I y II se agrega la dimensión de equidad.

Para la enseñanza primaria se ha incorporado la tasa de retención en educación básica. Este indicador corresponde al número total de alumnos evaluados en el último grado, con relación a la matrícula inicial de la cohorte. Con este indicador se busca impulsar que al año 2015, todos los niños y niñas de Chile puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.

Los indicadores adicionales para educación media, que corresponden al segundo ciclo de la enseñanza secundaria, persiguen lograr que al año 2015 los niños, niñas y adolescentes en Chile puedan terminar el ciclo completo de enseñanza media, haciendo efectiva la obligatoriedad escolar de asegurar doce años de estudio a todos los jóvenes. El 7 de mayo del año 2003 se promulgó la Reforma Constitucional que establece la enseñanza media obligatoria y gratuita, entregando al Estado la responsabilidad de garantizar el acceso a este nivel educacional para todos los chilenos hasta los 21 años de edad.

Lo anterior plantea trabajar con diligencia, dado que se estima que cerca de 300 mil chilenos menores de 21 años no han terminado su enseñanza media, especialmente en los sectores más modestos. Es por ello que se ha incorporado la tasa de conclusión de la enseñanza media, que establece la proporción de la población que logra concluir sus estudios en este nivel. El centrarse en la medición de este indicador resulta fundamental para orientar las acciones hacia el logro de las metas planteadas, permitiendo así que muchos jóvenes puedan contar con los requisitos educacionales básicos para acceder a opciones laborales dignas.

Otro de los factores que inciden en que los niños, niñas y adolescentes chilenos no puedan terminar la enseñanza media es la deserción escolar, es así como se incorpora un indicador de retención en este nivel, en especial considerando que la deserción afecta esencialmente a los sectores más pobres y que consistentemente se produce por razones socioeconómicas, desinterés o bajo rendimiento y en el caso de las mujeres se produce por embarazo precoz y la maternidad.

Los indicadores adicionales para la educación de adultos buscan mejorar la calidad y ampliar la cobertura para adultos con estudios incompletos. El Gobierno de Chile reconoce el derecho de las generaciones adultas a que la sociedad les brinde ahora las oportunidades educativas y de capacitación que no estuvieron a su alcance en el pasado. Más de la mitad de los chilenos y chilenas mayores de 18 años no finalizó la educación media y tienen también derecho a actualizar sus conocimientos y competencias ya adquiridas.

## 1. Situación a la fecha de indicadores mínimos y estimación para el año 2015

### 1.1 Tasa de Matrícula Neta en la Enseñanza Básica (Primaria y Secundaria Baja)<sup>37</sup>.

Al año 2006, el 88% de los niños entre 6 y 13 años asisten a educación básica (primaria más secundaria baja). Un indicador de cobertura tan focalizado como éste revela finalmente un fenómeno de una amplia cobertura en básica en el ámbito nacional, donde sólo en las regiones de Coquimbo, O'Higgins, Maule y Aysén, las tasas de matrícula son inferiores al promedio nacional. Si bien no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en el ámbito nacional, en las regiones Aysén y Magallanes se observa una brecha aun estadísticamente significativa entre ambos géneros (ver Cuadro 8).

35 Convención sobre los Derechos de los niños ratificados en Chile en el año 1990, Conferencia Mundial sobre educación para todos de Jomtien (1990), Foro Consultivo Internacional celebrado en Dakar (WEF, 2000).

36 Aumentar la posibilidad de aprendizaje de los niños, disminuye potencialmente las brechas de desigualdad en niños y niñas de esos tramos de edad en situación de pobreza, e incrementaría los resultados del aprendizaje en educación primaria y secundaria posteriores, Mardesic S., Patricia, Prioridad en las políticas para la primera infancia: acceso y calidad para este nuevo siglo, MINEDUC, 2002.

37 Ver descripción de fórmulas de cálculo en Anexo 3.

En el ámbito nacional, la tasa neta de matrícula en enseñanza básica se mostró estable entre los años 2001 al 2004, sin embargo, en el 2006 evidenció un descenso de 3 puntos porcentuales respecto al año 2000. No obstante, se ha mantenido alrededor del 90%, lo cual indica que se está cercano a una cobertura casi universal. Esto último se confirma si consideramos las distorsiones que genera la fórmula de cálculo de este indicador. Para el cálculo de esta tasa las edades de los alumnos corresponden a la diferencia entre el año de captura de la información y el año de nacimiento del alumno. Dado que la normativa vigente<sup>38</sup> establece que para ingresar a 1° básico los niños deben tener 6 años cumplidos al 30 de junio, 7 años cumplidos al 30 de junio para ingresar a 2° básico, etc., al calcular la edad de la forma descrita, se subestima el total de niños de cada edad simple.

Dentro del cálculo de los indicadores oficiales del Ministerio de Educación para el 2006, se ha puesto en práctica la propuesta de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y en especial de UNESCO-OREAL quien ha mantenido un permanente apoyo y monitoreo a MINEDUC, respecto a corregir las matrículas por edad, es decir, calcular la edad al 30 de junio, sobre la base de la fecha de nacimiento. Al considerar este cambio al año 2006, es posible apreciar para enseñanza básica, un incremento en la tasa neta de matrícula de aproximadamente un 6 por ciento, llegando a un 94%, lo que es auspicioso para cumplir la meta al 2015 de cobertura universal para este nivel de enseñanza<sup>39</sup>.

#### CUADRO 8

Tasa de Matrícula Neta en la Enseñanza Básica (Primaria y Secundaria Baja)  
Situación por región y género, año 2006. (porcentaje).

Región	Total %	Hombres %	Mujeres %
Total País	88,0	88,4	87,4
Tarapacá	89,6	89,9	89,2
Antofagasta	91,0	91,2	90,9
Atacama	88,6	88,8	88,5
Coquimbo	84,9	85,3	84,4
Valparaíso	89,6	89,4	89,9
O'Higgins	85,8	86,3	85,2
Maule	86,5	86,9	86,1
Bío Bío	86,9	87,6	86,3
La Araucanía	87,0	87,4	86,6
Los Lagos	87,7	88,2	87,2
Aysén	83,8	86,1	81,5
Magallanes	90,6	92,2	88,9
Metropolitana	88,5	89,2	87,8

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, MINEDUC, año 2006.

38 Decreto Exento N° 171 del 24 de febrero de 2005, que modifica Decreto Exento N° 64 de 1992.

39 Indicadores de la Educación en Chile 2006. Fuente: MINEDUC. Departamento de Estudios y Desarrollo.



## 1.2 Porcentaje de los estudiantes que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado<sup>40</sup>.

Aquí se observa que al año 2006 el 93,3% de alumnos que ingresan a primer grado llegan a quinto grado, no existiendo diferencias importantes por género en general, si bien las regiones del Maule y Magallanes son las que pre-

sentan las mayores brechas entre géneros. En cuanto a las diferencias regionales, destacan la región de Magallanes que supera al promedio nacional en casi 4 puntos porcentuales, y la región de Tarapacá que aún está 3 puntos porcentuales por debajo del promedio nacional (ver Cuadro 9). Al año 2015 una proporción cercana a la totalidad de la población que inicia el primer grado, llegará al quinto.

### CUADRO 9

Porcentaje de los estudiantes que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado. Situación por región y género, año 2006.

Región	Total %	Hombres %	Mujeres %
Total País	93,3	91,7	93,8
Tarapacá	89,6	89,1	90,2
Antofagasta	92,4	91,3	93,4
Atacama	94,9	93,7	96,0
Coquimbo	94,6	93,6	95,5
Valparaíso	91,9	90,7	93,0
O'Higgins	94,0	92,4	95,5
Maule	93,2	91,3	95,1
Bío Bío	93,6	92,1	95,0
La Araucanía	93,1	91,9	94,4
Los Lagos	92,4	91,3	93,2
Aysén	92,3	89,3	95,1
Magallanes	97,1	96,5	97,6
Metropolitana	92,3	91,4	93,2

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, MINEDUC, año 2006.

## 1.3 Tasa de Alfabetización de las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años<sup>41</sup>.

A partir del año 1990, se observa que la tasa de alfabetismo de la población entre 15 y 24 años se mantiene por sobre el 98,0%, es decir, casi la totalidad de la población está en condiciones de leer y escribir.

Los importantes aumentos de cobertura observados en los últimos años han tenido como consecuencia que al año 2006 se haya alfabetizado cerca de un 99% de la población entre 15 y 24 años, con niveles de alfabetización igualmente altos entre hombres y mujeres y en cada región (ver Cuadro 10). Estos niveles mantienen su tendencia al ascenso y para el año 2015 se estima que sobre 99% del total de la población entre 18 y 24 sabrá leer y escribir.

40 Ver descripción de fórmulas de cálculo en Anexo 3.

41 Ver descripción de fórmulas de cálculo en Anexo 3.



**CUADRO 10**

Tasa de Alfabetización de personas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años Situación por región y género, año 2006.

Región	Total %	Hombres %	Mujeres %
Total País	98,7	98,4	99,1
Tarapacá	99,0	99,8	98,2
Antofagasta	98,6	97,7	99,7
Atacama	98,9	98,5	99,3
Coquimbo	99,0	98,7	99,4
Valparaíso	99,4	99,5	99,3
O'Higgins	98,5	98,0	99,1
Maule	98,6	98,3	99,0
Bío Bío	98,8	98,6	99,0
La Araucanía	98,6	97,9	99,3
Los Lagos	98,1	97,8	98,3
Aysén	98,2	97,1	99,4
Magallanes	98,6	97,9	99,5
Metropolitana	98,7	98,3	99,2

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, MINEDUC, año 2006.

51



## 2. Situación a la fecha de indicadores adicionales y estimación para el año 2015

### 2.1 Indicadores adicionales para la Educación Parvularia

#### 2.1.1 Tasa de matrícula educación preescolar de 0 a 3 años<sup>42</sup>

Se observan importantes avances en las tasas de matrícula en

el nivel parvularia. Por una parte, la cobertura de niños entre 0 y 3 años alcanzaba un 17%, 6 puntos porcentuales más que en el año 2000, con regiones como Tarapacá y Aysén con una diferencia positiva y estadísticamente significativa en relación al promedio nacional, pero con regiones como Antofagasta, O'Higgins, La Araucanía y Los Lagos que están aún por debajo del promedio nacional. Si bien no existe diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres en el ámbito nacional, sí existe en el caso de las regiones Aysén y Magallanes donde dicha brecha alcanza los 8 puntos porcentuales a favor de los hombres (ver Cuadro 11).

42. Ver descripción de fórmulas de cálculo en Anexo 3.

## CUADRO 11

Tasa de Matrícula de Educación preescolar de 0 a 3 años. Situación por región y género, año 2006.

Región	Total %	Hombre %	Mujer %
Total País	17	17	16
Tarapacá	26	24	29
Antofagasta	13	16	9
Atacama	17	15	19
Coquimbo	20	21	20
Valparaíso	18	18	17
O'Higgins	10	9	11
Maule	19	22	16
Bío Bío	14	13	15
La Araucanía	13	14	13
Los Lagos	12	11	13
Aysén	35	39	31
Magallanes	20	24	16
Metropolitana	18	18	17

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, MINEDUC, año 2006.

52



### 2.1.2 Tasa de matrícula Primer Nivel de Transición (1NT) y Segundo Nivel de Transición (2NT)<sup>43</sup>.

La tasa de matrícula del primer y segundo nivel de transición (1NT y 2NT respectivamente) alcanza a 74,6% de los niños, 18 puntos porcentuales más que en el 2000, lo que

es una señal del trascendental crecimiento de la matrícula en este nivel. Las regiones Tarapacá, Coquimbo, Magallanes y Metropolitana muestran una tasa de matrícula para este nivel superior al promedio nacional, a diferencia de las regiones Valparaíso, Bío Bío, La Araucanía y Los Lagos con tasas menores al promedio nacional (ver Cuadro 12).

43 Ver descripción de fórmulas de cálculo en Anexo 3.

**CUADRO 12**

Tasa de matrícula Primer Nivel de Transición (1NT) y Segundo Nivel de Transición (2NT).

Región	Total %	Hombre %	Mujer %
Total País	74,6	75,1	74,0
Tarapacá	82,5	81,2	83,6
Antofagasta	71,8	67,7	76,4
Atacama	75,2	72,5	78,4
Coquimbo	84,4	87,4	81,9
Valparaíso	71,1	73,9	68,0
O'Higgins	75,8	76,5	75,0
Maule	75,3	72,2	78,2
Bío Bío	69,5	71,2	67,7
La Araucanía	65,7	65,7	65,8
Los Lagos	67,7	69,6	65,7
Aysén	73,0	80,6	65,2
Magallanes	79,7	87,6	73,7
Metropolitana	78,0	78,2	77,8

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, MINEDUC, año 2006.

53



### 2.1.3 Cobertura por quintil de ingreso (I y II) en enseñanza preescolar<sup>44</sup>.

El foco de la política de aumento de cobertura en parvularia se ha centrado en incorporar cada vez más niños provenientes de los grupos socioeconómicos más vulnerables. Es así como ya al año 2006 más de un 33% de los niños de los dos quintiles de ingresos más bajos están incorporados al 1NT y 2NT de Parvularia, 8 y 5 puntos porcentuales más que en el 2000, respectivamente. Destacan las regiones de

Tarapacá y Aysén, con tasas de matrícula para ambos quintiles superiores al promedio nacional, y el desafío que tienen por delante las regiones de La Araucanía y Los Lagos que para ambos quintiles, las tasas de matrícula están significativamente por debajo del promedio nacional. No existe diferencia de género estadísticamente significativa en el ámbito nacional, pero sí en algunas regiones en particular, como Aysén donde la tasa de matrícula para las niñas del quintil I es superior a la de los niños, o Atacama región cuya tasa de matrícula para los niños es mayor (ver Cuadro 13).

44 Ver descripción de fórmulas de cálculo en Anexo 3.

**CUADRO 13**

Cobertura por quintil de ingreso (I y II) en enseñanza preescolar.  
Situación por región y género, año 2006. (en porcentaje).

Región	Quintil	Total %	Hombre %	Mujer %
Total País	I	33,0	31,7	34,3
	II	34,8	35,7	33,8
Tarapacá	I	41,7	43,2	40,4
	II	46,3	51,0	42,8
Antofagasta	I	29,7	24,8	34,8
	II	32,8	37,0	27,0
Atacama	I	36,3	39,6	32,6
	II	44,3	39,4	50,3
Coquimbo	I	35,7	32,8	39,1
	II	50,0	54,6	46,4
Valparaíso	I	34,6	35,5	33,9
	II	31,0	31,8	30,2
O'Higgins	I	28,9	26,9	30,9
	II	36,6	35,1	37,8
Maule	I	31,7	32,2	31,1
	II	38,5	36,8	40,1
Bío Bío	I	32,4	30,3	34,4
	II	34,7	39,7	28,8
La Araucanía	I	29,3	27,4	31,2
	II	29,5	26,6	31,5
Los Lagos	I	29,3	33,5	24,9
	II	30,3	26,5	33,5
Aysén	I	46,5	77,9	26,6
	II	44,9	40,3	50,2
Magallanes	I	22,0	42,4	3,5
	II	32,9	30,2	38,3
Metropolitana	I	34,1	30,5	37,8
	II	33,7	35,2	31,8

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, MINEDUC, año 2006.

## 2.2. Indicadores Adicionales para la Educación Básica

### 2.2.1 Tasa de Retención en la Enseñanza Básica<sup>45</sup>

En enseñanza básica, un 91,4% de los alumnos actualmente logran ser retenidos en el sistema y logran terminar el ciclo de enseñanza básica, 7,4 puntos porcentuales superior al año 2000 y muy cerca ya de la meta establecida al 2015 de 95%. Se observa, sin embargo cierta dispersión entre regiones. En efecto, mientras en las regiones de Co-

quimbo, O'Higgins y Magallanes la retención escolar en enseñanza básica se eleva entre 4 a 2 puntos porcentuales por sobre el promedio nacional, regiones como Tarapacá presentan una tasa de retención de 6 puntos porcentuales inferior al promedio. No se observa a nivel nacional una diferencia estadísticamente significativa en la retención de niñas y niños, situación que se observa en todas las regiones del país en forma correlativa.

<sup>45</sup> Ver descripción de fórmulas de cálculo en Anexo 3.



CUADRO 14

Tasa de Retención en la Enseñanza Básica. Situación por región y género, año 2006.

Región	Total %	Hombres %	Mujeres %
Total País	91,4	89,4	92,0
Tarapacá	85,2	84,3	85,9
Antofagasta	89,6	88,4	90,6
Atacama	92,4	91,5	93,1
Coquimbo	92,8	91,1	94,2
Valparaíso	90,0	88,7	91,2
O'Higgins	93,3	91,9	94,5
Maule	91,1	88,4	93,6
Bío Bío	91,5	89,4	93,3
La Araucanía	89,9	88,1	91,0
Los Lagos	90,3	89,0	91,9
Aysén	89,1	85,8	89,3
Magallanes	95,3	93,8	96,9
Metropolitana	90,5	89,5	91,3

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, MINEDUC, año 2006.

55



## 2.3 Indicadores Adicionales para la Enseñanza Media

### 2.3.1 Tasa Neta de Matrícula en la Enseñanza Media<sup>46</sup>

El grupo etáreo teórico en la Enseñanza Media en Chile corresponde al tramo de 14 a 17 años. Este indicador considera sólo la matrícula de las personas que están en dicho grupo etáreo. Así, la tasa neta de matrícula en enseñanza media se calcula como la suma de la matrícula de enseñanza media de 14 a 17 años, dividida por la población del grupo etáreo correspondiente del mismo tramo.

La tasa neta de matrícula al año 2006 alcanza el 71% de la población en la edad del nivel, 9 puntos porcentuales superior a lo observado al año 2000, y a sólo 2 puntos porcentuales de la meta fijada al año 2015. Las diferencias regionales y de género, sin embargo, son notables. Mientras en Atacama, Valparaíso y Magallanes, las tasas de matrícula están por sobre el promedio nacional, en algunas regiones como Los Lagos y Aysén este indicador es

significativamente inferior. Asimismo, se observa aún una importante brecha en la tasa de matrícula para enseñanza media entre mujeres y hombres en el ámbito nacional, y en algunas regiones en particular como Maule, Aysén y Magallanes (ver Cuadro 15).

Al igual que en el caso de la tasa neta de matrícula en básica, al utilizar la nueva metodología de cálculo, en el año 2006 es posible apreciar, para enseñanza media, un incremento en la tasa neta de matrícula de aproximadamente un 10 por ciento, llegando a un 81,1<sup>47</sup>, lo que es bastante superior a lo proyectado al 2015 con la metodología antigua.

46 Ver descripción de fórmulas de cálculo en Anexo 3.

47 Indicadores de la Educación en Chile 2006. Fuente: MINEDUC. Departamento de Estudios y Desarrollo.

## CUADRO 15

Tasa Neta de Matrícula Enseñanza Media. Situación por región y género, año 2006.

Región	Total %	Hombres %	Mujeres %
Total País	70,9	69,0	72,9
Tarapacá	71,6	69,8	73,4
Antofagasta	72,2	69,7	74,7
Atacama	75,0	74,2	75,8
Coquimbo	71,1	73,3	71,0
Valparaíso	73,3	71,0	75,6
O'Higgins	69,9	67,6	72,2
Maule	70,2	67,3	73,3
Bío Bío	71,0	68,8	73,2
La Araucanía	70,5	68,7	72,3
Los Lagos	68,2	65,5	71,1
Aysén	63,0	57,8	68,8
Magallanes	74,0	67,7	81,3
Metropolitana	70,9	69,6	72,2

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, MINEDUC, año 2006.

56



### 2.3.2 Tasa de Conclusión de la Enseñanza Media<sup>48</sup>

La meta está lejana y presenta dificultades para su cumplimiento, sin embargo, durante el gobierno del Presidente Ricardo Lagos, el 7 de mayo del 2003, se promulgó la Reforma Constitucional que establece la obligatoriedad y gratuidad de este nivel de enseñanza en los establecimientos municipales y particulares subvencionados, "entregando al Estado la responsabilidad de garantizar el acceso a este nivel educacional para todos los chilenos hasta los 21 años de edad. De este modo, el Gobierno busca lograr que los niños, niñas y jóvenes tengan un mínimo de 12 años de escolaridad". Además, las políticas educacionales implementadas en los últimos años, contemplan reforzar acciones para enfrentar la deserción escolar, el embarazo adolescente, el trabajo juvenil y la nivelación de estudios, entre otros temas que pueden permitir avanzar en el cumplimiento de esta meta.

Al año 2006 un 78,8% de personas entre 20 y 24 años ya han completado enseñanza media, 10 puntos porcentuales más que en el año 2000. Sin embargo, existen aún

importantes brechas regionales por superar, ya que mientras la región Metropolitana presenta una tasa superior estadísticamente al promedio nacional, regiones como O'Higgins, Maule, La Araucanía, Los Lagos y Aysén están aún varios puntos porcentuales por debajo del promedio nacional. En cuanto a la diferencia mujeres-hombres, se observa que en el ámbito nacional no existe diferencia estadísticamente significativa entre mujeres y hombres, pero en algunas regiones como Coquimbo, Los Lagos y Aysén es posible observar que esta diferencia llega a casi 10 puntos porcentuales (ver Cuadro 16).

48 Ver descripción de fórmulas de cálculo en Anexo 3.

**CUADRO 16**

Tasa de Conclusión de Enseñanza Media, entre 20 y 24 años. Situación por región y género, año 2006

Región	Total %	Hombres %	Mujeres %
Total País	78,8	76,9	80,6
Tarapacá	82,1	81,4	82,9
Antofagasta	81,5	82,3	80,6
Atacama	76,8	74,4	79,3
Coquimbo	77,4	72,7	82,6
Valparaíso	80,3	80,6	80,0
O'Higgins	70,4	71,0	69,8
Maule	69,3	67,6	71,0
Bío Bío	75,3	72,5	78,2
Araucanía	72,8	70,1	75,0
Los Lagos	69,2	64,6	73,7
Aysén	58,6	54,9	62,7
Magallanes	78,1	77,4	78,9
Metropolitana	83,5	81,7	85,2

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, MINEDUC, año 2006.

57

**2.3.3 Tasa de Retención en la Enseñanza Media<sup>49</sup>**

Este indicador se ha logrado incrementar paulatinamente, lo que puede deberse principalmente al efecto que tiene la introducción de una Subvención Educacional Pro-Retención en el año 2003, que otorga un pago adicional al establecimiento educacional por motivar al alumno vulnerable<sup>50</sup> a no desertar y completar 12 años de escolaridad.

Este porcentaje muestra actualmente que la tasa de retención, por su parte, indica que del 100% de alum-

nos que ingresaron a enseñanza media de la cohorte de alumnos 2001-2006, casi un 85% de ellos llega al último grado del nivel. Si bien todavía hay importantes avances que lograr, en esta materia en Los Lagos y Aysén, las tasas de retención de media no superan el 80%, el resto de las regiones presenta niveles de retención muy similares al promedio nacional. La retención es levemente superior para las mujeres que para los hombres a nivel nacional (un 5%), y en particular en regiones como Coquimbo, Maule, Bío Bío y Los Lagos (ver Cuadro 17).

49 Ver descripción de fórmulas de cálculo en Anexo 3.

50 Se considera como vulnerable, a aquel niño o niña, cuya familia pertenece al Programa Chile- Solidario.

Cuadro 17

Tasa de Retención en la Enseñanza Media. Situación por región y género, año 2006. (porcentaje).

Región	Total %	Hombres %	Mujeres %
Total País	84,7	82,1	87,1
Tarapacá	82,1	80,9	83,0
Antofagasta	82,1	79,7	84,5
Atacama	83,9	82,2	85,5
Coquimbo	85,5	82,5	88,5
Valparaíso	85,2	83,1	87,2
O'Higgins	86,4	84,0	88,7
Maule	84,6	80,9	88,1
Bío Bío	85,5	82,2	88,6
La Araucanía	82,0	79,4	84,5
Los Lagos	79,7	76,3	83,0
Aysén	73,5	70,5	76,4
Magallanes	87,2	85,9	88,3
Metropolitana	84,7	83,6	87,9

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, MINEDUC, año 2006.

58



## 2.4 Indicadores Adicionales para la Educación de Adultos.

### 2.4.1 Proporción de personas entre 15 y 65 años con menos de 8 años de escolaridad<sup>51</sup>.

Las metas referidas a años de escolaridad, están enfocadas a disminuir la proporción de jóvenes que nunca asistió al colegio, o que desertó del sistema escolar, sin completar sus estudios de enseñanza básica o media. Por lo tanto, se espera que estos indicadores disminuyan con el paso de los años.

Es así como, por un lado la proporción de personas entre 15 y 65 años con menos de 8 años de escolaridad alcanza a un 17,6%, lo que equivale a 3,4 puntos porcentuales menos que el año 2000 y a 2,6 puntos porcentuales de la meta propuesta al 2015. En términos territoriales se observa alta dispersión en el indicador en las regiones, como Tarapacá, Antofagasta, Magallanes y Metropolitana, por una parte, están cerca de 4 a 5 puntos porcentuales debajo del promedio nacional, es decir, que han logrado los mayores avances, mientras en las regiones de O'Higgins

a Los Lagos dicha proporción aún está entre 4 a 8 puntos porcentuales del promedio, lo que indica una mayor distancia de la meta al 2015 que el resto de la regiones. Los datos indican que no existe diferencia estadísticamente significativa entre hombres y mujeres ni en el ámbito nacional ni en el ámbito de regiones (ver Cuadro 18).

El comportamiento de este indicador, hace esperable su cumplimiento al 2015, ya que los esfuerzos se han focalizado en aumentar la cobertura de la modalidad flexible que permite nivelar estudios a aquellas personas que no cuentan con tiempo para asistir todos los días a clases.

51 Ver descripción de fórmulas de cálculo en Anexo 3.

**CUADRO 18**

Porcentaje de personas entre 15 y 65 años con menos de 8 años escolaridad. Situación por región y género, año 2006.

Región	Total %	Hombres %	Mujeres %
Total País	17,6	16,6	18,5
Tarapacá	12,3	9,7	14,6
Antofagasta	11,8	9,2	14,4
Atacama	15,2	16,1	14,3
Coquimbo	20,3	19,3	21,4
Valparaíso	15,2	13,9	16,4
O'Higgins	24,5	24,4	24,6
Maule	26,2	26,2	26,1
Bío Bío	20,7	19,6	21,6
Araucanía	25,3	24,0	26,6
Los Lagos	25,6	24,0	27,3
Aysén	20,4	19,8	21,0
Magallanes	14,1	14,7	13,6
Metropolitana	13,4	12,4	14,3

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, MINEDUC, año 2006.

59



#### 2.4.2 Proporción de personas entre 18 y 65 años de edad con menos de 12 años de escolaridad<sup>52</sup>.

Este indicador busca medir qué proporción del total de la población cuya edad está entre los 18 y 65 años, tiene menos de 12 años de escolaridad, vale decir, no ha finalizado la enseñanza media.

Respecto a la proporción de personas entre 18 y 65 años con menos de 12 años de escolaridad, se observa al año 2006, que esta proporción llega a 41,8%, lo que equivale a

una disminución de 7,2 puntos porcentuales con relación al año 2000. Esto implica que aún falta por superar 7,8 puntos porcentuales para alcanzar la meta establecida al 2015. Aún existen brechas importantes en el ámbito regional, ya que mientras las regiones Metropolitana y Antofagasta han reducido este porcentaje entre 3 a 5 puntos por debajo del promedio nacional, las regiones de O'Higgins, Maule, Los Lagos y Aysén muestran proporciones cercanas a los 10 puntos porcentuales por sobre el promedio nacional. Las diferencias de género son estadísticamente poco significativas, lo que indica un nivel de acceso a educación de adultos para hombres y mujeres en forma equitativa (ver Cuadro 19).

52 Ver descripción de fórmulas de cálculo en Anexo 3.

### CUADRO 19

Porcentaje de personas entre 18 y 65 años de edad con menos de 12 años escolaridad. Situación por región y género, año 2006.

Región	Total %	Hombres %	Mujeres %
Total País	41,8	41,2	42,2
Tarapacá	37,7	36,5	38,7
Antofagasta	38,8	37,2	40,5
Atacama	41,8	38,9	44,3
Coquimbo	46,2	45,7	46,8
Valparaíso	39,6	38,1	41,0
O'Higgins	50,3	50,2	50,4
Maule	51,2	53,0	49,5
Bío Bío	44,3	44,2	44,3
La Araucanía	48,3	49,5	47,2
Los Lagos	53,0	53,1	52,8
Aysén	51,6	52,6	50,6
Magallanes	40,4	40,1	40,7
Metropolitana	36,3	35,2	37,3

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, MINEDUC, año 2006.

60



## II. PRINCIPALES DESAFÍOS

Chile, reconociendo a la educación como un derecho, ha avanzado paulatina y consistentemente en su compromiso de garantizar que todos los niños y niñas del país puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria y que por tanto las niñas como los niños tengan igual acceso a todos los niveles de la enseñanza.

En el marco de una reforma educativa orientada a mejorar la calidad de los aprendizajes y a distribuirlos con mayor equidad, el país ha ido venciendo sus problemas de cobertura en los niveles primario y secundario y abordando exitosamente las comparativamente bajas coberturas de la educación pre-escolar y superior.

En relación con los indicadores de seguimiento establecidos por ONU, Chile ha ya alcanzado niveles significativos. Sin embargo, todavía queda por hacer, principalmente en aquellas poblaciones con características especiales y que están fuera o que tienen dificultades de acceso al sistema, como los niños y niñas con necesidades educativas especiales o poblaciones con un alto nivel de aislamiento.

El desafío de cobertura para la enseñanza parvularia debe centrarse en el ámbito de la educación temprana, en la medida que son varios los beneficios que desde el punto de vista del desarrollo cognitivo de los niños de entre 0 y 5 años es posible observar. En la perspectiva del Bicentenario, se buscará ofrecer oportunidades de desarrollo temprano a los niños menores de 4 años, toda vez que se observa que en el segundo nivel de transición se está logrando niveles de cobertura casi totales. Es decir, se reforzará el trabajo de aumento de la cobertura del primer nivel de transición que ya se ha empezado a desarrollar, se trabajará en la creación de las condiciones que permitan la ampliación de la cobertura en educación parvularia para los niños y niñas de 0 a 3 años, y específicamente generar las condiciones para focalizar las metas en los sectores más vulnerables dentro de este tramo etéreo.

Otro de los desafíos para este nivel, se encuentra en la simetría entre familia y educación de la primera infancia. Existe un amplio consenso en la importancia del capital cultural de la familia para el logro de una educación de

calidad. Las políticas dirigidas a la educación inicial y al fortalecimiento del vínculo familiar son centrales para producir mejorías en la integración en la escuela y vida escolar posterior. Por eso el compromiso de establecer la obligatoriedad del kinder –meta alcanzada con la Reforma Constitucional promulgada a comienzos de este año- y que el Estado garantice el acceso universal a prekinder, de manera que nunca más haya un niño en primer año básico que pise por primera vez una escuela.

Los desafíos en básica y media están enfocados en el mejoramiento de la calidad. En este sentido, como parte del necesario desarrollo curricular que debe realizar permanentemente el sistema, se requiere de una revisión y ajuste de los Objetivos Fundamentales y Contenidos Mínimos Obligatorios (OF-CMO) de la Educación Básica y Media, para asegurar su vigencia, tomando en cuenta las evidencias obtenidas a partir del seguimiento a su implementación. Se necesita tener pronto a disposición mapas de progreso que especifiquen los logros de aprendizaje esperados en cada nivel y asignatura, que sean a su vez base de las futuras mediciones nacionales de la calidad. El propósito es que los educadores y la familia conozcan qué deben ser capaces de hacer los alumnos en cada etapa y qué parte del currículum debe ser reforzado si no logran los objetivos.

Cabe resaltar para la enseñanza básica y media, los resultados obtenidos por Chile en la prueba PISA 2006, aplicada por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), donde nuestro país destacó a nivel latinoamericano, ocupando los primeros lugares de todas las mediciones. Los resultados obtenidos por Chile en comparación al resto de los países de Latinoamérica

participantes en la evaluación hacen ver que estamos acortando la brecha con el mundo desarrollado, ya que el alza de puntaje de los estudiantes chilenos es la más alta del conjunto de países. Los resultados, además, permiten observar que los estudiantes chilenos del segmento de nivel socioeconómico más bajo obtienen mejores resultados en comparación con sus equivalentes latinoamericanos.

En educación de adultos el desafío se encuentra en lograr una mayor expansión de la misma, bajo el concepto de educación permanente o a lo largo de la vida. El principal desafío es mejorar la cobertura y la calidad de la educación de adultos, manteniendo o aumentando la cobertura de la modalidad flexible, reforzar y ampliar la base institucional para responder a la gran demanda por una educación cada vez más necesaria para la población adulta y promover la vinculación entre la formación para el trabajo y las redes de formación técnica surgidas a partir del Programa Chile Califica, entre otras iniciativas.

Dentro de los desafíos actuales para seguir progresando, se ubica la iniciativa sobre Subvención Escolar Preferencial (SEP) que busca corregir limitaciones y déficits del sistema educativo que aún están presentes. A través de la SEP, se espera igualar las oportunidades y capacidades de aprender de alumnos en desventaja por la situación socioeconómica de sus hogares, lo que exige una escuela capaz de compensar las desventajas de origen. Esta iniciativa busca, por lo tanto, superar tres problemas centrales del actual sistema de financiamiento y apoyo a los establecimientos educativos: monto uniforme de la subvención educacional; incondicionalidad en la entrega de la subvención y debilidad de los sistemas de supervisión y apoyo técnico pedagógico.





62



### III. MARCO DE APOYO

Paralelamente con la elaboración y adopción de metas de naturaleza cuantitativa, cabe preguntarse ¿qué tipo de educación queremos y para qué sociedad deseable al año 2015?

Un principio de respuesta puede encontrarse en la propuesta de que hicieron CEPAL y UNESCO, en 1992, cuando plantearon como objetivos para nuestros países una "educación para la competitividad y la ciudadanía"<sup>53</sup>. También puede encontrarse en la recuperación de las ideas del Informe de la Comisión de UNESCO sobre la educación para el siglo XXI, presidida por Jacques Delors que, hace ocho años, planteó las ideas-fuerza "aprender a conocer y aprender a hacer", así como "aprender a ser" y "aprender a vivir juntos"<sup>54</sup>.

Desde los '90 se ha aumentado significativamente el presupuesto para el sector y se ha producido un incremento progresivo en las condiciones salariales de los docentes. Han aumentado también los recursos de aprendizaje distribuidos en escuelas y liceos, así como el apoyo social a alumnos y alumnas, ampliándose a la vez el tiempo escolar y la infraestructura de los establecimientos, a través de la Jornada Escolar Completa (JEC).

En su discurso del 21 de mayo del 2007, la Presidenta de la República anunció a partir del año 2008, 650 millones de dólares adicionales para la educación escolar, lo que significa que a partir de este año el financiamiento total al sistema escolar excederá, por primera vez en nuestra historia, los cinco mil millones de dólares, los cuales se invertirán en un aumento de la subvención general en un 15%, en un mayor aporte a los niños y niñas más vulnerables a través de una Subvención Preferencial, en un aumento del 10% de la subvención rural, poniendo especial énfasis en escuelas pequeñas, ubicadas en zonas aisladas y que atienden preferentemente a niños y niñas vulnerables, y en la creación de un fondo de 100 millones de dólares de apoyo al mejoramiento de la gestión municipal en educación, entre otros.

Para garantizar el cumplimiento progresivo de las Metas Milenio relativas a educación, Chile dispone de un conjunto de condiciones que configuran un eficaz Marco de Apoyo para todos sus niveles educativos.

53 CEPAL-UNESCO, Educación: eje de la transformación productiva con equidad, Santiago de Chile, 1992.

54 Jacques Delors, La educación encierra un tesoro, Informe de la Comisión Internacional de UNESCO sobre la Educación en el Siglo XXI, París, UNESCO, 1996.

El propósito de la Educación Parvularia es favorecer una educación de calidad, oportuna y pertinente, que propicie aprendizajes relevantes y significativos en los párvulos, en complementariedad y con el apoyo de la familia en su rol insustituible de primera educadora, y propiciando la continuidad de los niños y niñas en el sistema educativo.

Desde los años 90, en el contexto de la Reforma Educacional, las políticas sociales y educacionales para la infancia han tenido como ejes articuladores el mejoramiento de la calidad de la educación y una mayor equidad en el acceso, permanencia y retención de alumnos en el sistema.

En el año 2000 la cobertura nacional de atención en Educación Parvularia era de un 32,4%, cifra que determinó que los mayores desafíos en el plano de la equidad en la educación chilena, debían concentrarse en la ampliación de cobertura en el nivel de educación parvularia. En este contexto se establece la meta presidencial de incorporar 120.000 niños y niñas al sistema educativo en el período comprendido entre los años 2000 al 2006.

Los niños y niñas de los cursos que forman parte del programa de Ampliación de Cobertura reciben atención gratuita y alimentación de la JUNAEB que incluye desayuno, colación, almuerzo y onces.

Por otro lado, un ámbito importante para este nivel tiene que ver con la calidad de los aprendizajes en el aula. Por lo anterior, la Reforma Educacional implementada a partir de los años 1990 se ha centrado en este ámbito y a partir del año 96 y en forma paulatina se ha dado inicio a la Reforma Curricular. En el año 2001 se aprueba oficialmente el referente curricular "Bases Curriculares de la Educación Parvularia", que ha sido el eje sobre el cual se han gestado las políticas de calidad para este nivel.

La implementación de las políticas de calidad, son impulsadas por la Unidad de Educación Parvularia a través de diversas dimensiones y líneas de acción, tales como: Fortalecimiento docente, normas y orientaciones, énfasis curriculares, recursos de aprendizajes y trabajo con la familia y comunidad.

En relación a la educación primaria, se espera que todos los niños y niñas, dentro de los próximos años, alcancen los objetivos fundamentales propuestos por el currículo nacional para los distintos niveles de la enseñanza básica.



Es lo que se ha definido como horizonte de calidad. Como objetivos específicos para esto se pretende:

1. Potenciar, por distintas vías, los aprendizajes de los alumnos en Lenguaje y Matemáticas;
2. Implementar el nuevo currículo en todos los sub-sectores contemplados para la enseñanza básica, poniendo especial énfasis en las áreas de Lenguaje y Matemática, en el primer ciclo básico (2° NT a 4°) y
3. Desarrollar capacidades técnicas en las bases del sistema (profesores, directivos, supervisión, sostenedores) que posibiliten el logro de los dos objetivos anteriores.

Destaca la promulgación de la Ley de Subvención Escolar Preferencial que junto a los otros cambios de leyes que actualmente impulsa la educación chilena, constituyen un hito para el sistema educativo, así como un avance significativo en la construcción de una sociedad en la que nadie sea excluido del desarrollo del país. La Subvención Escolar Preferencial es el aporte del Ministerio de Educación al compromiso del Estado chileno de entregar más garantías sociales para todos los ciudadanos de nuestro país. A través de la implementación de esta y otras reformas en educación el Estado de Chile destinará, en régimen, 900 millones de dólares adicionales al sistema educativo. Lo anterior, implica un esfuerzo inédito por incorporar más recursos al sistema escolar.

En el ámbito de la Educación Media, para llevar a cabo la Reforma Constitucional sobre los 12 años de escolaridad





gratuita y obligatoria para todos y todas, se están desarrollando distintos programas para enfrentar la deserción escolar, el embarazo adolescente, el trabajo juvenil y la nivelación de estudios, entre otros temas.

En primer lugar a través del Programa Transporte Escolar en zonas rurales se busca facilitar el acceso de los estudiantes a sus lugares de estudio, considerando las dificultades de desplazamiento que generalmente se presentan en dichas localidades. Durante el año 2006, se presentaron 171 proyectos de diversas comunas con alto porcentaje de población rural, de los cuales se seleccionaron 131, asignándose alrededor de 6 millones de pesos a cada uno de ellos.

Por otro lado el Proyecto de Reescolarización tiene por objetivo principal ofrecer alternativas de reescolarización e inserción social a niños, niñas y adolescentes que se encuentran fuera del sistema escolar y en condiciones de alta vulnerabilidad social (situación de calle, consumo de drogas, infracción de la ley, etc.). Para ello, el Ministerio de Educación ha establecido una alianza interministerial con distintas entidades tales como Servicio Nacional de Menores (SENAME), Comisión Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE), Seguridad Ciudadana y el Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS), consistente en la creación de un fondo concursable destinado a financiar proyectos desarrollados por organizaciones públicas y privadas tendientes a apoyar procesos de reescolarización (inicio, mantención y/o continuación de estudios) de niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad social.

Se establece de igual forma una estrategia pro-retención, donde se pretende lograr que los alumnos con mayor probabilidad de desertar permanezcan en el sistema escolar. Para ello se han destinado becas de retención escolar (Beca Liceo para Todos) para alumnos de liceos focalizados con mayor riesgo de desertar, y se han definido estrategias de mejoramiento de internados, considerando que los alumnos que asisten a estos establecimientos lo hacen porque cuentan con pocas alternativas de estudios secundarios en sus lugares de origen. Adicionalmente, se paga la Subvención Pro-retención, la cual se asigna por cada estudiante de familia indigente que haya asistido regularmente a clases el año escolar inmediatamente anterior (haya sido o no promovido) y que esté matriculado en el año escolar en el que se paga esta subvención. También se recibirá esta subvención por cada estudiante de familia indigente

que haya egresado de 4° medio el año inmediatamente anterior. Durante el año 2007, aproximadamente 63.000 alumnas y alumnos vulnerables entre 7° año básico y 4° año medio, y retenidos en el sistema escolar, dieron origen al pago de casi \$5.300 millones por concepto de subvención pro-retención a sus respectivos sostenedores. Para el año 2008 se espera retener en el sistema escolar a 90.000 alumnas y alumnos vulnerables entre 7° año básico y 4° año medio, lo que involucrará un gasto de \$8.000 millones.

Finalmente, la educación de adultos ofrece a las personas jóvenes y adultas diversas alternativas para iniciar o completar su Educación Básica y Media, brindándoles la oportunidad de adquirir y fortalecer conocimientos y habilidades que les permitan responder mejor a los requerimientos del mundo de hoy, tanto en la vida cotidiana como en el trabajo.

Con el objetivo de responder más adecuadamente a las características de las personas jóvenes y adultas y a las exigencias actuales, la educación de adultos se enmarca hoy en un concepto de Educación Permanente, que implica una educación continua, orientada a todas las etapas de la vida y a todos los ámbitos en que ésta se desarrolla: personal, familiar, laboral y social. Esto se acompaña con un proceso de mejoramiento de la calidad de las alternativas que ofrece y de ampliación de su cobertura.

Bajo este régimen de estudios, se ofrecen las siguientes modalidades educativas: a) Modalidad Regular: Educación regular tradicional, la que implica asistencia diaria a clases y es ofrecido por los Centros de Educación Integrada de Adultos (CEIAs) y escuelas o liceos con jornadas de tarde y vespertinas; b) Modalidad Flexible: ofrecida por el Programa Chilecalifica, como una alternativa para las personas que no pueden asistir a clases todos los días. En este programa se da la oportunidad de terminar los estudios básicos y medios a través del Programa Especial de Nivelación Básica y Media para Adultos. Es un programa desarrollado por instituciones educativas especializadas, gratuito y de características flexibles, ya que permite avanzar en los estudios de acuerdo a su propio ritmo, condiciones de aprendizaje y tiempo disponible. Ofrece certificación de estudios correspondiente a 4°, 6° y 8° año de Educación Básica y a 1° y 2° ciclo de Educación Media, la que es válida para todos los efectos legales; c) Nivelación de estudios con formación laboral: Programa de Nivelación de Compe-

tencias Laborales (PNCL), a cargo del FOSIS; y d) Programas dirigidos a grupos específicos: para personas que requieren alfabetización, adultos mayores, estudiantes internos en unidades penitenciarias, y jóvenes y adultos de los pueblos originarios.

Finalmente, en tema de tecnología en los últimos 15 años, la Red Enlaces, hoy Centro de Educación y Tecnología, ha permitido el acceso de profesores y estudiantes a oportunidades educativas asociadas a las nuevas tecnologías de información y comunicación. Gracias a la disponibilidad de tecnologías, contenidos, servicios, capacitación y la asistencia técnica brindada, es posible contar hoy -en más de 9.000 establecimientos educacionales- con una base tecnológica de un enorme potencial educativo.

Esta base implica que el 95% de los estudiantes cuentan con computadores en sus escuelas (promedio nacional de 30 alumnos por computador) y el 80% accede a Internet (60% banda ancha), lo que constituye la mejor infraestructura escolar de TIC en América Latina. Por su parte, el 80% de los docentes ha sido especialmente capacitado por Enlaces para hacer uso educativo de estos nuevos recursos y más de 600.000 personas han aprendido a usar la tecnología como parte de la Campaña Nacional de Alfabetización Digital.

Asimismo, se cuenta con EducarChile, el Portal Educativo Nacional más importante de la región, con más de 60.000 profesores inscritos y que recibe más de 4 millones de visitas al mes a sus bases de datos de planificaciones, recursos y servicios educativos.



## RESUMEN DE LOS PROGRESOS LOGRADOS

Metas Mínimas.

Objetivo/Meta	Posibilidad de alcanzar los objetivos				Marco de apoyo			
	Sí Probable	Potencial	Improbable	Sin Información	Favorable	Regular	Débil pero Mejorando	Débil
Velar, para que el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria	●				●			

## CAPACIDAD DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO\*

Objetivo/Meta	Cantidad y regularidad de la información de encuestas	Calidad de la información de las encuestas	Análisis estadístico	Estadísticas sobre diseño de políticas	Presentación de informes y difusión de la información
Velar, para que el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Aceptable	Fuerte

\* Calificación: Fuerte, Aceptable, Débil.





Objetivo 3

# PROMOVER LA IGUALDAD DE GÉNERO Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER





Indicadores mínimos Objetivos de Desarrollo del Milenio.	1990	2000	2006	Meta 2015
<b>Meta 4</b>				
1. Relación entre niñas/niños en educación básica.	1,00	0,97	0,94	1,00
2. Relación entre niñas/niños en la educación media.	1,05	1,02	1,01	1,00
3. Relación mujeres/ hombres en educación superior.	0,81	0,87	0,97	0,97
4. Relación tasa de alfabetización mujeres/hombres (15 a 24 años).	1,04	0,99	1,01	1,00
5. Proporción de mujeres de la categoría ocupacional asalariado en sector no agrícola <sup>55</sup> .	31,5 %	35,8%	36,5%	40 %
6. Porcentaje de mujeres en el Parlamento.	6,0 %	9,5%	12,6%	40 %

Fuente: 1, 2, 3 y 4 Departamento de Estudios y Desarrollo, MINEDUC; 5. MIDEPLAN, Encuesta CASEN años respectivos. 6. Servicio Electoral.

Indicadores adicionales Objetivos de Desarrollo del Milenio.	1990	2000	2006	Meta 2015
<b>Meta 4</b>				
1. Tasa de conclusión de enseñanza media de la mujer.	54,4%	68,8%	80,6%	91,3%
2. Proporción de mujeres en cargos locales de elección popular (Concejales).	N/E	17,0%	21,5%	40,0%
3. Tasa de participación laboral de las mujeres.	31,7%	35,0%	38,5%	45,0%
4. Participación económica de las mujeres que pertenecen al primer quintil de ingreso <sup>56</sup> .	18%	26,6%	27,5%	35,0%
5. Cobertura pre-escolar para hijos de mujeres económicamente activas <sup>57</sup> .	29,9%	42,8%	51,8	65,0%
6. Participación de mujeres en puestos de responsabilidad y/o decisión a nivel de empresa <sup>58</sup> .	N/D*	18%	(N/D)	25,0%
7. Índice de calidad del empleo femenino <sup>59</sup> .	71,36	65,21	(N/D)	75,0
8. Diferencia de salarios medios por igual trabajo entre hombres y mujeres.	38,0 %	31,0%	22,8%	25,0%
9. Participación de mujeres en los programas de capacitación, a través de franquicia tributaria u otras modalidades.	20,1%	30,1%	39,4 <sup>60</sup>	45,0%
10. Acceso de la población femenina al sistema financiero.	N/D	38,0%	41,0%	45,0%

Fuente: 1: Departamento de Estudios MINEDUC. 2: Servicio Electoral. 3: Instituto Nacional de Estadísticas INE. 4 y 5: MIDEPLAN Encuesta Casen años respectivos. 7: Organización Internacional del Trabajo OIT. 8: INE. 9: Ministerio del Trabajo. 10: Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras.

N/D Información No disponible.

55 Las asalariadas incluye empleadas y obreras (sector público y privado), se excluye el servicio doméstico y Fuerzas Armadas. Para el año 1990 se utiliza la información del año 1992 para facilitar la comparabilidad de los datos.

56 Registra algunas diferencias con los datos del primer informe debido a la utilización de los factores de expansión derivados del Censo 1992; este informe contiene la información con factores de expansión del Censo 2002, por lo cual se mejora la medición.

57 Se registra diferencias con primer informe debido a que en esa oportunidad se incluyó cobertura preescolar general, en esta oportunidad se mejora la medición y se incluye la "cobertura de preescolar" de hijos de madres activas, que están ocupadas y desocupadas, la metodología se detalla en anexo metodológico. Se incrementa la meta para el año 2015.

58 Para el año 2006, no se dispone de esta información, los datos del año 2000 corresponden a un estudio específico, de SERNAM – INE, en 1.010 empresas que no ha sido replicado con posterioridad.

59 El Índice de Calidad del Empleo corresponde a la información generada por OIT, para los años registrados, el cual no se ha logrado replicar con precisión para años posteriores, durante el 2008 se trabajará en la metodología, en conjunto con la OIT y el Ministerio del Trabajo, para avanzar en la definición y cálculo del indicador para la serie de tiempo 1990- 2006.

60 Información correspondiente al año 2007.



## META 4

**Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015**

### I. SITUACIÓN A LA FECHA

Los avances experimentados en los últimos años en Chile en materia de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, se explican, entre otras cosas, por la acción del Estado a tal efecto, conducida desde 1990 por una política de Gobierno, que ha incorporado la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y la eliminación de todas las formas de discriminación de género como uno de sus objetivos principales. La Presidenta Michelle Bachelet, reafirma esta prioridad a través de la Agenda Equidad de Género, llamada "Compromisos del Gobierno de Chile para avanzar en equidad de género 2006-2010". Esta iniciativa demuestra el compromiso de todos los sectores por formular políticas públicas con perspectiva de género y de esta manera concretar el compromiso de este Gobierno con las tareas pendientes de equidad.

La igualdad entre mujeres y hombres constituye un elemento básico de transformación social, para el desarrollo y para la madurez de nuestra democracia. Por ello la Agenda Equidad de Género constituye un avance en sí mismo y contribuye a eliminar las discriminaciones hacia las mujeres y las brechas que existen no sólo respecto de los hombres, sino también entre mujeres.

En este contexto, la desigualdad de género se interconecta con otro tipo de desigualdades: sociales, raciales, étnicas, generacionales, etc., en tanto la equidad de género incluye elementos de justicia social, y al mismo tiempo, contribuye a superar esos desequilibrios al ser abordados conjuntamente. En síntesis, la "equidad de género" incluye principios de igualdad, aspectos redistributivos, cruces con otros tipos de equidad social, diferencias dignas de reconocimiento y valoración. La meta final de la acción de Gobierno, sus Ministerios y especialmente del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM)<sup>61</sup> es, por lo tanto, lograr la equidad de género, entendida de esta forma compleja e integral.

En este marco, hoy en día enfrentar las relaciones de género desde las políticas públicas requiere necesariamente referirse a los derechos humanos. Es un imperativo garantizar la igualdad de derechos entre los géneros lo que permite directamente profundizar la democracia, fomentar una ciudadanía participativa, la justicia social y el reconocimiento de la diversidad. Es así como la equidad de género forma parte de cada uno de estos objetivos y además contribuye a lograrlos<sup>62</sup>.

Así lo expresa la Declaración del Milenio (2000)<sup>63</sup>, en donde los Estados Miembros de las Naciones Unidas reafirmaron su determinación de apoyar todos los esfuerzos encaminados al respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales, así como a la igualdad de derechos de todos, sin distinciones de raza, sexo, idioma o religión. En este contexto, existe el compromiso de promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer como medios eficaces para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades y para estimular un desarrollo sostenible<sup>64</sup>.

De acuerdo al Primer Informe del Gobierno de Chile sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, se entiende que avanzar en igualdad entre los géneros requiere considerar a los hombres y mujeres como personas en igualdad de derechos y oportunidades. Un elemento clave para alcanzar la igualdad de derechos entre los géneros es la autonomía, entendida como la capacidad de las personas de desarrollar control y poder sobre sí mismas, sus organi-

61 Servicio Nacional de la Mujer se conocerá como SERNAM de ahora en adelante en el presente documento.

62 SERNAM (2007). Agenda de Género 2006/2010. Gobierno Presidenta Michelle Bachelet Jeria. Servicio Nacional de la Mujer. Julio 2007, Santiago de Chile. Pp. 9.

63 ONU (2000). Declaración del Milenio. Resolución aprobada 55/2 por la Asamblea General Naciones Unidas en Nueva York del 6 al 8 de septiembre de 2000.

64 SERNAM (2007). Pp. 9



zaciones y sus contextos sociales, económicos y políticos, en suma el grado de libertad que tienen para actuar de acuerdo a su propia elección<sup>65</sup>.

En el actual período, la tendencia de las políticas públicas está orientada a profundizar lo avanzado en la eliminación de las discriminaciones y desigualdades a través de la transversalización del enfoque de género en las estrategias e instrumentos institucionales con el objetivo de posibilitar el acceso equitativo a los beneficios, recursos y oportunidades que ofrece el país.

La transversalización del enfoque de género se concibe como un proceso de valoración de las intervenciones que realizan hombres y mujeres en cualquier acción, incluyendo la legislación, políticas y programas, en todas las áreas y niveles. Es una forma de observar y analizar la realidad para hacer de las preocupaciones y experiencias, tanto de mujeres como de hombres, una dimensión integral en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas y programas en todas las esferas; política, económica y social, de modo que ambos géneros se beneficien igualmente; de manera que el objetivo primordial, práctico y estratégico, es alcanzar la equidad de género<sup>66</sup>.

Las políticas públicas tendientes a fomentar la equidad de género exigen una visión transversal de todos los aspectos de la realidad, incluyendo tanto a las políticas sociales como las de desarrollo económico, de fomento productivo y, en especial, aquellas relativas al acceso de las mujeres a las decisiones políticas. En este contexto, el compromiso y la voluntad política del actual gobierno se ha reflejado claramente en un conjunto de medidas cuya ejecución se materializa a través de diversos instrumentos, y mediante la coordinación de todos los sectores institucionales que tienen responsabilidades en la materia.

Los resultados en las metas que se exponen en el presente Informe, dan cuenta de los progresos alcanzados en cuanto a la promoción de la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer y explicita los desafíos pendientes que es necesario enfrentar en el próximo período. Es posible observar que la situación actual exige mayores esfuerzos para lograr equidad de género, especialmente espacios donde se identifican las mayores desigualdades como el ámbito laboral (brechas salariales, permanencia, seguridad y calidad del empleo), el ámbito intrafamiliar (toma de decisiones al interior del hogar, dependencia



económica y violencia) y en la subrepresentación en espacios de decisión política y económica, entre otras.

Finalmente, los datos provistos en este Informe sobre los avances de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, comprenden principalmente información hasta el año 2006, aunque es necesario explicitar que se han incluido algunos datos del año 2007 y proyecciones del 2008 para consolidar algunos progresos.

## 1. Situación a la fecha de indicadores mínimos y estimación para el año 2015

### 1.1 Relación niños/niñas en la educación básica.

La cobertura de enseñanza básica del sector escolar chileno, nivel al cual asisten niños y niñas de 6 a 13 años de edad, ha crecido a niveles importantes. Se observan pequeños cambios en la composición de género de esta mayor matrícula. En efecto, la relación niñas/niños en educación básica ha sufrido una leve caída, bajando de un 0,97 el año 2000 a un 0,94 el 2006, a pesar de esto se puede afirmar que existe acceso equitativo entre ambos



65 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Primer Informe del Gobierno de Chile. 2005.

66 Economic and Social Council, ECOSOC (2002) Gender Mainstreaming. An Overview. United Nations. New York.

sexos a la educación básica, especialmente si se presta atención al número de hombres y mujeres en este tramo etéreo. En las regiones no se presentan cambios significativos respecto de la situación registrada a nivel nacional. (ver Cuadro 20).

No obstante lo anterior, se observan desigualdades en relación a pruebas estandarizadas que miden la calidad. En la prueba SIMCE<sup>67</sup> 2006 aplicada a 4º año de enseñanza básica<sup>68</sup>, las mujeres obtienen puntaje más alto que los hombres en lenguaje y comunicación; en matemáticas no

se observan diferencias y en comprensión del medio los hombres tienen un puntaje más alto que las mujeres<sup>69</sup>. En este sentido, el desarrollo de procesos de aprendizaje exige un mejoramiento cualitativo de la enseñanza para los docentes, ya que algunas investigaciones de aula escolar muestran diferencias en las dinámicas de relación entre niños- profesores/as y niñas-profesores/as. Se ha encontrado que los niños son más estimulados y por tanto tienen más oportunidades que las niñas en la sala de clases y generalmente el/la docente orienta a sus estudiantes hacia tareas estereotipadas "de su sexo"<sup>70</sup>.

#### CUADRO 20

Relación entre niñas/niños en educación básica. Situación por región y género, año 2006.

Región	Matrículas Hombres	Matrículas Mujeres	M / H
Total País	0,51	0,49	0,94
Tarapacá	0,51	0,49	0,96
Antofagasta	0,51	0,49	0,95
Atacama	0,51	0,49	0,97
Coquimbo	0,51	0,49	0,94
Valparaíso	0,51	0,49	0,95
O'Higgins	0,52	0,48	0,94
Maule	0,52	0,48	0,94
Bío-Bío	0,52	0,48	0,94
La Araucanía	0,52	0,48	0,92
Los Lagos	0,52	0,48	0,93
Aysén	0,52	0,48	0,94
Magallanes	0,51	0,49	0,95
Metropolitana	0,51	0,49	0,95

Fuente: MINEDUC 2006.

#### 1.2 Relación niños/niñas en la educación media.

La relación niñas/niños en educación media por su parte, muestra un valor de 1.01, marginalmente inferior a la relación observada el año 2000 que alcanzaba un 1.02. Al igual que en educación básica, en enseñanza media prácticamente no existe diferencia significativa en la matrícula de niñas y niños. Dicha diferencia es también poco relevante, si se mira lo que pasa en las distintas regiones (ver Cuadro 21).

La evidencia indica que el país ha avanzado significativamente en el acceso a la educación básica y media, logrando coberturas similares entre hombres y mujeres en estos niveles educacionales.

67 SIMCE Sistema de Medición de la Calidad y Equidad de la Enseñanza.

68 Niños/as de 9 de edad aproximadamente.

69 [www.simce.cl](http://www.simce.cl)

70 UNESCO (2001). Igualdad de Género en la Educación Básica. En [www.oei.es](http://www.oei.es).





En relación a los aprendizajes de los alumnos de 15 años, el año 2006 se aplicó la prueba PISA<sup>71</sup> que permite evaluar de manera válida y confiable a los y las estudiantes en dos momentos distintos e indica que, aunque todavía hay mucho que superar como país, sí se han producido avances en los aprendizajes de los y las jóvenes, lo que confirma que los esfuerzos desplegados han obtenido frutos.

Entre los factores asociados con el logro educativo detectados en prueba, se encuentra el nivel socioeconómico de la familia de los estudiantes y el sexo. En la mayoría de los países, el sexo aparece relacionado con una diferencia en el rendimiento, por lo menos en algunas de las áreas. Las mujeres rinden mejor que los hombres en lectura en todos los países participantes. En el caso de Chile, la diferencia entre hombres y mujeres es la más baja (17 puntos). Por otro lado, los hombres muestran mejores rendimientos en Matemática en más de la mitad de los países. El puntaje en Matemática de los hombres en Chile es 28 puntos más alto que el de las mujeres, el valor más alto entre los países participantes. Con relación a la escala general de Ciencias y a las subescalas de competencias científicas, no es tan claro un patrón entre los países. Lo más frecuente es que no haya diferencias entre hombres y mujeres; esto

sucede así en 37 países de los 57 evaluados. En el caso de Chile, la diferencia a favor de los hombres en esta escala (ciencias) es de las más altas entre todos los países participantes –por ejemplo, 22 puntos en escala general de ciencias y 16 en subescala “Utilizar evidencia científica”–, siendo especialmente notable con relación a la subescala de “Explicar fenómenos científicos” (34 puntos)<sup>72</sup>.

En conclusión, los resultados muestran que en Chile, existe una gran diferencia entre los resultados de hombres y mujeres en casi todas las medidas comparadas, mostrando los primeros grandes ventajas especialmente en Ciencias y Matemática. En este sentido, surge como foco de preocupación relevante la identificación y superación de estas diferencias.

Además, de persistir en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de los aprendizajes, los mayores desafíos que tiene Chile se relacionan con lograr más equidad en los conocimientos y competencias desarrolladas en los y las jóvenes, tanto en reducir la brecha entre hombres y mujeres, como en conseguir que, independientemente de las diferencias socioeconómicas y culturales de origen, las escuelas puedan ofrecer a todos sus estudiantes oportunidades más igualitarias para aprender y desarrollarse<sup>73</sup>.

#### CUADRO 21

Relación niñas/niños en la educación media. Situación por región y género, año 2006.

Región	Matrículas Hombres	Matrículas Mujeres	M / H
Total País	0,50	0,50	1,01
Tarapacá	0,50	0,50	0,98
Antofagasta	0,50	0,50	1,00
Atacama	0,51	0,49	0,96
Coquimbo	0,49	0,51	1,02
Valparaíso	0,50	0,50	1,01
O'Higgins	0,50	0,50	1,01
Maule	0,49	0,51	1,03
Bío-Bío	0,49	0,51	1,03
La Araucanía	0,50	0,50	1,00
Los Lagos	0,50	0,50	1,00
Aysén	0,49	0,51	1,05
Magallanes	0,50	0,50	1,00
Metropolitana	0,50	0,50	1,01

Fuente: MINEDUC 2006.

71 PISA Programme for Indicators of Student Achievement.

72 [http://mt.educarchile.cl/mt/jbrunner/archives/2007/12/pisa\\_2006\\_prese.html](http://mt.educarchile.cl/mt/jbrunner/archives/2007/12/pisa_2006_prese.html).

73 [http://www.simce.cl/fileadmin/Documentos\\_y\\_archivos\\_SIMCE/PISA2006/PISA\\_2006.pdf](http://www.simce.cl/fileadmin/Documentos_y_archivos_SIMCE/PISA2006/PISA_2006.pdf).

### 1.3 Relación mujeres/hombres en educación superior.

En tanto, la relación mujeres/hombres matriculados en enseñanza superior alcanza al año 2006 un 0,97, superior al 0,87 del año 2000, lo que implica que ya el sistema de educación superior ha alcanzado la meta propuesta al 2015. Sin em-

bargo, existen aún importantes brechas regionales, siendo la educación superior la que presenta mayores diferencias en las regiones del país, a saber, las regiones de Antofagasta, Atacama, O'Higgins y Aysén presentan una relación igual o inferior a 0,90. Estas disparidades exigen análisis y diseños de políticas que intervengan esta dinámica en las matriculas de educación superior (ver Cuadro 22).

**CUADRO 22**

Relación mujeres/hombres en la educación superior. Situación por región y género, año 2006.

Región	Matriculas Hombres	Matriculas Mujeres	M / H
Total País	0,51	0,49	0,97
Tarapacá	0,50	0,50	1,01
Antofagasta	0,55	0,45	0,83
Atacama	0,55	0,45	0,83
Coquimbo	0,52	0,48	0,93
Valparaíso	0,50	0,50	1,00
O'Higgins	0,53	0,47	0,90
Maule	0,48	0,52	1,09
Bío-Bío	0,50	0,50	0,99
La Araucanía	0,49	0,51	1,04
Los Lagos	0,49	0,51	1,04
Aysén	0,53	0,47	0,87
Magallanes	0,52	0,48	0,93
Metropolitana	0,52	0,48	0,95

Fuente: MINEDUC 2006.

### 1.4 Relación tasa de alfabetización mujeres y hombres 15 a 24 años.

Se espera que para el año 2015 exista el mismo número de mujeres alfabetizadas que hombres para la población de 15 a 24 años, situación que al año 2006

muestra una relación de 1,01, es decir, no existe prácticamente una brecha entre mujeres y hombres; tampoco existen diferencias significativas al mirar cada región del país, lo que indica que la política de reducción de analfabetismo ha tendido a ser homogénea a nivel país (ver Cuadro 23).



**CUADRO 23**

Relación de alfabetización mujeres/hombres (15 a 24 años). Situación por región año 2006.

Región	M / H
Total País	1,01
Tarapacá	0,98
Antofagasta	1,02
Atacama	1,01
Coquimbo	1,01
Valparaíso	1,00
O'Higgins	1,01
Maule	1,01
Bío-Bío	1,00
La Araucanía	1,01
Los Lagos	1,01
Aysén	1,02
Magallanes	1,02
Metropolitana	1,01

Fuente: MINEDUC 2006.

74



### 1.5 Proporción de mujeres en la categoría ocupacional de asalariados del sector no agrícola.

Desde 1992 a la fecha, las mujeres han mejorado su participación en empleos de mejor calidad. De ello da cuenta la creciente proporción de mujeres en empleos asalariados

en el sector no agrícola. En 1992 un 31,5% de los empleos asalariados en el sector no agrícola, eran ocupados por mujeres (864.666 empleos), aumentando a un 36,5% en el año 2006 lo que corresponde a 1.439.060 empleos. Para el año 2015 se espera que esta proporción aumente al 40% (ver Cuadro 24).

**CUADRO 24**

Proporción de hombres y mujeres en la categoría ocupacional asalariado en sector no agrícola. (porcentaje).

Año	Hombre %	Mujer %	Total %
1992	68,5	31,5	100,0
1994	67,7	32,3	100,0
1996	66,5	33,5	100,0
1998	64,2	35,8	100,0
2000	64,2	35,8	100,0
2003	63,9	36,1	100,0
2006	63,5	36,5	100,0

Fuente: Series Encuesta CASEN, con expansión Censo 2002.

El acceso de las mujeres a mejores puestos de trabajo se ha manifestado en una caída de la condición de pobreza de este grupo ocupacional: mientras que en el año 1992 se consideraba pobres a un 11,9% de las mujeres asalariadas en sectores no agrícolas, para el año 2000 esta cifra cae a un 6% y para el año 2006 se reduce a sólo un 4,5%.

De acuerdo con las series de información de la Encuesta CASEN<sup>74</sup>, en los deciles más pobres y vulnerables (40% de la población con menores ingresos), se observa un importante aumento de la proporción de mujeres en el sector

74 Encuesta Casen Serie 1992- 2000-2006.

asalariado no agrícola. Como se observa en el siguiente Cuadro, en el primer decil de ingresos, en 1992 un 11,9% de las mujeres tenía el tipo de empleos descritos, mientras

que para el año 2006 esta cifra aumenta considerablemente a un 25,7%, situación similar sucede en los deciles 2 al 4.

**CUADRO 25**

Distribución de los asalariados/as en el sector no agrícola. Situación según género y deciles de ingreso autónomo, años correspondientes. (porcentaje).

Año	Sexo	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Total
1992	Hombre %	88,1	83,4	81,1	74,6	70,7	66,4	66,5	59,6	58,7	55,3	68,5
	Mujer %	11,9	16,6	18,9	25,4	29,3	33,6	33,5	40,4	41,3	44,7	31,5
	Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2000	Hombre %	79,0	78,4	75,6	71,6	67,5	61,9	60,2	55,9	54,4	54,7	64,2
	Mujer %	21,0	21,6	24,4	28,4	32,5	38,1	39,8	44,1	45,6	45,3	35,8
	Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2006	Hombre %	74,3	74,4	73,4	67,6	66,9	63,4	62,4	59,6	54,7	53,8	63,5
	Mujer %	25,7	25,6	26,6	32,4	33,1	36,6	37,6	40,4	45,3	46,2	36,5
	Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

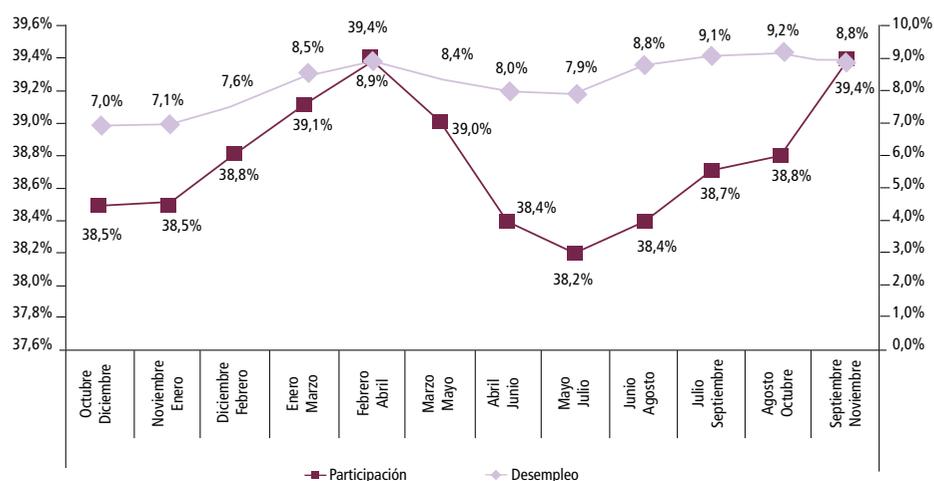
Fuente: Series Encuesta CASEN, con expansión Censo 2002.

Durante el año 2007 en materia de empleo se observan logros importantes, tales como la fuerte disminución del desempleo femenino, el que ha alcanzado un promedio de 8.4% en el año. Por otro lado, la tasa de participación femenina alcanza un 40,3% en el último trimestre móvil<sup>75</sup> (esta cifra incluye los meses de septiembre, noviembre y

diciembre), creciendo fuertemente el ritmo de generación de puestos de trabajo estables para las mujeres (ver gráfico 8). Además, las políticas de empleo se han focalizado en mujeres a través de los programas de empleo directo, indirecto, y de la capacitación e intermediación orientadas a ellas.

**GRÁFICO 8**

Mujeres, tasa de desempleo y de participación laboral, trimestres móviles, año 2006 y 2007.



Fuente: Ministerio del Trabajo, 2007.

75 Departamento de Estudios y Capacitación 2007, SERNAM.



## 1.6 Porcentaje de mujeres en el Parlamento.

En materia de participación de mujeres en cargos de representación popular, se observa que existe un aumento en el porcentaje de mujeres en el Parlamento desde el año

2000, donde las mujeres alcanzaban el 9,5%, aumentando dicha cifra al 12,6% en el año 2006. Sin embargo, este porcentaje está muy por debajo de la meta propuesta para el 2015, donde se espera que el Congreso chileno se encuentre conformado por un 40% de mujeres legisladoras.

### CUADRO 26

Porcentaje de mujeres en el Parlamento, períodos correspondientes.

Períodos	% Mujeres Senadoras	% Mujeres Diputadas
1990-1994	7,9	5,8
1994-1998	7,9	7,5
1998-2002	5,3	11,7
2002-2006	5,3	12,5

Fuente: Servicio Electoral, años respectivos.

76



En relación a este punto, la escasa representatividad de las mujeres en el Parlamento se explica por la baja participación de las mismas como candidatas tanto a diputadas como a senadoras. En las últimas elecciones celebradas en nuestro país el año 2005, las candidaturas de mujeres a la Cámara Baja sólo registraron un 15,75%, en tanto la de los candidatos hombres llegó a un 84,25%. Para el caso de la elección de Senadores/as, ocurre una situación similar, ya que se presentaron como candidatas sólo 9 mujeres y un total de 58 candidatos hombres, la cifra de mujeres es baja considerando que compiten por un cupo de 38 escaños en la Cámara Alta.

Abordar esta desigualdad implica necesariamente cambiar las culturas partidarias, avanzar en la democratización al interior de los partidos políticos generando igualdad de oportunidades tanto para los militantes hombres como

para las mujeres y garantizar cuotas de candidatas mujeres en los procesos electorarios. En este contexto, durante el año 2007 la Presidenta Michelle Bachelet impulsó un importante proyecto de ley que pretende incentivar una mayor participación política de las mujeres, que se enmarca dentro de la política de Igualdad de Oportunidades y la Agenda de Género.

Otra de las iniciativas promovidas en este sentido y en donde se observan notables avances, es en la participación de mujeres en los cargos del Gobierno Interior. En el año 1991, existe escasa presencia de mujeres en dichos puestos de responsabilidad, en donde sólo estaba representada a nivel de las gobernaciones. Sin embargo, en el año 2007 se observa que las mujeres llegaron a ocupar el cargo de intendenta en un 46%, en tanto en las Gobernaciones su representación alcanzó el 35%.

**CUADRO 27**

Cargos de confianza en el poder regional. Situación por sexo y proporción de mujeres, años correspondientes.

Años	Intendencias			Gobernaciones		
	Mujeres	Hombres	% M/T	Mujeres	Hombres	% M/T
1991	0	13	0	4	46	8
1999	1	12	8	5	45	10
2000	4	9	31	15	35	30
2001	2	11	15	15	35	30
2002	2	11	15	13	38	25
2003	1	12	8	11	39	22
2004	0	13	0	13	43	23
2005	1	12	8	13	43	23
2006	6	7	46	16	35	31
2007	6	7	46	18	33	35

Fuente: Ministerio del Interior, años respectivos.

Asimismo, en el actual gobierno las mujeres han aumentado su representatividad en el Gabinete. A comienzos del gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, se estableció un gabinete paritario, llegando a ocupar el

cargo de ministras 10 mujeres de un total de 20 carteras. A la fecha, si bien la participación de mujeres ha disminuido, su presencia sigue siendo importante alcanzando un 40%.

77


**CUADRO 28**

Indicadores de participación política de mujeres, años correspondientes (en porcentajes).

Cargos	1995 %	2000 %	2003 %	2006 %
Ministerios	15,8	31,25	16,67	50,0
Subsecretarías	3,6	25,9	27,6	48,4
SEREMIS	7,6	22,9	15,3	38,4
Intendencias	7,7	23,1	15,4	46,0
Gobernadoras	10,0	30,0	24,0	33,3
Cargos Corte de Apelaciones	27,5	34,0	35,0	N/D
Diputadas	7,5	11,7	12,5	15,8
Senadoras	2,6	5,2	5,2	5,2
Alcaldesas	7,2	7,9	12,6	12,2
Concejales	12,5	17,0	17,0	21,0
Cargos Nacionales Partidos Políticos	9,0	17,2	18,5	N/D

Fuente: Valdés Teresa; Fernández, Ma. De los Ángeles. "Género y Política: un análisis pertinente", p.33. Revista Política, Instituto de Asuntos Públicos, Departamento de Ciencia Política, Universidad de Chile, Vol. 46, otoño de 2006.

Por último cabe destacar el incremento que en el año 2006 ha tenido la participación femenina en el poder ejecutivo, lo que se evidencia en la tabla precedente. Sin embargo se observa a la vez, la urgencia de una estrategia que contenga medidas activas para modificar la situación en los otros poderes del Estado.

## 2. Situación a la fecha de indicadores adicionales y estimación para el año 2015

### 2.1 Tasa de conclusión en la enseñanza media de la mujer.

Si se observa la tasa de conclusión de enseñanza media para la mujer, como indica el porcentaje de mujeres de

entre 20 y 24 años que han completado los 12 años de escolaridad, ésta alcanza a un 80,6%, lo que implica un crecimiento de casi 12 puntos porcentuales con relación al año 2000, acercándose positivamente a la meta para el 2015. Las cifras regionales, por su parte, indican que las regiones O'Higgins, Maule, La Araucanía, Los Lagos y Aysén presentan tasas muy por debajo del promedio nacional (ver Cuadro 29).

### 2.2 Proporción de mujeres en cargos locales de elección popular (concejales).

Se registra un aumento de mujeres en cargos de elección popular a nivel local desde un 17% en el año 2000 a un 21% en el 2004<sup>76</sup>. En el caso de la proporción de mujeres en cargos locales de elección popular (Alcaldesas o Conce-

#### CUADRO 29

Tasa de conclusión de enseñanza media de la mujer. Situación por región, año 2006 (porcentajes).

Región	Mujeres %
Total País	80,6
Tarapacá	82,9
Antofagasta	80,6
Atacama	79,3
Coquimbo	82,6
Valparaíso	80,0
O'Higgins	69,8
Maule	71,0
Bío-Bío	78,2
La Araucanía	75,0
Los Lagos	73,7
Aysén	62,7
Magallanes	78,9
Metropolitana	85,2

Fuente: MINEDUC 2006.

jalas), se observa un incremento insuficiente para alcanzar la meta al año 2015 (40%), estimándose que en este caso también se hace necesaria la materialización de acciones legales positivas en torno a la participación política de la mujer en el nivel local, meta muy difícil de lograr en las actuales condiciones institucionales y políticas.

La participación política de las mujeres en instancias formales es una de las grandes debilidades de la democracia

chilena. La subrepresentación femenina en este tipo de cargos conmina a adoptar medidas que permitan cambiar el curso de esta tendencia.




**CUADRO 30**

Número de Concejales. Situación por sexo y región, proporción de mujeres, período 2004 - 2008.

Región	Hombres	Mujeres	Total	% Mujeres
Total País	1.677	458	2.135	21,5
Tarapacá	34	8	42	19,0
Antofagasta	43	14	57	24,6
Atacama	43	11	54	20,4
Coquimbo	67	26	93	28,0
Valparaíso	190	46	236	19,5
O'Higgins	162	38	200	19,0
Maule	147	32	179	17,9
Bío-Bío	273	57	330	17,3
La Araucanía	157	36	193	18,7
Los Lagos	153	30	183	16,4
Aysén	46	14	60	23,3
Magallanes	39	23	62	37,1
Metropolitana	238	108	346	31,2
Los Ríos	64	10	74	13,5
Arica y Parinacota	21	5	26	19,2

Fuente: Asociación Chilena de Municipalidades.

### 2.3 Tasa de participación laboral de las mujeres.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Empleo del Instituto Nacional de Estadísticas, la participación laboral de las mujeres, consideradas en el conjunto de la fuerza laboral, presenta un aumento sostenido desde un 35,0% en el año

2000 a un 38,5% en el 2006. Esta cifra se incrementa el último trimestre del año 2007 (octubre-diciembre), alcanzando una participación laboral de las mujeres de 40,3%, acercándose a la meta de 45% fijada para el 2015. El siguiente cuadro muestra la Tasa de Participación Femenina para el año 2006.

**CUADRO 31**

Participación Laboral de las Mujeres. Situación por región, año 2006.

REGION	En la fuerza laboral	Total 15 años y más	Tasa de participación de mujeres %
Total país	2.451.407	6.371.497	38,5
Tarapacá	70.024	174.654	40,1
Antofagasta	68.778	193.676	35,5
Atacama	41.131	98.200	41,9
Coquimbo	83.477	259.964	32,1
Valparaíso	248.913	669.342	37,2
O'Higgins	113.425	318.897	35,6
Maule	134.340	373.004	36,0
Bío Bío	268.518	770.685	34,8
La Araucanía	117.736	357.109	33,0
Los Lagos	149.433	436.840	34,2
Aysén	16.426	34.457	47,7
Magallanes	18.836	56.868	33,1
Metropolitana	1.120.370	2.627.801	42,6

Fuente: INE con base en ENE.

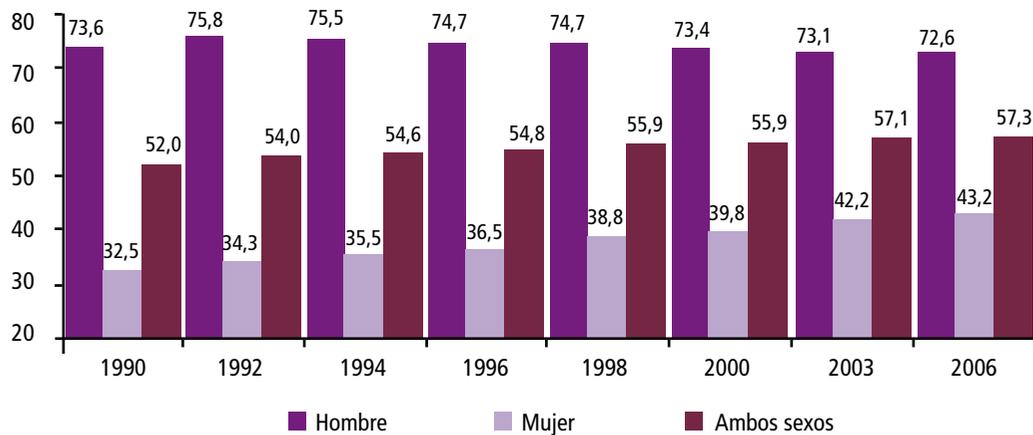


Por su parte, la información de la Encuesta CASEN (2006)<sup>77</sup>, corrobora esta misma tendencia, la participación laboral de las mujeres ha aumentado en forma significativa en los últimos 16 años, pasando de una tasa de participación de 32,5% a 43,2%. Sin embargo, aún persisten diferencias importantes entre hombres y mujeres: en 1990 la brecha entre hombres y mujeres era de 41,1 puntos porcentuales (tasas de participación de 73,6% y

32,5% respectivamente), mientras que para el año 2006 la brecha disminuye a 29,4 puntos porcentuales (tasas de participación de 72,6% y 43,2% respectivamente). Así, la tasa de participación femenina ha crecido durante el período 1990-2006, en casi 11%, en tanto la masculina ha caído en 1 punto, lo que señala un importante avance en la incorporación femenina a la fuerza de trabajo (ver Gráfico 9).

### GRÁFICO 9

Evolución de la Tasa de participación por género 1990-2006 (porcentaje).

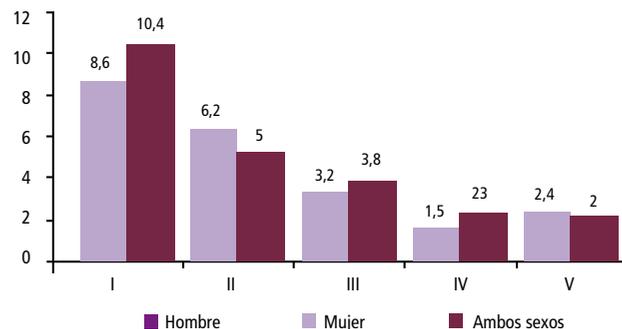


Fuente: Series encuesta CASEN, con expansión Censo 2002.

## 2.4 Participación económica de las mujeres que pertenecen al primer quintil de ingresos.

### GRÁFICO 10

Tasa de evolución de desempleo de las mujeres jefas de hogar 1990-2006 (porcentajes).



Fuente: Series encuesta CASEN, con expansión Censo 2002.

77 Recordamos que la Tasa de Participación obtenida por la CASEN difiere de la Encuesta Nacional de Empleo del INE, debido a que ambos instrumentos consideran preguntas distintas sobre situación ocupacional; lo importante en esta información es comparar son las tendencias y no los valores puntuales del indicador.

De acuerdo con la serie información de la Encuesta CASEN, se ha observado un importante avance en los niveles de participación laboral femenina del I quintil de ingresos (correspondiente al 20% de la población con menores ingresos): en el año 1990 la tasa de participación femenina era de 18%, mientras que para el año 2000 las mujeres alcanzan una participación del 26,6% y para el año 2006 aumenta a un 27,5%.

Lo relevante, es que este aumento en la tasa de participación está acompañado por una disminución importante de la tasa de desocupación de las mujeres en este segmento: en el año 1990 la tasa de desocupación femenina en el I quintil era de 30% (triplicando los niveles de desocupación de las mujeres a nivel nacional); mientras que en el año 2006 la desocupación cae a un 25,9%.

Sin embargo, al analizar la desocupación de las jefas de hogar femeninas, en el I quintil se observa un aumento de la desocupación entre 1990 y 2006 (ver gráfico 10): en 1990 la desocupación de las jefas de hogar femeninas era de un 8,6%, subiendo en el año 2006 a un 10,4%.

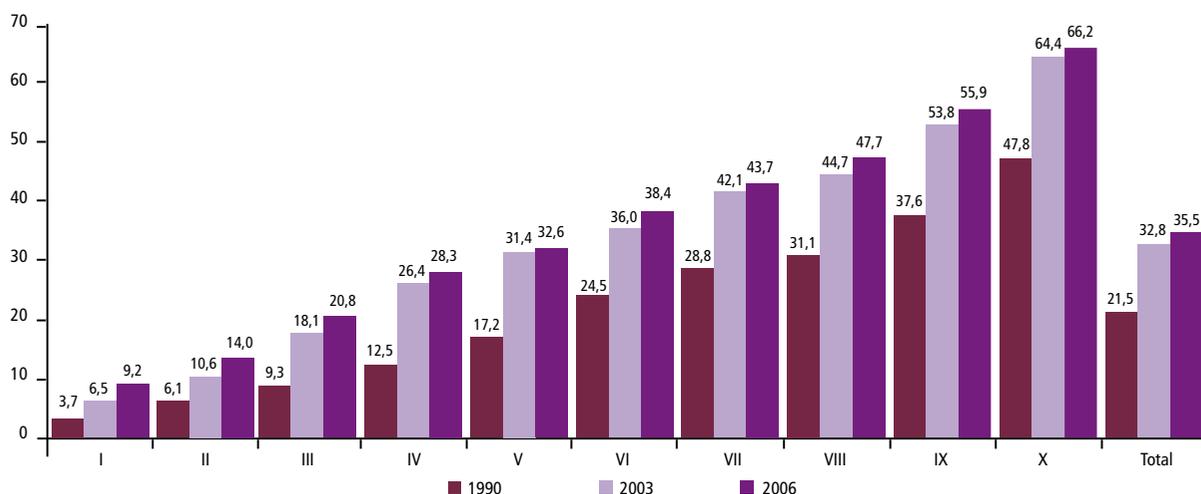
Por otro lado, el aumento de la participación laboral está también caracterizado por la proporción de hogares con jefe/a de hogar y cónyuge (o pareja) ocupados (ver Gráfico 11). No obstante, en el año 2006 en el X decil (10% de los hogares de ingresos más altos) 6 de cada 10 hogares tiene a ambas personas ocupadas –Jefe/a y cónyuge (o pareja)-mientras en el I decil hay sólo 1 de cada 10 hogares.

En este contexto, el Programa Mejorando la Empleabilidad y las Condiciones Laborales de las Mujeres Jefas de Hogar, del Servicio Nacional de la Mujer, tiene por objetivo intervenir las barreras de género que dificultan el acceso al empleo entre las mujeres pobres y de sectores medios. Durante el 2007 se ejecutó en 105 municipalidades y se ha definido para el 2008 alcanzar más del 60% de las comunas del país.

De tal forma, prevalece que el desafío para las políticas públicas es disminuir las brechas ya sea en inserción al mercado laboral y de forma complementaria, disminuir la brecha de ingreso de las mujeres, especialmente de aquellas que son jefas de hogar.

**GRÁFICO 11**

Hogares con jefe y cónyuge (o pareja) ocupados por decil de ingreso autónomo del hogar 1990, 2003 y 2006 (porcentaje sobre hogares con cónyuge).



Fuente: Series encuesta CASEN, con expansión Censo 2002.

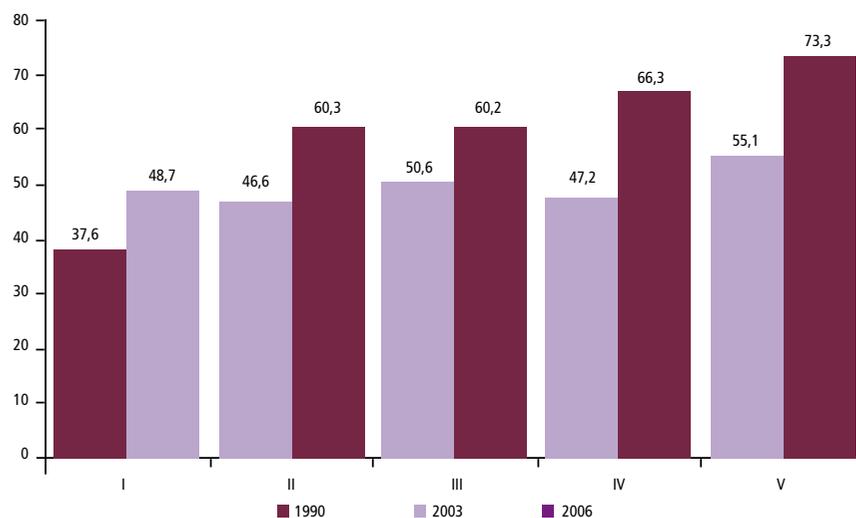


A la vez, al analizar la evolución de los niveles de participación de las jefaturas de hogar femeninas según quintiles de ingreso (ver Gráfico 12), se observan importantes avances entre 1990 y 2006: la participación laboral en el

primer quintil (correspondiente al 20% de la población de menores ingresos) aumenta desde un 37,6% en 1990 a un 48,7% en el año 2006; para el segundo quintil los valores fluctúan entre un 46,6% y un 60,3%, respectivamente.

## GRÁFICO 12

Evolución de la Tasa de Participación de las Mujeres Jefas de Hogar 1990-2006 (porcentaje), según quintil de ingreso.



Fuente: Series encuesta CASEN, con expansión Censo 2002.

82



### 2.5 Cobertura preescolar para hijos e hijas de mujeres económicamente activas.

La cobertura preescolar para hijos e hijas de mujeres económicamente activas alcanzó un 29,9% en 1990 y en el año 2006 registró un 51,8%. Superando la meta fijada de 42% para el indicador.

El incremento de la cobertura preescolar ha sido una prioridad en el ámbito de la Política Pública nacional en el sector educación. En el año 1990 prácticamente el 20% de los niños y niñas menores de seis años se encontraba matriculado en algún establecimiento de educación pre-escolar; para el grupo específico de los hijos e hijas de madres que se encontraban económicamente activas este porcentaje alcanzaba a 29,9%<sup>78</sup>. Considerando la importancia que tiene para el desarrollo de los niños y niñas la educación preescolar y con

el objetivo de facilitar el acceso de las mujeres de menores ingresos a la vida laboral y/o completar sus estudios, se ha establecido una política pública para mejorar el acceso a la educación de este nivel y al cuidado infantil.

Consecuentemente se encuentra en plena ejecución el Programa Chile Crece Contigo que forma parte del Sistema de Protección Social impulsado en este último período. Se han creado 1.700 salas cunas públicas, completando de esta manera 2.408, con capacidad para 49.000 niños/as. Esto ha implicado que 30.500 trabajadoras se beneficien de la extensión horaria en jardines infantiles de la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y en la Fundación INTEGRA.

78 MIDEPLAN, 1990

En el cuadro siguiente se observan las diferencias registradas en la cobertura preescolar de hijos e hijas de mujeres económicamente activas en cada región. Las menores coberturas se observan en las regiones de La Araucanía, el Bío Bío, O'Higgins y Valparaíso; en las dos primeras coinciden con las regiones que presentan los más altos niveles de pobreza e indigencia, sobre el 20% de población en situación de pobreza en el año 2006, cuando el promedio nacional alcanza el 13,5% de la población. Por el contrario, las regiones que muestran niveles más altos

en esta cobertura son las regiones de Aysén, Magallanes y Coquimbo.

Considerando las actuales tendencias y la prioridad política que se ha otorgado a las inversiones públicas orientadas a la educación pre-escolar, se estima que para los próximos años se incrementará la cobertura en este nivel educacional, lo que contribuirá a facilitar el acceso al mercado laboral de las mujeres que tienen hijos e hijas menores de 6 años.

### CUADRO 32

Cobertura Preescolar de hijos e hijas de madres económicamente activas. Situación por región, año 2006.

Región	%
Total País	51,8
Tarapacá	56,7
Antofagasta	52,8
Atacama	50,5
Coquimbo	62,3
Valparaíso	48,7
O'Higgins	48,6
Maule	54,1
Bío Bío	46,5
La Araucanía	48,3
Los Lagos	51,8
Aysén	69,7
Magallanes	60,4
Metropolitana	52,5

Fuente: MIDEPLAN, Encuesta CASEN 2006.

### 2.6 Participación de mujeres en puestos de responsabilidad y/o decisión a nivel de empresa.

El indicador presentado en el Primer Informe de Avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, corresponde a la información proveniente de un estudio específico de SERNAM – INE, que incorporó a 1.010 empresas realizado el año 2000 y que no ha sido replicado; en consecuencia

no se cuenta con la misma fuente de información para dar cuenta de este indicador. En este contexto, con el fin de conocer los avances en el ámbito de la participación de las mujeres en cargos directivos en el sector privado, se analizará la distribución de hombres y mujeres en los principales Directorios de las Organizaciones Empresariales en Chile, en las Directivas de Colegios Profesionales de Chile y en los directorios de las Empresas del Sector Público. Para el año 2000 se contaba con un 18% de par-



ticipación de mujeres en puestos de responsabilidad y/o decisión a nivel de empresa y la meta esperada para el 2015 corresponde a 25%. De acuerdo a los datos de los Cuadros 33 y 34, del año 2007 observamos que algunas directivas y directorios se muestran levemente proclives a la incorporación de mujeres, mientras en otros no exis-

te ninguna inclinación hacia la equidad de género. Por otra parte en el cuadro 35, se muestra que el 14,1% de los miembros de los directorios de empresas públicas son mujeres, si bien el porcentaje es más alto que el sector privado, resulta aún insuficiente y se requiere avanzar en equidad en esta área.

### CUADRO 33

Cuadro de Directorios de las Organizaciones Empresariales en Chile. Situación por sexo, año 2007.

Organización Empresarial	Mujeres	Hombres	Total	% Mujeres
Total país	7	122	129	5,42
CONUPIA	5	22	27	18,5
ASEXMA	1	10	11	9,1
SONAMI	1	10	11	9,1
Cámara Chilena de la Construcción	0	17	17	0
A. de Bancos e Instituciones Financieras	0	16	16	0
Cámara Nacional de Comercio y Turismo	0	11	11	0
Confederación de la Producción y Comercio	0	15	15	0
SOFOFA	0	16	16	0

Fuente: Carrera e infante (2007)<sup>79</sup>.

### CUADRO 34

Cuadro de Directivas de Colegios Profesionales de Chile. Situación por sexo, año 2007.

Colegio Profesional	Mujeres	Hombres	Total	% Mujeres
Total País	16	113	129	12,4
Periodistas	3	9	12	25
Cirujanos Dentistas	1	4	5	20
Abogados	4	17	21	19,04
Arquitectos	2	10	12	16,66
Profesores	2	13	15	13,33
Psicólogos	1	8	9	11,11
Ingenieros Agrónomos	1	9	10	10
Ingenieros	2	23	25	8
Constructores Civiles	0	6	6	0
Contadores Generales	0	7	7	0
Médicos	0	7	7	0

Fuente: Carrera e infante (2007).

79 Fuente: Carrera, Carolina e Infante, Mariela. Corporación Humanas. La Participación de las Mujeres en Espacios de Decisión de las Organizaciones de la Sociedad Civil. Pág. 8. Santiago, 2007. Cotejado con datos disponibles en páginas Web respectivas.



**CUADRO 35**

Composición por sexo de Directorios de Empresas del Sector Público, año 2006. (en porcentaje).

Nombre Empresa	Nº Mujeres	Nº Hombres	Mujeres %
Transporte de pasajeros Metro S.A.	1	7	12,5
Zona Franca de Iquique	0	8	0,0
Polla Chilena de Beneficencia	3	5	37,5
Comercializadora de Trigo	1	3	25,0
Sociedad Agrícola Isla de Pascua	1	5	16,7
Empresa Nacional de Carbón	1	7	12,5
Empresa de Servicios Sanitarios de Antofagasta	1	7	12,5
Empresa de Servicios Sanitarios Lago Peñuelas	2	4	33,3
Sociedad Agrícola SACOR	0	3	0,0
Aguas Andinas	1	7	12,5
Empresa de Servicios Sanitarios del Bío Bío	0	8	0,0
ESVAL	1	7	12,5
Empresa de Servicios Sanitarios de Los Lagos	1	7	12,5
Empresa Portuaria Arica	0	4	0,0
Empresa Portuaria Iquique	0	4	0,0
Empresa Portuaria Antofagasta	1	3	25,0
Empresa Portuaria Coquimbo	0	4	0,0
Empresa Portuaria Valparaíso	0	6	0,0
Empresa Portuaria San Antonio	1	5	16,7
Empresa Portuaria Talcahuano-San Vicente	1	5	16,7
Empresa Portuaria Puerto Montt	0	4	0,0
Empresa Portuaria Chacabuco	1	3	25,0
Empresa Portuaria Austral	0	4	0,0
Empresa Correos de Chile	1	4	20,0
Empresa Nacional de Minería	3	6	33,3
Empresa de Ferrocarriles del Estado	2	6	25,0
Empresa de Abastecimiento de Zonas Aisladas	0	4	0,0
<b>Totales</b>	<b>23</b>	<b>140</b>	<b>14,1</b>

Basado en los Directorios publicados en la Memoria Anual 2006 del Sistema de Empresas Públicas SEP, es un organismo técnico asesor de Estado que ejerce control de 23 empresas públicas del que el Estado es dueño o accionista.

**2.7 Índice de calidad del empleo femenino.**

El índice de calidad del empleo femenino corresponde a información generada por la OIT, que no ha sido elaborada aún para el año 2006. Durante el año 2008 se trabajará en la me-

todología, en conjunto con la OIT y el Ministerio del Trabajo, para avanzar en la definición y cálculo del indicador para la serie de tiempo 1990-2006. En este escenario, se dará cuenta del indicador a través de la situación contractual, previsión y extensión de jornada laboral de hombres y mujeres.





De acuerdo a la información proporcionada por las Series de la Encuesta CASEN, entre 1990 y el año 2006, crecen los trabajadores asalariados<sup>80</sup> en una tasa promedio anual de 2,8% (esto significa cerca de 114 mil nuevos asalariados al año). De ellos, los hombres asalariados que han “firmado un contrato” alcanzan al 79,6%, mientras que las mujeres comprenden sólo el 72,6%. En el caso de quienes “no han firmado contrato”, los hombres llegan a un 1,9% mientras que las mujeres a un 2,4%: esto señala que en el año 2006 la gran mayoría de los trabajadores asalariados tiene contrato firmado. Los hombres asalariados que trabajan “sin contrato” llegan al 17,4% mientras que el 23,8% de las mujeres asalariadas están en esta situación<sup>81</sup>. Si este dato se cruza con la variable edad, se obtiene que el 42,4% de quienes se ubican entre los 15 y 19 años carecen de contrato, situación que se repite en el grupo de 65 y más años, con un 37,6% de personas sin contrato (CASEN, 2006).

Con respecto al acceso a la previsión social (CASEN 2006), la proporción de hombres que cotizan es mayor que el de mujeres, 69% y 62,6% respectivamente; ello se complementa con el hecho de que quienes “no cotizan” se concentran en los deciles de menores ingresos.

En relación a las diferencias en el tipo de jornadas, al analizar la situación entre los asalariados hombres y mujeres (CASEN 2006), se observa que del total de asalariados con

jornada completa (30 horas y más a la semana), un 64,1% son hombres y el resto mujeres; mientras que del total de asalariados con jornada parcial (menos de 30 horas a la semana) se revierte la tendencia: sólo 35,9% son hombres y un 63,4% son mujeres.

## 2.8 Diferencia de salarios medios por igual trabajo entre hombres y mujeres.

En un reciente informe la CEPAL (2007), ha reiterado que las brechas entre las remuneraciones de mujeres y hombres son evidentes, incluso al comparar “por horas trabajadas” y nivel educativo: las mujeres con mayor educación son las que ganan significativamente menos que los varones por iguales o similares roles.

De acuerdo a la Encuesta Suplementaria de Ingresos del Instituto Nacional de Estadísticas (2006), se puede observar la existencia de brechas importantes en todos los grupos ocupacionales. En 1990 las diferencias de ingresos entre hombres y mujeres en similar ocupación fue de 38% en el año 2000 se reduce a 31% y en el año 2006 muestra un importante descenso llegando a 22,8%. Las brechas más amplias se presentan en los grupos “profesionales y/o técnicos” y en los “artesanos y operarios”, donde las mujeres ganan un 39,7% menos que los hombres. Este dato demuestra el problema de segmentación ocupacional y de sus efectos en las brechas salariales (ver Cuadro 36).

80 De acuerdo a la Encuesta CASEN, se entiende por a) asalariados: individuos que trabajan bajo supervisión y dependencia de un empleador y reciben por su trabajo un sueldo o salario. Corresponde a empleados y obreros (públicos y privados); al servicio doméstico (puertas adentro y afuera) y las FFAA; y por b) no asalariados: corresponde a los “familiares no remunerados” y a los “trabajadores independientes”: individuos que no tienen empleador y realizan una actividad independiente y en forma autónoma. Ellos se clasifican en a) Patrones o empleadores: tienen trabajadores bajo su dependencia y subordinación; y b) Trabajadores por cuenta propia: no tienen trabajadores bajo su dependencia y subordinación.

81 Al sumar las tres categorías de contrato en los hombres da 98,9% y en las mujeres 98,8%. Esto porque un 1,1% de hombres contestó “no acordarse” que contrato tenía, lo mismo hizo un 1,2% de las mujeres.

**CUADRO 36**

Ingreso medio mensual<sup>82</sup> de los asalariados según grupo ocupacional. Situación por sexo y brecha (pesos de octubre de 2006).

Grupo Ocupacional	Total (\$)	Mujeres (\$)	Hombres (\$)	Brecha (%) <sup>83</sup>
Total País	277.140	233.734	302.820	-22,8
Profesionales. Técnicos y Afines	612.270	465.203	771.711	-39,7
Gerentes, Administradores y Directivos	1.011.787	769.305	1.092.066	-29,6
Empleados de Oficina	289.770	252.066	328.779	-23,3
Vendedores y Afines	194.414	169.992	223.988	-24,1
Agricultores, Ganaderos, Pescadores, Cazadores	149.642	127.767	154.146	-17,1
Conductores de Transporte	230.053	239.106	229.781	4,1
Artesanos y Operarios	200.426	128.090	212.288	-39,7
Obreros y Jornaleros	144.981	126.888	149.418	-15,1
Trabajadores en Servicio Personal	144.709	130.456	173.203	-24,7
Trabajadores en Ocupaciones No Bien Especificadas	400.315	292.763	405.846	-27,9

Fuente: Encuesta Suplementaria de Ingresos - INE 2006.

87



A la vez, como señala la Encuesta CASEN (2006), las diferencias de ingresos entre hombres y mujeres asalariados crece a medida que aumenta el nivel educacional, a saber, las mujeres con educación básica ganan el 67,8% de los ingresos del trabajo de los hombres, mientras que las mujeres con educación superior sólo perciben el 61,4% de los ingresos de los hombres.

En términos monetarios, el ingreso del trabajo promedio de los hombres asalariados para el año 2006 alcanza a los \$325.602 mientras que las mujeres asalariadas perciben \$ 247.832. Esta diferencia se acrecienta a medida que aumenta el número de años de estudio. Para quienes poseen educación superior completa, las diferencias son significativas: las mujeres ganan \$ 488.448 en promedio, mientras que los hombres \$ 795.449 en promedio (CASEN, 2006).

La tasa de participación femenina en el mundo laboral crece sostenidamente, pero persisten problemas discrimi-

natorios. La discriminación de la mujer en el ámbito laboral pasa asimismo por una falta general de comprensión de la diferencia entre los conceptos de igual remuneración por trabajos iguales o similares, e igual remuneración por trabajos de igual valor". Todos estos elementos constituyen factores negativos que perpetúan de alguna forma la desigualdad en materia de remuneración.

Esto demuestra que las brechas salariales aumentan a medida que las mujeres acceden a cargos de decisión y mayor relevancia. En esos niveles el mercado recompensa el aporte de los hombres mientras que no valoriza de similar forma el trabajo de las mujeres.

Por otro lado, según la Encuesta CASEN 2006, una importante proporción de mujeres asalariadas, 20,9%, obtiene ingresos menores a 1 ingreso mínimo mensual legal (IMML)<sup>84</sup>, mientras que en los hombres, esta proporción representa solo al 9,2% (ver gráfico 13).

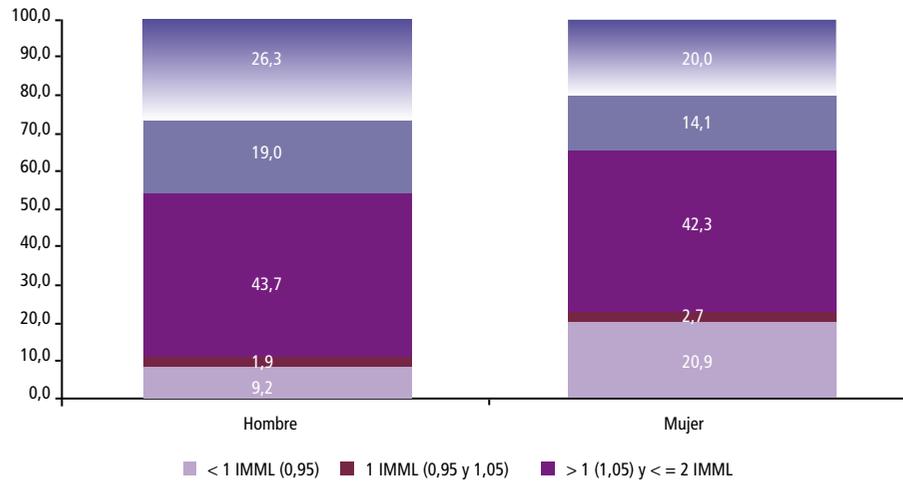
82 Incluye solo Sueldos y Salarios de los Asalariados y Personal de Servicio Doméstico.

83 Diferencia entre el ingreso de mujeres y hombres, como porcentaje del ingreso de los hombres.

84 El ingreso mínimo mensual legal líquido (IMML) corresponde a \$108.000 a noviembre del año 2006 (IMML \$135.000 - 20%).

### GRÁFICO 13

Ingresos del trabajo de los "asalariados" según Sexo (en ingresos mínimos líquidos), 2006 (porcentaje).



Fuente: Series encuesta CASEN, con expansión Censo 2002.

88

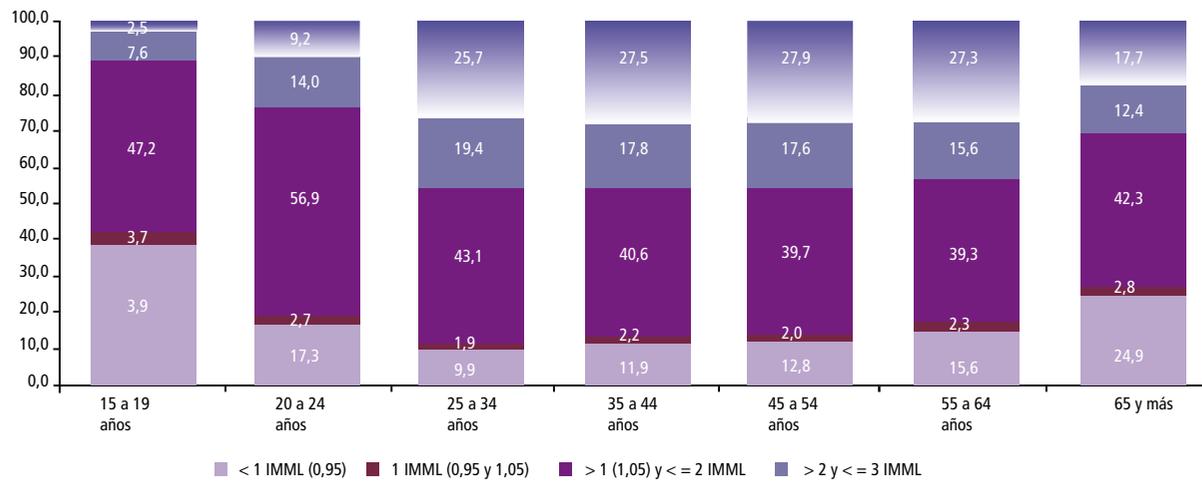


A la vez, la población más joven también presenta importantes diferencias al respecto: un 39% del tramo 15 a 19 años obtiene ingresos menores a 1 IMML y un 3,7% iguales a 1 IMML; mientras un 47,2% de ellos

obtiene más de 1 IMML hasta 2 IMML. Esto significa que cerca del 90% de los jóvenes menores de 19 años tienen ingresos promedio menores a \$216.000 al mes (ver Gráfico 14).

### GRÁFICO 14

Ingresos del trabajo en ingresos mínimos líquidos de los asalariados según tramos de edad, 2006 (porcentaje).



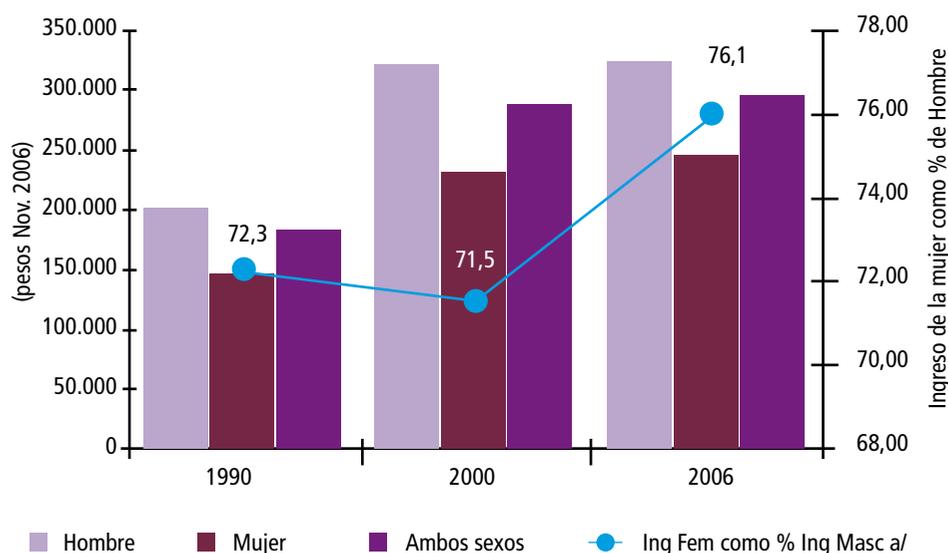
Fuente: Series encuesta CASEN, con expansión Censo 2002.

No obstante lo anterior, de acuerdo a la serie CASEN 1990 a 2006, en los últimos años se ha observado una reducción de las diferencias en los ingresos del trabajo entre hombres y mujeres asalariados<sup>85</sup>: mientras en el

año 1990 las mujeres ganaban un 72,3% de los ingresos masculinos, en el año 2006 ellas obtienen ingresos cercanos al 76,1% del ingreso de los hombres (Ver Gráfico 15).

### GRÁFICO 15

Ingresos del trabajo promedio mensual de los asalariados por sexo 1990, 2000 y 2006 (pesos de noviembre de 2006).



Fuente: Series encuesta CASEN, con expansión Censo 2002.

### 2.9 Participación de las mujeres en los programas de capacitación, a través de franquicia tributaria u otras modalidades.

La apertura de la economía chilena y la suscripción de una serie de acuerdos comerciales, han presentado nuevas oportunidades y ha permitido llevar los productos nacionales a diversos países. Lo anterior ha implicado, entre otras cosas, realizar persistentes esfuerzos, públicos y privados, para aumentar la competitividad de las empresas y la empleabilidad de las personas, mediante la aplicación de políticas públicas e instrumentos para el mercado de la capacitación e intermediación laboral, que propendan al desarrollo de un proceso de formación permanente. En Chile, esta tarea se realiza a través de la administración de un incentivo tributario que el Estado ofrece a las empresas, denominado "Franquicia Tributaria" para capacitar a su personal y de una acción subsidiaria, mediante un programa de becas de capacitación financiada con recursos públicos; para que los trabajadores y trabajadoras de Chile obtengan empleos decentes, que les permitan aumentar

sus ingresos, adquieran competencias, habilidades y destrezas, desarrollen una carrera laboral y eviten la cesantía<sup>86</sup>.

En este contexto, incrementar la participación laboral de las mujeres y fomentar su capacitación y formación representan objetivos relevantes en el propósito de mejorar las condiciones de competitividad del país. La participación de las mujeres en los programas de capacitación ha tenido un sostenido crecimiento en los últimos 17 años, en 1990 dicha participación alcanzó a un 20,1%, aumentando el año 2002 a un 30,1% y para el año 2007 se logra un 39,4%; en ese año se capacitaron más de un millón de personas, 414.153 eran mujeres. En el periodo se ha duplicado la proporción de mujeres que forman parte de los programas de capacitación estatales; lo que significa mayor acceso a preparación especializada y/o técnica que permite movilidad laboral, mayor competitividad y por tanto mejores remuneraciones.

85 Diferencias de Ingresos por Género: corresponde a cuánto es el ingreso femenino del masculino (en porcentajes).

86 Servicio Nacional de Capacitación y Empleo, 2007.



## 2.10 Acceso de la población femenina al sistema financiero.

El acceso a instrumentos y al sistema financiero permite a las personas iniciar y mantener actividades económicas y productivas; facilita la planificación de mediano y largo plazo; así como una mejor asignación de recursos y disminución de sus costos; las alternativas como el crédito "informal" pueden representar mayores intereses y una menor autonomía. Las desigualdades económicas entre

hombres y mujeres dificultan el acceso de ellas al sistema financiero, lo que constituye un obstáculo para el emprendimiento de actividades productivas.

De acuerdo a la información de la Superintendencia de Bancos, del total de créditos otorgados por bancos e instituciones financieras en el año 2001 el 38% fue entregado a mujeres; en el año 2006 esta proporción se incrementa y alcanza el 41,0%, lo que posibilita el cumplimiento de la meta de 45% fijada para el 2015.





## II. PRINCIPALES DESAFÍOS

Como se mencionó previamente, entre los retos más importantes que se presentan para el periodo, es el fortalecimiento de las mujeres en su autonomía económica, específicamente, en la participación laboral y en el acceso a mejores condiciones de trabajo. La incorporación de la mujer al mercado laboral ha aumentado en los últimos años registrando una tasa de participación del 38,5%<sup>87</sup>. Sin embargo, se suma a este desafío el mejorar la calidad del empleo en términos salariales, previsionales, capacidad negociadora y de asociatividad, así como también la valorización del trabajo no remunerado que habitualmente realizan las mujeres en el ámbito doméstico. En esta área se visualizan, además, como importantes desafíos el mejoramiento de la capacitación e intermediación laboral, junto con la entrada en funcionamiento de la Ley de Certificación de Competencias Laborales, motor para la instalación de un sistema de capacitación permanente que favorezca la inserción laboral de calidad.

Asimismo, es necesario seguir fortaleciendo los mecanismos que protejan a la mujer frente a la violencia intrafamiliar y en general contra las inequidades al interior de las familias, así como asegurar una participación más igualitaria en las decisiones públicas<sup>88</sup>.

Lo anterior supone avanzar en la igualdad de derechos, igualdad ante la ley, igualdad de oportunidades e igualdad en el acceso a los beneficios, pero también el reconocimiento y la valoración de las diferencias, la necesidad de un trato justo y diferenciado entre los géneros, reconociendo las necesidades de cada uno para así acceder a recursos, beneficios y decisiones en igualdad de condiciones, atendiendo a las diferencias territoriales y culturales como elementos claves y permitiendo la participación de mujeres de zonas urbanas, rurales y de pueblos originarios.

Los avances observados en el acceso y cobertura en educación para ambos sexos constituyen uno de los ámbitos más exitosos en el país. Ejemplo de ello es la matrícula escolar de las mujeres que supera la de los hombres en algunos niveles educacionales y la paridad en la alfabeti-

zación. No obstante, los desafíos en el área son aumentar la calidad y la equidad social y de género, con el fin de que no existan diferencias en la permanencia en el sistema educacional entre hombres y mujeres; y crear oportunidades para que ellas estén mejor preparadas para enfrentar su creciente ingreso al mercado laboral y al desarrollo tecnológico<sup>89</sup>. Además es necesario evitar que se reproduzca la segmentación ocupacional entre hombres y mujeres.

La reducción de la discriminación en contra de las mujeres ha implicado monitorear el acceso y finalización de los ciclos educacionales, evaluando desde la perspectiva de género los contenidos, calidad y alcances que éstos entregan, así como la influencia de la educación en las trayectorias vitales de las mujeres.

Un aspecto en el que aún existe una importante brecha es en la participación de las mujeres en el ámbito político, específicamente en el porcentaje de mujeres que están representadas en el Parlamento y en la proporción de mujeres en cargos locales. Esta situación alerta sobre la dificultad del logro de la meta para el 2015 en donde se plantea contar con al menos un 40% de mujeres en el poder legislativo y local.

A este respecto, existen por lo menos dos elementos que dificultan la acción y el efectivo desarrollo de las propuestas gubernamentales. Por una parte, persisten los factores culturales que mantienen en el mundo público las desigualdades de género -en el que subyace una cultura y prácticas cotidianas e institucionalizadas de discriminación y desigualdad- y la existencia del sistema binominal que afecta negativamente la participación femenina en los órganos legislativos, dada la escasa renovación de sus integrantes, dificultando así la entrada de nuevos actores a la esfera política.

Desde el Gobierno se han adoptado medidas para intentar corregir los bajos índices que registra nuestro país en materia de participación y representatividad de las mujeres en el ámbito público. Se han impulsado políticas de paridad y una propuesta legislativa, que establece mecanismos para

87 Fuente: INE, 2006.

88 (SERNAM (2005) Evaluación Primera Fase 2000-2005 del Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, 2000-2010. Santiago de Chile.

89 (SERNAM (2007) Agenda de Género 2006/2010. Gobierno Presidenta Michelle Bachelet Jeria. Santiago de Chile.



asegurar un porcentaje de mujeres candidatas a distintos cargos políticos por conglomerado, modificando de esta manera la Ley de Votaciones Populares y Escrutinios y la Ley de Partidos Políticos. Asimismo, propone incentivar, tanto en la democracia interna de los partidos como en la renovación de sus autoridades, “la igualdad de oportunidades de sus militantes hombres y mujeres, y la participación equilibrada de éstos en el acceso y ejercicio de los cargos partidarios y de las responsabilidades públicas”<sup>90</sup>. Estas medidas serán claves para profundizar la democracia permitiendo la incorporación de una perspectiva de género en todas las políticas públicas.

En el ámbito de las políticas sectoriales, es necesario destacar una serie de políticas y programas orienta-

dos a mejorar la calidad de vida de la población y en especial a las mujeres que enfrentan situaciones de riesgo y vulnerabilidad. Entre estas acciones tiene una gran relevancia la Reforma Previsional que incorpora paulatinamente diversas medidas de equidad de género. Se estima que cerca del 60% de las personas beneficiarias de esta reforma son mujeres; el desafío consiste en consolidar la implementación de esta reforma.

Por otra parte, se ha planteado la necesidad de generar políticas públicas y legislativas a fin de facilitar la compatibilización de responsabilidades laborales y familiares más equitativamente entre mujeres y hombres.



Todos estos aspectos impactan en la erradicación de la pobreza -el primer objetivo de las Metas de Desarrollo del Milenio- dado que las cifras expuestas muestran que la población femenina presenta mayores condiciones de precariedad. Lo anterior, insta a interrelacionar los distintos objetivos del milenio en pro de la erradicación de la pobreza, evaluando las condiciones de salud, educación, previsión, trabajo y acceso al desarrollo de hombres y mujeres. La violencia contra las mujeres ha sido un fenómeno que ha ido adquiriendo cada vez mayor relevancia en la agenda pública, reconociendo este flagelo como un freno al desarrollo y un atentado a los derechos humanos. Con el

propósito de abordar esta situación, Chile implementa un Programa de Prevención, atención y protección intersectorial que compromete a salud, justicia, seguridad ciudadana, entre otros. Por su parte, SERNAM proyecta para el 2008 la creación del centro de atención número 59, para mujeres que sufren violencia, además de la instalación de 25 casas de acogida atendidas por profesionales, que ofrecen seguridad y confidencialidad a aquellas mujeres cuya vida se encuentra en riesgo vital, como asimismo a sus hijas e hijos pequeños.

90 Ley de Cuotas: Mujeres en la Política. Biblioteca del Congreso Nacional, septiembre 2007.

### III. MARCO DE APOYO

Para lograr avanzar en el proceso de integración de la perspectiva de género en las políticas públicas y en el desarrollo del país se requiere tener como marco general la consolidación democrática.

La gobernabilidad democrática se materializa en la concreción de los avances en las políticas públicas actuales, incorporando como eje transversal la perspectiva de género, propendiendo a la participación de las mujeres como sujetos sociales y en la consolidación de su presencia en los distintos espacios, privados y públicos, así como la comprensión de las necesidades diferenciadas de hombres y mujeres.

Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, exigen una constante formulación y reformulación de políticas públicas integrales y un esfuerzo de coordinación permanente entre los distintos sectores, considerando la multicausalidad de las desigualdades existentes.

Para lograr dicho propósito se cuenta con un creciente y sólido marco de apoyo. Entre éstos encontramos los instrumentos y acuerdos internacionales que comprometen al Estado de Chile a superar las discriminaciones de género, tales como la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), ratificada por Chile a fines de 1989. Se suman a este marco normativo, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará, OEA, 1994) y, los documentos emanados de las Conferencias de Naciones Unidas a nivel mundial y regional, principalmente, la Plataforma de Acción de Beijing (1995), el Programa de Acción de El Cairo (1994), la Declaración de Viena (1993), más el Programa de Acción Regional para las mujeres de América Latina y el Caribe, 1995-2001, que, en su conjunto, constituyen el cuerpo de derechos humanos de las mujeres. Todos estos instrumentos apuntan a la superación de la discriminación contra las mujeres y constituyen una oportunidad para avanzar en materia de equidad de género. Por otra parte, se ha constituido el Consejo de Ministros por la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, el cual funciona con un Consejo Asesor y Comisiones Ministeriales de Género. Este Consejo, conformado por 10 Ministros/as, tiene la atribución de alcanzar acuerdos vinculantes para todos los Ministerios, cumple las funciones de supervisión del cumplimiento al Plan de Igualdad de

Oportunidades 2000-2010, así como de dar cuenta al país sobre los avances logrados anualmente.

Un pilar fundamental en los avances pro igualdad es la Agenda Ministerial para la Equidad de Género que recoge los Compromisos de Gobierno en esta área, incluyendo el Programa de Gobierno, el Mensaje de la Presidenta de la República ante el Congreso Pleno, el Plan de Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres 2000-2010, las prioridades del SERNAM, las medidas en curso y acciones en el marco del Sistema de Género del PMG. Esta Agenda plantea que la "equidad de género" incluye principios de igualdad en aspectos redistributivos y cruces con otros tipos de equidad social. El objetivo de la acción de Gobierno es lograr la equidad de género de una manera integral y bajo enfoques que enfrenten su complejidad.





La Agenda de Género ha sido un instrumento muy importante para avanzar en la igualdad de oportunidades y equidad entre hombres y mujeres, exigiendo a cada Ministerio y Servicio estatal el aporte en la consecución de las políticas y acciones de la Agenda y su cumplimiento es monitoreado por el Consejo de Ministros/as para la Igualdad de Oportunidades.

Asimismo, la reforma y modernización del Estado y la gestión pública para un servicio eficiente para todos ha requerido la incorporación de una perspectiva de equidad de género en todos sus niveles. En este contexto, en 1998 se crea el Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG) como un instrumento de formulación presupuestaria. La iniciativa apunta a que los servicios públicos perfeccionen su gestión general, la provisión de servicios y productos a sus beneficiarios y mejoren las condiciones de trabajo de los funcionarios y funcionarias<sup>91</sup>. La ventaja de incorporar la dimensión de género al PMG permite que el presupuesto destinado a las mujeres beneficiarias de los programas gubernamentales aumente sostenidamente, así como identificar y visibilizar brechas, inequidades y barreras de género que faciliten adoptar decisiones orientadas a alcanzar equidad en la materia.

Entre las metas orientadas a participación laboral de las mujeres, se ha comprometido el aumento de la cobertura de educación pre-escolar de los hijos e hijas de madres económicamente activas; este reto se está cumpliendo. Entre los años 2006 y 2008 se han destinado mayores recursos financieros y humanos para mejorar la educación preescolar y cuidado infantil; con ellos se pusieron en funcionamiento nuevas salas que otorgan atención a niños/as, hijos/as de madres pertenecientes a hogares correspondientes al 40% de los hogares de menores ingresos, que trabajan, buscan trabajo o estudian. El trabajo desplegado en este ámbito se encuentra entre los de mayor envergadura de los últimos 30 años.

Durante el año 2008, se inicia la implementación de la Reforma Previsional (Ley 20.255), que incorpora una serie de medidas de equidad de género en el ámbito previsional, entre ellas se destacan las siguientes: i) Las mujeres serán las principales beneficiarios del Sistema de Pensiones Solidarias, se estima que 2 de cada 3 Pensiones Básicas Solidarias serán recibidas por ellas; ii) se eliminan los requisitos de años de cotizaciones para acceder a la pensión, lo cual favorece principalmente a las mujeres; iii) en promedio las mujeres recibirán un mayor aporte solidario considerando sus menores ingresos (promedio) y la baja densidad de cotizaciones; iv) se otorgará un bono por cada hijo nacido vivo, equivalente a 18 meses de cotizaciones previsionales, el cual se capitalizará anualmente; v) se separan los seguro de invalidez y sobrevivencia para hombres y mujeres, de manera tal que ellas pagarán una prima menor dado su menor siniestralidad; vi) en caso de divorcio o nulidad se autoriza la división del saldo acumulado de la cuenta individual del cónyuge que deba hacer compensación económica, vii) se igualan a los 65 años la edad máxima de seguro de invalidez y sobrevivencia para hombres y mujeres, viii) las mujeres podrán cotizar como afiliado voluntario.

Finalmente, con el propósito de contribuir a aumentar la competitividad de las empresas y la empleabilidad de los trabajadores y trabajadoras, se desarrollan los programas de capacitación que incluyen iniciativas como "franquicia tributaria"; el Programa de Bonificación a la Contratación; personas que participan del Sistema Chile Solidario, Programa Aprendices y el Seguro de Cesantía; entre otros. En todos ellos se han incrementado sostenidamente la participación de mujeres; lo que aumenta sus posibilidades de una mejor inserción laboral.

**RESUMEN DE LOS PROGRESOS LOGRADOS**

Metas Mínimas.

Objetivo/Meta	Posibilidad de alcanzar los objetivos				Marco de apoyo			
	Sí Probable	Potencial	Improbable	Sin Información	Favorable	Regular	Débil pero Mejorando	Débil
Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005 y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015	●				●			

**CAPACIDAD DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO\***

Objetivo/Meta	Cantidad y regularidad de la información de encuestas	Calidad de la información de las encuestas	Análisis estadístico	Estadísticas sobre diseño de políticas	Presentación de informes y difusión de la información
Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005 y en todos los niveles de la enseñanza antes de fines de 2015	Fuerte	Fuerte	Aceptable	Aceptable	Fuerte

\* Calificación: Fuerte, Aceptable, Débil







Objetivo 4

# REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL



Indicadores mínimos Objetivos de Desarrollo del Milenio	1990	2000	2005	Meta 2015
Meta 5				
1. Tasa de mortalidad de 1 a 4 años (por 1.000 habitantes de la edad) <sup>92</sup>	0,79	0,31	0,34	0,26
2. Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)	16,0	8,9	7,9	5,3
3. Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión	96,8%	97,0%	89,7%	97,0% <sup>93</sup>

Fuentes: 1 y 2. Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. 3. Departamento de Enfermedades Transmisibles. Programa Nacional de Inmunizaciones. Ministerio de Salud (MINSAL).



92 Se reemplazó el indicador Razón de mortalidad de menores de 5 años por Tasa de mortalidad de 1 a 4 años, considerando que el Indicador Tasa de Mortalidad Infantil ya comprende a los niños menores de 1 año de edad.

93 Cobertura útil para mantener Programas de Erradicación (OMS). Los registros y los procedimientos de validación de la información han mejorado notablemente a partir de 2006, por lo que las cifras de años anteriores deben ser interpretadas con cautela.



## META 5

### Reducir en dos terceras partes entre 1990 y 2015 la mortalidad de los niños menores de 5 años

#### I. SITUACIÓN A LA FECHA

El conjunto de indicadores que permiten conocer el estado de salud de la población infantil ha evolucionado favorablemente, en la misma forma que la situación de salud del país en general. Esto ha sido consecuencia de las intervenciones realizadas en los factores sociales y económicos, que sumados a los esfuerzos propios del sector salud se han traducido en importantes avances respecto a los problemas que afectaban a la población infantil, en las últimas cuatro décadas. De este modo problemas como la diarrea, la desnutrición, las enfermedades respiratorias agudas, que incidían mayoritariamente en la mortalidad infantil, han desaparecido o disminuido su importancia.

Estos logros son el resultado de políticas públicas realistas y pertinentes que han buscado la solución de los problemas aplicando estrategias variadas y efectivas, sin descuidar las acciones que efectúa el sector mediante los programas ya tradicionales. De este modo, la vacunación como medio de prevención continúa siendo una prioridad en los establecimientos de la red de atención primaria que se encuentran bajo la administración de los municipios, como igualmente el control de salud y la distribución de leche y alimentos enriquecidos, de acuerdo a

las normas. Al mismo tiempo ha aumentado la cobertura de la atención de enfermedades comunes del niño, con la creación de nuevos establecimientos, con la extensión horaria de muchos de ellos, la creación de Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y, el aumento de las dotaciones de personal a nivel de los establecimientos hospitalarios. Se suma a lo anterior el sostenido gasto en inversiones en equipamiento médico a fin de aumentar la capacidad resolutive de la red de atención. Todo lo anterior permite mirar con optimismo el futuro de la salud infantil del país y al mismo tiempo se espera dar cumplimiento integral a las Metas de Desarrollo del Milenio.

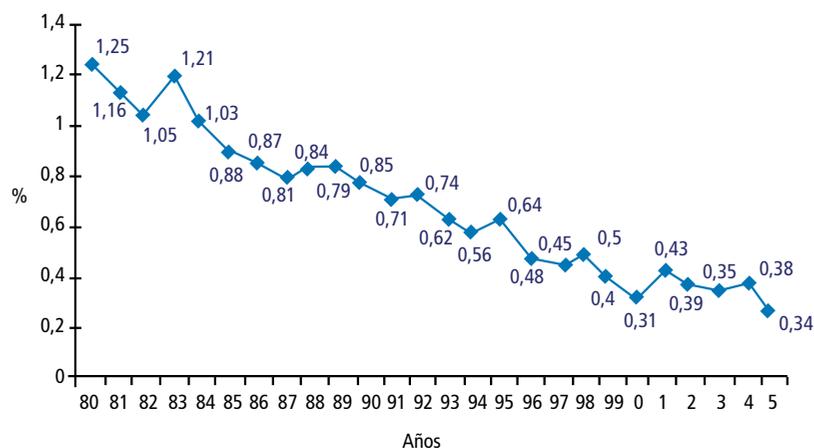
#### 1. Situación a la fecha de indicadores mínimos y estimación para el año 2015

##### 1.1 Reducir la tasa de mortalidad de 1 a 4 años

Desde el año 1990 al 2005 la mortalidad de niños de 1 a 4 años ha descendido un 57%, de 0,79 a 0,34 por mil niños de esa edad, como se observa en el siguiente gráfico.

#### GRÁFICO 16

Mortalidad en niños de 1-4 años, 1980, 2005. Tasa por 1.000 habitantes de ese grupo de edad.



Fuente: Anuarios Demografía INE-MINSAL, Registro Civil.



De las principales causas de muerte de los niños de 1 a 4 años un 33,3 % corresponden a causas externas entre las cuales se encuentran los traumatismos y la violencia; 21,1% a las anomalías congénitas y

12,7% a los tumores. Esto implica un cambio importante en la estructura de mortalidad de este grupo de edad, han disminuido las enfermedades inmunoprevenibles, las infecciosas y las respiratorias.

### CUADRO 37

Mortalidad de niños de 1 a 4 años, Situación por región, año 2005. Por 1.000 habitantes de ese grupo de edad.

Región	Defunciones	tasa
Total País	339	0,34
Tarapacá	16	0,51
Antofagasta	10	0,27
Atacama	4	0,22
Coquimbo	18	0,43
Valparaíso	22	0,23
O'Higgins	16	0,32
Maule	31	0,54
Bío Bío	42	0,36
La Araucanía	25	0,43
Los Lagos	32	0,45
Aysén	0	0,0
Magallanes	0	0,0
Metropolitana	123	0,31

Fuente: Depto. de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL

Al analizar estas cifras se observa que persisten diferencias negativas en relación a la media nacional, en las regiones de Tarapacá, Coquimbo, Maule, La Araucanía y

Los Lagos; si bien al mismo tiempo en ese mismo año, en dos regiones no se produjeron fallecimientos en ese grupo de edad.



## 1.2 Reducir la Tasa de Mortalidad Infantil

La tasa de mortalidad infantil, esto es la cantidad de niños menores de un año fallecidos por 1.000 nacidos vivos ha ido descendiendo sostenida y paulatinamente desde cifras superiores a 120 niños fallecidos por mil nacidos

vivos (N/V) en el año 1960, hasta llegar a tasas de un dígito a partir del año 2000. Siendo la tasa registrada el año 2005 de 7,9. Se espera que al año 2015 esta cifra llegue a 5,3. En el cuadro siguiente se observa la evolución de la mortalidad de menores de un año, por quinquenio, a partir de 1960.

### CUADRO 38

Tasa de Mortalidad Infantil, 1960-2005. Por 1.000 nacidos vivos.

Años	Defunciones de menores de 1 año	Tasa
1960	34.003	120,3
1965	29.394	95,4
1970	20.750	79,3
1975	14.217	55,4
1980	8.158	33
1985	5.105	19,5
1990	4.915	16
1995	3.107	11,1
2000	2.335	8,9
2005	1.911	7,9

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL.

El año 2003 se elaboraron normas destinadas a mejorar la integridad del registro de las muertes de los menores de un año, con el objeto de evitar la omisión del registro de defunciones de niños de muy bajo peso de nacimiento, lo que impactó en las cifras del 2004 las que se elevaron dicho año a 8,4 por mil N/V. Sin embargo, se ha retomado la tendencia, llegando a 7,9 por mil N/V en el 2005.

El principal componente de la mortalidad infantil está dado por la mortalidad neonatal, esto es el fallecimiento

de los niños menores de 28 días, que durante el último quinquenio corresponde entre el 60 y el 65% del total de las muertes. Esta tasa desde el año 1999 ha tenido un comportamiento variable inferior al 6 por mil N/V, con fluctuaciones durante el período, registrando un 5,2 por mil N/V durante el año 2005 (ver Anexo 2 Cuadro 6).

La mortalidad postneonatal, esto es de niños de 28 días a 11 meses, también ha descendido en forma permanente, estabilizándose en cifras cercanas al 3 por 1.000 N/V.



Al analizar la mortalidad infantil durante 2005 según los principales grupos de causas específicas de defunción se observa que el 10,4% de ellas se debe a trastornos relacionados con la duración de la gestación y el crecimiento fetal, el 10,0% a malformaciones congénitas del corazón, el 6,1 % a dificultad respiratoria del recién

nacido, el 5,2% a síndrome de muerte súbita, el 4,3% a neumonía y el 4,1% a otras malformaciones congénitas del sistema nervioso.

A nivel regional durante 2005 las tasas de mortalidad infantil fueron las siguientes:

### CUADRO 39

Mortalidad Infantil, situación por Región, año 2005. Tasa por 1.000 nacidos vivos.

	Defunciones menores de un año	Tasa	Defunciones menores de 28 días (neo natal)	Tasa
Total País	1.911	7,9	1.254	5,2
Tarapacá	46	5,5	31	3,7
Antofagasta	86	9,6	57	6,3
Atacama	47	10,4	32	7,1
Coquimbo	98	9,8	57	5,7
Valparaíso	178	8,1	116	5,3
O'Higgins	106	8,5	67	5,4
Maule	114	8,1	65	4,6
Bío Bío	237	8,4	171	6,1
La Araucanía	105	7,8	66	4,9
Los Lagos	162	9,0	113	6,3
Aysén	11	6,6	7	4,2
Magallanes	18	7,9	16	7,0
Metropolitana	703	7,2	456	4,7

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL.





A nivel regional y comunal aún se observan importantes diferencias en relación a la mortalidad infantil promedio que presenta el país (Ver Cuadro 39). En relación a las defunciones de menores de un año las regiones de Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso, O'Higgins, Bío Bío y Los Lagos, se encuentran por sobre la tasa promedio del país.

En cuanto a los nacidos menores de 1.500 gramos o menores a 32 semanas de gestación, ellos dan cuenta de aproximadamente un 40% de la mortalidad infantil, en el 2005. Un número significativo de los sobrevivientes presenta morbilidad de gran impacto en el largo plazo, mucho más allá del primer año de vida, particularmente morbilidad neurológica y respiratoria. La sobre vida global de este grupo es de un 69% en Chile y varía en forma importante al desagregarla por tramos de peso, fluctuando entre un 8% entre los de 500 a 599 gramos y un 90% entre los de 1.250 a 1.500 gramos.

### 1.3 Aumentar el porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión

La meta para el año 2015 es continuar con una cobertura de 97%, considerada útil para mantener el



programa de erradicación. El indicador al año 2005 fue de 89,7%.

Entre los años 1960 a 1964, se presentaban en Chile alrededor de 40.000 casos anuales de sarampión, con tasas de incidencia superiores a 400 por 100.000 habitantes, iniciándose la aplicación de la vacuna en 1964. En los años posteriores se observaron cada cuatro años brotes de menor intensidad. Sin embargo, entre 1979 y 1988 los brotes cambian el patrón cíclico observado hasta el momento, alcanzando una magnitud similar a los brotes observados en el período prevacunación. En 1990 el Programa Nacional de Inmunizaciones inició la vacunación de los niños de 1 año de edad con vacuna SPR (Sarampión-Parotiditis-Rubéola) y en 1991 se incorporó una segunda dosis de esta vacuna en los escolares de primer año básico. Posterior a la introducción de esta segunda dosis de vacuna, los casos disminuyeron de 13.000 en 1989 a 2.000 en 1990 y 1991.

En resumen, desde que se introdujo la vacuna contra el sarampión en Chile en 1964, se ha logrado una reducción significativa de las tasas de morbilidad y mortalidad por esta enfermedad. La morbilidad se redujo de 428 por 100.000 en 1964 a 0,4 por 100.000 en 1997.

Entre 1993 y 1996 no se presentaron casos y los que se han presentado en 1997, 1998, 1999 y 2003 corresponden a casos importados o relacionados con importación. Desde 2004 a la fecha no se han presentado casos de esta enfermedad.

Durante la década de los 80, las coberturas de vacunación a nivel nacional superaron el 90%, alcanzando la cifra más alta en 1982 con un 96%. La misma situación se observa para los años comprendidos entre 1990 a 2004. A partir del 2005 la cobertura de vacunación cae a 89,7%, observándose una leve recuperación en 2006 con 91,1%.

## II. PRINCIPALES DESAFÍOS

Las diferencias regionales existentes en términos de mortalidad infantil y mortalidad de niños de 1 a 4 años hacen imperativo intensificar las estrategias destinadas a mejorar la equidad en el acceso a la atención de salud y en general disminuir las desigualdades que aún persisten a pesar de los importantes esfuerzos gubernamentales y sectoriales realizados. En este contexto se requiere actuar sobre los determinantes sociales que generan las inequidades. El progreso en equidad en salud sólo puede alcan-

zarse abordando en su conjunto todas las variables que inciden no solamente en la salud del niño sino de toda la población.

El Ministerio de Salud en conjunto con los niveles operativos se ha propuesto implementar estrategias destinadas a obtener que el nivel primario de atención logre coberturas de 95% en vacunaciones de sarampión- rubéola, a fin de mantener los casos en cero.





### III. MARCO DE APOYO

Para seguir disminuyendo la mortalidad de los niños de 1 a 4 años se continuarán aplicando para este grupo de edades entre otras, las estrategias siguientes: (i) Reforzar las actividades de prevención de accidentes infantiles; (ii) Continuar con el fortalecimiento de harinas con ácido fólico, (iii) Campañas de invierno para evitar la mortalidad por enfermedades respiratorias. Además la incorporación al sistema GES de las cardiopatías y la protección a la infancia mediante el programa Chile Crece Contigo en que se fortalecen las acciones del control de salud y se introducen contenidos nuevos, como el desarrollo de habilidades parentales, que han demostrado su alta efectividad.

A su vez, atendida la importancia del componente neonatal en las cifras de la mortalidad infantil, se definió como objetivo de desarrollo el mejorar la calidad de esta atención y para estos efectos se establecieron las siguientes 8 estrategias:

#### 1.- Equipamiento de unidades de neonatología.

Se ha procedido a la adquisición de equipos en todas las unidades de neonatología de alta complejidad de los establecimientos públicos del país. La inclusión de la prematuridad dentro de las garantías explícitas en salud (Ley del Régimen General de Garantías en Salud) a partir del año 2005, es consistente con el objetivo sanitario propuesto por el Ministerio de Salud de disminuir la mortalidad infantil en un 25% en el período 2000-2010. La población objetivo, que corresponde a los niños recién nacidos menores de 32 semanas de gestación, constituye el 1% de los nacidos vivos del país. En números absolutos nacen anualmente alrededor de 2.500 niños con peso de nacimiento menor de 1500 gramos, y de ellos un 80% se atiende en el sistema público de salud. Si bien no hay demanda insatisfecha en la atención hospitalaria, se aprecian desigualdades en la calidad de la atención en los distintos centros, factor que está condicionado por la disponibilidad de recursos tanto humanos como de equipamiento e insumos, así como por la gestión de estos recursos.

Conforme a las patologías incorporadas al régimen de Garantías Explícitas en Salud, GES (retinopatía del prematuro, hipoacusia del prematuro, displasia bronco-pulmonar del prematuro, síndrome de dificultad respirato-

ria del recién nacido, entre otras), que benefician a este grupo de niños se han realizado nuevas inversiones en equipamiento de las unidades de neonatología. Dentro de las adquisiciones destacan los equipos de ventilación de alta frecuencia y la implementación de óxido nítrico en hospitales públicos, así como también equipos para screening auditivo (AABR automatizados) y saturómetros en todos los centros del país.

#### 2.- Regionalización de la atención neonatal.

Se ha avanzado en la propuesta de diferenciar las unidades de neonatología según su capacidad resolutoria, determinándose de esta manera una red de atención neonatal, en la que cada centro tiene claridad respecto de su ámbito de acción y de su línea de referencia.

Asimismo se está trabajando en un modelo de reorganización y reclasificación de las unidades y servicios de neonatología para el país, en base a un sistema basado en las necesidades epidemiológicas, el modelo de atención progresiva, la atención de paciente crítico y las redes GES. Este modelo contempla unidades de baja complejidad hasta polos de desarrollo suprarregional.

#### 3.- Implementación de residencias neonatales.

Esta estrategia se ha logrado plenamente ya que todas las unidades de neonatología de mayor complejidad (28 polos de desarrollo neonatal), cuentan con residencias en todos los centros del país.

#### 4. Implementación de un plan de capacitación continua a nivel nacional.

Esta estrategia se encuentra aún en etapa de diseño. Se ha avanzado en capacitaciones en aspectos específicos de acuerdo a los nuevos desafíos.

#### 5. Programa Nacional de Uso de Surfactante.

Se ha implementado el programa de uso de surfactante, de acuerdo a lo programado, en todas las unidades de neonatología, para impactar en la morbimortalidad de los niños con peso menor a 1.500 gramos portadores de enfermedad de membrana hialina.



## 6. Implementación de policlínicos de seguimiento de prematuros.

Se han implementado 30 policlínicos de seguimiento de niños prematuros reconocidos a lo largo del país. A éstos se les ha dotado de fondos para equipamiento e insumos, lo que ha permitido entre otras cosas, automatizar el sistema de registro. De este modo se dispone de una base de datos de más de 50 variables que dan cuenta de una cohorte de niños que se sigue desde el año 2000. Estos policlínicos cuentan con médico pediatra o neonatólogo y el año 2005 se abrieron 30 plazas para enfermera con el fin de complementar la dotación. Además la implementación del sistema de garantías explícitas en salud (GES) ha permitido asegurar y garantizar la atención de salud de patologías del RN prematuro y de alto riesgo.

## 7. Programa de uso de indometacina.

Se ha implementado de acuerdo a lo programado, en todas las unidades de neonatología, con el objeto de asegurar el acceso a este medicamento a todos los niños portadores de ductus, permitiendo la sobrevida de ellos.

## 8. Sistema de vigilancia y monitoreo de la morbimortalidad del niño menor de 1.500 grs.

En esta línea de acción se encuentra en desarrollo un registro para RN de alto riesgo. Se ha diseñado una base de datos para el monitoreo y evaluación de la calidad de atención del recién nacido de alto riesgo. Esto permitirá entre otras cosas identificar aquellos centros con los mejores resultados, buscar las prácticas clínicas que puedan explicarlos, a fin de estandarizarlas y evaluar su impacto en aquellos centros que hubieren presentado deficientes resultados.

Por otra parte, la incorporación de nuevas patologías a las garantías explícitas en salud (GES) ha favorecido la elaboración de las Guías Clínicas para la Prevención del Parto Prematuro, Displasia Bronco-pulmonar del Prematuro, Retinopatía del prematuro, Hipoacusia del prematuro y la Guía clínica del Síndrome de Dificultad Respiratoria del recién nacido.

Además, se han editado y distribuido las normas para la atención neonatal y las Guías Nacionales de Neonatología. Con la puesta en aplicación de las medidas destinadas a mejorar la atención neonatal, se tiene un alto grado de confianza en influir en el descenso de dicha tasa y de ese modo alcanzar la meta de reducir la mortalidad infantil en los términos establecidos en las Metas de Desarrollo del Milenio. La implementación del Sistema de Protección Integral a la primera infancia conocido como Chile Crece Contigo permite involucrar a actores relevantes del sector salud e intersector, con el fin de incorporar otros aspectos cualitativos en el rediseño de actividades programáticas vinculadas al proceso de la gestación, el nacimiento, los controles de salud, etc. El énfasis se pone de manifiesto en el desarrollo integral de los niños y niñas y la incorporación de espacios crecientes de participación comunitaria. Todo esto sumado a las acciones anteriormente ya señaladas permite prever una mejoría en los resultados, en términos de disminución de la morbimortalidad infantil y una mejor calidad de sobrevida de los niños y niñas de Chile.

Con posterioridad a la última epidemia de Sarampión ocurrida en Chile entre los años 1988 y 1989, se han realizado grandes esfuerzos por disminuir los niveles endémicos de Sarampión, realizándose hasta la fecha 2 campañas masivas de vacunación o "de puesta al día" en 1992 y 1996, en las cuales fueron vacunados niños y niñas de 1 a 14 años de edad. Las coberturas de vacunación alcanzadas en estas dos campañas fueron de 96.6% (1992) y 100% (1996). Las campañas de vacunación de seguimiento son un componente esencial de la estrategia para erradicar esta enfermedad. Estas campañas están dirigidas a todos los niños y niñas de 1 a 4 años 11 meses y 29 días de edad, aunque ya estén vacunados o hayan tenido la enfermedad. Hasta el momento se han realizado campañas de "vacunación de seguimiento": en el año 2001, donde se alcanzó una cobertura de 99% y en el año 2005, donde se logró una cobertura de 93,2%.



## RESUMEN DE LOS PROGRESOS LOGRADOS

Metas Mínimas.

Objetivo/Meta	Posibilidad de alcanzar los objetivos				Marco de apoyo			
	Sí Probable	Potencial	Improbable	Sin Información	Favorable	Regular	Débil pero Mejorando	Débil
Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	●				●			

## CAPACIDAD DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO\*

Objetivo/Meta	Cantidad y regularidad de la información de encuestas	Calidad de la información de las encuestas	Análisis estadístico	Estadísticas sobre diseño de políticas	Presentación de informes y difusión de la información
Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte

\* Calificación: Fuerte, Aceptable, Débil







Objetivo 5

# MEJORAR LA SALUD MATERNA



Indicadores mínimos Objetivos de Desarrollo del Milenio	1990	2000	2005	Meta 2015
Meta 6				
1. Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos) <sup>94</sup>	40,0	18,7*	19,8	10,0
2. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado <sup>95</sup>	99,2%	99,7%	99,8%	100,0%

\* Se modifica cifra Informe anterior, por cambios en denominador.

Fuentes: 1 y 2. Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud.

Indicadores adicionales Objetivos de Desarrollo del Milenio	1990	2000	2006	Meta 2015
Meta 6				
1. Uso de métodos anticonceptivos por mujeres en edad fértil <sup>96</sup>	31,60%	48,44%	53,41%	60,0%
2. Nacidos vivos de madres menores de 19 años sobre el total de nacidos vivos	9,30%	11,40%	10,90%	8,91%

Fuentes: 1 y 2 Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud.

Fuentes: 1 y 2 para 2000 y 2005, Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología.



94 Se unifica la presentación del indicador amplificando por 100.000 nacidos vivos para facilitar la comparabilidad internacional.

95 Se informa el porcentaje de nacidos vivos en partos que contaron con atención profesional y no el porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado.

96 Sólo población en control en establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud para 1990, cuyo dato corresponde a 1995. Para 2000 se corrige la cifra anteriormente entregada, que representaba la prevalencia en población general y se informa la misma para mujeres de 10 a 49 años de edad. Para 2005 se informa la prevalencia de 2006. Los datos 2000 y 2006 se refieren a población femenina fértil general y emanan de las respectivas Encuestas de Calidad de Vida y Salud realizadas por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud.



## META 6

Reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes

### I. SITUACIÓN A LA FECHA

La salud de la mujer ha constituido siempre uno de los pilares de la atención de salud y como tal ha sido objeto de un programa específico desde los inicios de la organización del sistema sanitario chileno, manteniendo su prioridad a través del tiempo. Sin perjuicio de ello el programa ha experimentado cambios importantes que han significado énfasis y enfoques diferentes, en concordancia con la evolución que ha experimentado la situación de salud a nivel país. En los últimos diez años se ha tenido un importante cambio de enfoque, pasando del Programa de Salud Materno-Perinatal, con un énfasis claramente centrado en la salud reproductiva, al Programa de Salud de la Mujer, enfocado a dar una respuesta integral a las diferentes necesidades de ésta a lo largo del ciclo vital.

Es así como además de continuar trabajando para obtener la reducción de la mortalidad materna, que en el año 2005 llegó a 19,8 por cien mil nacidos vivos, son importantes en este momento las muertes asociadas a las complicaciones médicas del embarazo, ya que la mortalidad y morbilidad asociada al aborto provocado y a los eventos propios del parto han perdido importancia relativa.

En la actualidad el programa de salud de la mujer ha incorporado aspectos no reproductivos como la salud mental, con el diagnóstico y manejo de la depresión, el control del climaterio en la mujer post menopáusica y en materia nutricional el enfoque ha sido mejorar las situación de salud de la embarazada con sobrepeso u obesidad. Otros aspectos destacables dentro de esta nueva mirada es el reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres, con una perspectiva de género, la incorporación de la norma de prevención de la transmisión vertical del VIH que ofrece el diagnóstico correspondiente a todas las embarazadas que así lo deseen y la participación creciente de mujeres en organizaciones sociales para prevenir esta enfermedad.

Estas y otras estrategias se han traducido en cambios importantes en los indicadores mínimos y adicionales contemplados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

### 1. Situación a la fecha de indicadores mínimos y estimación para el año 2015

#### 1.1 Tasa de Mortalidad Materna

La muerte materna constituye un evento dramático, la mayoría de las veces inesperado, de profundas e imprevisibles consecuencias. Es considerada como una expresión de la condición social de las mujeres y del funcionamiento de los sistemas de salud, razón por la cual, junto a la Mortalidad Infantil, se constituye en un indicador del nivel de salud de las poblaciones y de equidad de género en salud.

La mortalidad materna ha presentado un sostenido descenso, como lo señalan las estadísticas a partir de 1961, año en que la tasa alcanzó a 318 por 100 mil nacidos vivos, disminuyendo en forma sistemática hasta llegar a dos dígitos el año 1978 (92 por 100 mil nacidos vivos), y continuando su descenso hasta ahora. En el año 1990, año base a partir del cual se definen las Metas de Desarrollo del Milenio, la razón de mortalidad materna en Chile ya era de 40,10 fallecimientos maternos por cada cien mil nacidos vivos; cifra que ha continuado descendiendo paulatinamente como muestra el Cuadro 40.

En nuestro país este indicador llegó a 19,8 por cien mil nacidos vivos durante el año 2005, siendo la meta al año 2015 de 10 por 100 mil nacidos vivos. Es importante destacar que el país tiene la segunda tasa más baja de América Latina, después de Costa Rica.



**CUADRO 40**

Razón Mortalidad Materna, años 1990-2005 (por 100.000 Nacidos Vivos, NV).

Año	Nacidos Vivos Corregidos	Razón Mortalidad Materna
1990	307.522	40,0
1991	299.456	35,4
1992	293.787	31,0
1993	290.438	34,4
1994	288.175	25,3
1995	279.928	30,7
1996	278.729	19,4
1997	273.641	22,3
1998	270.637	20,3
1999	263.867	22,7
2000	261.993	18,7
2001	259.069	17,4
2002	251.559	17,1
2003	246.827	12,2
2004	242.476	17,3
2005	242.980	19,8

Fuente Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL.

Las cifras de mortalidad materna por región para el año 2005, muestran que hay regiones que superan la media nacional, como Tarapacá, Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso, O'Higgins, Bío Bío y Magallanes; sin embargo debe

tenerse en consideración que dado el pequeño número absoluto de muertes en cada región, un caso más, o menos, puede modificar la razón a nivel regional, sin llegar a ser significativa (Ver Cuadro 41).



**CUADRO 41**

Mortalidad Materna. Situación por región, año 2005, por 100 mil nacidos vivos..

Regiones	Defunciones maternas	Razón*
Total País	48	19,8
Tarapacá	2	24,1
Antofagasta	2	22,2
Atacama	0	0,0
Coquimbo	5	50,0
Valparaíso	9	38,5
O'Higgins	3	24,2
Maule	1	7,1
Bío Bío	12	42,6
La Araucanía	1	7,4
Los Lagos	0	0,0
Aysén	0	0,0
Magallanes	1	44,0
Metropolitana	12	12,3

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL.

Si se analiza la información comunal según ingresos per cápita (promedio familiar por comunas), los mayores valores se observan en el quintil de comunas más pobres del país (69 comunas); sin embargo esta población ha experimentado una tendencia más acelerada hacia la mejoría al compararla con las comunas de mayores ingresos desde el año

1990 al 2004 (65 comunas): reducción de un 56% (58 x 10 mil N/V en 1990-4 a 25 en 2000-4) para el primer quintil, y de un 43% (30 x 10 mil N/V en 1990-4 a 17 en 2000-4) para el quintil de mayores ingresos (ver Cuadro 42). El resultado descrito representa una disminución significativa de la brecha entre los quintiles extremos para este indicador.

**CUADRO 42**

Mortalidad Materna por quintil de ingreso.

Quinquenio	1er. Quintil	5to. Quintil
1990-4	58	30
1995-9	35	22
2000-4	25	17

Fuente: Tackling health inequities in Chile: socio economic factors and reduction in maternal, newborn, and child mortality between 1990 and 2004 (Estudio reciente MINSAL/OMS). Primer quintil, 69 comunas con menores ingresos; quinto quintil, 65 comunas con mayores ingresos.



## 1. 2 Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario calificado

Dada la estructura sanitaria que posee el país, una de sus características más destacables es la amplia cobertura alcanzada para este indicador, lo que se traduce en la alta tasa de partos atendidos por personal sanitario especializado; llegando el año 2005 a una cifra de 99,8% (ver Cuadro 43). Por lo tanto se está muy cerca de cumplir la meta del 100%.

Considerando que el nacimiento es uno de los momentos más trascendentales en la vida de un ser hu-

mano; la manera en que éste llega al mundo es de vital importancia para él o ella, para sus padres y para la sociedad en que nace. Recientes estudios revelan que las mujeres y sus niños quieren y necesitan, un cuidado humano y sensible durante el período gestacional, especialmente durante el trabajo de parto y parto. Se ha documentado el positivo aporte del apoyo emocional continuo para las mujeres durante estos trascendentales momentos, con el objeto de reducir resultados negativos como trabajo de parto prolongado, uso de medicación, lactancia inefectiva y depresión posparto.

### CUADRO 43

Porcentaje de nacidos vivos de partos con atención profesional, Situación según región de residencia de la madre, año 2005.

Región	%
Total País	99,8
Tarapacá	99,4
Antofagasta	99,9
Atacama	99,8
Coquimbo	99,8
Valparaíso	99,9
O'Higgins	99,8
Maule	99,8
Bío Bío	99,8
La Araucanía	99,5
Los Lagos	99,6
Aysén	99,6
Magallanes	99,7
Metropolitana	99,9

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL.

## 2. Situación a la fecha de indicadores adicionales y estimación para el año 2015

### 2.1 Uso de métodos anticonceptivos por mujeres de edad fértil

La meta establecida para el año 2015 contempla llegar al uso de métodos anticonceptivos para el 60% de las usuarias del sistema público de salud. Durante el año 2005 se avanzó alcanzando al 53,41% de ellas, esto es a 1.141.798 de usuarias del sistema público bajo control.

Respecto del uso de métodos anticonceptivos, de acuerdo a los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud (ECVS) en su versión 2006, los más usados son las píldoras anticonceptivas, dispositivo intrauterino y el condón masculino.

### 2.2 Nacidos vivos de madres menores de 19 años, por sobre el total de nacidos vivos.

Durante el año 2005 el porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 19 años fue de 10,9%. La meta esperada para el 2015 es bajar a un 8,91% de nacidos vivos de madres menores de 19 años.





Si bien se observa una leve disminución de los nacidos vivos hijos de madres adolescentes -10 a 19 años - entre 2000 y 2004, no es posible atribuir esta disminución a un mayor acceso de la población adolescente a los servicios que le ofrece el SNSS (consejería, uso de método

anticonceptivo), ya que entre los años 2003 y 2005 se redujo la proporción de adolescentes en Control de Regulación de la Fecundidad, pasando de 10,7% a 10,1%, respecto a la población mayor de 19 años de edad.

## II. PRINCIPALES DESAFÍOS

Con la información disponible de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) del año 2000, que reportó que la Fecundidad Deseada es de 2,76 hijos, y la información del Censo del 2002 que informó que la Fecundidad Real fue de 2,26 hijos se puede concluir que a nivel poblacional no existiría una brecha importante entre la fecundidad deseada y su fecundidad real; de hecho, en promedio se tienen menos hijos que los que se consideran como número ideal. Sin embargo, en la población adscrita al Programa Chile Solidario, la fecundidad llega a 3,2 hijos por mujer (año 2003). La pregunta sobre fecundidad deseada no se incorporó en la ECV 2006, sin embargo no se descarta su inclusión en una próxima versión.

Considerando esta situación, se plantea una reorientación en esta materia, en términos de desarrollar estrategias focalizadas a la población más vulnerable, utilizando como indicador la proporción de embarazos planificados versus los no planificados, dato que sería factible de obtener a través de la ficha de atención de embarazo en el nivel primario de atención, reemplazando la pregunta de si el embarazo actual es o no deseado.

Uno de los desafíos para lograr este objetivo de reducir la proporción de nacidos vivos hijos de madres menores de 19 años, es adecuar la oferta de servicios a las particularidades psicosociales que caracterizan la adolescencia actual. La propuesta gubernamental en sexualidad responsable, iniciativa intersectorial en desarrollo entre los Ministerios de Educación y Salud, Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), e Instituto de la Juventud (INJUV), se plantea como una de las estrategias para avanzar en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva de este grupo, a través de modelos de gestión local al interior de las comunas.

El acceso de los jóvenes a servicios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) se ve dificultado por diversas razones: resistencia de sectores conservadores, oferta insuficiente de servicios "amigables" en los establecimientos de atención primaria, jóvenes que no acuden a los centros establecidos para solicitar estos servicios. Por ello es importante la implementación de los compromisos del Ministerio en el Plan de Acción en juventud, mediante acciones de salud pública orientadas a impactar sobre los factores de riesgo. Entre los Objetivos Sanitarios 2000- 2010 en SSR, se incluye reducir el embarazo no deseado en adolescentes, quienes requieren atención especial, por su mayor vulnerabilidad y su baja accesibilidad actual a los servicios de salud disponibles; al momento actual, existe una evidente preocupación de las autoridades gubernamentales para avanzar en el cumplimiento de este objetivo, en el contexto de la prevención del embarazo no planificado en adolescentes.



### III. MARCO DE APOYO

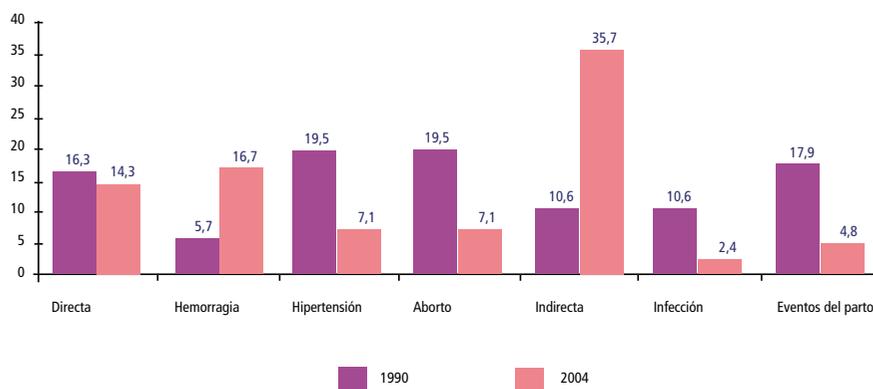
Las causas que han contribuido a la disminución de la mortalidad materna en Chile son numerosas y difíciles de sistematizar, por tratarse de un fenómeno multicausal. Sin embargo, entre los elementos que han contribuido a tan importante logro sanitario, se puede señalar: (i) las acertadas políticas de salud pública que se han mantenido estables en los últimos 55 años, con controles preventivos de salud gratuitos para la madre y los niños, sobre el 90% en la actualidad; (ii) acceso universal a la atención profesional e institucional del parto, 99,8% en la actualidad; (iii) acceso gratuito a métodos anticonceptivos modernos, desde 1966, en el período 1990-2000, la población de usuarias de métodos anticonceptivos bajo control aumentó en un 34,5%; (iv) rol de la matrona profesional en con-

trol y asistencia del parto y (v) la existencia de un servicio nacional de salud público desde 1952, Servicio Nacional de Salud, reemplazado en 1980 por el actual Sistema Nacional de Servicios de Salud, que asigna gran importancia a la estructura y organización de los servicios de atención materno-perinatal.

El perfil de causas de mortalidad materna claramente ha cambiado durante los últimos años. En el año 1990 las principales causas fueron asociadas al aborto, síndrome hipertensivo y eventos del parto. En el año 2005 este perfil cambia a un predominio de causas indirectas, patologías médicas severas no directamente asociadas al embarazo (Ver Gráfico 17).

#### GRÁFICO 17

Causas de Mortalidad Materna. Comparación años 1990 y 2004.



Fuente: Tackling health inequities in Chile: socio economic factors and reduction in maternal, newborn, and child mortality between 1990 and 2004 (estudio reciente MINSAL/OMS).

Entre las estrategias que el sector salud continuará realizando se encuentran el reforzar y conservar las fortalezas actuales, como el control y asistencia profesional del embarazo y parto; y seguir manteniendo y desarrollando el rol del equipo profesional compuesto por la matrona y médico. Asimismo, entre las nuevas líneas de acción se encuentran concentrar esfuerzos en el quintil de comunas más pobres y en la atención de parto en localidades rurales, que son los lugares donde se concentra la mortalidad y morbilidad en niveles dos o tres veces la de los establecimientos de mayor complejidad. Por otra parte, se buscará reforzar el manejo de la patología compleja médico-quirúrgica en los niveles terciarios de atención. Asimismo, se

realizarán auditorías y análisis de la morbilidad materna severa, concepto en que se ha colaborado con comisión de OMS en sus definiciones y proposiciones de manejo para los países.

Por el alto significado personal, familiar y social que conlleva, la asistencia del parto y nacimiento, en el contexto del nuevo Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia (Chile Crece Contigo, cuya fase de implementación se termina en 2008), y concordante con el Objetivo Sanitario de Mejorar la Calidad de la Atención Obstétrica, se plantea una nueva mirada, que mantiene los criterios vigentes de atención institucional y profesional del parto,



pero que incorpora los siguientes elementos cualitativos: (i) parto sin dolor: a partir del 1 julio 2007, se incorpora la analgesia del parto como una Garantía Explícita en Salud (GES); (ii) derecho de la madre a estar acompañada en dicho evento, por el padre, otro familiar o persona significativa, que ella decida; (iii) derecho a su intimidad, a ser informada del tratamiento, a adoptar la postura física que sea más cómoda o que su cultura indique; y (iv) asegurar apego temprano y, a través del mismo, la lactancia materna exclusiva de inicio precoz.

Esta nueva modalidad de atención se inició el año 2007 en 161 comunas, para completarse el año 2008 con la incorporación de las restantes comunas del país. La implementación de este cambio en las prácticas de la asistencia obstétrica requerirá de un activo proceso de capacitación de

los equipos de salud, tanto a nivel de los establecimientos de atención primaria como de los hospitales que asisten partos, así como de readecuación de los espacios físicos institucionales, para implementar las distintas dimensiones que contempla este cambio en el modelo de atención.

De igual forma la incorporación al Sistema de Garantías Explícitas en Salud de la Analgesia del Parto es una clara señal del interés de las autoridades por hacer de este evento un momento grato y deseable y le otorga a esta estrategia de atención una permanencia asegurada. Además, a través del Programa Chile Crece Contigo, programa prioritario de gobierno iniciado en el 2007, se fortalece y se entrega el apoyo necesario a las gestantes con riesgo psicosocial, desde el inicio de su control prenatal en los centros de atención primaria y en los hospitales.



Sin embargo, se tiene plena conciencia que se requiere fortalecer y desarrollar estrategias complementarias para lograr las metas en los grupos considerados más vulnerables, entre los cuales se encuentran los adolescentes. Por ello los planes regionales de salud pública constituyen el medio para impactar en los factores de riesgo de este grupo e incentivar las consejerías en salud sexual y reproductiva, además del trabajo intersectorial que se desarrolla y que debe intensificarse para lograr resultados visibles y permanentes.

Las nuevas Normas Nacionales sobre Regulación de la Fertilidad, lanzadas oficialmente en septiembre 2006 y respaldadas por Decreto Supremo N° 48 (26 enero 2007), en el contexto del cumplimiento de los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010, se concibe como una herramienta eficaz para alcanzar este indicador. Este documento incorpora las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Federación Internacional de Planificación de la Familia. El D.S. N° 48 señala: "sin



perjuicio de las creencias personales y visiones valóricas propias de cada persona, el Estado, específicamente a través del sector público de Salud, debe poner a disposición de las personas todas las alternativas legítimas para el ejercicio responsable y autónomo de su sexualidad; y presentar, con sólidos fundamentos, los diversos métodos anticonceptivos, desde aquellos consistentes en abstinencia periódica, mecanismos naturales de anticoncepción, hasta los de emergencia". Entre los objetivos de este documento está el contribuir a la superación de las desigualdades existentes entre hombres y mujeres respecto del control y ejercicio de la salud sexual y reproductiva, y reducir la mayor vulnerabilidad de algunos grupos de la población en este ámbito (de menor nivel socioeconómico, de pueblos originarios, adolescentes y adultos jóvenes). La difusión de este documento, así como la capacitación de los equipos de salud, contribuirá a mejorar la calidad de los servicios que se ofrecen en el país, en el contexto de los derechos reproductivos de las personas.

118



En la definición de sus políticas de regulación de la fertilidad, desde 1997 el Ministerio de Salud ha incorporado el concepto de Salud Sexual y Reproductiva, consensuado en amplios acuerdos internacionales, el cual implica reconocer que para lograr el óptimo estado de salud, las personas y parejas deben tener la posibilidad de reproducirse con riesgos mínimos, pudiendo regular su fertilidad, decidir libremente si tener o no hijos, cuántos y cuándo, y de disfrutar de una sexualidad placentera y segura. En este contexto, los servicios de regulación de la fertilidad, como uno de los componentes esenciales del cuidado de la salud sexual y reproductiva, están centrados en las personas y en sus derechos, más que en metas poblacionales o políticas. En el mejoramiento de la calidad de los servicios anticonceptivos que se ofrecen a la población usuaria, se ha ido ampliando la gama de métodos disponibles en el sistema público de salud, siendo los más recientes el implante subdérmico de progestágeno solo y, la anticoncepción de emergencia para aquellas personas que presenten una situación de "emergencia anticoncepcional".

Por otra parte, las actividades de consejería constituyen un recurso reflexivo que ayuda a que las personas adquieran y desarrollen sus capacidades para tomar en forma responsable las mejores decisiones posibles en función de sus proyectos de vida. En el ámbito parti-

cular de la consejería en anticoncepción en la población adolescente, ésta será entendida como una relación de apoyo que brinda un/a profesional a un/a adolescente para que puedan adoptar decisiones libres en el ámbito de la sexualidad, la afectividad y la reproducción, para reducir posibles situaciones de crisis ante la exposición voluntaria o involuntaria a situaciones riesgosas. La Consejería en Salud Sexual y Reproductiva en este grupo etario complementa los criterios clínicos señalados en el capítulo sobre Anticoncepción en Adolescentes de las Normas Nacionales de Regulación de la Fertilidad: "la entrega de métodos de anticoncepción para adolescentes constituye un deber de las autoridades, con el fin de prevenir consecuencias tanto para la madre adolescente como para el hijo concebido en dicha etapa de desarrollo de ésta". En relación a la provisión de los servicios, establece: "Es obligación de las y los profesionales entregar a las y los adolescentes la información solicitada y el método adecuado según los criterios técnicos que se describen en este capítulo. La ética obliga a brindar la atención de salud solicitada a todas las personas, sin discriminación de edad".

Asimismo, la Convención de los Derechos del Niño establece que el niño y el adolescente -hasta los 18 años de edad- deben ser vistos como sujetos de derechos originarios en todos los ámbitos de su vida (la escuela, el sistema de salud y de justicia), y no como mero objeto de protección por parte del Estado y de la sociedad. En su artículo 5, la Convención reconoce la autonomía progresiva de los adolescentes para el ejercicio de sus derechos fundamentales; el artículo 16 protege la vida privada de los adolescentes en todas las situaciones, tanto dentro de la familia, como en los hogares, las instituciones o servicios a cuyo cargo puedan ser colocados.

Las actividades que se realizan en el contexto del Programa de Salud de la Mujer, han sido siempre prioridad desde los inicios del Servicio Nacional de Salud y continuarán siendo una de las bases de la atención a la población. Las atenciones que se brindan constituyen desde mucho tiempo derechos básicos para las mujeres y se traducen en el contacto permanente entre el personal de salud y las usuarias. Por consiguiente dichas actividades tienen asegurada su continuidad en el tiempo, y es esperable dar cumplimiento integral a las metas planteadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

## RESUMEN DE LOS PROGRESOS LOGRADOS

Metas Mínimas.

Objetivo/Meta	Posibilidad de alcanzar los objetivos				Marco de apoyo			
	Sí Probable	Potencial	Improbable	Sin Información	Favorable	Regular	Débil pero Mejorando	Débil
Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	●				●			

## CAPACIDAD DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO\*

Objetivo/Meta	Cantidad y regularidad de la información de encuestas	Calidad de la información de las encuestas	Análisis estadístico	Estadísticas sobre diseño de políticas	Presentación de informes y difusión de la información
Reducir entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte

\* Calificación: Fuerte, Aceptable, Débil







Objetivo 6

# COMBATIR EL VIH - SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES





Indicadores mínimos Objetivos de Desarrollo del Milenio	1990	2000	2005	Meta 2015
<b>Meta 7</b>				
1. Prevalencia de VIH en embarazadas, a nivel nacional <sup>97</sup>	S/I	0,05	0,05	0,05
2a. Uso de preservativos por jóvenes de 15-24 años (en iniciación sexual) <sup>98</sup>	S/I	18,0%	46,1%	50,0%
2b. Porcentaje de la población de 15 a 24 años que tiene l conocimientos amplios y correctos sobre VIH/SIDA	S/I	35,0%	70,0%	95,0%
2c. Disponibilidad de preservativos en población de 15 – 49 años <sup>99</sup>	S/I	1,7	2,6	5,0
3. Relación entre la matrícula de niños huérfanos y la matriculación de niños no huérfanos de 10 a 14 años <sup>100</sup>	S/I	S/I	S/I	S/I
<b>Meta 8</b>				
4. Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas al paludismo.	N/A	N/A	N/A	N/A
5. Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo <sup>101</sup>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
6. Tasa de incidencia por TBC (100.000 habitantes) <sup>102</sup>	41,3	17,9	14,2	7,5
7. Proporción de casos de TBC detectados y curados con el tratamiento acortado, directamente supervisado	82,0%	82,0%	83,0%	95,0%

Fuentes: 1: CONASIDA. 2a y 2b año 2000: Estudio Nacional de comportamiento Sexual CONASIDA MINSAL 2000. 2a año 2005: Segunda Encuesta Calidad de Vida y Salud 2006. 2b año 2005: V Encuesta Nacional de Juventud 2006. 2c año 2000: Banco Central de Chile. 2c año 2005: Servicio Nacional de Aduanas, a través de Data Trens. 6 y 7: MINSAL, Programa Nacional de Tuberculosis, MINSAL.

97 Este indicador reemplaza al indicador Prevalencia de VIH entre gestantes de 15 a 24 años. El valor para 2000 corresponde a 1999.

98 Reemplaza a los indicadores: Uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos en mujeres casadas de 15 a 49 años; Uso de preservativos en la población de 15 a 24 años en situaciones de alto riesgo (hombres) y Uso de preservativos en la población de 15 a 24 años en situaciones de alto riesgo (mujeres). Se cambia la Fuente para el año 2005.

99 Números de condones importados / Población de 15 a 40 años.

100 No existe información sobre matrículas de niños según condición de orfandad.

101 Población de las comunas que hoy forman la Región de Arica y Parinacota, donde existe vigilancia permanente de anofelinos y se aplica medidas de control de los mismos. Se corrige por lo tanto, la información anterior. Si hay casos importados en el país, éstos son tratados.

N/A= No aplicable. El paludismo fue erradicado en 1953. Hay vigilancia entomológica y epidemiológica permanentes.

102 Corrige información año 1990.

Indicadores adicionales Objetivos de Desarrollo del Milenio	1990	2000	2006	Meta 2015
1. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares (100.000 habitantes)	185,0	137,6	124,0*	Reducir un 18%
2. Tasa de mortalidad por diabetes (100.000 habitantes)	10,4	14,0	17,2	Frenar aumento, manteniendo la tasa
3. Mortalidad por cáncer cérvico-uterino (100.000 mujeres)	11,8	8,8	6,8	Reducir en un 40%
4. Proporción de mujeres de 25 y 64 años que se han realizado PAP <sup>103</sup>	26,0%	64,0%	66,1%	80,0%
5. Prevalencia de depresión	--	7,50%	S/I	6,80%
6. Prevalencia del tabaquismo	--	40,0%	39,5%	30,0%
7. Beber problema en población de 12 y más años	24% <sup>104</sup>	16,5% <sup>105</sup>	15,2% <sup>106</sup>	13,5%
8. Mortalidad por SIDA (100.000 habitantes)	0,5	3,0	2,4	1,7

Fuentes: 1: CONASIDA. 2a. y 2b año 2000 Estudio Nacional de Comportamiento Sexual CONASIDA MINSAL año 2000. 2a.año 2005 Segunda Encuesta de Calidad de Vida y Salud año 2006. 2b:año 2005: V Encuesta Nacional de Juventud 2006, , 2c año 2000 Banco Central de Chile. 2c año 2005 Servicio Nacional de Aduanas a través de Data Trens. 6 y 7: MINSAL, Programa Nacional de Tuberculosis, MINSAL.



103 El grupo objetivo del Programa para obtener un mayor impacto, son las mujeres de 25 a 64 años con PAP Vigente (PAP realizado en los últimos tres años). Se cambia Meta 2015, desde 90 a 80%, con respecto al Informe anterior porque el programa de salud y los objetivos sanitarios definidos para el país lo establecen.

104 Datos año 1994

105 Población de 15 años y más.

106 Población de 15 años y más.





## META 7

Haber detenido o comenzado a reducir para el año 2015 la propagación del VIH-SIDA

### I. SITUACIÓN A LA FECHA

A 22 años de la epidemia iniciada en Chile en 1984, el total de personas notificadas con VIH y SIDA alcanzó a 17.235, en el año 2006. El número de casos nuevos se incrementa en un promedio de 4% anual en el último quinquenio. La tasa acumulada al año 2006 fue de 63,0 por 100.000 habitantes con VIH y de 53,8 por 100.000 habitantes con SIDA.

La tasa de notificación de SIDA aumentó entre 1984 y 1991; a partir de 1992, las tasas oscilan entre 2,6 y 3,5 casos por cien mil habitantes. Desde el año 2004, se observa una disminución, lo que puede atribuirse a la cobertura total de tratamiento antirretroviral, logrado en Chile en el año 2003 y que evita el avance de la infección a la etapa de SIDA (Ver Cuadro 44).

#### CUADRO 44.

Tasa de Notificación de SIDA y VIH según sexo, años 1984-2006.

Año	SIDA						VIH					
	Hombres		Mujeres		Total		Hombres		Mujeres		Total	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
1984	6	0,1	0	0,0	6	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
1985	9	0,2	1	0,0	10	0,1	1	0,0	0	0,0	1	0,0
1986	19	0,3	1	0,0	20	0,2	6	0,1	0	0,0	6	0,0
1987	49	0,8	1	0,0	50	0,4	22	0,4	3	0,0	25	0,2
1988	73	1,2	15	0,2	88	0,7	31	0,5	9	0,1	40	0,3
1989	128	2,0	11	0,2	139	1,1	64	1,0	7	0,1	71	0,5
1990	238	3,7	13	0,2	251	1,9	95	1,5	14	0,2	109	0,8
1991	310	4,7	36	0,5	346	2,6	157	2,4	23	0,3	180	1,3
1992	327	4,8	35	0,5	362	2,6	167	2,5	26	0,4	193	1,4
1993	326	4,7	33	0,5	359	2,6	210	3,1	31	0,4	241	1,7
1994	366	5,2	45	0,6	411	2,9	207	3,0	41	0,6	248	1,8
1995	370	5,2	40	0,5	410	2,8	261	3,7	43	0,6	304	2,1
1996	404	5,6	68	0,9	472	3,2	350	4,8	87	1,2	437	3,0
1997	412	5,6	46	0,6	458	3,1	394	5,4	92	1,2	486	3,3
1998	417	5,6	59	0,8	476	3,2	429	5,8	99	1,3	528	3,5
1999	446	5,9	81	1,1	527	3,5	510	6,8	116	1,5	626	4,1
2000	438	5,7	68	0,9	506	3,3	562	7,4	135	1,7	697	4,5
2001	466	6,0	60	0,8	526	3,4	557	7,2	139	1,8	696	4,5
2002	466	6,0	58	0,7	524	3,3	713	9,1	171	2,2	884	5,6
2003	470	6,0	65	0,8	535	3,4	763	9,7	175	2,2	938	5,9
2004	409	5,1	58	0,7	467	2,9	706	8,9	174	2,1	880	5,5
2005	404	5,0	83	1,0	487	3,0	701	8,7	165	2,0	866	5,3
2006	358	4,4	56	0,6	414	2,5	548	6,7	203	2,4	751	4,5

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud, División de Planificación Sanitaria. Minsal





Es importante aclarar que el “VIH”, la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, se caracteriza clínicamente por una infección asintomática durante un período variable de hasta alrededor de 8 años, debido al equilibrio entre la multiplicación del virus y la respuesta inmunológica del paciente; siendo el SIDA la etapa más avanzada de la infección por VIH y se produce cuando se rompe este equilibrio aumentando la multiplicación del virus y deteriorándose la función inmune, lo que permite la aparición de diversas infecciones clásicas y oportunistas y tumores.

Como se puede observar en el cuadro anterior en relación a las nuevas infecciones (VIH), se ha registrado un aumento sostenido hasta el 2003, y luego la tasa tiende a disminuir el 2004 y 2006, a expensas de la disminución de notificación entre los hombres (de 9,7 el 2003 a 6,7 casos por cien mil habitantes el año 2006). Es necesario, interpretar esta cifra con cautela, porque esta disminución puede efectivamente reflejar una disminución real de incidencia de casos o bien, se puede deber a un fenómeno ocasionado por el retraso en las notificaciones, que aún se observa en el país.

## 1. Situación a la fecha de indicadores mínimos y estimación para el año 2015

### 1.1 Prevalencia de VIH en embarazadas a nivel nacional.

A partir de los resultados de exámenes VIH en embarazadas, es posible determinar que la prevalencia en este grupo alcanzó a 0,05% en 2005, alcanzando la meta fijada para el 2015. Sin embargo, en poblaciones de mayor vulnerabilidad, como en quienes consultan por enfermedades de transmisión sexual ésta llega a 1,4% y a 1,9% en personas privadas de libertad, indicando que en Chile la epidemia permanece concentrada en grupos poblacionales con características socioeconómicas y culturales que los convierten en grupos altamente vulnerables.

### 1.2 Uso de preservativos por jóvenes de 15-24 años en iniciación sexual.

Para el año 2005 este indicador alcanzaba el 46,1% de esta población, siendo la meta para el año 2015 de 50%. Se ha constatado un efecto importante en el uso del condón en un grupo central para la prevención: los jóvenes. En Chile esto se ha medido a través de encuestas pobla-

cionales y en el momento del inicio sexual, dado que constituye uno de los Objetivos Sanitarios de la Década.

En 1998 la declaración de uso de condón en el inicio sexual en jóvenes de 18 a 24 años alcanzó a 18% (Estudio Nacional de Comportamiento Sexual, CONASIDA). Este indicador medido en la Encuesta de Calidad de Vida 2006, alcanzó a 46,1% en jóvenes entre 15 y 24 años, lo que demuestra un incremento marcado en este indicador y un impacto de las estrategias de prevención implementadas. Además, en la Encuesta de Calidad de Vida, el mismo indicador analizado en adolescentes de 15 a 19 años (rango de edad en el que con mayor frecuencia se inicia la actividad sexual), el uso de condón declarado sube a 50,8%. A pesar de este avance, existe una gran brecha en el uso de este recurso entre los jóvenes más pobres del quintil I, correspondiente a los hogares de menores ingresos (8%) y los más ricos del quintil V (26%).

Para el año 2005, se dispone del Estudio de Mercado del Condón Masculino, que mostró un 35,4% de uso de preservativo en la primera relación sexual, pero en este caso los objetivos de estudio así como la metodología del mismo es distinta al estudio que aportó la información para la línea base.

### 1.3 Porcentaje de la población de 15-24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre VIH/SIDA.

En términos del nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA que tiene la población adolescente y juvenil de nuestro país, este indicador no fue medido al año 2005, sino fue incorporado en la V Encuesta Nacional de Juventud aplicada en el 2006. Los resultados indican que las y los jóvenes identifican correctamente las conductas que pueden transmitir/adquirir el VIH en una proporción cercana al 70%. Asimismo, cuando se les pregunta acerca de las medidas para prevenir el SIDA, responde correctamente una proporción también cercana al 70%. En tanto la meta para el año 2015, es de un 90,15%.

### 1.4 Disponibilidad de preservativos en población de 15-49 años (n° de condones importados/población de 15 a 49 años)

La incorporación del preservativo como estrategia de prevención, se refleja en el progresivo aumento en el

número de condones importados en el país, pasando de 11.968.000 unidades en el año 2000 (lo que representa una tasa de disponibilidad en población de 15 a 49 años de 1,7) a 23.164.000 unidades en el año 2005, incrementando la tasa de disponibilidad a 2,6 unidades en población de 15 a 49 años. Mientras que la meta al año 2015 es de 5 unidades.

## 2. Situación a la fecha de indicadores adicionales y estimación para el año 2015

### 2.1 Tasa de mortalidad por SIDA (por 100.000 habitantes)

La tasa de mortalidad por VIH/SIDA en Chile muestra una tendencia creciente hasta el año 2001, con una participación mayoritaria de hombres en dichas cifras. Sin embargo, se ha logrado frenar el aumento de la mortalidad lográndose una estabilización en la tasa. En el año 2000 esta tasa era del 3,0 el año 2005 era del 2,4, siendo la meta al año 2015 de un 1,7 por cada 100.000 habitantes (Ver Cuadro 45).

#### CUADRO 45

Mortalidad por enfermedad por Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Tasa por 100.000 habitantes. Situación según sexo, Chile, años 1990-2005.

AÑO	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES	
	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA
1990	72	0,5	66	1,0	6	0,1
1991	77	0,6	75	1,1	2	0,0
1992	114	0,8	101	1,5	13	0,2
1993	174	1,3	163	2,4	11	0,2
1994	253	1,8	227	3,2	26	0,4
1995	302	2,1	278	3,9	24	0,3
1996	362	2,5	317	4,4	45	0,6
1997	410	2,8	360	5,0	50	0,7
1998	383	2,6	343	4,6	40	0,5
1999	474	3,1	424	5,6	50	0,7
2000	458	3,0	402	5,3	56	0,7
2001	553	3,6	479	6,2	74	0,9
2002	440	2,8	380	4,9	60	0,8
2003	423	2,7	357	4,5	66	0,8
2004	399	2,5	356	4,5	43	0,5
2005	390	2,4	331	4,1	59	0,7

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información en Salud.



Las Políticas Públicas en VIH/SIDA en Chile y fundamentalmente la oferta de Triterapia (TARV), han permitido cambiar la tendencia de la infección por VIH. En este sentido se ha logrado disminuir la letalidad causada por SIDA en un 67% en 20 años de evolución de la epidemia, mientras que la sobrevivencia en personas en tratamiento a 24 meses de seguimiento alcanza a 92,8% y la eficacia virológica a igual período a 80,4%.

Lo anterior impacta fuertemente en la mortalidad por SIDA, logrando una estabilización en este indicador, y una clara mejoría en la calidad de vida de las personas, demostrada a través de la disminución en la incidencia de enfermedades oportunistas, que fue de un 3% en personas en tratamiento a 36 meses de seguimiento. Esto permite una disminución en las hospitalizaciones y mayor posibilidad de integración social de las personas.

#### CUADRO 46

Mortalidad por enfermedad por Virus De La Inmunodeficiencia Humana, Tasa por 100.000 habitantes. Situación según región, año 2005.

REGIÓN	Defunciones	Tasa Observada	Tasa Ajustada
Total País	390	2,4	2,2
Tarapacá	33	7,0	6,0
Antofagasta	11	2,0	1,8
Atacama	1	0,4	0,3
Coquimbo	12	1,8	1,7
Valparaíso	50	3,0	2,9
O'Higgins	14	1,7	1,6
Maule	22	2,3	2,2
Bío Bío	27	1,4	1,4
La Araucanía	8	0,9	0,9
Los Lagos	7	0,6	0,6
Aysén	0	0,0	0,0
Magallanes	1	0,6	0,8
Metropolitana	204	3,1	2,8

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL., 2005.

La variación de la tasa de mortalidad entre las regiones, refleja la distribución que tiene en el país la incidencia de SIDA, siendo mayor en las regiones que concentran grandes conglomerados de población y que tienen mayor intercambio y desarrollo. Es el caso de la Región Metropolitana y Valparaíso que tradicionalmente se han ubicado entre las que tienen mayor incidencia. El caso de Tarapa-

cá representa un desafío, dado que ha experimentado un brusco aumento tanto en la incidencia de casos como en la mortalidad, estando pendiente determinar si ello refleja un real aumento de la infección en la zona o responde a una mejoría en la detección y diagnóstico de casos y un mejor funcionamiento del sistema de vigilancia y de notificaciones (Ver Cuadro 46).





## II. PRINCIPALES DESAFÍOS

A pesar de estos avances, continúa aumentando el número de personas diagnosticadas con VIH, diversificándose y ampliándose las poblaciones vulnerables, sumándose nuevos desafíos a la respuesta nacional en prevención. Esto implica mantener, profundizar y ampliar las políticas públicas en prevención del VIH/SIDA, no sólo dar continuidad a las poblaciones priorizadas hasta ahora como hombres que tienen relaciones sexuales con personas del mismo sexo, personas que ejercen trabajo sexual femenino y masculino, entre otras, sino, además ha sido necesario incorporar a mujeres de escasos recursos, jóvenes marginales, trabajadores, migrantes, población rural y pueblos originarios. Esta concentración de la epidemia en ciertos sectores plantea la necesidad de profundizar en las estrategias de prevención focalizadas en grupos específicos de la población.

El impacto que la prevención de la transmisión vertical, esto es de la madre al feto en gestación, ha sido notable, habiéndose cumplido ya la meta definida en los Objetivos Sanitarios de reducir la transmisión al 5%, siendo en la actualidad esta cifra de 1,5%. La brecha es la difusión de este derecho a la población. El 2008 concluirá una evaluación sobre el acceso efectivo de las embarazadas al examen. En este aspecto, es posible lograr un enorme impacto sanitario, ya que se dispone de una alta cobertura de control prenatal, una adecuada oportunidad de ingreso, y una alta proporción de partos atendidos institucionalmente y por profesionales. Lo anterior constituye una oportunidad para incrementar el acceso a la información y a los servicios ofrecidos a la población, como examen VIH a todas las embarazadas y acceso a protocolo de prevención para aquellas que resultan positivas y sus hijos/as.



En todas estas poblaciones se ha avanzado en el conocimiento y en el ámbito de la investigación acerca de los distintos factores de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA, siendo aún un desafío contar con estrategias preventivas particulares para cada una de ellas.

Las estrategias deben dar respuesta a compromisos del Gobierno a nivel nacional e internacional, y deben considerar características de territorialidad de las acciones, la existencia de factores condicionantes y determinantes del proceso salud-enfermedad como género, pobreza, estigma, discriminación y otras barreras culturales asociadas.

Considerando el estado actual de la epidemia y los desafíos emergentes que se plantean, la intersectorialidad constituye un requisito esencial para una respuesta más efectiva y sostenible, existiendo la necesidad de una Política de Prevención Intersectorial que institucionalice y transveralice la temática en la estructura gubernamental.

Por otra parte, el condón, una de las formas de evitar el contagio del VIH, sigue siendo fuente de polémicas en el país. Cuando su uso se instala en la discusión pública, ciertos grupos confunden a la población e interfieren en el logro de la efectividad de su difusión como estrategia sanitaria de prevención. Además, continúa el desafío de su instalación definitiva en la población, por lo que a partir del año 2006 se inició un proceso masivo de mercadeo social del condón con el apoyo del Proyecto Fondo Global, el que es necesario ampliar en los próximos años a todo el país.

En la actualidad, los esfuerzos en la línea de atención integral de las personas que viven con VIH/SIDA, están dirigidos a promover la adherencia a los controles y al tratamiento, para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH, aumentar su sobrevivencia y disminuir la incidencia de enfermedades oportunistas. Otro tema a relevar es el apoyo psicosocial para la prevención secundaria de la infección y para favorecer la integración social de las personas que viven con VIH/SIDA. En este ámbito se realiza un trabajo asociativo con las agrupaciones de personas que viven con VIH/SIDA para la implementación de la consejería entre pares. Otro gran desafío ha sido y continúa siéndolo, la incorporación progresiva de antirretrovirales equivalentes terapéuticos, proceso que se inició en

nuestro país a partir del año 2006. Este cambio ha creado inquietud en las organizaciones de personas viviendo con VIH/SIDA (PVVIH), lo que ha significado realizar importantes esfuerzos educativos conjuntos con el Ministerio de Salud para entregar información en este ámbito a las PVVIH y los equipos de salud, con la finalidad de reforzar la adherencia a los tratamientos.

Además, un tema emergente que debe ser enfrentado se refiere al desarrollo e implementación de estrategias intersectoriales para la integración escolar y de apoyo psicosocial desde el sector salud, que aborden las áreas de comunicación del diagnóstico y de sexualidad para niños, niñas y adolescentes afectados/as por el VIH, así como el refuerzo de las estrategias de apoyo a la adherencia a tratamientos antirretrovirales en ellos/as. Para lograr que las personas que viven con VIH/SIDA puedan permanecer

integradas al mercado laboral, se han desarrollado proyectos destinados a reducir la discriminación en ese espacio. Asimismo, se han llevado a cabo iniciativas para asegurar la inserción escolar de los niños y niñas viviendo con el VIH.

Existe el convencimiento de que es indispensable fortalecer los factores psico-sociales protectores de la prevención y la atención integral, en el ambiente laboral, de la educación y de la salud. Por ello, nuestro país decidió su institucionalización a través de una ley eminentemente antidiscriminatoria (Ley 19.779, promulgada en el año 2001), que prohíbe condicionar el ingreso y permanencia en el trabajo y en el sistema educacional, al status serológico de las personas (condición de vivir o no con VIH/SIDA). Dicho cuerpo legal señala además, la voluntariedad del test VIH, consentimiento libre e informado, la confidencialidad y la consejería pre y post test.





### III. MARCO DE APOYO

Desde 1990, la respuesta nacional al VIH/SIDA se ha basado en propuestas preventivas con una visión amplia de las implicancias socioculturales que tiene la epidemia en nuestra sociedad. La política de prevención se aborda desde 3 niveles de intervención de acuerdo a los objetivos y los públicos a los que se pretende acceder. Todos ellos apuntan a lograr cambios en el comportamiento en la esfera de la sexualidad y en particular al incremento de prácticas sexuales seguras. Los niveles de intervención son: (i) nivel social/masivo, a través de las campañas nacionales de prevención y el trabajo con comunicadores sociales de los medios y del sistema público de salud; (ii) nivel grupal/comunitario, con propuestas de educación y capacitación focalizada dirigida a grupos sociales específicos; y (iii) nivel individual, a través de la consejería cara a cara y mediante FONOSIDA un servicio telefónico nacional, gratuito y confidencial.

En el ámbito de la prevención de la transmisión vertical del VIH, esto es la transmisión desde la madre al feto en gestación, uno de los avances es la oferta del examen de detección del VIH a las embarazadas, lo que se ha implementado y garantizado a través de la Norma de Prevención de la Transmisión Vertical del VIH, que comenzó a implementarse en el año 2005, y de la Ley de Medicina Preventiva que garantiza acciones de protección sanitaria a toda la población chilena. En este cuerpo legal, se incluyó el examen VIH a todas las embarazadas en control prenatal.

La norma de prevención de la transmisión vertical del VIH además de incluir el ofrecimiento universal del test VIH, consejería pre y post parto y tratamiento para aquellas personas que resulten positivas agrega entrega de sucedáneos de leche materna para los niños recién nacidos hijos de madres con VIH.

Para prevenir y reducir la vulnerabilidad de las personas se desarrollan planes intersectoriales de prevención en población general y, en especial, se focalizan estrategias, acciones y uso de recursos económicos en las poblaciones vulnerables. Cada una de las 13 regiones del país anualmente diseña, ejecuta y evalúa un plan regional intersectorial y participativo entregándose desde el nivel central recursos financieros y transferencia tecnológica y de conocimiento para ello, a través de lineamientos y orientaciones estratégicas. En todas estas actividades, la sociedad civil tiene un im-

portante papel en su diseño, implementación y evaluación. Las variables socioculturales se incorporan al diseño de las intervenciones de capacitación y apoyo para la prevención de la transmisión del VIH y para favorecer la integración social y reducir la discriminación. La estrategia de información sobre la epidemia, así como la ambientación necesaria para la prevención, considera la incorporación de la familia, de los pares y otros niveles sociales, como elementos de apoyo para las personas ya afectadas por el VIH/SIDA y como reductores de la vulnerabilidad para otras poblaciones, como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadoras/es sexuales y jóvenes.

En el año 2003 se inaugura la modalidad de Campañas Regionales de Comunicación Social para la Prevención del VIH/SIDA, diseñándose localmente 13 campañas en conjunto con los organismos de la sociedad civil (en las 13 regiones del país), basadas en la propuesta nacional, pero adecuadas a las realidades epidemiológicas y socioculturales de cada región. Este modelo vuelve a implementarse en las siguientes campañas de prevención (2004 al 2007) y ha sido posible gracias al presupuesto adicional otorgado por el Proyecto Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria que llega hasta el año 2008.

Además, se desarrollan programas de consejería entre pares, para apoyar a las personas de grupos vulnerables así como para favorecer la prevención secundaria. Se realiza un trabajo dirigido a los jóvenes, tanto en educación sobre la sexualidad como en proyectos específicos en los planes regionales intersectoriales de prevención. En cuanto a servicios de información y apoyo personalizado se cuenta desde mediados de los noventa con la línea telefónica nacional, confidencial y gratuita FONOSIDA, siendo los jóvenes los usuarios más importantes. También, existe una red nacional de consejería cara a cara a lo largo de todo el país, tanto en la red pública asistencial como en organizaciones de la sociedad civil. Éstas, a su vez, también proporcionan diversas actividades dirigidas hacia los grupos más vulnerables y las personas que viven con VIH/SIDA como terapias complementarias, atención psicológica, defensoría jurídica, atención en salud sexual y reproductiva, entre otros.

Las estrategias implementadas en la población presentan logros y avances en conocimiento, percepción de riesgo,

sensibilidad en el tema, distintos estados de comportamientos preventivos de la población e involucramiento de diferentes actores sociales al trabajo preventivo, entre otros.

Para lograr el impacto observado en la tasa de mortalidad, se han desarrollado diversas estrategias contempladas en las Políticas en Atención Integral, Apoyo y Tratamiento del Programa Nacional de SIDA. Entre ellas están: (i) Incorporación del Tratamiento Antirretroviral (TARV) en las Garantías Explícitas en Salud (GES), que incluye cobertura de 100%, oportunidad en el acceso y protección financiera. Sobre el particular cabe señalar que entre el 1 de julio, fecha de entrada en vigencia del Plan GES y el 31 de diciembre de 2005 se atendieron por esa vía 7.327 personas de las cuales 6.941 fueron beneficiarios FONASA y 286 beneficiarios de ISAPRE. (ii) Desarrollo de programa de apoyo psicosocial para la adherencia a TARV. (iii) Trabajo asociado con organizaciones de personas que viven con VIH/SIDA para la formación de consejeros, que apoyan a sus pares en la adherencia a tratamiento y controles de salud. (iv) Capacitación continua y actualización de equipos de atención multidisciplinarios. (v) Negociación anual con compañías farmacéuticas para la obtención de rebajas en precios de TARV (vi) Incorporación de fármacos equivalentes terapéuticos que ha permitido bajar los costos. (vii) Compra centralizada de ARV y (viii) Diseño e implementación de Modelo de Atención para las personas con VIH/SIDA.

Este ámbito de trabajo constituye una de las áreas centrales de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA. Por una parte, porque implica concretamente una acción propia del Ministerio de Salud frente a las personas; pero además por

el alto impacto que tiene la presencia del VIH/SIDA en la sociedad. Una atención integral que considere las terapias adecuadas al momento que vive la investigación científica y los requerimientos de Salud, implica que se está cumpliendo con el rol propio del Estado y la legislación vigente en el país, lo que hace que la sociedad se sienta efectivamente resguardada.

Los efectos positivos de las terapias de alta efectividad, de acuerdo con los resultados de la investigación internacional, junto con las demandas de las personas que viven con VIH por un tratamiento de mejor calidad, llevaron al Estado a realizar los esfuerzos que permitieran responder en forma adecuada a esta necesidad.

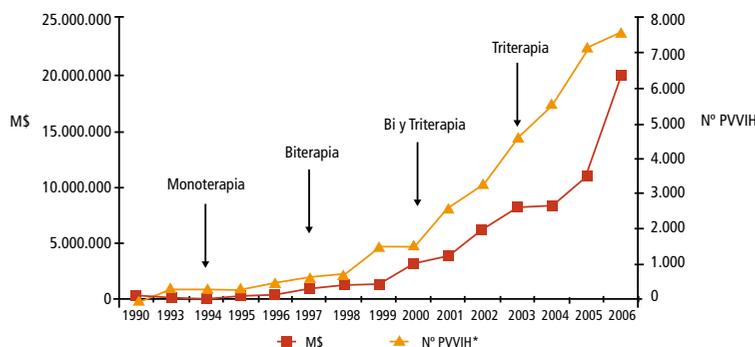
Así, el país está en una situación privilegiada en acceso a tratamientos antirretrovirales, con una cobertura que llega al 100% en adultos, niños y embarazadas VIH (+) beneficiarios del Sistema Público de Salud. Esto fue posible a partir del año 2003, por la complementariedad entre el presupuesto nacional y los recursos del proyecto Fondo Global de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. En la actualidad, el Gobierno ha asumido la totalidad de los tratamientos antirretrovirales, incorporando el acceso a terapia en la Ley GES, que garantiza cobertura, oportunidad y protección financiera, para el 100% de quienes lo requieren y es exigible por parte de la población adscrita a los sectores públicos y privados de salud.

En el siguiente gráfico se puede observar la inversión del país en terapias antirretrovirales, tanto en la cantidad como su inversión en dinero.



### GRÁFICO 18

Inversión en antirretrovirales en Chile, 1990-2006.



Fuente: Presupuesto anual FONASA. Registro Nacional de Personas en tratamiento antirretroviral CONASIDA. Datos de M\$ de cada año.



## META 8

# Haber detenido o comenzado a reducir para el año 2015 la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

### I. SITUACIÓN A LA FECHA

En términos generales, la situación de salud de la población chilena hoy día es reflejo de la transición demográfica y epidemiológica resultante de la mayor esperanza de vida al nacer, de una fecundidad en descenso y de los logros sanitarios del sistema de salud. El envejecimiento de la población se refleja en el progresivo y sostenido aumento del grupo de 60 años y más al que se agrega un proceso de feminización: el número de mujeres aumentó en un 30% mientras que los hombres en un 23%.

En Chile no existe el paludismo. La incidencia y mortalidad por tuberculosis ha disminuido permanentemente desde la década del cincuenta cuando constituía la primera causa de mortalidad en el adulto; la incidencia se encuentra en proceso de eliminación, debido a los sistemas de control y tratamiento aplicados. En este contexto el sector salud se planteó indicadores adicionales en relación a la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, por diabetes y por cáncer cérvico-uterino. Asimismo, se propuso incrementar la cobertura del PAP en las mujeres de 25 a 64 años y disminuir la prevalencia de depresión y tabaquismo; y finalmente disminuir el porcentaje de bebedores problema en la población de 12 años y más.

Las enfermedades del aparato circulatorio, primera causa de muerte en Chile para ambos sexos, son responsables de alrededor del 28,2% de las muertes, para el año 2005. El riesgo de muerte por esta patología aumenta progresivamente con la edad y es mayor en los varones en todas las etapas de la vida. El 44% de las defunciones se produce en personas menores de 75 años.

Por otro lado, la diabetes mellitus (DM) tipo 2 es una enfermedad crónica que afecta al 4,2% de la población de 17 años y más de edad, frecuencia que se triplica en las personas de 65 y más años. La obesidad y la inactividad física son los principales factores de riesgo. Además de la morta-

lidad, la discapacidad es la principal consecuencia asociada a la diabetes. La tasa de mortalidad por diabetes ajustada por edad aumentó de 15,3 en el 2000 a 17,2 muertes por cien mil habitantes el 2005. Por otra parte, según encuestas, entre el 12% y 15% de las personas con diabetes, desconoce su condición. Más hombres que mujeres, 4,8% y 3,8% respectivamente, tienen diabetes, y más personas de nivel educacional más bajo que aquellas con educación superior, 10,2% y 1,2%. Las tasas de sedentarismo y de sobrepeso, los principales precursores y factores de riesgo modificables de la diabetes, son también más elevadas en las personas con diabetes que en la población general.

Entre las principales causas específicas de defunción en el año 2005 la diabetes mellitus ocupa el quinto lugar con 3.382 defunciones, con una tasa de 20,8 por 100 mil habitantes, equivalente al 3,9 del total de todas las causas.

El cáncer representa la segunda causa de muerte en el país, con un 21,8% de las defunciones, constituyendo un importante problema de salud pública. Entre los distintos tipos de cáncer, el cáncer cérvico-uterino tiene la mayor tasa de años perdidos por la mujer (129 por 100.000 mujeres<sup>107</sup>), afectando a mujeres en edad productiva, lo que tiene gran impacto social y económico. De acuerdo a las estadísticas oficiales del Ministerio de Salud, la tasa bruta de mortalidad en el año 2005 alcanzó a 8,2 por 100.000 mujeres.

La depresión es el problema de salud mental que produce mayor discapacidad en mujeres en nuestro país y ocupa el segundo lugar entre las primeras 15 causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad o muerte prematura (AVISA) en ellas<sup>108</sup>. De acuerdo a estudios na-

107 Ministerio de Salud (1994) "Estudio de carga enfermedad". Dpto. de Epidemiología.

108 Ministerio de Salud "Objetivos Sanitarios para Chile 2000-2010".





cionales los trastornos depresivos afectan a alrededor de un 7,5% de las personas de 15 años y más en población general, y a cerca de un 30% de las personas consultantes en atención primaria de salud.

También el consumo de tabaco caracteriza los hábitos de sectores importantes de la población y es considerado un factor de riesgo implicado en la aparición de muchos cánceres, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, bajo peso de nacimiento, entre otros; está considerado por la OMS como la principal causa evitable de enfermedad, discapacidad y muerte en el mundo actual. En Chile se evidencia una tendencia al aumento de las enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco que son las principales causas de muerte en el país y, según las estadísticas disponibles, ocasionaron 27.900 el año 2005. Es posible atribuir al consumo de tabaco la causalidad de a lo menos 15.000 de éstas muertes, cifra que representa, aproximadamente, el 17% de la mortalidad país de ese año.

El abuso de alcohol afecta al 15,5% de la población general mayor de 15 años y cerca de un tercio de ellos presenta de-

pendencia. El abuso y dependencia del alcohol es tres veces más frecuente entre hombres que mujeres, particularmente de sectores de menores ingresos. Asimismo, la tasa de mortalidad masculina por cirrosis se incrementa en la población con menor escolaridad. La tasa en hombres que es la que más desciende puede mantener esa tendencia y la de mujeres que continúa en ascenso en algunos grupos de edad 12 a 18 y 19 a 25 puede ser influida si se instala con intensidad el examen de medicina preventiva (EMP) en mujeres en edad fértil y en embarazadas.

## 1. Situación a la fecha de indicadores mínimos y estimación para el año 2015

### 1.1 Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas al paludismo

Este indicador no es aplicable al caso de Chile, ya que el paludismo fue erradicado en el año 1953.

### 1.2 Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo

En las regiones de Arica y Parinacota existe vigilancia permanente de anofelinos y se aplican medidas de control de los mismos. En el evento de existir casos importados en el país, éstos son tratados.

### 1.3 Tasa de incidencia por TBC

En Chile se aplicó precozmente desde la década de los años 70, la estrategia del tratamiento breve bajo observación directa (DOTS), posteriormente propuesta por la OMS, que cubre al 100% de la población. Por otra parte, se han puesto en práctica, de manera progresiva, los diferentes componentes del plan mundial (OMS) y del Plan Estratégico Regional (OPS), con sus correspondientes medidas de aplicación.

El Programa de Control de la Tuberculosis de Chile, es un Programa de Salud Pública de alcance nacional, descen-

tralizado, de cuyas normas y operaciones técnicas es beneficiaria toda la población del país, independientemente de su condición previsional. Sus acciones son gratuitas y se cumplen en todos los niveles de la estructura del Sistema Nacional de Servicios de Salud del país.

Su objetivo general es reducir el riesgo de infección, de enfermedad y muerte por TBC, hasta obtener su eliminación como problema de Salud Pública. En conformidad con los acuerdos adoptados por el Grupo de "Países de Baja Prevalencia", organizado por OPS/OMS, se han fijado como metas para este objetivo general: a) alcanzar un umbral de eliminación cuando se llega a la tasa de incidencia de 20 por cien mil habitantes; b) una "eliminación avanzada" cuando la tasa es 10 por cien mil habitantes; y c) la "eliminación como problema de Salud Pública" cuando se llega a una tasa de 5 por cien mil habitantes.



En relación a la incidencia de la tuberculosis, es posible indicar que la tendencia, entre los años 1990 y 2006 (método exponencial) para ese periodo de 17 años, señala reducción acentuada, con un coeficiente de determinación anual de -6,5 % con un elevado  $R^2 = 0,97$ . La mortalidad descendió en el mismo periodo en -6,8%. La extrapola-

ción de esta tendencia indicaría una tasa esperada de 10,3 por cien mil para el año 2010 y de 7,5 por cien mil para el año 2015. Por otro lado, las metas de detección de casos y de curación han sido alcanzadas con más del 80% de los casos bacilíferos detectados y una curación de 85% (promedio 2002 a 2005 es de 84,5%).



**CUADRO 47**

Tuberculosis, Total Casos Notificados y Total Casos Nuevos Anuales TBC.  
 Todas Las Formas, Tasa por 100.000 habitantes, período 1990-2006.

Años	CASOS NOTIFICADOS TBC TODAS LAS FORMAS <sup>109</sup>		INCIDENCIA: CASOS NUEVOS TBC. TODAS LAS FORMAS <sup>110</sup>	
	Nº	TASA *	Nº	TASA*
1990	6151	46,7	5412	41,3
1991	5498	41,1	4850	36,5
1992	5304	39,2	4731	34,9
1993	4598	33,3	4115	29,8
1994	4138	29,6	3674	26,3
1995	4150	29,2	3710	26,1
1996	4178	28,9	3801	26,4
1997	3880	26,5	3550	24,3
1998	3668	24,8	3305	22,3
1999	3420	22,8	3055	20,3
2000	3021	19,9	2718	17,9
2001	3119	20,0	2809	18,2
2002	3016	19,6	2755	17,7
2003	2908	18,3	2642	16,6
2004	2794	17,4	2557	15,9
2005	2546	15,7	2316	14,2
2006	2559	15,6	2334	14,2

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud y Registro Nacional de Tuberculosis. MINSAL.



109 Casos notificados incluye casos nuevos más recaídas.

110 Incidencia incluye sólo casos nuevos.

A nivel regional la morbilidad por TBC durante el año 2006 es la siguiente (ver Cuadro 48):

**CUADRO 48**

Morbilidad por TBC, Todas Las Formas, Total Casos Notificados y Total Casos Nuevos. Situación por región, año 2006.

Servicios de Salud	Casos Notificados TBC. Todas las Formas		Casos Nuevos TBC Todas las Formas	
	N°	Tasa	N°	Tasa
Total País	2559	15,6	2334	14,2
Tarapacá	166	34,9	150	31,5
Antofagasta	64	11,7	59	10,8
Atacama	76	27,9	72	26,4
Coquimbo	64	9,4	55	8,1
Valparaíso	235	14,0	213	12,7
O'Higgins	99	11,7	94	11,1
Maule	114	11,7	104	10,7
Bío Bío	380	19,2	343	17,3
La Araucanía	124	13,2	110	11,7
Los Lagos	198	16,9	186	15,9
Aysén	17	16,9	14	13,9
Magallanes	53	33,9	48	30,7
Metropolitana	969	14,7	886	13,4

Fuente: Programa de Tuberculosis. Ministerio de Salud.

En cuanto a la evolución de la tasa de mortalidad por TBC entre los años 1990 y 2005, último año para el cual se dispone de información oficial, muestra una tendencia sostenida al descenso como se indica en el cuadro siguiente; en

el año 2005 la tasa de mortalidad por tuberculosis era de 1,4 (ver Cuadro 49) siendo la meta para el 2010 alcanzar la tasa de 10 por cien mil y para el año 2020, la tasa de 5 por cien mil.



**CUADRO 49**

Mortalidad por TBC. Todas las Formas, Chile años 1990-2004, por 100.000 habitantes.

Años	Número de Casos	Tasa
1990	660	5,0
1991	475	3,5
1992	481	3,5
1993	470	3,4
1994	399	2,8
1995	436	3,1
1996	443	3,1
1997	379	2,6
1998	357	2,4
1999	350	2,3
2000	276	1,8
2001	318	2,1
2002	308	2,0
2003	289	1,8
2004	267	1,7
2005	233	1,4

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL

138



Los avances obtenidos "hacia la eliminación de la tuberculosis", se objetivizan de acuerdo a la información del año 2006, del Registro Nacional de Tuberculosis, de la siguiente forma: (i) 25,3% de la población (4.157.000 de habitantes) vive en áreas donde ya se ha alcanzado la meta 2010, con una tasa promedio de 8,1 por cien mil; (ii) 31,1% (5.113.816 de habitantes), se encuentran en regiones con tasas entre 10 y 14 por cien mil, con amplias posibilidades de cumplir la meta (tasa promedio de 11,7 por cien mil); (iii) 36,7% de la población (6.024.896 de habitantes) vive en regiones con tasas entre 15 y 19 por cien mil (tasa promedio de 17,9 por cien mil); (iv) Solo un 6,9% de la población (1.136.370 habitantes) mantienen tasas superiores a 20 por cien mil (tasa promedio de 20,3 por cien mil).

#### 1.4 Proporción de casos de TBC detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS).

La meta de eficiencia del tratamiento para el 2015 es de un 95%, y en los últimos años ha oscilado entre 82 y 86%, en el año 2005 fue de 83,0% (Ver Cuadro 50). Por lo tanto, parece ser de cumplimiento más difícil y dependerá sobre todo, de los recursos que se asignen y a la mejoría en las normas técnicas y administrativas del programa, en los servicios calificados como prioritarios, en conformidad a su nivel endémico y población a cargo.

La evolución de este indicador entre los años 1996 y 2005 es la siguiente:

**CUADRO 50**

Proporción de casos detectados y curados mediante DOTS y Tasa de detección estimada por la OMS, años 1996-2005.

Años	Éxito Tratamiento (%)	Tasa detección (%)
1996	80	76
1997	77	82
1998	83	88
1999	83	90
2000	82	84
2001	83	95
2002	86	106
2003	85	104
2004	83	114
2005	83	112

Fuente: OMS.- Global tuberculosis Control Who Report 2007.

## 2. Situación a la fecha de indicadores mínimos y estimación para el año 2015

### 2.1 Tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares (EVCS) por 100 mil habitantes.

La tasa ajustada de mortalidad por EVCS al año 1990 alcanzaba a 184,9 por 100.000 habitantes, y la meta propuesta para el año 2015 fue reducir en un 18% esta tasa, es decir llegar a una tasa de 151,6%. En consecuencia al año 2005 este compromiso se ha cumplido, considerando que en dicho año la tasa llegó a 124 por 100.000 habitantes.

Este logro es muy relevante considerando que las EVCS son la primera causa de muerte en Chile. La importancia relativa del grupo ha aumentado en forma sistemática, con 15,2% de todas las defunciones en 1970, 26,4% en 1990 y 28,2% en 2005 (última información oficial disponible). Las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares son las principales causas específicas de defunción

con 71% de todas las defunciones por ECVs. El riesgo de muerte por esta patología aumenta progresivamente con la edad y es mayor en los varones en todas las etapas de la vida. El 44% de las defunciones se produce en personas menores de 75 años. Al analizar las tasas ajustadas por edad, se observa que el riesgo de morir en los hombres es, en promedio, un 52% más alto que en las mujeres. Esta gran diferencia se produce debido a la mayor precocidad de las defunciones en los varones.

Para lograr los avances obtenidos en este indicador, ha sido fundamental el cambio de enfoque desde un manejo de factores de riesgo individuales a un manejo integral del individuo, según su riesgo cardiovascular.

En relación al panorama regional, se observa que seis regiones del país Magallanes, del Maule, Bío-Bío, Valparaíso, Los Lagos y Antofagasta, presentan las mayores tasas nacionales ajustadas, y las regiones de Tarapacá, Aysén, Coquimbo y Metropolitana de Santiago, las más bajas (ver Cuadro 51).



**CUADRO 51**

Mortalidad Observada y Ajustada Por Enfermedades Del Sistema Circulatorio. Situación según región, año 2005 (por 100 mil habitantes).

REGIÓN	Defunciones	Tasa *	
		Observada	Ajustada
Total País	24.290	149,3	124,0
Tarapacá	530	112,8	110,6
Antofagasta	621	114,8	130,0
Atacama	339	125,4	123,2
Coquimbo	938	140,6	115,0
Valparaíso	3.175	190,9	135,2
O'Higgins	1.212	144,2	120,4
Maule	1.658	171,4	140,2
Bío Bío	3.167	160,8	135,9
La Araucanía	1.438	154,8	118,8
Los Lagos	1.846	159,6	131,8
Aysén	112	112,8	114,4
Magallanes	295	189,1	160,3
Metropolitana	8.959	137,0	115,1

Fuente: MINSAL, DEIS.

Tasa ajustada por método directo según Censo de Población de 1992.

140



El conocimiento científico actual permite reconocer y manejar adecuadamente los factores de riesgo de las patologías por causa cardiovascular, las medidas de diagnóstico precoz, la terapéutica médica y quirúrgica y una rehabilitación cada vez más efectiva.

## 2. 2 Tasa de Mortalidad por Diabetes mellitus (por 100 mil habitantes)

Como se señaló previamente, la DM afecta a 4,2% de los chilenos de 17 años y más; en el caso de los hombres esta cifra sube al 4,8% y alcanza en las mujeres 3,8%. Por otra parte, personas de nivel educacional más bajo presentan DM en un 10,2%; mientras que quienes tienen un más alto nivel educacional la incidencia llega a un 1,2%, antecedentes provenientes de la Encuesta Nacional de Salud (2003).

En la evaluación de los Objetivos Sanitarios, realizada a mitad de período, se observa que continúa la tendencia ascendente en la mortalidad por Diabetes Mellitus. La tasa de mortalidad ajustada por edad aumentó de 15,3 en

2000 a 17,2 muertes por cien mil habitantes el 2005, siendo la meta al año 2015 frenar su aumento, manteniendo la tasa en 14 por 100 mil habitantes. En atención al mayor riesgo de complicaciones y mortalidad de esta enfermedad, el Ministerio de Salud propuso como meta sanitaria "Quebrar la tendencia ascendente de la mortalidad por Diabetes Mellitus". La evaluación del grado de avance en los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010, muestra que la tasa de mortalidad ajustada por edad en lugar de estabilizarse, subió en un 20% entre 1999 y 2003 (14,2 a 17,1 muertes por cien mil habitantes).

Las personas con diabetes tienen un riesgo muy superior al de la población general de hacer complicaciones tanto macro como microvasculares. En la mayoría de los países, el riesgo de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón es 2 a 4 veces mayor y de ataque cerebral 2 veces superior, en las personas diabéticas que en las no diabéticas. La diabetes es la principal causa de enfermedad renal terminal, y en nuestro país la principal causa de ingreso a un Programa de Hemodiálisis. Las amputaciones de miem-



bros inferiores son al menos 10 veces más frecuentes en estas personas que en aquellas sin la enfermedad, y más de la mitad de las amputaciones no traumáticas de los miembros inferiores son por diabetes. La diabetes es también una de las principales causas de trastornos de la visión y ceguera.

En el Cuadro siguiente se observan las tasas de mortalidad 2005 en las distintas regiones del país. Las siguientes tienen tasas de mortalidad ajustadas superior a la media nacional, en orden descendente: Magallanes, Antofagasta, Atacama, O'Higgins, Metropolitana y Maule.

### CUADRO 52

Mortalidad Observada y Ajustada Por Diabetes Mellitus.  
Situación según región. Año 2005 (por 100 mil habitantes).

REGIÓN	Defunciones	Tasa *	
		Observada	Ajustada
Total país	3.382	20,8	17,2
Tarapacá	75	16,0	15,4
Antofagasta	104	19,2	21,5
Atacama	51	18,9	18,7
Coquimbo	114	17,1	13,7
Valparaíso	392	23,6	16,7
O'Higgins	190	22,6	18,5
Maule	212	21,9	17,7
Bío Bío	389	19,8	16,6
La Araucanía	158	17,0	13,2
Los Lagos	228	19,7	16,4
Aysén	14	14,1	15,8
Magallanes	42	26,9	23,2
Metropolitana	1.413	21,6	18,3

\* Tasa ajustada por método directo según Censo de Población de 1992.  
Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud MINSAL.

Es importante destacar que el período analizado no permite ver progresos en términos de mortalidad, ya que en las enfermedades crónicas no transmisibles, como la DM, las intervenciones que se realizan hoy tendrán un impacto en la mortalidad en un plazo mediano a largo, 10-20 años, pero nunca en el corto plazo. En el siguiente cuadro, se puede observar la mortalidad por DM por sexo, en un período de 15 años. Según estos datos, la mortalidad por esta causa en mujeres es mayor que en los hombres.



**CUADRO 53**

Mortalidad por Diabetes Mellitus. Situación según sexo, años 1990-2005 (por 100 mil habitantes).

AÑO	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES	
	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA	DEFUNCIONES	TASA
1990	1.369	10,4	632	9,7	737	11,1
1991	1.362	10,1	649	9,8	713	10,5
1992	1.477	10,8	688	10,2	789	11,4
1993	1.634	11,7	752	10,9	882	12,5
1994	1.799	12,7	849	12,1	950	13,3
1995	2.049	14,2	913	12,8	1.136	15,6
1996	2.278	15,6	1.030	14,3	1.248	16,9
1997	2.079	14,2	979	13,6	1.100	14,9
1998	2.235	14,9	1.043	14,1	1.192	15,7
1999	2.381	15,7	1.084	14,4	1.297	16,9
2000	2.501	16,2	1.164	15,3	1.337	17,2
2001	2.951	19,0	1.357	17,6	1.594	20,3
2002	2.990	19,0	1.430	18,3	1.560	19,6
2003	3.278	20,6	1.608	20,4	1.670	20,8
2004	3.415	21,2	1.607	20,2	1.808	22,2
2005	3.382	20,8	1.597	19,8	1.785	21,7

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de la Salud. MINSAL.  
 CIE-9 (hasta 1996: 250 CIE-10 (desde 1997): E10-E14.

142



### 2.3 Mortalidad por Cáncer Cervicouterino (por 100 mil habitantes)

En el año 2005 fallecieron 677 mujeres por cáncer cervicouterino, ocupando el quinto lugar entre las muertes por cáncer en la mujer y el primer lugar en la tasa de años de vida potencialmente perdidos con 129 por 100.000 mujeres; produciendo un importante impacto social y económico, ya que afecta a mujeres relativamente jóvenes

y en edad productiva. La tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino ajustada en el año 1990 era de 12,3, siendo la meta al año 2015 reducir esta cifra en un 40%, es decir llegar a 7,38 por 100.000 mujeres. En consecuencia esta meta se encuentra cumplida, considerando que para el año 2005, llegó a una tasa de 6,8 por 100mil mujeres. La tasa de mortalidad ajustada por cáncer cervicouterino según región, para el año 2005, se muestra en el siguiente cuadro:

**CUADRO 54**

Mortalidad Femenina Observada y Ajustada, debida a Cáncer Cervicouterino.  
Situación según región. Año 2005 (por 100.000 mujeres).

REGIÓN	Defunciones	Tasa*	
		Observada	Ajustada
Total País	677	8,2	6,8
Tarapacá	13	5,6	5,2
Antofagasta	16	6,2	6,0
Atacama	13	9,8	9,0
Coquimbo	43	12,8	10,6
Valparaíso	79	9,4	7,0
O'Higgins	34	8,2	7,0
Maule	57	11,8	10,1
Bío Bío	109	10,9	9,3
La Araucanía	39	8,3	6,8
Los Lagos	55	9,6	8,2
Aysén	3	6,4	6,1
Magallanes	9	12,2	10,4
Metropolitana	207	6,2	5,0

Fuente Departamento de Estadísticas e Información de la Salud. MINSAL.

\*Tasa ajustada según Censo 1992.

Se observa un comportamiento diferente en la tasa por región. Mientras que Coquimbo, Magallanes, Maule, Bío Bío, Atacama y Los Lagos presentan tasas superiores al promedio nacional; las regiones que muestran tasas menores que la tasa nacional son la región Metropolitana, Tarapacá, Antofagasta y Aysén.

#### 2.4 Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años que se han realizado el PAP

Para reducir la morbimortalidad por cáncer de cuello es absolutamente necesario contar con estrategias que permitan detectar y tratar a tiempo las lesiones preinvasoras del cuello uterino. Para la detección, el examen citológico Papanicolaou, sigue siendo Gold estándar y el método más costo-efectivo para países como Chile. Además,

es muy importante realizar este examen periódicamente, junto con lograr y mantener coberturas de PAP vigente en los grupos de edad definidos como de riesgo para desarrollar un cáncer de cuello uterino.

Para el presente Informe se corrige la meta de un 90% establecida inicialmente dado que el programa desde su inicio se fijó como meta alcanzar al 80% de cobertura de PAP vigente, (PAP realizado en los últimos 3 años) en mujeres entre 25 y 64 años beneficiarias del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Este indicador ha presentado, desde el año 1993, el comportamiento que se observa en el cuadro 55. En trece años la cobertura del PAP vigente prácticamente se ha duplicado, desde 34% a 66%.



**CUADRO 55**

Cobertura de Mujeres Beneficiarias de 25 a 64 años, con Pap Vigente, años 1993-2006.

AÑO	% Cobertura
1993	34
1994	45
1995	50
1996	53
1997	55
1998	57
1999	61
2000	64
2001	65
2002	66
2003	66
2004	68
2005	66
2006	66

Nota: El dato de cobertura, sólo se tiene desde el año 1993, ya que antes no se disponía de ese registro.

Fuente: Citoexpert/ Unidad de Cáncer. Ministerio de Salud.

144



La situación de este indicador para el año 2006 por región se presenta en el siguiente cuadro; donde se puede observar que las regiones de Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso, La Araucanía, Aysén y Magallanes presentan promedios de coberturas inferiores al promedio nacional,

que es de un 66%. Entre éstas cabe destacar las regiones de Coquimbo y La Araucanía con las coberturas más bajas, con porcentajes de 58,6 y 45,1, respectivamente. Por otra parte se destacan como regiones con alta cobertura Tarapacá, Atacama y Los Lagos (ver Cuadro 56).

**CUADRO 56**

Cobertura de Mujeres Beneficiarias de 25 a 64 años con Pap Vigente.  
Situación según región, año 2006.

Regiones	% cobertura
Chile	65,9
Tarapacá	72,1
Antofagasta	62,4
Atacama	75,9
Coquimbo	58,6
Valparaíso	64,7
O'Higgins	65,7
Maule	67
Bío Bío	69,6
La Araucanía	45,1
Los Lagos	71,8
Aysén	63,8
Magallanes	61,6
Metropolitana	65,8

Fuente: Formul- Eval Citoexpert /MPM/ Unidad de Cáncer Ministerio de Salud.

## 2.5 Prevalencia de depresión

La meta propuesta para el año 2015 es reducir la prevalencia de depresión a no más de un 6,8% en población de 15 años y más. Además, de ser una de las metas del Milenio, es uno de los objetivos sanitarios definidos por el Ministerio de Salud para la década 2000 – 2010, que busca disminuir la recurrencia de episodios depresivos, bajando la prevalencia de un 7,5% a un 6,8%. Para fijar estas metas se utilizaron los resultados de los estudios epidemiológicos realizados entre los años 1993 y 1997. Desde entonces no hay nuevos estudios de alcance nacional, ni estudios seriados que permitan visualizar tendencias. Ello constituye una debilidad importante que condiciona la evaluación de esta meta.

De acuerdo a estudios nacionales de prevalencia de enfermedades mentales, entre otros el "Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica" realizado entre julio de 1992 y junio de 1999 por Benjamín Vicente, Rioseco y Valdivia, los trastornos depresivos afectan a alrededor de un 7,5% de las personas de 15 años y más en población general, y a cerca de un 30% de las personas consultantes

en atención primaria de salud. Según el estudio mencionado, la prevalencia (de 6 meses) de la depresión entre personas de 15 años y más era de un 7,8%, siendo de 4,5% para los hombres y 10,8 para las mujeres<sup>111</sup>.

En la génesis y expresión de las enfermedades mentales en general influyen múltiples factores, no sólo de las personas afectadas (susceptibilidad, condiciones del entorno, de su desarrollo y de vida), sino también del ambiente psicosocial y sociocultural más amplio tales como la pobreza y la inequidad en el acceso a los bienes, los valores y expectativas, las oportunidades y condiciones del empleo, los niveles de fragmentación social, etc. La depresión, en particular, está estrechamente asociada con determinantes sociales, en especial la pobreza, las desventajas de género y los bajos niveles de salud física en la población general.

En el terreno de las acciones más específicas, la evidencia acumulada demuestra que los tratamientos para la Depresión, son efectivos en restablecer el equilibrio biológico,

111 Este estudio fue publicado en la Revista Médica de Chile 2002; 130:527-536.

optimizar el funcionamiento psicosocial de la persona y minimizar el riesgo de recaídas.

## 2.6 Prevalencia del tabaquismo

El consumo de tabaco guarda relación causal con más de 25 enfermedades, especialmente cánceres, enfermedades cardiovasculares y enfermedades respiratorias, afecta el desarrollo físico e intelectual de los niños y está considerado por la OMS como la principal causa evitable de enfermedad, discapacidad y muerte en el mundo actual.

Para el año 2005 la prevalencia del tabaquismo fue de 39,5%, esperando llegar el 2015 a una meta de 30% de prevalencia de consumo de tabaco existente en la población general de 12 a 64 años. Esta meta fue fijada a partir de los resultados de la Encuesta de Calidad de Vida 2000.

El grado de cumplimiento obtenido de acuerdo a las dos fuentes de información disponible: Encuesta de Calidad de Vida (ENCAVI) y Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) demuestran un estancamiento en relación a nivel base, pero con una tendencia a la

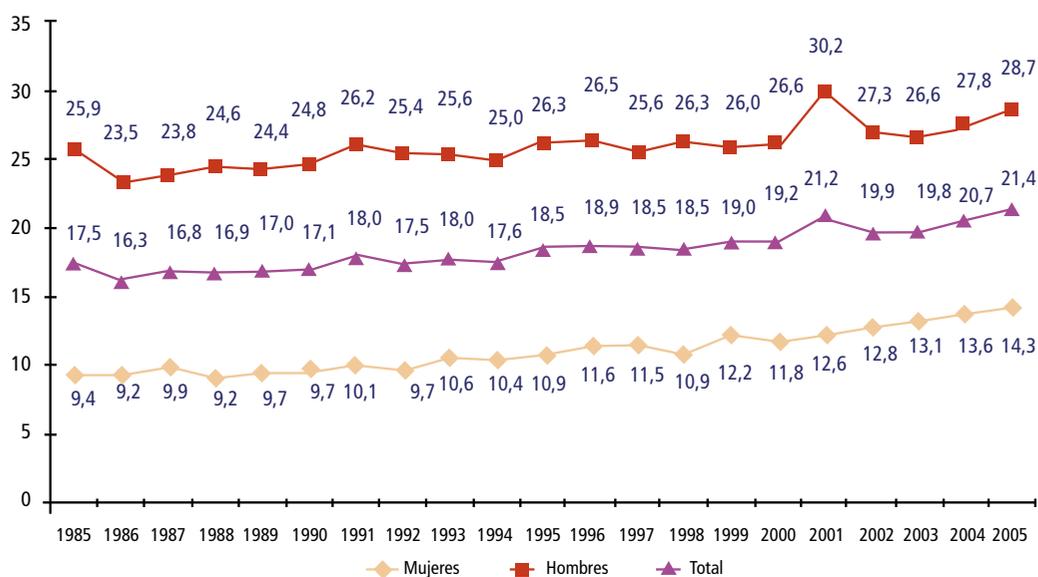
disminución en relación a los índices del período. Según ENCAVI, la prevalencia al año 2000 era de un 40% y para el año 2005 de un 39,5%. Por otra parte, CONACE informó que para el año 2000 la prevalencia era de un 42,7% y el año 2006 de un 40,9%.

Las cifras muestran una clara tendencia al incremento de la tasa de mortalidad atribuible al tabaco entre los años 1985 al 2005. Si se tiene en consideración que las muertes causadas por tabaco ocurren entre 15 y 20 años más tarde que el inicio del consumo, y en la mayoría de los casos, después de años de enfermedad y discapacidad que requieren de tratamientos y medidas soporte para mantener la vida, de continuar las condiciones de consumo de tabaco actuales en el país, se puede esperar que estas cifras sigan aumentando en especial en mujeres, ocasionando un aumento progresivo de los gastos del sector salud y de los costos sociales asociados. Si se desea reducir la carga de enfermedad, discapacidad y muerte e incrementar la calidad de vida en la población del país en este milenio, es relevante y prioritario reducir los índices de prevalencia de consumo en la población y muy especialmente en ciertos grupos: niños y mujeres en edad fértil.



### GRÁFICO 19

Mortalidad por causas atribuibles al consumo de tabaco, según sexo; Chile, 1985-2005.



Fuente: Encuesta de Calidad de Vida y Salud. Años 2000 y 2006.

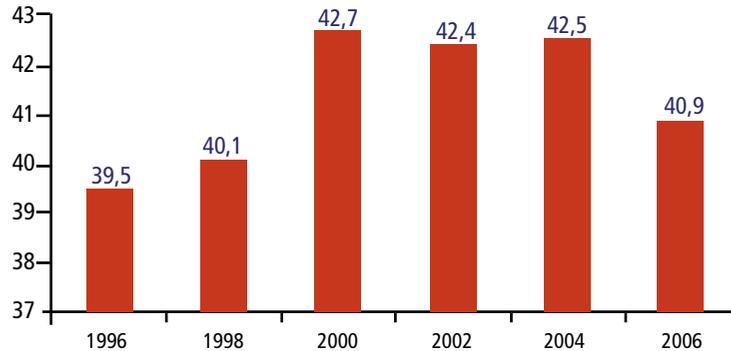


Los resultados encontrados por el CONACE, a través de la serie bianual de estudios que realiza desde 1996, muestran desde el año 2000 una tendencia a la estabilización de la prevalencia de tabaquismo en niveles superiores al 42%. Sin embargo, el estudio de 2006 en

población de 12 a 64 años mostró un índice de prevalencia de consumo en el último mes de 40,9%, muy cercano a la cifra que mostró la ENCAVI 2006 y casi dos puntos menos que los estudios de los años 2000, 2002 y 2004 (ver gráfico 20).

**GRÁFICO 20**

Prevalencia del tabaquismo, población de 12 a 64 años.



Fuente: CONACE.

**2.7 Beber - problema en población de 12 y más años.**

Los datos contenidos en el Primer Informe de Gobierno de Chile sobre ODM tuvieron como base el único estudio de hogares sobre consumo de drogas disponible en el año 2000<sup>112</sup>. Dicho estudio entregó una cifra de bebedores problema (23,78%), sobre la base (denominador) de la población entre 12 y 64 años, que reconocía haber bebido al menos una vez durante el mes anterior, esto es, un 53,94 % de la población total, en ese rango de edad. La meta propuesta para el 2015 es de 13,5%.

El cuestionario utilizado para esa determinación fue la Escala Breve de Beber Anormal (EBBA), validado en Chile para hombres y de amplio uso a nivel nacional durante 20 años, que identifica el Beber Problema. Por otra parte la Encuesta de Calidad de Vida (ENCAVI), en sus dos versiones, de los años 2000 y 2006, ha utilizado el mismo indicador e instrumento, pero aplicado a la población general mayor de 15 años<sup>113</sup>.

El siguiente cuadro muestra los resultados obtenidos en la Encuesta Calidad de Vida.

**CUADRO 57**

Porcentaje de población de 15 años y más identificados como bebedores problemas. Situación por sexo, según Encuesta Calidad de Vida, año 2000 y 2006.

	1ª Encuesta Calidad de Vida Año 2006 15 años y más	2ª Encuesta Calidad de Vida Año 2000 15 años y más
Hombres	29,9%	25,6%
Mujeres	5,5%	5,8%
Total	16,5%	15,2%

112 CONACE. IV Estudio de Hogares sobre consumo de Drogas. 2000 < www.conacedrogas.cl >

113 Ministerio de Salud. Primera Encuesta de Calidad de Vida, 2000 y 2006 y Segunda Encuesta de Calidad de Vida, 2006. www.minsal.cl

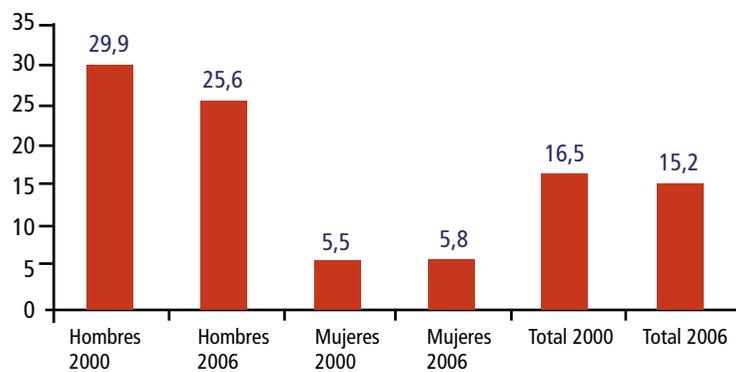
Asimismo, los Objetivos Sanitarios para la Década establecieron como propósito en este tema: "Bajar la dependencia de alcohol en mayores de 12 años" y como meta "reducir la tasa de prevalencia del beber problema en un 10%, desde 15% a 13,5%.

La evaluación a mitad de período realizada el año 2007, hace

mención al leve descenso mostrado por la ENCAVI entre el 2000 y el 2006, señalando que no constituye avance. (Ver Cuadro 57). Sin embargo, los estudios seriados de CONACE muestran en los últimos cuatro años una estabilización de la curva de consumo de último mes, antes ascendente. Este es el grupo en el que se encuentra más representada la subpoblación de bebedores problema (Ver gráfico 21).

### GRÁFICO 21

Prevalencia de Bebedores Problema, según sexo, 2000 y 2006.



Fuente: Encuesta Calidad de Vida y Salud. Años 2000 y 2006.





## II. PRINCIPALES DESAFÍOS

La meta de morbilidad de la TBC (incidencia) de 7,5 por cien mil propuesta para el año 2015, podrá ser cumplida si se mantiene la tendencia observada en el decenio 1996-2005, para lo cual es necesario mantener las condiciones requeridas para el desarrollo del programa. La declinación correspondiente al período 1991-2000 fue de - 7,2% anual, en cambio en el período siguiente 2000-2006 sólo llegó al -4,6%. La evolución de este indicador, en consecuencia dependerá de la continuidad de la reactivación iniciada el 2007.

Como líneas de trabajos esenciales se consideran mantener el Programa de Control de la TBC con la estructura, organización y financiamiento suficientes para asegurar la cobertura y cumplimiento de las actividades de localización de casos (con el adecuado soporte de laboratorio) y de tratamiento completo de los casos de tuberculosis en todas las formas, incluyendo multidrogoresistencia (MDR). La coordinación de actividades con el Programa de Enfermedades Respiratorias que atiende la mayor parte de la demanda de atención médica a nivel primario, contribuye al reforzamiento del sistema de salud, aumentando notablemente su capacidad resolutive. En la actualidad, la mayor insistencia del Programa se focaliza en la atención de poblaciones de alto riesgo: pueblos originarios, ancianos en condición de pobreza, población recluida en cárceles, sectores periurbanos de alta prevalencia, VIH positivos.

Sin duda, la meta de eficiencia del tratamiento de casos de TBC detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) que es de un 95%, que en los últimos años ha oscilado entre 82% y 86%, (en el año 2005 fue de 83,0%), parece ser de cumplimiento más difícil y dependerá sobre todo, de los recursos que se asignen y a la mejoría del cumplimiento de las normas técnicas y administrativas del programa, en los servicios calificados como prioritarios, en conformidad a su nivel endémico y población a cargo.

En relación a la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares los principales desafíos dicen relación con aumentar la presencia de varones menores de 65 años bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), aumentar la cobertura del Examen de Medicina

Preventiva, mejorar el enfoque de Ciclo Vital y de continuidad de la atención entre niveles de atención, aumentar los recursos humanos y financieros del Nivel de Especialidades, desarrollar y mantener las competencias de los recursos humanos involucrados en la atención e incluir la vigilancia de las enfermedades crónicas entre los desafíos a futuro: hipertensión arterial, diabetes, dislipidemias, tratamiento IAM, etc.

La tendencia al envejecimiento y la mayor prevalencia de obesidad en la población chilena contribuirá a aumentar la prevalencia de diabetes, lo que a su vez aumentará los requerimientos de cuidados de estas personas. Los proveedores de servicios de salud se verán enfrentados con un creciente número de personas con diabetes con una mayor sobrevida y niveles más avanzados de la enfermedad.

Para el año 2015 se espera continuar disminuyendo la mortalidad actual por causa cardiovascular, lo que sólo se conseguirá si se logra disminuir la alta prevalencia de los factores de riesgo mayores y mejorar el control de éstos en las personas afectadas: tabaquismo (39,5%) hipertensión arterial (33,7%), dislipidemias (35,4%) y Diabetes Mellitus (4,2%), y también aquellos factores de riesgo condicionantes tales como obesidad (23,2%), como lo muestra la Encuesta Nacional de Salud Chile 2003 y el sedentarismo de 89,2% encontrado en la Encuesta de Calidad de Vida 2006.

Por lo anterior los principales desafíos dicen relación con aumentar la cobertura del PSCV en el grupo de 20-64 años con énfasis en los varones. A junio 2007, la cobertura en los menores de 65 años alcanza 30%, y sólo 35% de las personas bajo control son varones. También se requiere aumentar en forma significativa la proporción de personas con diabetes en tratamiento con su enfermedad controlada, ya que a junio 2007, sólo 34% de las personas en tratamiento tenía esa condición.

Es fundamental lograr una acción mancomunada con otros sectores del ámbito público (educación, Chile Deportes, Agricultura, Transporte, Gobierno Interior), privado (industria alimentación y de deportes), y la sociedad civil, ya que la intervención sólo del sector salud es insuficiente para lograr que la población chilena realice cambios signi-

ficativos en sus hábitos de alimentación y actividad física que contribuyan a reducir la incidencia de esta enfermedad y al mismo tiempo contribuir a su control en aquellas personas afectadas.

En relación a la Diabetes Mellitus y a las enfermedades cardiovasculares, en el ámbito preventivo, se hace necesario la implementación de la Estrategia Global contra la Obesidad (EGO Chile) para prevenir el sobrepeso y la obesidad con intervenciones intersectoriales dirigidas a promocionar una alimentación saludable y un estilo de vida más activo desde la niñez. Asimismo, se requiere aumentar la cobertura del Examen de Medicina Preventiva en niños y adultos, para pesquisar a las personas con sobrepeso y obesidad y derivarlas para su tratamiento y realizar intervenciones dirigidas a niños y adultos con sobrepeso y obesidad en el nivel primario de atención, para lograr una reducción significativa del peso corporal a través de cambios en la alimentación y aumento del nivel de actividad física.

150



Por otro lado se hace necesario, aumentar la cobertura del Programa de Prevención de la Diabetes en el Sistema Público de Salud, que tiene una efectividad de 60%. Esto último dice relación con incorporar incentivos a través de los “compromisos de gestión” con los Servicios de Salud, dirigidos a mejorar la proporción de personas con diabetes bien controlada.

En relación a los desafíos del cáncer cervicouterino y del examen de Papanicolau, considerando la interrelación existente entre ambos indicadores, las tareas son comunes. Entre los desafíos se encuentra reforzar las actividades de promoción y el trabajo comunitario en población de riesgo para aumentar la pesquisa y mantener cobertura de 80% de PAP vigente en la población femenina de riesgo, identificando vacíos de cobertura y reforzando el diseño y ejecución de estrategias innovadoras que permitan asegurar la captación de mujeres de alto riesgo (nunca pap y sin pap vigente), que habitan en zonas de difícil acceso y de aquellas mujeres reticentes a la intervención, mejorar la adhesividad al programa mediante estrategias de promoción, que permitan que la mujer asuma el examen periódico de PAP como parte del autocuidado de su salud.

El indicador de PAP había presentado un sostenido aumento hasta el año 2004, pero a contar del año 2005 se

ha mantenido estacionario. Esto coincide con el término de las “campañas sanitarias” que permitían el trabajo comunitario para la promoción de la toma del PAP.

Se hace necesario aumentar la actual capacidad de la red de laboratorios de Citopatología del Sistema Público de Salud y/o disponer en el extra sistema de laboratorios acreditados que permitan dar respuesta oportuna y de calidad a las actividades de pesquisa. Asimismo, es relevante asegurar disponibilidad de recursos humanos y de equipamiento para el desarrollo de las actividades de pesquisa en el nivel primario de atención.

También, se torna fundamental fortalecer la articulación y funcionamiento de la red de derivación, para asegurar la confirmación diagnóstica y tratamiento oportuno del 100% de los casos sospechosos detectados, mediante la dotación de especialistas adecuada a las necesidades locales, mediante la asignación de becas para profesionales y técnicos en falencia, formalizando y desarrollando actividades de capacitación continua. Asimismo, es importante mejorar la disponibilidad y gestión de pabellones quirúrgicos en la red pública, desarrollar proyectos de Radioterapia en regiones y/o buscar estrategias de complementariedad público-privado, asegurar la disponibilidad de equipos, mediante proyectos de mantención permanente y reposición oportuna, vigilar el cumplimiento de aplicación de protocolos, a través del monitoreo activo y continuo de casos confirmados y tratados, fortalecer los sistemas, registros y control de calidad de los laboratorios de citología tanto públicos como privados y fortalecer los sistemas de incidencia y de coordinación interniveles.

En relación a la depresión, es importante mejorar las acciones sanitarias centradas en la detección precoz y el tratamiento oportuno, fundamentalmente a nivel de la atención primaria de salud, que han demostrado la mayor efectividad. La contribución más significativa que puede hacer Salud a la consecución de esta meta, es entregar diagnóstico y tratamiento oportuno, accesible y de calidad a un número alto de personas afectadas, de modo de lograr efectividad en la remisión de los síntomas, reducir la discapacidad asociada y prevenir las recurrencias.

En cuanto al tabaquismo la situación epidemiológica actual, los avances legislativos logrados y teniendo en la



mira las Metas Milenio 2015, obligan a replantearse las metas y a planificar otras acciones complementarias a la ley, focalizadas en ciertos grupos específicos: (i) Escolares: la prevalencia de consumo de tabaco en los escolares chilenos nos sitúa entre los países con mayor consumo a nivel mundial. El 42% de los escolares fuma, 45% de mujeres y el 38% de los hombres. Cabe destacar que el consumo aumenta a medida que se avanza en los cursos, así en 8° básico fuma el 26% de los alumnos, en 2° medio lo hace el 47%, (verificándose un aumento de 21 puntos porcentuales), en 4° medio 52%, fuman más las mujeres. (ii) Mujeres: se aprecia un aumento progresivo del consumo de tabaco en mujeres a lo menos durante los últimos 20 años, a diferencia de los hombres que han estabilizado e incluso muestran una tendencia a disminuir su consumo, de tal forma que el aumento de prevalencia en población general que se evidencia en el país, está dado por las mujeres, quienes han acortado la brecha que tradicionalmente separaba a hombres y mujeres. En los últimos estudios las mujeres escolares, si bien inician el consumo más tarde que los hombres, alcanzan mayores prevalencias que éstos y a nivel de adulto joven (19-25 años) muestran prevalencias muy cercana a los hombres superando el 50%; y (iii) Fumadores: como consecuencia de la implementación de la ley se espera un aumento de las iniciativas de abandono del consumo hecho que se comienza a evidenciar como una tendencia en los estudios de opinión realizados en relación a la ley y la advertencia (noviembre/06 - julio/07).

Para lograr bajar los índices de prevalencia de consumo en población general y en mujeres en edad fértil (Meta 2010) se requiere necesariamente que el mayor número de fumadores motivados deje de fumar, para lo cual se requiere disponer de intervenciones efectivas de fácil acceso y de máxima cobertura a disposición de aquellos fumadores que lo requieran. En este campo se evidencian brechas de equidad importantes pues sólo hay disponibles en el país programas de apoyo a la cesación estructurados, en el área privada y son de alto costo y de acceso restringido; en el sistema público, salvo escasas excepciones (Programa Tabaco Hospital del Tórax), se identifican algunas intervenciones en la Atención Primaria poco estructuradas, intermitentes y voluntarias generalmente desarrolladas por el Programa IRA/ERA y Salud Bucal; en el nivel comunitario sólo se identifican acciones desarrolladas por la Iglesia Adventista. En otras palabras se requiere imple-

mentar un programa de apoyo a la cesación con características poblacionales que permitan una gran cobertura, que considere la perspectiva de género y equidad.

Por tanto, para avanzar hacia el logro de la Metas Milenio 2015, se proponen las siguientes líneas de acción: (i) Avanzar hacia la implementación total y real del Convenio Marco para el Control del Tabaco en el país, lo que incluye impulsar nuevas medidas legislativas, entre las cuales podría considerarse un aumento de impuestos y el reforzamiento del Programa Nacional de apoyo a la Cesación del Consumo con enfoque de género. (ii) Potenciar la Participación ciudadana en la implementación y vigilancia de los ambientes libres de humo y en la creación de redes de apoyo al abandono del consumo, que incluye campañas comunicacionales formales e informales. (iii) Promoción de los estilos de vida sin tabaco y prevención del tabaquismo en escolares. En este sentido se propone como meta una reducción del 26 al 20% del consumo de tabaco en escolares de 8° Básico. En este grupo se observa un estancamiento del consumo después de evidenciarse una caída de 2,5 puntos entre el 2001 (26,5%) y el 2003 a 2005 (26,4%). En el 2005 se aprecia un retorno a las cifras iniciales con un 26,45 de prevalencia en el contexto de un aumento general de la prevalencia en escolares (CONACE).

En cuanto a los desafíos del Beber Problema es importante recalcar que el consumo de alcohol es consecuencia de una conducta social, que supera largamente las posibilidades de un manejo exclusivamente centrado en el Sector Salud. Los factores más determinantes en el consumo de alcohol son la amplia disponibilidad y acceso en el mercado a todas las edades, horas y lugares. Si bien existen regulaciones y restricciones ellas se demuestran muy débiles para influir el consumo. La publicidad extensa y omnipresente, hasta hoy no regulada, configura otra presión hacia el consumo.

A nivel de los indicadores e instrumentos se hace necesario continuar utilizando el instrumento EBBA para la medición y monitoreo del indicador beber problema, al menos hasta el año 2015 o uno equivalente, que permita una mayor cantidad de datos y una mayor confiabilidad entre los géneros y reformular las cifras de línea base y de meta del indicador para que recoja la información que proporciona el estudio más confiable y con certeza de continuidad, las ENCAVI.

### III. MARCO DE APOYO

La reorientación de los subprogramas de Hipertensión y Diabetes hacia un Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) a partir del año 2002, ha sido el hito trazador para el logro de cambios estructurales y funciones. De esta forma el énfasis está puesto en un manejo integral del individuo según su nivel de riesgo cardiovascular.

En este marco se ha procedido a la elaboración de documentos técnicos, guías clínicas y normas y además se ha capacitado, en este nuevo enfoque, a los equipos de salud del nivel primario de atención. Asimismo se ha aumentado progresivamente la cobertura del Programa de Salud Cardiovascular, aunque persiste la menor presencia de hombres (35%) que de mujeres bajo control, situación que también ha ido mejorando lentamente. Además, a contar del 2005 se incorpora por Ley el Examen de Medicina Preventiva como una estrategia para detectar los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en población presuntamente sana en una etapa temprana del curso de la enfermedad, para intervenir con medidas preventivas. También se ha incrementado el presupuesto del Programa de Salud Cardiovascular, lo que ha permitido mayor acceso de la población a medicamentos, exámenes y recursos humanos calificados. Por último el incluir patologías causantes de mortalidad en el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), logro que sólo en el año 2005, de inicio del sistema, hubiera un total de 2.298 casos de cardiopatías congénitas operables y 9.033 casos de infarto agudo al miocardio, tratados con garantías de acceso oportuno a terapia de trombolisis.

En relación a la Diabetes Mellitus, se ha logrado el aumento de la pesquisa de personas con diabetes a través del Examen de Medicina Preventiva, en la mujer durante el embarazo y en toda persona de 15 y más años. Además, del aumento sostenido de la cobertura de las personas diabéticas bajo control en Programa de Salud Cardiovascular (PSCV), antiguos sub-programas de Hipertensión arterial y Diabetes (58,3% a 98,2% en la población de 15 y más años, años 2000 y 2006 respectivamente). Otro paso relevante ha sido la inclusión de la diabetes tipo 1 y 2 en el listado GES, a partir del 1 de julio del 2005 y de la retinopatía diabética el 1 de julio del 2006. De este modo se garantiza el tratamiento de la enfermedad y la detección precoz de sus complicaciones invalidantes: insu-

ficiencia renal crónica, retinopatía diabética, pie diabético, enfermedad cardiovascular. Entre el 1 julio 2005 y el 27 de octubre 2007 se habían atendido 8.577 personas por IRC Terminal y 15.097 por Retinopatía Diabética en esta nueva modalidad de atención.

La ampliación del ámbito de acción del PSCV, se inició en el 2007, con la incorporación de un programa para prevenir los nuevos casos de diabetes tipo 2, intervención dirigida a los pre-diabéticos, personas con sobrepeso y niveles de glucosa en sangre alterados en quienes la evidencia científica muestra que una baja de peso significativa y la incorporación de al menos 30 minutos de actividad física moderada la mayoría de los días de la semana logra reducir en aproximadamente un 60% los nuevos casos de diabetes tipo 2. Esta estrategia se constituye en el principal desafío de los servicios de salud. La necesidad de priorizar las acciones preventivas sobre las acciones curativas requiere nuevas habilidades y destrezas por parte de los profesionales de la salud encargados de la atención de estas personas, habilidades de comunicación, educación y de trabajo en equipo que incluya a la persona en riesgo.

En relación al cáncer cervicouterino cabe destacar que Chile desde 1987, cuenta con un Programa Nacional de Pesquisa y Control del Cáncer Cervicouterino, que es un ejemplo entre los países de Latinoamérica. El cual se basa en estrategias que van desde la promoción a la paliación y cuyo impacto en la reducción de la mortalidad por este cáncer ha sido significativo.

En 1993 se incorporaron recursos adicionales a nivel sector público para equipamiento del Nivel Secundario y Terciario de atención, y se fortalecieron las campañas de promoción. Al mismo tiempo se produjo la creación del Laboratorio de Referencia Nacional de Citología mediante Convenio MINSAL-U de Chile-Instituto de Salud Pública, asegurando el control de calidad de los PAP. Luego en 1996 se produce la implementación del Programa Computacional de Laboratorio. En 1997 el cáncer cervicouterino es declarado prioridad e incorporado en los Compromisos de Gestión de los 28 Servicios de Salud del país. Además, el tratamiento quirúrgico es incorporado al Programa Oportunidad de la Atención (POA) para disminuir los tiempos entre la indicación y la ejecución de la atención quirúrgica y todos los beneficiarios con indicación de Radioterapia,





la reciben en forma gratuita. En 1998 se actualizan y publican las Normas del Programa Nacional. En 1999 hay Consenso Nacional para el tratamiento del Cáncer Invasor. En el 2000 se incorpora la Evaluación Informatizada y en el 2001 el Tratamiento de Quimioterapia-Radioterapia simultánea para los cánceres invasores, con cobertura financiera total. Con todos estos avances se logra que la tasa de mortalidad baje al 5° lugar entre las muertes por cáncer en la mujer.

En 2003 forma parte del Piloto AUGÉ, garantizando plazos máximos para acceso a diagnóstico y tratamiento, incorporando recursos adicionales para equipamiento, compra de servicios y acceso a tratamiento y la introducción de un protocolo clínico para manejo del Cáncer Cervicouterino. Producto de esto, al año siguiente, la cobertura de PAP vigente, aumento al 68% entre mujeres de 25 a 64 años. En el 2005 se actualiza y unifica a nivel nacional la nomenclatura para los informes citológicos y la derivación a la Unidad de Patología Cervical y se incorpora la toma de PAP en el Examen de Medicina Preventiva. Siguiendo en esta línea, el año 2006, se actualiza el protocolo de tratamiento quimio-rradioterapia y de la Guía Clínica de Cáncer Cervicouterino. A contar del año 2008, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, han asumido un compromiso de gestión para desarrollar un Plan de Promoción para la toma del PAP en mujeres de 25 a 64 años, con esto se espera retomar el ascenso de este indicador.

En cuanto a la depresión, al momento actual y desde julio del año 2006, la atención de personas de 15 años y más con diagnóstico de Depresión, es Garantía a través de su incorporación en el sistema GES (Decretos N° 228 del 23/12/2005, N° 170 del y N° 44 del 09/01/2007 del Ministerio de Salud). Ello representa un importante incremento en el acceso y cobertura de la atención en todo el territorio nacional, de toda persona afectada por esta patología que esté incorporada en el seguro público de salud o en el sistema de ISAPRE. Desde la incorporación de la atención de las personas con Depresión en la modalidad GES, en junio del 2006 y hasta el 8 de enero del año 2008, en el Sistema Nacional de Servicios de Salud se habían atendido un total de 287.457 personas de 15 años y más con diagnóstico de Depresión, beneficiarios de FONASA. Por su parte, en el Sistema ISAPRES se habían atendido un total de 34.139 personas, hasta el 2 de diciembre del 2007.

La incorporación de la Depresión en el GES fue precedida y preparada por la implementación progresiva del Programa Nacional de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria en los Servicios de Salud del país durante el año 2001. Los componentes principales de este programa incluyó: estandarización del diagnóstico; orientación técnica para homogenizar el tratamiento (terapia farmacológica por 6 meses como mínimo, incorporación de intervención psicosocial grupal), sesiones de educación a usuarios y familiares y la realización de consultorías de salud mental.

Entre las principales estrategias desarrolladas para la implementación de este programa se cuentan: incorporación de psicólogos en los establecimientos de atención primaria; implementación de un sistema de registro estandarizado; definición y monitoreo de indicadores de evaluación; convenios entre los Servicios de Salud y los Municipios para la transferencia de fondos; elaboración de material de apoyo (Guía Clínica, Manual de Intervención Grupal; Tríptico Educativo; Pauta CIE-10 para APS, etc.).

En el año 2003 el programa había alcanzado una cobertura nacional, en la totalidad de los Servicios de Salud y en la totalidad de las comunas. En ese año se atendieron sobre 60.000 personas en Atención Primaria de Salud (APS) y 4.500 en el nivel de especialidad. Esas cifras se habían triplicado en el 2006, último año del programa, antes de incluirse en el GES.

Actualmente, otras condiciones de salud mental, que se asocian a depresión, sea como antecedente o consecuente, están también incorporadas en la atención garantizada del sistema GES. Ellos son la esquizofrenia, desde el año 2005 y los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, desde el 2007.

Por otra parte diversas políticas de Estado en vigencia o próximos a ello, incidirán en los factores que subyacen a la generación o desencadenamiento de los cuadros depresivos. Entre otras la Reforma Previsional que incrementa sustancialmente la pensión mínima para las personas que han dejado de trabajar, ya sea por edad, por enfermedad o por cesantía. La Reforma Judicial que, entre otros, crea los Tribunales de Familia. Las políticas de defensa de los derechos de la mujer que sufre violencia en el hogar. Las políticas de protección social dirigidos a erradicar la pobreza y marginalidad y paliar sus consecuencias.



En el ámbito específico de la salud, las siguientes medidas contribuirán al logro de esta meta: (i) selección y formalización de un instrumento de diagnóstico presuntivo de Depresión, preferentemente en uso internacionalmente y validado en el país, para ser incorporado en la próxima y sucesivas versiones de la Encuesta Nacional de Salud. (ii) Incluir en el Examen de Medicina Preventiva un componente de detección precoz de Depresión, incorporando un instrumento de screening de depresión. (iii) Incluir la garantía de calidad en la atención de personas con Depresión a través del sistema GES, asegurando que los tratamientos otorgados cumplan las recomendaciones técnicas avaladas por la evidencia, con lo cual se disminuiría la reincidencia de esta patología. (iv) El Programa Chile Crece Contigo ha iniciado a partir del 2007 acciones intersectoriales de apoyo al desarrollo psicosocial de la infancia, las cuales también contribuyen a la prevención de los cuadros depresivos. Este programa permitirá afianzar los recursos personales de los niños y niñas, incluidos aquellos que protegen de la depresión en la edad adulta, al mismo tiempo que facilitará la detección y atención a las madres ahora afectadas. (v) Otra iniciativa intersectorial a nivel regional es la implementación del Plan Nacional de Prevención del Suicidio, el cual en su primera etapa permitirá detectar y rescatar a aquellas personas que realizan intentos de suicidio, las que según la evidencia internacional, en su mayoría sufren de depresión.

En relación a la política para la disminución del consumo del tabaco, muestra que este descenso estaría reflejando una tendencia a la disminución de los índices de prevalencia, probablemente relacionado con la presencia del tema en los medios de comunicación y en la agenda pública, durante el período de discusión parlamentaria que condujo a la ratificación del Convenio Marco para el Control del Tabaco y posteriormente a las modificaciones a la ley N° 19.419 y su entrada en vigencia, hechos que precedieron o fueron contemporáneos a ambos estudios realizados el 2006.

Durante este periodo se pueden distinguir dos etapas: 2000-2004 y 2005 al 2007 separados por el proceso que condujo a la modificación del marco jurídico que regula el tabaco en el país.

1. De la primera etapa es destacable el intenso trabajo de los equipos de salud orientados al desarrollo de políticas de ambientes libres de humo en el país y del trabajo con educación al amparo de la estrategia de

Establecimientos de Educación Promotores de Salud y por el impulso del cambio legislativo apoyado en proceso de negociación del Convenio Marco para el Control del Tabaco impulsado por la OMS. Durante este periodo no se logró impacto en los índices de prevalencia los cuales a la inversa de lo deseado tendieron más bien al aumento que se tradujo en un distanciamiento de la meta propuesta.

2. La segunda etapa, a partir del año 2005, se caracteriza por dos hechos relevantes que se traducen en cambios legislativos trascendentes que modifican el escenario país y hacen mirar con cierto optimismo el panorama de control del tabaco y el avance hacia las Metas 2015. Lo primero dice relación con avances legislativos. Introducción de modificaciones a la Ley del Tabaco N° 19.419, que recogen las medidas propuestas por el Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS (CMCT) y que por tanto constituyen la primera etapa de implementación de este Convenio en el país. Estas modificaciones fueron promulgadas por la Presidenta Michelle Bachelet el 2 de mayo 2006 y entraron en vigor en un proceso por etapas, entre el 14 de agosto de 2006 y el 16 de noviembre de 2007. Lo segundo tiene que ver con la ratificación y entrada en vigencia del Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS (CMCT) primer tratado internacional de salud pública, que fue ratificado por Chile, en junio de 2005. La entrada en vigencia en el país el 10 de septiembre de ese año facilitó el proceso de modificación del marco jurídico nacional y dio un gran impulso al control del tabaco en el país. El CMCT establece un conjunto de medidas que han demostrado ser efectivas para el control del tabaco en el ámbito internacional y constituye el mínimo que un Estado debería implementar para lograr un efectivo control del tabaco. Los Estados Partes asumen el compromiso de implementarlo dentro de un plazo determinado y de informar los avances en forma periódica a la Secretaría del Convenio.

Al momento actual la Ley N° 19.419 está plenamente vigente y pone a disposición del país un conjunto de estrategias especialmente costo efectivas como: la Advertencia obligatoria que deben ocupar el 50% de los envases de los productos de tabaco y su publicidad, los ambientes libres de humo de tabaco obligatorios en los lugares públicos, de educación, transporte, establecimientos de salud etc.,



la prohibición de la publicidad, la inclusión del tema daños y consecuencias del consumo de tabaco en los programas escolares, estrategias todas que apuntan hacia el cambio cultural y social que se requiere para disminuir los índices de consumo en el país.

El nuevo marco legislativo se caracteriza porque incluye estrategias poblacionales tanto focalizadas en la prevención del inicio del consumo en los escolares (la prohibición de venta a los menores de 18 años y la prohibición de venta y publicidad en los entornos escolares), como en la protección de los consumidores a los que les asegura información de buena calidad, regulación del producto, prohibición de la publicidad de los productos y el uso de términos engañosos. Con el desarrollo de ambientes sin humo de tabaco se protege a toda la población y se crean ambientes más seguros donde se pueda desarrollar la vida y los niños y las familias puedan disfrutar sin estar expuestos a humo de tabaco. Se espera que todas estas medidas tengan el impacto esperado, puesto que todas ellas han mostrado ser efectivas en la reducción del consumo de tabaco en el ámbito internacional.

Desde el 14 de agosto de 2006, el Ministerio de Salud, consciente que la nueva Ley es el mejor instrumento disponible para avanzar hacia el logro de las metas propuestas y generar el cambio cultural necesario, ha concentrado sus esfuerzos en lograr una adecuada implementación de la ley y vigilar su cumplimiento. Asimismo está desarrollando un proceso de capacitación, información y empoderamiento ciudadano que aseguren el cumplimiento sostenido de lo dispuesto por la ley y que ello instale el comportamiento No fumador como un estilo aceptado y deseable en la población, a través de (i) Campañas de Advertencias: a la fecha se han implementado dos advertencias, la primera "Don Miguel" entró en vigencia el 12 de noviembre de 2006 (Decreto 95/06) y la segunda "yo tengo mal aliento" (Decreto 129/07) reemplazó a la primera a partir del 12 de noviembre de 2007. (ii) Fiscalizaciones: se ha desarrollado un intenso trabajo fiscalizador focalizado en restaurantes y similares, lugares públicos y entornos escolares. Sólo entre enero y septiembre de 2007 se fiscalizaron más de 10 mil restaurantes en todo el país, lo que equivale aproximadamente al 50% de los registrados en el SII (año 2002) y los locales comerciales ubicados en el entorno, además de 2.500 establecimientos de educación, lo que equivale aproximadamente al 50% de los establecimientos de Educación Municipalizados. (iii) Participación Ciudadana:

se ha capacitado a 690 personas en las regiones del país para que realicen un trabajo en las escuelas, lugares de trabajo, organizaciones sociales y otros grupos de interés para informar y empoderar a la población, a fin de que las personas utilicen lo dispuesto por la ley como una herramienta para mejorar su calidad de vida y la de su familia, mejorando los ambientes donde desenvuelven su vida y posicionando los estilos de vida sin tabaco como la opción deseable. La última evaluación realizada en octubre 2007 informó que en 655 establecimientos de educación se capacitaron en la ley a promotores de salud, (10% comunidad educativa) y que 519 organizaciones sociales participan en los Planes Comunales (30% de participantes activos). (iv) Capacitación y Materiales: se han desarrollado materiales diversos y se han realizado jornadas de capacitación para mejorar la fiscalización y aplicación de la ley y la difusión de ella. (v) Comunicación: se está desarrollando la Primera Campaña de Comunicación de Tabaco, en un proceso por etapas, en que la primera se focalizó en la protección de los niños y de los ambientes compartidos. Ésta continuará durante los próximos meses.

En cuanto al Beber Problema, la preocupación ciudadana configura un estímulo constante para las iniciativas y el trabajo parlamentario, bastante activo en el tiempo reciente y que con bastante probabilidad, se mantendrá activo en los próximos años. El Beber Problema constituye una situación de alta prioridad, estando presente en al menos dos organismos del Ejecutivo: el Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior (CONACE).

Un apoyo fundamental se encuentra en el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), que a su vez se basa en una Ley de la República, una prioridad de Estado y una línea de inversión preferencial. Constituye, además, un hito con escrutinio y valoración constante por parte de los medios, la opinión pública y los sectores políticos. El sistema GES sustenta la detección y tratamiento oportuno, accesible y de calidad, de las personas menores de 20 años con trastornos leves por consumo de alcohol y de otras sustancias psicoactivas. Un resultado esperable es que los bebedores problema menores de 20 años, que reciban tratamiento, reduzcan el nivel de consumo y, en todo caso, el nivel de los problemas subsecuentes al consumo.

Por otra parte, hay diversas acciones e iniciativas cuya incidencia en la tendencia a la estabilización del consumo observada en los últimos años, no es conocida. Estas son

la labor preventiva masiva en las escuelas y la alarma y advertencia en los medios, en relación al consumo de alcohol por menores, los accidentes de tránsito y otros temas. El desarrollo de programas de atención de personas con beber-problema más bien masivos, al menos en el Sistema público de salud, que en julio del 2007, se acrecentó con la incorporación del Consumo Perjudicial y la Dependencia al Alcohol y Drogas en el Sistema de Garantías Explícitas (GES), dotando así, mayores niveles de oferta y de calidad de tratamiento y el componente de prevención de accidentes de tránsito asociados al consumo de alcohol desde el 2006 y de Promoción de Salud Mental en el 2008 constituyen otras iniciativas de prevención que pueden converger en resultados positivos al 2015.

Asimismo, su reducción depende de estrategias que trascienden grandemente el ámbito de la salud. Algunas de esas estrategias actualmente en vigencia o en vías de serlo son: (i) En materia legislativa, hay proyectos de ley en grados diversos de avance, que de ser

aprobados, constituirían un impacto significativo sobre el indicador. Ellos restringen fuertemente la publicidad, incorporan advertencias en las etiquetas y envases de las bebidas alcohólicas, reducen el nivel de alcoholemia que hace sancionable el beber y conducir e incrementan las sanciones administrativas por esa conducta, obligan a participar de una evaluación de salud y en intervenciones reeducativas o terapéuticas a los infractores por conducir bajo efectos del alcohol. El fortalecimiento del respaldo político y técnico desde el sector salud hacia la aprobación parlamentaria, es una medida a aplicar. (ii) Fortalecer y priorizar la Política Nacional de Seguridad Vial y el actual Plan Regional de Salud Pública, en su componente de Prevención de los Accidentes de Tránsito asociados al Consumo de Alcohol, introduciendo medidas con efectividad demostrada y basadas en evidencias. (iii) Reevaluar el impacto y reformular las estrategias de educación preventiva del beber riesgoso de alcohol, dirigido a los niños y adolescentes, a nivel del sistema educacional, de deportes y recreación y de los lugares de trabajo.



## RESUMEN DE LOS PROGRESOS LOGRADOS

Metas Mínimas.

Objetivo/Meta	Posibilidad de alcanzar los objetivos				Marco de apoyo			
	Sí Probable	Potencial	Improbable	Sin Información	Favorable	Regular	Débil pero Mejorando	Débil
Haber detenido o comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA		●			●			
Haber detenido o comenzado a reducir para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves		●			●			

## CAPACIDAD DE EVALUACION Y SEGUIMIENTO\*

Objetivo/Meta	Cantidad y regularidad de la información de encuestas	Calidad de la información de las encuestas	Análisis estadístico	Estadísticas sobre diseño de políticas	Presentación de informes y difusión de la información
Haber detenido o comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte
Haber detenido o comenzado a reducir para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte

\* Calificación: Fuerte, Aceptable, Débil







Objetivo 7

# GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE





Indicadores Mínimos Objetivos de Desarrollo del Milenio	1990	2000	2006	Meta 2015
<b>Meta 9</b>				
1. Porcentaje de la superficie del territorio nacional cubierta por bosque (incluidas plantaciones y bosque nativo)	20,18%	20,40%	20,88%	Aumentar
- Plantaciones	2,34%	2,62%	2,98%	Aumentar
- Bosque Nativo	17,84%	17,78%	17,90%	Mantener sin decrecimiento
2. Relación entre zonas protegidas para mantener la diversidad biológica y la superficie total del país	18,02%	18,81%	19,76%	Aumentar
2.1 Superficie de Áreas Protegidas Terrestres (SNASPE)	18,01%	18,66% <sup>114</sup>	18,95%	Aumentar
2.2 Superficie de Áreas Marinas y Costeras Protegidas (AMCP)	0,012%	0,15%	0,81%	Aumentar
3. Uso de energía (toneladas equivalentes de petróleo) por millón de dólares del producto interno bruto.	N/A			
Intensidad Energética en Tep/MMUS\$	104,1	98,4	88	<sup>115</sup>
4. Emisiones de dióxido de carbono per cápita y consumo de clorofluorocarburos que agotan la capa de ozono (toneladas de PAO)				<sup>116</sup>
- Emisiones de CO <sub>2</sub>	-	-		
- Emisiones totales de CO <sub>2</sub>	15.423,73 <sup>117</sup>	43.953,06 <sup>118</sup>	<sup>119</sup>	
- Emisiones de CO <sub>2</sub> per cápita (ton/habitante)	1,17 <sup>120</sup>	2,82 <sup>121</sup>	<sup>122</sup>	
- Consumo de CFC que agotan la capa de ozono (toneladas PAO)	662,3 Ton	576 Ton	181,5 Ton	0 Ton
5. Porcentaje de la población que utiliza combustible sólido	-		<sup>123</sup>	
5.1 Porcentaje de viviendas que usan cocinas que consumen leña en la ciudad de Temuco por nivel socioeconómico:				
- Nivel socioeconómico alto	S/I	8% <sup>124</sup>	1%	Reducción
- Nivel socioeconómico medio	S/I	28% <sup>124</sup>	13%	Reducción
- Nivel socioeconómico bajo	S/I	59% <sup>124</sup>	54%	Reducción
5.2 Porcentaje de viviendas que usan estufas simples que consumen leña en la ciudad de Temuco por nivel socioeconómico:				
- Nivel socioeconómico alto		30% <sup>124</sup>	24%	Reducción
- Nivel socioeconómico medio		39% <sup>124</sup>	31%	Reducción
- Nivel socioeconómico bajo	S/I	11% <sup>124</sup>	21%	Reducción

114 Información para el año 2004.

115 El país no dispone de meta comprometida en este indicador.

116 Las metas se fijan en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre Cambio Climático. Chile no tiene metas en este sentido, de acuerdo al Protocolo de Kioto.

117 Emisiones netas totales calculadas en base a los inventarios PRIEN 2000 e INIA 2005.

118 Emisiones netas totales para el año 2001 calculadas en base a los inventarios PRIEN 2000 e INIA 2005.

119 Chile se encuentra preparando la Segunda Comunicación Nacional en el marco de la Convención de Cambio Climático, donde se obtendrá la información para el año 2006.

120 Emisiones netas per cápita calculadas en base a los inventarios DICTUC 2004 e INIA 2005. Fuente de datos demográficos INE.

121 Idem 121.

122 Idem 120.

123 Actualización del inventario de emisiones atmosféricas en las comunas de Temuco y Padre Las Casas. Año 2006.

124 Información del año 2001.

Indicadores Mínimos Objetivos de Desarrollo del Milenio	1990	2000	2006	Meta 2015
<b>Meta 10</b>				
6. Porcentaje de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales				
6.1 Porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible al agua potable en zonas urbanas	2,60%	0,2%	0,2%	0,0%
6.2 Porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible al agua potable en zonas rurales	23,50%	1,5%	1%	0,0%
7. Porcentaje de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados, en zonas urbanas y rurales	17,4%	5,6%	4,8%	0,0%
7.1 Porcentaje de la población urbana sin sistemas de alcantarillado				

Indicadores Mínimos Objetivos de Desarrollo del Milenio	2002	2006	Meta 2015
<b>Meta 11</b>			
8. Proporción de hogares con acceso a tenencia segura			
8.1 Población en tugurios como porcentaje de la población urbana (índice de la seguridad de la tenencia) UN Hábitat	10,65%	2,49 %	3,6%

Fuente CENSO 2002 y CASEN 2006 Análisis MINVU. El primer informe fue realizado con los datos del CENSO 2002, es decir, con una cobertura de 100%. El segundo informe elaborado durante el año 2007, se realizó con base en la información proporcionada por la CASEN 2006 por no contar con información censal, ya que el CENSO se realiza cada 10 años. La encuesta CASEN tiene representatividad nacional, regional y para un número determinado de comunas (335 comunas).

Por tanto, ambas fuentes de información son válidas y comparables sólo hasta la desagregación regional de los indicadores.



Indicadores Adicionales Objetivos de Desarrollo del Milenio	1990	2000	2006	Meta 2015
<b>Meta 9</b>				
1. Superficie afectada por incendios forestales <sup>125</sup>	0,034%	0,023%	0,026%	Disminuir
2. Recuperación de tierras afectada por proceso de desertificación	0,80%	1,72%	5,13%	Aumentar
3. Número de días con niveles de material particulado respirable PM10 en la ciudad de Temuco superiores a la norma diaria chilena (150 ug/m3) (percentil 98 de datos diarios)	N/A	13 <sup>126</sup>	15	6
4. Porcentaje de establecimientos educacionales que aborda la metodología sistémica de trabajo de educación para el Desarrollo Sustentable (EDS)	N/A	2%	15%	30%
<b>Meta 10</b>				
5. Porcentaje de la población urbana sin servicios de tratamiento de aguas servidas	S/I	79,1%	18,1%	1,0%

162



Indicadores Adicionales Objetivos de Desarrollo del Milenio	2002	2006	Meta 2015
<b>Meta 11</b>			
Población con tenencia insegura y 2 ó más NBI	1,75%	0,21%	1,0%

Fuente CENSO 2002 y CASEN 2006 Análisis MINVU. El primer informe fue realizado con los datos del CENSO 2002, es decir, con una cobertura de 100%. El segundo informe elaborado durante el año 2007, se realizó con base en la información proporcionada por la CASEN 2006 por no contar con información Censal, ya que el CENSO se realiza cada 10 años. La encuesta CASEN tiene representatividad nacional, regional y para un número determinado de comunas (335 comunas).

Por tanto, ambas fuentes de información son válidas y comparables sólo hasta la desagregación regional de los indicadores.

125 Porcentaje respecto de la superficie del territorio nacional (72.662.560,8 há).

126 Información para el año 2001.



## META 9 | Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente

### I. SITUACIÓN A LA FECHA

Chile estableció su modelo de gestión ambiental el año 1994 (Ley N° 19.300), sobre la base de la creación de un servicio público a cargo de la coordinación de los diferentes órganos de la Administración con competencia ambiental. Este modelo coordinador descansa principalmente sobre la base de instrumentos de gestión ambiental (SEIA<sup>127</sup>, normas de calidad y de emisión, y planes), quedando la gestión de componentes ambientales en manos de los sectores (Agricultura, Salud, Obras Públicas, entre otros).

El país fue objeto de una Evaluación de Desempeño Ambiental<sup>128</sup> por parte de la OCDE el año 2005, que en su informe

final destaca los avances, pero realiza 52 recomendaciones para mejorar su gestión ambiental destacando que "... en ciertos temas aún habrá un largo trecho por recorrer hasta alcanzar la convergencia ambiental con la mayoría de los países de la OCDE, será necesario fortalecer y ampliar considerablemente las instituciones ambientales".

El Gobierno ha iniciado un proceso de reforma a la institucionalidad ambiental colocando como ejes dos ámbitos: la creación de un Ministerio de Medio Ambiente y el establecimiento de una Superintendencia de Medio Ambiente, proyectos que deberán ingresar al Congreso Nacional durante el año 2008.



127 SEIA: Sistema de Evaluación de Impacto Ambiental.

128 Evaluaciones del desempeño Ambiental Chile 2005, OCDE-CEPAL.



# 1. Situación a la fecha de los indicadores mínimos y estimación para el año 2015

## 1.1 Proporción de la superficie del territorio cubierta por bosques

La superficie cubierta por bosques en Chile es de 15,6 millones de hectáreas. De este total, 13,5 millones de hectáreas, (87,2%) son bosque nativo, mientras que el porcentaje restante corresponde a plantaciones de especies exóticas (2,1 millones de hectáreas) y bosques mixtos (87 mil ha) (ver Cuadro 59).

Durante el período 2000 a 2006, la Corporación Nacional Forestal (CONAF), procedió a actualizar la información del Catastro de Bosque Nativo de las Regiones de Coquimbo, Valparaíso, O'Higgins, Aysén, Magallanes y la Metropolitana. El monitoreo y actualización captura la información

en promedio cada 5 u 8 años para cada una de las regiones del país.

La cifra informada al año 2000 relativa a plantaciones, correspondió a una proyección que se realizó utilizando fuentes indirectas de información. La cifra emanada del Instituto Forestal, en su Boletín estadístico N° 79 de agosto del 2001, consigna una superficie de plantaciones a diciembre del año 2000 de 1.989.101 ha, lo que corresponde a una cobertura del 2,62 % para el indicador.

Durante el año 2005 se presenta un aumento en la cifra de la superficie de bosque nativo, lo que se debe a una más detallada clasificación, producto del mejoramiento en las técnicas de monitoreo y al crecimiento en altura, principalmente matorral arborescente, que no ha sido intervenido, donde la cobertura de copas y altura de los árboles pasa a la categoría de bosque nativo.

164

### CUADRO 58

Proporción de la superficie del territorio cubierta por bosques, años respectivos.

	1990 %	2000 %	2001 %	2002 %	2003 %	2004 %	2005 %	2006 %
Proporción de la superficie del territorio cubierta por bosques (incluidas plantaciones y bosque nativo)	20,18	20,40	20,44	20,49	20,45	20,54	20,80	20,88
Plantaciones	2,34	2,62	2,69	2,74	2,70	2,75	2,82	2,98
Bosque nativo	17,84	17,78	17,75	17,75	17,75	17,79	17,93	17,90

Fuente: CONAF 2007.

En el cuadro anterior se puede apreciar una leve disminución parcial del indicador de la superficie de cobertura de bosque nativo para el año el 2006, lo que se debe a que al realizar la actualización del Catastro de Bosque Nativo en la región de Los Ríos, Osorno y parte de Llanquihue, área que no se actualizaba desde el año 1998, se constató una disminución de 22.762 hectáreas de bosque nativo, producto de mermas producidas por cortas ilegales e incendios.

Respecto de las Metas 2015, el indicador analizado debiera mantenerse estable en promedio, vale decir en el caso de plantaciones aumentar y de bosque nativo mantener sin decrecimiento.

CONAF reforzará las actividades de fiscalización de la legislación forestal en aquellas regiones con mayor cantidad de bosque nativo y consumo de leña, vale decir, Maule, La Araucanía, Los Lagos, Los Ríos, y Aysén; como así también fortalecerá las actividades de prevención y combate del fuego a objeto de mantener sin decrecimiento la superficie cubierta por bosque nativo.

A la fecha CONAF se ha propuesto incentivar y fomentar la creación y manejo del recurso forestal que permitan la generación de mayores bienes y servicios ambientales, con énfasis en los pequeños y medianos propietarios forestales.



Por otra parte el Gobierno espera otorgar un importante impulso a las actividades de manejo sostenible del recurso bosque nativo, con la promulgación de la Ley de Bosque Nativo, su reglamento y otras normativas complementarias.

## 1.2 Relación entre zonas protegidas para mantener la diversidad biológica y la superficie total

### 1.2.1 Superficie de Áreas Protegidas Terrestres

En Chile, las unidades que conforman el Sistema Nacional de Áreas Silvestres Protegidas del Estado (SNASPE), que administra la Corporación Nacional Forestal, corresponden

a aquellos ambientes naturales, terrestres o acuáticos que el Estado protege y maneja para lograr su conservación. El SNASPE está formado por 95 unidades, las que abarcan una superficie total de 14.334.895 hectáreas, equivalentes al 18,95% del territorio nacional (Ver Cuadro 59).

Entre el período 2001 y 2006, se presenta un incremento desde el 18,66% al 18,95% en el indicador porcentual de la superficie protegida continental del país, con la incorporación al SNASPE del Parque Nacional Corcovado, con una superficie de 209.624 hectáreas durante el año 2005. Dicha incorporación, la primera en varios años, aumentó la superficie protegida a 14.334.854 hectáreas.

#### CUADRO 59

Conformación del SNASPE.

Categoría	Número de Unidades	Superficie (hectáreas)	% Territorio Nacional
Parque Nacional	32	8.927.884	11,80
Reserva Nacional	48	5.389.132	7,12
Monumento Natural	15	17.879	0,02
TOTAL SNASPE	95	14.334.895	18,95

Fuente: CONAF 2007, superficie total 75.662.560,8.

Cabe señalar que se encuentra en trámite la creación de la Reserva Nacional Alto Loa con 283.015 ha, con lo que el porcentaje subiría a 19,31%.

CONAF priorizará fortalecer integralmente el Sistema de Áreas Silvestres Protegidas del Estado, incorporando herramientas modernas de administración y optimización de los recursos.

Por otra parte, se incentivará la participación de la ciudadanía y de los actores locales asociados a las áreas silvestres protegidas y a los ecosistemas forestales, a través de la implementación de programas y mecanismos de educación y desarrollo comunitario. Más detalles de las SNASPE, se encuentran en los Cuadros 1 al 5 del Anexo 4.

### 1.2.2 Superficie de Áreas Marinas y Costeras Protegidas.

De acuerdo a la Convención de Diversidad Biológica, las Áreas Protegidas son superficies geográficamente defini-

das, reguladas y manejadas para lograr objetivos de conservación específicos. Estas modalidades de protección, proveen un amplio rango de beneficios, orientados a la conservación de la biodiversidad y los ecosistemas, detener la pérdida y, eventualmente, recuperar los recursos y la productividad del medio marino a través de la protección de hábitat de alimentación, reproducción y crianza, generar oportunidades para el desarrollo del turismo y de las economías locales y para la educación, capacitación y en general, para el desarrollo de la cultura y la investigación de largo plazo.

La superficie total de mar territorial en nuestro país asciende a 12.082.700 hectáreas (ver Cuadro 6, Anexo 4) y la superficie total de las Áreas Marinas Bajo Protección Oficial, entendiéndose por ello, todos aquellos espacios decretados bajo protección con el fin de conservar y proteger la biodiversidad, por alguna institución competente del Estado, corresponden a 98.262,81 hectáreas. Estas áreas comprenden diferentes figuras de protección: Parques Ma-



rinos, Submarinos, Santuarios de la Naturaleza, Reservas Marinas, Reserva Genética Marina y Áreas Marinas Costeras Protegidas<sup>129</sup>. Según antecedentes proporcionados por la Subsecretaría de Marina, el 0,81% de la superficie total de nuestro mar territorial, corresponde a Áreas Marinas Bajo Protección Oficial.

El año 1990 la superficie de áreas marinas y costeras protegidas fue de 0,012%, el año 2000 de 0,15%, el 2004 de 0,75% y finalmente el 2006 de 0,81%, superficie que se espera para el año 2015 aumentar en aquellos ecosistemas marinos que no estén representados por las actuales áreas marinas protegidas.

### 1.3 Uso de Energía por millón de dólares del Producto Interno Bruto

El país no dispone de meta comprometida en este indicador representado a través de la intensidad energética, evaluada como toneladas de petróleo equivalente por millón de dólares del producto interno bruto.

La Intensidad Energética Final es la relación entre el consumo de energía utilizada en los sectores de uso final de energía y el PIB. En este cálculo se excluyen los consumos de los centros de generación y transformación de la energía.

La serie de resultados desde los años 1990 al 2006, se muestran en el siguiente cuadro:

#### CUADRO 60

Intensidad Energética Total, años 1990-2006.

166



año	Intensidad Energética Final Tep <sup>130</sup> / MMUS\$ PIB	Intensidad Energética Primaria Tep / MMUS\$ PIB	Intensidad Eléctrica Tep / MMUS\$ PIB	Consumo Final de Energía por habitante Tep / MMUS\$ PIB
1990	104,1	136,5	12,6	0,8
1991	103,7	128,3	12,7	0,9
1992	102,3	120,1	12,9	1,0
1993	99,3	113,9	12,8	1,0
1994	98,8	114,7	12,8	1,0
1995	96,9	109,9	13,0	1,1
1996	93,5	107,5	13,1	1,1
1997	97,5	109,8	13,3	1,2
1998	94,1	113,5	13,7	1,2
1999	97,7	127,3	15,5	1,2
2000	98,4	127,3	15,6	1,3
2001	95,4	124,9	16,2	1,3
2002	94,3	123,2	16,5	1,3
2003	91,3	122,4	17,2	1,3
2004	90,1	120,2	17,2	1,3
2005	87,6	115,1	16,5	1,3
2006	88,0	113,9	16,8	1,4

Fuente: CNE (BNE), Banco Central, Banco Mundial.  
Elaboración: CNE

129 Ver Anexo Superficie Áreas Marinas Costero Protegidas. AMCP- AMP.

130 Tep: Toneladas equivalentes de petróleo. 1Tep=1,00E-2 Tcal.

MMUS\$ PIB: PIB en millones de US dólares de 1996 corregidos por la Paridad de Poder de Compra.

Para este cálculo se considera el PIB en millones de US dólares de 1996 corregidos por la Paridad de Poder de Compra. Dado este cambio metodológico, los valores para el año 1990 y 2002 difieren de los valores presentados en el Primer Informe del Gobierno de Chile. Sin embargo, la tendencia del indicador es la misma en ambos informes y refleja que ha habido un mejoramiento, lo que en términos gruesos implica que al año 2006 la economía produce más con una menor cantidad de energía.

Es la Comisión Nacional de Energía el organismo encargado de calcular este indicador. Este indicador se encuentra agregado a nivel país, pero desagregado para los sectores, industria, minería, transporte y residencial.

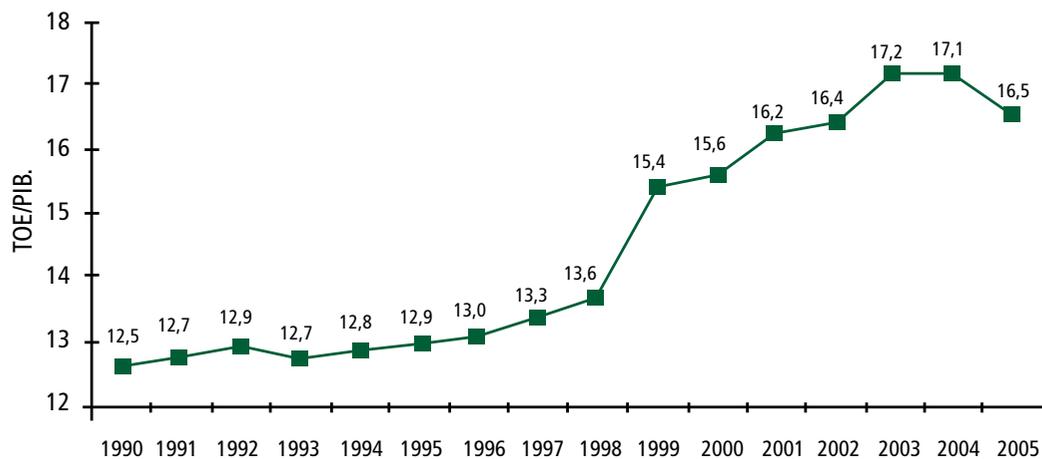
En Chile se han realizado diversos estudios para establecer los potenciales de ahorro de energía a través de un uso más eficiente. El estudio más comprensivo hasta el

momento es el comisionado por la Comisión Nacional de Energía en el año 2004, y elaborado por el Programa de Estudios e Investigación en Energía (PRIEN) "Estimación del potencial de ahorro de energía, mediante el mejoramiento de la eficiencia energética de distintos sectores de los consumos en Chile", en el que se indica que en Chile hay un potencial promedio anual de mejoramiento de eficiencia energética en los distintos sectores consumidores de energía del 1,5%, por un período de 10 años.

A diferencia de los países desarrollados y de algunos países en desarrollo donde se aprecia un claro desacoplamiento entre crecimiento económico y consumo energético, en Chile el crecimiento del consumo energético ha ido a la par con el crecimiento del Producto Interno Bruto. A esto se suma que la intensidad de uso de la electricidad ha crecido significativamente en relación al PIB, en más de un 30% en 10 años (Ver Gráfico 22).

**GRÁFICO 22**

Evolución de la intensidad de uso de electricidad por unidad PIB.



Fuente: PEE, información de Comisión Nacional de Energía.

El Sistema Interconectado Central (SIC) es el principal sistema eléctrico del país, entregando suministro eléctrico a más del 90% de la población del país. Se extiende desde la ciudad de Taltal por el norte, hasta la Isla Grande de Chiloé por el sur y tiene una capacidad instalada de 6.732,9 MW (a diciembre de 2002), perteneciente a un total de 20 empresas de gene-

ración que junto a algunas empresas de transmisión, conforman el Centro de Despacho Económico de Carga del SIC.

En el caso del SIC la tasa de crecimiento de la demanda de los clientes libres es mayor que la tasa de crecimiento de la demanda de los clientes regulados.





El parque generador está constituido en un 60,13% por centrales hidráulicas de embalse y pasada, y en un 39,87% por centrales térmicas a carbón, fuel, diesel y de ciclo combinado a gas natural.

Para abastecer a la población de la zona norte de Chile, existe el Sistema Interconectado en el Norte Grande (SING), el que está constituido por el conjunto de centrales generadoras y líneas de transmisión interconectadas que abastecen los consumos eléctricos ubicados en las regiones de Tarapacá y Antofagasta.

Aproximadamente, el 90% del consumo del SING está compuesto por grandes clientes, mineros e industriales, tipificados en la normativa legal como clientes no sometidos a regulación de precios. Operan en el SING un total de 6 empresas de generación que junto a una empresa de transmisión conforman el Centro de Despacho Económico de Carga del SING (CDEC-SING).

El SING cuenta con una capacidad instalada de 3.645,1 MW a diciembre de 2002. El parque generador es eminentemente termoeléctrico, constituido en un 99,63% por centrales térmicas a carbón, fuel, diesel y de ciclo combinado a gas natural. Sólo existen dos unidades hidroeléctricas correspondientes a las centrales Chapiquiña y Cavanha, que representan sólo un 0,37% de la capacidad instalada.

En el SING la tasa de crecimiento en los próximos 5 años es significativamente más elevada que la tasa de crecimiento en los años 2012-2016, excepto en el año 2008, que muestra la tasa más baja de todo el período.

En términos generales, la Eficiencia Energética (EE) puede permitir un uso menor de energía para igual o mayor nivel de servicios energéticos que mueven a la economía y que permiten los estándares de la vida moderna.

Para enfrentar este reto, en el año 2005 se estableció en Chile el Programa País de Eficiencia Energética (PPEE) como un esfuerzo participativo para poner a Chile al día y en forma eficaz en el campo de la eficiencia energética. Con su creación, el PPEE formuló y validó la Visión de Desarrollo del Sistema Nacional de Eficiencia Energética para Chile; sistema que está constituido por trece grandes líneas de acción interdependientes o líneas básicas. Estas líneas son:

- a) Política nacional e institucionalidad para la EE.
- b) Generación de cultura de EE.
- c) Marco normativo y regulatorio para la EE.
- d) Sistema de monitoreo y fiscalización de EE nacional.
- e) Sistema de certificación de EE.
- f) Instrumentos de fomento e incentivos económicos, tributarios y financieros para la EE.
- g) Incorporación de mecanismos internacionales de EE.
- h) Política y programa sectorial de EE en vivienda, edificios y construcción.
- i) Política y programa sectorial de EE en transporte.
- j) Política y programa sectorial de EE en uso industrial (minería, agricultura y comercio).
- k) Política y programa sectorial de EE en la transformación de energía.
- l) Política y programa sectorial de EE en el sector público; e
- m) Innovación tecnológica para la EE.

En esta dirección y a partir de los logros de dos años de funcionamiento el Plan Estratégico 2007-2015 del Programa País de Eficiencia Energética establece un conjunto de acciones por sectores y con objetivos y metas específicas que permitan a Chile estar en sintonía con los avances que ocurren en el mundo desarrollado:

### 1. Transporte

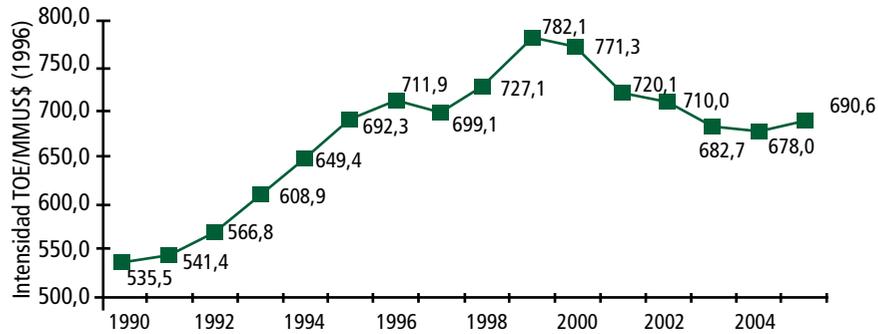
En el gráfico siguiente se observa la evolución de la intensidad energética del sector transporte, desde 1990. Para el transporte caminero se estima un potencial de ahorro anual de 2,1%, 1,9% para el ferroviario, 1,9% para el aéreo y el 4,5% para el marítimo<sup>131</sup>.

Por cambio de tecnología en motores a gasolina se pueden lograr reducciones en la intensidad energética de entre el 15 y el 30%.

131 Fuente: "Estimación del potencial de ahorro de energía, mediante el mejoramiento de la eficiencia energética de distintos sectores de los consumos en Chile, CNE, 2004.

**GRÁFICO 23**

Evolución de la intensidad energética del sector transporte.

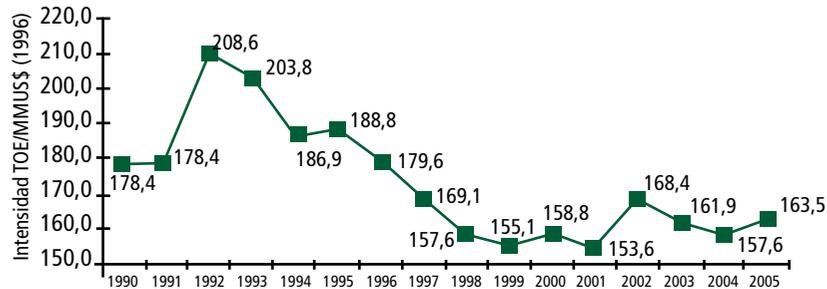


Fuente: Banco Central (PIB transporte) y Comisión Nacional de Energía (consumo en el sector de transporte).

**2. Industria y Minería**

**GRÁFICO 24**

Evolución de la intensidad energética del sector minero.



Fuente: Banco Central (PIB sector minero) y Comisión Nacional de Energía (consumo de energía en el sector minero).

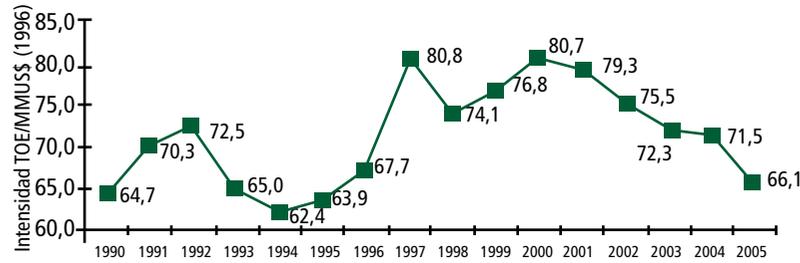
Como se muestra en el gráfico anterior, se nota en el sector minero una clara tendencia hacia una reducción en la intensidad energética en la década de los 90, para, con posterioridad a esta fecha, revertir esta tendencia y mos-

trar un leve aumento. Por su parte, el sector industrial ha variado su intensidad energética a lo largo del período 1990-2005, pero su valor es el mismo para los dos extremos del período (ver gráfico siguiente).



## GRÁFICO 25

Evolución de la intensidad energética del sector industrial.



Fuente: Banco Central (PIB sector industrial) y Comisión Nacional de Energía (consumo de energía en el sector industrial).

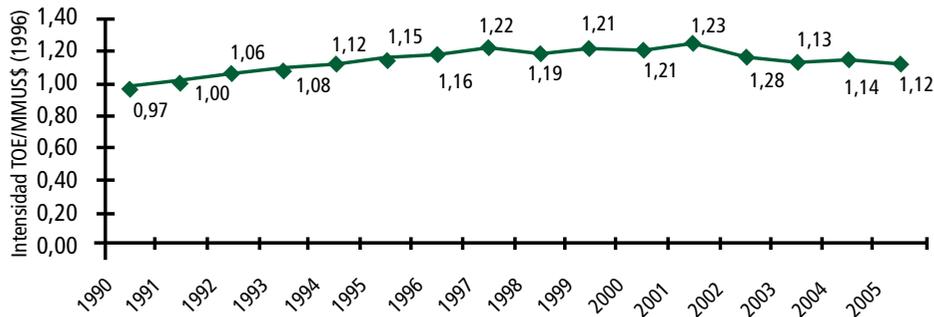
### 3. Sector Residencial

En cuanto a la intensidad energética de las viviendas chilenas, su valor se ha mantenido relativamente estable des-

de hace ya diez años con una tendencia a la baja desde el año 2001 (ver gráfico 26).

## GRÁFICO 26

Evolución de la intensidad energética del sector residencial.



Fuente: Comisión Nacional de Energía.

### 1.4 Emisiones de dióxido de carbono per cápita y consumo de clorofluorocarburos que agotan la capa de ozono

#### 1.4.1 Emisiones de dióxido de carbono per cápita

Chile al igual que la gran mayoría de los países del mundo se encuentra en una tendencia creciente de generación de emisiones de gases de efecto invernadero ( $\text{CO}_2$ ), debido en forma importante al uso de fuentes energéticas basadas en combustibles fósiles productoras de  $\text{CO}_2$  como parte de su desarrollo económico.

Es relevante considerar que en este caso, el Protocolo de Kyoto no establece en el caso de Chile compromisos de reducción de emisiones de  $\text{CO}_2$ .

#### 1.4.2 Consumo de clorofluorocarburos (CFC) que agotan la capa de ozono (toneladas PAO)

El consumo país de clorofluorocarburos se determina a través de la sumatoria de importaciones más producción nacional, menos la exportación de sustancias expresadas en toneladas PAO, que equivalen a toneladas métricas ponderadas por el potencial de agotamiento de la capa de ozono, de cada una de las sustancias.



La aplicación de una serie de acciones destinadas a reducir el consumo de CFC en Chile, coordinadas por el Programa País de Ozono, ha permitido la reducción progresiva del consumo de CFCs. Conforme a la línea

base se estableció el consumo promedio de los años 1995, 1996 y 1997 desde un nivel promedio de 828,7 Ton PAO a 181,8 Ton PAO el 2006, como se observa en el cuadro 61:

**CUADRO 61**  
Consumo de CFC 1990-2006.

	Consumo CFC (Ton PAO)
Línea Base	828,7
1990	662,3
1991	674,6
1992	572,7
1993	892,2
1994	852,6
1995	933,5
1996	878,2
1997	674,5
1998	737,9
1999	657,5
2000	576,0
2001	470,2
2002	370,2
2003	424,5
2004	230,8
2005	221,5
2006	181,8

Fuente: Reportes presentados al Protocolo de Montreal.

A partir del 1 de enero del año 2010, se espera que Consumo de CFCs alcance 0,0 Ton PAO, de acuerdo a las metas establecidas por el Protocolo de Montreal, estas metas corresponden a los límites máxi-

mos de consumo presentados en el cuadro 62. El consumo anual máximo permitido, resulta del nivel autorizado de consumo en el Protocolo de Montreal por la línea base.



## CUADRO 62

Niveles de reducción de CFC 2001-2010 en adelante.

Años	Nivel autorizado de consumo por el Protocolo de Montreal (%)	Consumos máximos anuales permitidos de CFCs [Ton PAO] (Consumo = importaciones + producción – exportaciones)
2001-2004	100	828,7
2005-2006	50	414,35
2007-2009	15	124,3
2010 en adelante	0	0,00

Fuente: Datos proporcionados por la Comisión Nacional de Energía y corregidos por CONAMA.

### 1.5 Proporción de población que utiliza combustible sólido: Leña

172



Chile tiene una variedad importante de climas a lo largo de su territorio, en la zona sur es lluvioso y con bajas temperaturas; la leña es un energético de amplio uso en la zona y la participación de la leña en la matriz energética del país no es menor. Cifras del Balance de Energía para el año 2004 de la Comisión Nacional de Energía, establecen que la leña corresponde a un 14% del aporte de energía primaria al país.

La CONAMA se encuentra trabajando sistemáticamente, desde el año 2001, en la gestión de los impactos ambientales asociados a la contaminación atmosférica del uso de este energético. Debido a la escasa información existente de carácter cuantitativo, se ha seleccionado una ciudad en el sur de Chile, Temuco, para estudiar y aplicar acciones que disminuyan los niveles de contaminación atmosférica en la ciudad y subsidiariamente reduzcan el consumo de leña a nivel urbano, así como mejoren la eficiencia energética asociada a su consumo. La selección de Temuco para estudiar acciones que reduzcan el consumo a nivel urbano de este energético tendrá un efecto multiplicador, si se replican estas acciones en ciudades de menor tamaño de la zona, pero con similares problemas. Estos problemas se están monitoreando, desde la ciudad de Santiago por el norte, hasta Coyhaique por el sur de Chile.

Como se indicó en el primer informe, el consumo residencial de leña ha sido identificado como la principal fuente

de emisiones de material particulado urbano en la ciudad de Temuco. A la fecha, luego de la aplicación de un plan de gestión con acciones voluntarias que han demostrado tener un techo de efectividad, se decidió efectuar en el año 2005 una declaración de esta comuna como zona saturada, para establecer a continuación un plan de descontaminación que a través de medidas de alcance más coercitivo permita reducir en forma activa las emisiones de contaminantes atmosféricos locales. Las medidas tendientes a reducir los niveles de emisiones en exteriores se espera que tengan un efecto también en lograr reducciones en los niveles de contaminación intradomiciliaria por un consumo más apropiado de leña, con el uso de mejores tecnologías, como estufas de doble combustión en vez de estufas simples.

En este mismo sentido tecnológico, CONAMA inició el año 2005 el proceso para la elaboración de una norma de emisión para artefactos de uso residencial que combustionen leña u otros combustibles de biomasa.

#### 1.5.1 Proporción de viviendas que usan cocinas que consumen leña en la ciudad de Temuco por nivel socioeconómico

Al revisar las cifras correspondientes al periodo 2001-2006, en Temuco los valores del indicador se redujeron entre el año 2001 y el año 2006 en forma importante. La reducción es diferenciada por nivel socioeconómico; de 8% a 1% en el nivel socioeconómico alto, de 28% a 13% en el

nivel socioeconómico medio; y de 59% a 54% en el nivel socioeconómico bajo. Esta disminución refleja un cambio tecnológico en el uso de cocinas en la zona, por lo cual se espera una reducción de todos ellos al año 2015.

### 1.5.2 Proporción de viviendas que usan estufas simples que consumen leña en la ciudad de Temuco por nivel socioeconómico

En relación al uso de estufas simples a leña en Temuco, la proporción de viviendas que la usan disminuyó entre 2001 y 2006 desde 30% a 24% (nivel socioeconómico alto), 39% a 31% (nivel socioeconómico medio); en el caso del nivel socioeconómico bajo subió desde 11% a 21%, reflejando en este último caso que el acceso a tecnología de este sector socioeconómico se asocia al uso de aquellas más rudimentarias.

## 2. Situación a la fecha de los indicadores adicionales y estimación al año 2015

### 2.1 Superficie afectada por incendios forestales

Respecto al impacto de los incendios forestales, que casi en su totalidad son ocasionados por acciones antrópicas,

el número promedio de ellos durante el período 2001 al 2006 fue de 6.354 incendios anuales, considerando como del año 2001 los incendios originados en la primavera del 2000 y en el verano y otoño del 2001 (ver Cuadro 65).

Por su parte, la superficie afectada por incendios forestales en el período 2001-2006 fue en promedio de 46.381 hectáreas al año, fuertemente afectada por la severidad del verano del 2002 que totalizó una superficie de 90.070 hectáreas (Ver Cuadro 64). El 2006, sin embargo, registró el segundo menor daño del período, con sólo 19.323 hectáreas que equivalen al 0,026 % de la superficie continental del país (ver Cuadro 63).

Las mayores superficies afectadas se han continuado registrando en las regiones centrales, aun cuando en el verano del 2005 la región más austral de Chile totalizó el mayor daño nacional producto de un solo incendio, el ocurrido al interior del Parque Nacional Torres del Paine, incendio que afectó una superficie de 11.685 hectáreas dentro del parque y 3.785 hectáreas fuera del parque, cubriendo un total de 15.470 hectáreas (ver Cuadro 64).

En el período 2001-2006, la Corporación Nacional Forestal ha desarrollado su rol en la protección contra incendios

#### CUADRO 63

Superficie afectada por incendios forestales del total continental del país.

	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Superficie afectada por incendios forestales total.	0,034	0,023	0,014	0,119	0,055	0,067	0,086	0,026
Plantaciones	0,003	0,004	0,002	0,029	0,008	0,014	0,010	0,002
Bosque nativo	0,006	0,002	0,001	0,041	0,006	0,008	0,012	0,003
Matorrales	0,011	0,007	0,003	0,017	0,016	0,019	0,024	0,008
Pastizales	0,008	0,007	0,004	0,017	0,019	0,017	0,031	0,010
Otros Usos	0,005	0,003	0,004	0,014	0,007	0,009	0,010	0,003

Fuente CONAF 2007.



**CUADRO 64**

Superficie afectada por incendios Forestales por Región, (2001-2006).

SUPERFICIE AFECTADA POR REGIÓN (hectáreas)												
Período	III	IV	V	RM	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	TOTAL
2000-2001	11	85	2.233	1.760	649	869	1.759	3.311	124	90	27	10.918
2001-2002	13	2.324	5.207	1.755	3.511	2.916	33.220	33.884	6.745	354	141	90.070
2002-2003	113	2.259	9.976	6.182	9.383	4.222	4.541	4.856	293	52	110	41.987
2003-2004	179	1.886	15.437	4.819	7.168	2.519	10.689	6.668	604	705	14	50.688
2004-2005	4	1.474	7.535	4.768	15.453	2.537	8.859	7.829	484	796	15.561	65.300
2005-2006	35	399	4.035	2.196	5.292	1.564	1.977	1.336	802	1.454	233	19.323
Promedio del período.	59	1.405	7.404	3.580	6.909	2.438	10.174	9.647	1.509	575	2.681	46.381

Fuente: CONAF.

forestales resguardando las áreas silvestres protegidas del Estado, contribuyendo subsidiariamente a la protección de los terrenos privados de pequeños y medianos propietarios y velando por la integridad de las personas y sus bienes, potencialmente amenazados por el fuego. Se ha relacionado estrechamente, además, tanto con las empresas privadas que protegen con sus propios recursos la mayor parte de las plantaciones forestales del país, como con autoridades y entidades nacionales vinculadas al manejo de emergencias en el caso de incendios forestales de magnitud.

En su accionar, CONAF gestiona recursos humanos y materiales para el combate al fuego con una organización integrada y coordinada, que actúa con una visión operativa de horizonte nacional.

En el período, además, CONAF ha fortalecido su equipamiento con la adquisición y operación de tres aviones cisterna para un rápido ataque inicial en las áreas de mayor amenaza a los recursos forestales y a la población de áreas de interfaz urbano - vegetal.

174

**CUADRO 65**

Número de Incendios Forestales por Región, 2000-2006.

NÚMERO DE INCENDIOS FORESTALES POR REGIÓN												
Período	III	IV	V	RM	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	TOTAL
2000-2001	5	32	1.036	543	267	327	1.839	1.194	112	7	12	5.374
2001-2002	12	18	1.318	447	245	281	2.183	1.320	767	48	62	6.701
2002-2003	39	73	1.086	573	238	513	3.185	1.541	283	15	26	7.572
2003-2004	24	80	875	743	292	465	2.277	1.277	346	37	14	6.430
2004-2005	31	42	956	496	279	403	2.745	1.391	249	32	29	6.653
2005-2006	45	39	866	629	176	404	2.108	840	235	31	23	5.396
Promedio del Período	26	47	1.023	572	250	399	2.390	1.261	332	28	28	6.354

Fuente: CONAF.



## 2.2 Recuperación de tierras afectada por proceso de desertificación

La estrategia nacional para la lucha contra la desertificación y sequía incluye principalmente la forestación, el riego campesino y la recuperación de suelos degradados. La implementación de esta estrategia es a través de la aplicación de instrumentos de fomento, siendo éstos los siguientes: (i) El Decreto Ley N° 701, administrado por CONAF; (ii) El Decreto Supremo N° 202, administrado por SAG e INDAP y (iii) La Ley N° 18.450, administrada por la Comisión Nacional de Riego.

Así, los principales indicadores de resultados son la superficie intervenida a través de los instrumentos de fomento del Ministerio de Agricultura (MINAGRI); los montos de la inversión pública asociada, y; el número de beneficiarios y sus respectivos planes de manejo sustentable de la tierra.

En el período 2000-2006, el monto total de la inversión pública en los instrumentos de fomento del MINAGRI y que contribuyen a la lucha contra la desertificación, la degradación de la tierra y la sequía, corresponden a US\$ 624,22 millones, con un promedio anual de US\$ 89,17 millones.

### CUADRO 66

Recuperación de tierras afectada por procesos de desertificación. (Superficie anual intervenida).(porcentajes).

	1990 %	2000 %	2001 %	2002 %	2003 %	2004 %	2005 %	2006 %	Meta 2015
Recuperación de tierras afectadas por procesos de desertificación (superficie anual Intervenida)	0,80	1,72	2,30	2,94	3,47	3,47	4,00	5,13	Aumentar

Fuentes: MINAGRI, Memoria de Gestión. 2000 – 2006; CONAF, Tercer Informe Nacional 2006 PANCCD-Chile.

Por otra parte, en este mismo período el número total de beneficiarios de los instrumentos de fomento para el desarrollo sustentable, corresponde a 427.787 propietarios y planes de manejo sustentable, con un promedio anual de 61.112 usuarios. Este indicador de resultado es de gran relevancia, considerando que el centro de la preocupación en esta materia son los seres humanos.

Considerando las acciones realizadas mediante los instrumentos de fomento del MINAGRI, la superficie total intervenida en el país, al final del período analizado, alcanza 3.878.843,3 hectáreas, lo cual corresponde a 5,13% de la superficie del territorio nacional (ver Cuadro 66).

Por su parte, la Convención de Naciones Unidas de Lucha contra la Desertificación y la Sequía (UNCCD) en su primer párrafo señala que el centro de las preocupaciones de la lucha contra la desertificación y la mitigación de los efectos de la sequía son los seres humanos. Asimismo, en su Artículo 2°, indica como objetivos la lucha contra la desertificación y la mitigación de los efectos de la sequía, aplicando estrategias para mejorar la productividad de la tierra, así como la rehabilitación, conservación y manejo

sustentable de la tierra y los recursos hídricos para el mejoramiento de las condiciones de vida, en particular a nivel de comunidades.

En este sentido, Chile avanza en la implementación de su Programa de Acción Nacional de Lucha contra la Desertificación y Sequía (PANCCD-Chile) coordinado desde 1997 por la Corporación Nacional Forestal (CONAF) del Ministerio de Agricultura por designación del Consejo Directivo de CONAMA.

### 2.3 Número de días con niveles de material particulado respirable PM10 en la ciudad de Temuco, superiores a la norma diaria chilena (150ug/m3)

La tendencia de superación sistemática de la norma de material particulado respirable por un número de días mayor al percentil permitido para la norma de calidad primaria correspondiente, derivó en 2005 en la declaración de las comunas de Temuco y Padre Las Casas como zona saturada. Esta tendencia no ha variado en los últimos años, previos a los de la futura aplicación del plan de descontaminación respectivo.

En la comuna de Temuco existe información disponible proveniente de estaciones monitoras de la calidad del aire, aprobadas por el servicio fiscalizador respectivo, a partir del año 2001 (Estación Las Encinas). La tendencia respecto al número de días por sobre la norma en el periodo 2001-2006 ha sido variable, registrándose entre 5 y 15 días al año. El objetivo de la aplicación sistemática de un plan de descontaminación para esta comuna es el cumplimiento del percentil 98 de la norma diaria, es decir,

hasta un máximo de 6 días al año por sobre la norma (ver Cuadro 67).

Habida cuenta de la declaración de zona saturada para las comunas de Temuco y Padre Las Casas realizada el año 2005, entre los años 2005 y 2007 se está preparando un Plan de Descontaminación que incluya medidas tecnológicas, de educación y basado en la existencia de una institucionalidad que permita la fiscalización integral de la leña.

#### CUADRO 67

Número de días con niveles de material particulado respirable PM10 en la ciudad de Temuco superiores a la norma diaria chilena (150 ug/m3) (percentil 98 de datos diarios).

	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Meta 2015
Número de días con niveles de material particulado superiores a la norma	s/i	s/i	13	5	8	15	11	15	6

Fuente: CONAMA "Antecedentes para declarar a las comunas de Temuco y Padre Las Casas como zona saturadas por PM10", IX región, 2004.

176



#### 2.4 Porcentaje de establecimientos educacionales que aborda la metodología sistémica de trabajo de educación para el Desarrollo Sustentable (EDS)

Este indicador está asociado a dos programas impulsados por la Comisión Nacional del Medio Ambiente, el Club de Forjadores Ambientales y el Sistema Nacional de Certificación Ambiental de Establecimientos Educacionales (SNCAE). El primero de ellos, creado el año 1998, y respecto del cual se refieren los logros alcanzados reflejados en el indicador desde el año 2000 en adelante, mientras que los logros del segundo se visualizan en el indicador a partir del año 2003, momento en que se expande el ámbito de acción de la Unidad de Educación Ambiental de CONAMA:

1. Club de Forjadores Ambientales: El Club Forjadores Ambientales es una iniciativa promovida por la Comisión Nacional del Medio Ambiente desde 1999, y constituye una red en todo el país que desarrolla actividades de protección y cuidado del medio ambiente local. Los Forjadores son niños, niñas y jóvenes capaces de liderar acciones para promover y fortalecer la responsabilidad ambiental en la ciudadanía. Los Clubes de

Forjadores Ambientales se encuentran en todo el país, desde Arica a Punta Arenas, constituyéndose desde su creación (1998), en una red con más de 1.500 establecimientos, y cerca de 55.000 integrantes.

2. Sistema Nacional de Certificación Ambiental de establecimientos educativos: Durante el año 2003 el Ministerio de Educación (MINEDUC), la Comisión Nacional del Medio Ambiente, la Corporación Nacional Forestal, UNESCO y la Asociación Chilena de Municipalidades, firmaron un Convenio de Colaboración para asumir en forma conjunta la implementación del Sistema Nacional de Certificación Ambiental de Establecimientos Educativos (SNCAE).

Durante el período 2003 a 2007 se han incorporado más de 750 establecimientos educativos al SNCAE en todo el país, beneficiando a unos 295.258 estudiantes los que se encuentran en distintos niveles de avance en sus estrategias educativo-ambientales. De ellos 310 establecimientos se encuentran certificados ambientalmente. Al año 2006, el 15% de los establecimientos educacionales aborda la metodología sistémica de trabajo de educación para el desarrollo sustentable (ver Cuadro 67).

Junto a la creación del sistema de certificación se constituyó un Comité Nacional de Certificación, integrado por el MINEDUC, CONAMA, CONAF, UNESCO y la Asociación Chilena de Municipalidades, encargado de apoyar y coordinar las acciones de implementación, registro y asesoramiento del sistema. Este comité tiene expresión regional a través de los Comités Regionales de Certificación, integrado además de los anteriores, por actores de relevancia regional.

En lo medular el SNCAE establece indicadores de calidad ambiental para tres ámbitos del quehacer educativo: ámbito pedagógico; ámbito de gestión y ámbito de relaciones con el entorno. Estos tres ámbitos deben ser trabajados desde una perspectiva integral, transversalizando los temas ambientales que surgen desde los entornos locales. Se busca transmitir conocimientos y generar acción, a través de la contextualización de los contenidos educativos, el involucramiento de las autoridades de la escuela a través de modelos de gestión ambiental y la generación de actividades de recuperación y conservación en sus espacios de vida.

Para el apoyo y fortalecimiento del trabajo de las comunidades educativas que participan del SNCAE, se elaboran textos de apoyo con temáticas ambientales que responden a los grandes temas nacionales y locales. Para facilitar

su implementación se elaboran siguiendo la misma lógica de los tres ámbitos del SNCAE, es decir:

1. **Ámbito Pedagógico:** "Guía de Apoyo docente: Incorporación del concepto de gestión integral de residuos domiciliarios al currículo"; "Guía de Apoyo docente: La Eficiencia energética en la escuela"; "Guía para la Implementación Pedagógica de la Educación Ambiental"; Guía de Apoyo docente de Participación Ciudadana en los Instrumentos de Gestión Ambiental" y "Guía para el uso educativo de los Humedales".
2. **Ámbito Gestión:** "Manual para la Gestión Ambiental en Establecimientos Educativos: Residuos, Energía y Agua".
3. **Ámbito de Relaciones con el Entorno:** "Manual de Relaciones con el Entorno".

Desde el punto de vista metodológico se ha trabajado en los tres ámbitos para generar un tratamiento sistémico de cada contenido, permitiendo que los temas ambientales tratados en el aula tenga una expresión permanente en las prácticas de gestión de los establecimientos, sin olvidar que los temas a trabajar provienen de la realidad que cotidianamente vive y observa la comunidad educativa.

**CUADRO 68**

Porcentaje de establecimientos educacionales que aborda la metodología sistémica de trabajo de educación para el Desarrollo Sustentable (EDS).

	1990	2000 %	2001 %	2002 %	2003 %	2004 %	2005 %	2006 %	Meta 2015 %
Porcentaje de establecimientos educacionales que aborda la metodología sistémica de trabajo de Educación para el Desarrollo Sustentable (EDS)	N/A	2	4	6	8	10	12	15	30

Fuente: Información proporcionada por la Unidad de Educación Ambiental de CONAMA (2007).

**II. PRINCIPALES DESAFÍOS**

En relación a las Áreas Marinas Costeras Protegidas, el principal desafío es consolidar un Sistema de Áreas Marinas Costeras Protegidas que cuente con un adecuado presupuesto y recursos humanos y permita cubrir las brechas de representatividad de las actuales unidades de conservación de nuestros ecosistemas costeros.

Respecto de la intensidad energética para el periodo 2007-2015 el Programa de Eficiencia Energética ha contemplado la implementación del Plan de Acción, que se detalla en el siguiente cuadro:



**CUADRO 69**

Plan de Actividades y sectores involucrados en las líneas de acción del Plan de Acción 2007-2015 del PPEE.

CATEGORÍA DE ACCIÓN	ACTIVIDADES	Industria, Minería, Comercio	Transporte	Residencial (incl. artefactos y vivienda)	Sector Público
PROSPECCIÓN	Identificación de oportunidades por sector en base a información macroeconómica y referencias internacionales	•	•	•	•
	Encuestas con usuarios de diversos sectores	•	-	•	•
	Auditorías energéticas a empresas representativas	•	-	-	•
	Evaluación de tecnologías específicas	•	•	•	•
INCENTIVOS ECONÓMICOS Y FINANCIAMIENTO	Subsidios a los más pobres para mejoramiento de vivienda y compra de equipos de mayor eficiencia	-	-	•	-
	Financiamiento a fondo perdido de diagnósticos energéticos	•	•	-	•
	Financiamiento a tasas preferenciales para financiar compra de equipos y/o proyectos en empresas	•	•	•	-
	Fomento de contratos por desempeño en el sector privado	•	-	-	•
REGULACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE PRODUCTOS Y SISTEMAS	Certificación y etiquetado de equipos de alto consumo	•	•	•	•
	Regulación de la nueva construcción	-	-	•	•
	Certificación de inmuebles	-	-	•	•
OBLIGACIONES AL SECTOR PÚBLICO	Gestión energética en instalaciones	-	-	-	•
	Compras "verdes"	-	-	-	•
COMPROMISOS VOLUNTARIOS	Compromisos de acción de grandes empresas y PYMEs	•	-	-	-
	Reconocimientos públicos a empresas	•	-	-	•
EDUCACIÓN E INFORMACIÓN	Desarrollo de capacidades a través de la educación y la capacitación para actores de mercado y del gobierno	•	•	•	•
	Información a los usuarios de energía	•	•	•	•
	Desarrollo de la cultura del ahorro de energía entre la población	-	-	•	-
INNOVACIÓN TECNOLÓGICA	Fomento de la adopción de innovaciones tecnológicas	•	•	•	•
ARTICULACIÓN DE ACTORES	Integración y funcionamiento de redes de actores involucrados	•	•	•	•
	Integración de Chile a las redes internacionales de organismos y especialistas en eficiencia energética	•	•	•	•



**CUADRO 69 (continuación)**

Plan de Actividades y sectores involucrados en las líneas de acción del Plan de Acción 2007-2015 del PPEE.

EVALUACIÓN Y MONITOREO	Monitoreo de los indicadores energéticos en cada sector	•	•	•	•
	Evaluación de impacto de las iniciativas e instrumentos en términos de ahorro energético	•	•	•	•

En relación a las emisiones de CO<sub>2</sub>, se busca revertir la tendencia de incremento en las emisiones en el país, a través de la mitigación de este tipo de emisiones.

Por otra parte, considerando la tendencia decreciente en el consumo de CFC observada a partir del año 1995, se puede colegir que extrapolando los niveles de consumo del año 2003, también se está en condiciones de cumplir las metas establecidas para el periodo 2006 y 2007. No obstante, se deben realizar acciones adicionales para acelerar las reducciones en el consumo de CFC, de modo de cumplir con los valores estrictos que fija el protocolo a partir del año 2007.

También es un desafío relevante revertir la tendencia de incremento en las emisiones de material particulado de origen biomásico (leña) en las zonas saturadas por conta-

minación atmosférica del sur de Chile, para lo cual se hace necesario conseguir la aprobación del Plan de Descontaminación para las comunas de Temuco y Padre Las Casas y comenzar su implementación.

Por otra parte, en el marco de la implementación de la Política Nacional de Educación para el Desarrollo Sustentable (PNEDS), se busca formular planes de acción a nivel regional que consideren la participación público-privada para potenciar programas, proyectos y acciones asociadas con la educación para el desarrollo sustentable.

Finalmente es relevante fortalecer el trabajo intersectorial para potenciar el Programa de Certificación Ambiental de Establecimientos Educativos. Al mismo tiempo fomentar el trabajo en el ámbito local y facilitar los espacios para impulsar el trabajo en red.



### III. MARCO DE APOYO

Con el apoyo financiero del Fondo del Medio Ambiente Mundial (FMAM), canalizado a través del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, CONAMA ha coordinado el accionar de distintos organismos competentes para avanzar en la definición de una nueva institucionalidad para la administración de áreas marinas costeras protegidas. Se ha definido para este sistema un esquema de administración público-privada, con la participación de entidades privadas y del Gobierno Regional en virtud de una modificación de la Ley de Gobiernos Regionales. Se constituyen Comisiones Regionales de Áreas Marinas Costeras Protegidas con la participación de servicios públicos con competencia y representantes de usuarios, así como un Comité Técnico de Áreas Marinas Costeras Protegidas cuyo rol es asesorar la toma de decisiones y un Consejo Directivo de AMCP de carácter político y para la toma de decisiones en materias de conservación marina.

En relación al Programa País de Eficiencia Energética (PPEE), el 24 de enero de 2005 el Gobierno de Chile impulsó y convocó la participación de una serie de actores públicos y privados y encargó al Ministerio de Economía, Fomento y Reconstrucción la puesta en marcha e implementación de este programa. Para constituirse se creó un Comité Convocante con las instituciones más relevantes del Estado, el sector privado, los gobiernos locales y la sociedad civil. Para operar, se suscribieron un conjunto de convenios de desempeño con diversos servicios públicos. En diciembre del mismo año se creó la Comisión del PPEE mediante el decreto supremo firmado por los ministros de Economía y Energía, de la Secretaría General de la Presidencia, de Obras Públicas, de Transportes y Telecomunicaciones, de Educación, de Vivienda y Urbanismo, y de Minería.

La misión del PPEE es construir y consolidar un Sistema Nacional de Eficiencia Energética en Chile, para poner a Chile al día, de modo sistemático y eficaz, en el campo de la eficiencia energética con la participación activa de todos los actores nacionales relacionados en el país. Por otra parte la visión del PPEE es un país con una cultura de eficiencia energética reflejado en un desacoplamiento evidente y significativo del crecimiento económico respecto del crecimiento del consumo energético.

El PPEE está constituido por un comité cuya misión principal es la de asesorar a cada una de las Secretarías de

Estado, cuyos ministros han firmado este decreto supremo, en acciones concretas, planes, políticas y medidas de eficiencia energética que éstas impulsen<sup>132</sup>.

En relación a los Principios Estratégicos del PPEE, estos son:

1. compromiso de largo plazo,
2. aplicar una combinación, adecuada a las condiciones económicas e institucionales de Chile, de instrumentos de regulación, de fomento y de educación,
3. incluir a todos los sectores y actores,
4. actuar bajo una perspectiva que integra objetivos económicos, energéticos, ambientales y sociales y
5. la flexibilidad en la implementación.

El Gobierno de Chile ha indicado en diversas instancias internacionales durante el año 2007, que los países que no tienen compromisos de reducción de emisiones de gases de efecto invernadero, como es el propio caso de Chile, deben avanzar en reducir sus emisiones. Esto debe materializarse en la sistematización de acciones institucionales de mitigación de las emisiones de gases de efecto invernadero.

Se estima que el uso progresivo de instrumentos regulatorios (legislativos, de carácter vinculante) y de instrumentos económicos, que lleven el marco voluntario actual a uno de cumplimiento más estricto y obligatorio puede favorecer este proceso de cambio en el país. Respecto al consumo de CFC que agotan la capa de ozono, el Protocolo de Montreal tiene el nivel jurídico de una Ley de la República. Por lo tanto, existe apoyo a nivel nacional (aporte financiero) como internacional (aportes financieros y técnicos de la Secretaría de la Convención) para que se logre la meta. No obstante, la generación e implementación de un marco que haga vinculante las acciones de reducción, materializadas en instrumentos regulatorios y económicos plantea importantes desafíos.

A la fecha, se encuentra en vigencia la Ley N° 20.096 del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, publicada en el Diario Oficial el 23 de marzo de 2006, que establece mecanismos de control aplicables a las sustancias agotadoras de la capa de ozono. De esta ley, surgió el Decreto



132 Decreto Supremo del 14 de diciembre de 2005.



Nº 37 del mismo Ministerio y publicado en el Diario Oficial el 11 de septiembre de 2007, que establece normas aplicables a las importaciones de las sustancias agotadoras de la capa de ozono, los volúmenes máximos de importación y los criterios de su distribución. Consecuentemente, el Servicio Nacional de Aduanas, dictó la Resolución Exenta Nº 5630, del 17 de octubre de 2007, que aprueba las normas sobre registro de importadores y exportadores de sustancias agotadoras de la capa de ozono y distribución de volúmenes individuales máximos de importación, agregándose el Apéndice IX al Capítulo III del Compendio de Normas Aduaneras aprobado por Resolución Nº 1300 de 2005, de la Dirección Nacional de Aduanas. Así como también la Resolución Exenta Nº 5638, de misma fecha, que establece normas relativas a la forma de acreditar el cumplimiento de los requisitos, exigencias, documentos y visaciones aplicables a las sustancias y productos controlados, establecidos por la Ley Nº 20.096/06, regulados por el Decreto Supremo Nº 37/07.

Estas regulaciones permiten al país cumplir con las metas del Protocolo de Montreal, establecidas para los años 2008 a 2015.

La declaración de zona saturada (2005) a través de Decreto Supremo, y la elaboración del Plan de Descontaminación para las comunas de Temuco y Padre Las Casas iniciado en el mismo año. El inicio, el año 2005, de la elaboración de una norma de emisión para calefactores a leña ("Norma de emisión para artefactos de uso residencial que combustionen leña u otros combustibles de biomasa").

La Unidad de Educación Ambiental del Departamento de Educación Ambiental y Participación Ciudadana de la Comisión Nacional del Medio Ambiente, tiene su base jurídica en la Ley General de Bases del Medio Ambiente Nº 19.300, la cual define educación ambiental en el artículo 2º letra h, del título disposiciones generales como: "...un proceso permanente de carácter interdisciplinario, destinado a la formación de una ciudadanía que reconozca valores, aclare conceptos y desarrolle las habilidades y las actitudes necesarias para una convivencia armónica entre seres humanos, su cultura y su medio biofísico circundante".

El mismo cuerpo jurídico en su título final, párrafo 1º sobre la naturaleza y funciones de CONAMA, específicamente en el artículo 70 letra f señala que la institución deberá

colaborar con las autoridades competentes en la preparación, aprobación y desarrollo de programas de educación y difusión ambiental, orientados a la creación de una conciencia nacional sobre la protección del medio ambiente, la preservación de la naturaleza y la conservación del patrimonio ambiental, y a promover la participación ciudadana en estas materias.

En cumplimiento de estas funciones legales se ha implementado un conjunto de iniciativas y programas junto a otros actores públicos y privados, especialmente el Ministerio de Educación y la Corporación Nacional Forestal.

En relación a las líneas de acción y programas de Educación Ambiental, en diciembre de 2002 la Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el Decenio de las Naciones Unidas para la Educación con miras al Desarrollo Sostenible, entre el año 2005 y el 2014 (resolución 57/254), designando a la UNESCO como organismo responsable de la promoción del Decenio. Los Gobiernos del mundo han sido invitados a usar esta década para integrar la educación para el desarrollo sustentable en sus estrategias nacionales y planes de acción en todos los niveles que resulten apropiados, compromiso que fue ratificado por el Ministerio de Educación de Chile en la Reunión UNU-APEC Education Network, realizada en Japón, en agosto de 2004.

En diciembre del año 2005, el Consejo Directivo de CONAMA trató entre otros temas los desafíos para la construcción de una Política Nacional de Educación para el Desarrollo Sustentable PNEDS. Tras la presentación de los antecedentes, aprobó la creación del Directorio de la Política, nombrando entre sus integrantes a los subsecretarios del Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud, el Ministerio del Trabajo, el Ministerio de Planificación y Cooperación, el Ministerio de Relaciones Exteriores, el Ministerio Secretaría General de Gobierno y la Dirección Ejecutiva de la Comisión Nacional del Medio Ambiente (según consta en acta de Sesión Ordinaria Nº08/2005). Este Directorio se constituyó en marzo de 2006 y tuvo como función la elaboración del documento PNEDS, conducir el proceso de consulta pública y preparar la presentación de la propuesta de política al Consejo Directivo de CONAMA.

Finalmente existen instrumentos para la gestión en redes, en estas materias educativas, como son la Revista de Educación Ambiental, para cuya elaboración se constituyó un Comité Editorial, compuesto entre otros miembros

por MINEDUC, DGA, CONAF, CONAMA, Bosque Santiago, Universidad Metropolitana de ciencias de la Educación, Universidad ARCIS. Esta revista tiene un tiraje de 2.000 ejemplares distribuidos a lo largo de todo el país. En su diseño y diagramación se contempla espacios para relevar experiencias de las escuelas, de las organizaciones sociales y del mundo productivo, lo que permite además de tener una amplia representación, visibilizar acciones ambientales educativas desde distintos actores. Además, existe El Boletín Electrónico de Educación Ambiental, de distribución mensual y se envía a una base de datos sobre

2000 personas, en su mayoría establecimientos educativos que participan del SNCAE, organizaciones ambientalistas y personalidades del mundo ambiental. Por último el Seminario de Educación para el Desarrollo Sustentable, que se realiza todos los años durante la segunda semana de enero, en el cual se intercambian experiencias de educación que contribuyen a la generación de una sociedad sustentable. En los eventos anteriores se ha contado con la participación de los ministros de Educación, Dirección Ejecutiva de CONAMA y CONAF, Premios Nacional de Periodismo e Historia, entre otros.



RESUMEN DE LOS PROGRESOS LOGRADOS METAS MÍNIMAS

Meta	Posibilidad de alcanzar objetivos				Marco de apoyo			
	Probable	Potencial	Improbable	Sin información	Fuerte	Regular	Débil pero mejorando	Débil
9. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.	•				•			
25. Proporción de la superficie del territorio cubierta por bosques (incluidas plantaciones y bosque nativo)								
25.1 Aumentar Plantaciones	•				•			
25.2 Mantener Bosque nativo	•				•			
26. Aumentar relación entre zonas protegidas para mantener la diversidad biológica y la superficie total. (SNASPE)	•				•			
30. Superficie afectada por incendios forestales Total.	•				•			
1.1 Plantaciones								
1.2 Bosque nativo,								
1.3 Matorrales								
1.4 Pastizales								
1.5 Otros Usos								
31. Recuperación de tierras afectadas por procesos de desertificación.	•				•			



CAPACIDAD DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO\*

Objetivo/Meta	Cantidad y regularidad encuestas	Calidad información de encuestas	Análisis estadístico	Estadísticas sobre diseño de políticas	Presentación y difusión de información
9. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte
25. Proporción de la superficie del territorio cubierta por bosques (incluidas plantaciones y bosque nativo)					
25.1 Aumentar Plantaciones	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte
25.2 Mantener bosque nativo	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte
26. Aumentar relación entre zonas protegidas para mantener la diversidad biológica y la superficie total. (SNASPE)	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte
30. Superficie afectada por incendios forestales Total.	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte
1.1 Plantaciones					
1.2 Bosque nativo,					
1.3 Matorrales					
1.4 Pastizales					
1.5 Otros usos					
31. Recuperación de tierras afectadas por procesos de desertificación.	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte





## META 10

**Reducir a la mitad para el año 2015 el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento**

La evaluación del cumplimiento de la meta se realizará mediante el análisis de los indicadores en el ámbito urbano correspondientes a los de cobertura de agua potable y alcantarillado, y en el ámbito rural sólo al indicador de cobertura de agua potable. A su vez, se plantea como un indicador adicional la cobertura de tratamiento de aguas servidas en zona urbana.

Al definir la cobertura en el ámbito urbano, es importante precisar que para estos efectos la población urbana es aquella que habita permanentemente en las áreas de concesión de las empresas sanitarias del país. Se estima anualmente por la Superintendencia de Servicios Sanitarios (SISS) en base a los clientes informados por las empresas concesionarias y las cifras oficiales de densidad habitacional del Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Al determinar la cobertura rural, es necesario recordar que, de acuerdo a los resultados del último Censo de Población

(año 2002), realizado por el INE, la población rural era de 2.026.322 habitantes. Al año 2006, la población rural beneficiada con un sistema de agua potable rural construido por el Programa de Agua Potable Rural, que ejecuta el Ministerio de Obras Públicas por intermedio de la Dirección de Obras Hidráulicas, era de 1.488.204 habitantes, con 1.480 sistemas construidos a lo largo del territorio nacional, comprendiendo estos sistemas un total de 316.444 arranques domiciliarios de agua potable y un total aproximado de 1.800 localidades rurales abastecidas.

Cabe recordar lo señalado en el Primer Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que para efectos del programa, el universo rural lo conforma aquella población que no es abastecida de agua potable a través de un prestador de servicios públicos sanitarios, al que se le ha otorgado una concesión sanitaria por la Superintendencia de Servicios Sanitarios, quedando por consiguiente, esta población rural, fuera del territorio operacional del prestador.



## I. SITUACIÓN A LA FECHA

En el año 2006, la cobertura urbana de agua potable alcanzó un 99,8%, es decir, que ese porcentaje de los inmuebles residenciales localizados en centros urbanos del país tienen conexión a las redes públicas de agua potable.

En relación al abastecimiento de agua potable para el sector rural denominado concentrado<sup>133</sup>, es necesario destacar que existe un sector importante de la población rural del país, compuesto por alrededor de 800.000 habitantes, que no ha sido beneficiado con la instalación de sistemas de agua potable. A este respecto, sólo el sector rural denominado semiconcentrado, con una población que se calcula en alrededor de 400.000 habitantes, ha comenzado a ser abordado por el programa desde el año 2004; el otro, de igual número de habitantes, definido como sector rural disperso, no se encuen-

tra incorporado en ningún programa y por lo mismo, no ha sido abordado por ninguna institución del Estado.

Con relación al sector rural semiconcentrado<sup>134</sup>, se han definido requisitos de elegibilidad para los proyectos: que el proyecto respectivo cumpla con la rentabilidad mínima de un 8% y que el respectivo sistema de agua potable pueda ser autofinanciable en su operación, administración y mantenimiento, con una tarifa que pueda pagar la comunidad beneficiaria, calculada en la etapa del diseño de ingeniería.

Respecto de la situación del saneamiento rural, a diciembre de 2006, alrededor de 300.000 habitantes pertenecientes al universo total de población rural del país, equivalente a un 20% de la población rural del sector rural concentrado,

186



disponían de un sistema colectivo de recolección, tratamiento y disposición final de aguas servidas.

A esa fecha, se habían construido alrededor de 350 sistemas de alcantarillado (con 68.000 uniones domiciliarias),

incluidos aquellos construidos para pequeñas poblaciones beneficiarias de los programas habitacionales del Gobierno, que residen en las localidades rurales cuyos sistemas de agua potable rural fueron construidos por el Programa de Agua Potable Rural, con recurso sectoriales, o bien, con

133 Definido como aquél constituido por localidades rurales que presentan una densidad mínima de 15 viviendas por kilómetro de futura red de agua potable y una población igual o superior a 150 habitantes.

134 Constituido por localidades rurales que tienen una población mínima de 80 habitantes y una densidad de al menos 8 viviendas por kilómetro de futura red de agua potable.



fondos regionales por iniciativa de los Gobiernos Regionales. A lo anterior, debe agregarse la población rural que dispone en su vivienda de un sistema de fosa séptica, estimándose que alrededor de 500.000 habitantes rurales del país, equivalente a un 25% de la población rural total del país, cuenta con este sistema sanitario para la disposición de las aguas servidas domiciliarias.

En relación al acceso a redes de alcantarillado público, en el año 2006 la cobertura urbana alcanzó un 95,2% a nivel nacional, lo que equivale a una población urbana saneada de 12.907.191 habitantes. Lo anterior significa que sólo el 4,8% de los inmuebles residenciales que se localizan en los centros urbanos del país no tienen conexión a los sistemas de alcantarillado público.

## 1. Situación a la fecha de los indicadores mínimos y estimación al 2015

### 1.1 Proporción de la población con acceso sostenible a mejores fuentes de abastecimiento de agua, en zonas urbanas y rurales

#### 1.1.1 Porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible al agua potable en zonas urbanas

A inicios de los años noventa, la cobertura urbana de agua potable alcanzaba un 97,4%. En el año 2006, esta cobertura alcanzó un 99,8%; es decir, este porcentaje de los inmuebles residenciales en centros urbanos del país tienen conexión a las redes públicas de agua potable. En el periodo 1990-2006 se incrementó en 2,4 puntos porcentuales la cobertura de agua potable urbana<sup>135</sup>.

Así, el porcentaje de población que carece de agua potable en zonas urbanas, se ha reducido desde 2,6% a 0,2% en el periodo indicado. Se espera que al año 2015 este indicador se reduzca prácticamente a 0%.

#### 1.1.2 Porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible al agua potable en zonas rurales

El Programa de Agua Potable Rural mantiene la meta de

dotar de agua potable en condiciones de calidad, cantidad y continuidad del servicio, a las localidades rurales concentradas definidas como aquellas que tienen una densidad mínima de 15 viviendas por kilómetro de futura red de agua potable y una población de a lo menos 150 habitantes y que aún faltan por abastecer de agua potable; además, se debe incorporar a este universo las localidades rurales que, teniendo el carácter de semi concentradas<sup>136</sup>, cumplen con los criterios de elegibilidad, en cuanto a que el respectivo proyecto presenta una rentabilidad mínima de un 8% y que el futuro sistema de agua potable puede autofinanciarse en su operación, administración y mantenimiento, con una tarifa factible de pagar por los beneficiarios.

Conjuntamente con el cumplimiento de la meta de cobertura para el sector rural concentrado y desde el 2004, del sector semiconcentrado, el programa ha contribuido a satisfacer las demandas de agua potable de toda nueva población instalada en las localidades rurales beneficiarias, que no corresponde al propio crecimiento vegetativo de la población, calculado éste a una tasa de un 2% anual, en la etapa de ejecución del diseño de ingeniería y para todo el período de previsión del sistema de agua potable (20 años). En tal sentido, en los últimos años, el componente de mejoramiento y ampliación de la infraestructura existente, ha representado en promedio, el 60% del total de la inversión sectorial asignada al programa.

En el año 2006, la cobertura de agua potable en localidades rurales concentradas era de un 99%, mientras que en 1990 sólo alcanzaba el 76,5%; esperándose que al año 2015, todas las localidades rurales concentradas o las semi concentradas que cumplan con los requisitos establecidos tengan abastecimiento de agua potable domiciliaria.

Con este propósito, durante el año 2008 se realizará un catastro nacional, con la identificación de todas las localidades semi concentradas, a fin de definir posteriormente, el universo de localidades elegibles para el programa y consecuentemente con ello, establecer la meta, el horizonte de cumplimiento de la meta y los respectivos indicadores, que permitan evaluar periódicamente los avances en el cumplimiento de ella (ver Cuadro 70).

135 En anexo 4 Cuadro 7, se presenta la información regional.

136 Que tienen una población mínima de 80 habitantes y una densidad de 8 viviendas por kilómetro de futura red de agua potable.

## CUADRO 70

Coberturas urbanas reales y proyectadas 1990, 2006, 2015 (porcentajes).

	1990	2006	2015
Coberturas AP	97,4%	99,8%	100,0%
Cobertura alcantarillado	82,6%	95,2%	100,0%
Coberturas aguas servidas	-	81,9%	99,0%
Población abastecida	9.984.665	13.529.630	15.558.447
Población saneada	8.467.488	12.907.191	15.558.447
Población tratada	-	11.099.080	15.402.862
Población Urbana Total	10.251.196	13.559.719	15.558.447 <sup>137</sup>

Fuente: Superintendencia de Servicios Sanitarios.

### 1.2 Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados

#### 1.2.1 Porcentaje de población urbana sin sistemas de alcantarillado

188



A nivel nacional, la cobertura urbana de acceso a redes de alcantarillado público, alcanzó un 95,2%; sólo el 4,8% de los inmuebles residenciales en centros urbanos no disponen de este servicio. En 1990, la cobertura de alcantarillado cubría al 82,6%. La inversión realizada en este servicio, permitió un incremento de 12,6 puntos porcentuales en el mismo período<sup>138</sup>.

En términos poblacionales, el porcentaje de población urbana sin sistemas de alcantarillado, en el año 1990 correspondía a 17,4%, en el año 2006 se redujo a 4,8% y se espera continuar disminuyendo este valor a prácticamente 0% en 2015.

## 2. Situación a la fecha de los indicadores adicionales y estimación para el año 2015

### 2.1 Porcentaje de población urbana sin servicios de tratamiento de aguas servidas

Chile ha asumido un compromiso de mayor exigencia, incorporando un indicador adicional sobre la cobertura de tratamiento de aguas servidas en zona urbana, debido a que, las coberturas urbanas actuales de agua potable y alcantarillado ya superan un 95,0%.

Al avanzar hacia completar la cobertura urbana de agua potable y saneamiento, los principales desafíos se relacionan con el incremento de la cobertura de tratamiento de aguas servidas. La consecución de este objetivo permitirá tratar casi el 100% de las aguas servidas generadas por los habitantes de las localidades urbanas del país, devolviendo a los cauces naturales un agua libre de contaminación y mejorando, considerablemente, la calidad de vida de la población.

Las estimaciones de cobertura de tratamiento a nivel nacional corresponden a un 84,3% para el año 2007<sup>139</sup>, un 98,8% para el año 2012 y de un 99,0% para el año 2015. En el año 2006, el porcentaje de población urbana sin servicios de tratamiento de aguas servidas descendió a 18,1%, mientras que en el año 2000 correspondía a 79,1% y se espera disminuir a 1,0% en 2015.

137 Valor obtenido en [www.ine.cl](http://www.ine.cl).

138 En anexo 4 Cuadro 8, se presenta la información regional.

139 En anexo 4 Cuadro 9, se presenta la información regional.



## II. PRINCIPALES DESAFÍOS

La situación a la fecha en el ámbito urbano indica una cobertura casi completa en materia de agua potable y saneamiento, por lo que los principales desafíos se relacionan con el incremento de la cobertura de tratamiento de aguas servidas<sup>140</sup>. En este aspecto el desafío es avanzar en forma significativa hacia la supervisión de la calidad del agua que es procesada para convertirse en agua potable y desarrollar la capacidad de velar porque el agua, una vez usada por la población y las diversas actividades productivas, no sea fuente de contaminación.

En el sector sanitario rural, el desafío que se plantea, se relaciona con generar una institucionalidad que sea capaz de regular todos aquellos aspectos relacionados con el funcionamiento de los servicios sanitarios rurales y que pueda garantizar, como una política de Estado, sustentada en una Ley de la República, la debida coordinación e implementación de programas destinados a otorgar infraestructura sanitaria básica, para la población rural que aún se encuentra marginada de estos beneficios. En tal sentido, el marco regulativo que se propone para el sector sanitario rural, tiene entre sus propósitos, fortalecer la capacidad de gestión de las organizaciones comunitarias y de preservar con ello el carácter participativo y comunitario de la gestión; establecer, entre otras materias, los derechos y las obligaciones de las organizaciones prestadoras, así como los derechos y obligaciones de los usuarios; reconocer la existencia de una gran heterogeneidad de sistemas de agua potable rural, para lo cual se plantea la

conveniencia de segmentarlos de acuerdo con variables previamente definidas, estableciéndose, por consiguiente, distintos tipos de exigencias a las organizaciones prestadoras, de acuerdo con el segmento en que queden clasificadas; incentivar la eficiencia económica en la gestión, con el fin de lograr la viabilidad financiera de los sistemas de agua potable rural; definir la acción reguladora y fiscalizadora del Estado, así como de sus roles en cuanto a la asistencia, promoción, cooperación y supervisión a desempeñar para el logro de los fines sociales, económicos, comunitarios y técnicos, propios de la gestión que les compete a las organizaciones prestadoras de los servicios sanitarios rurales.

El Programa de Agua Potable Rural, con una institucionalidad que hizo posible que entre los años 1964 y 1990, se desarrollara y se consolidará como programa, con el apoyo financiero del Banco Interamericano de Desarrollo y con un modelo de gestión comunitaria en la administración, operación y mantenimiento de los sistemas de agua potable rural, que se ha mantenido hasta la fecha, garantizando con ello la participación de la comunidad y el empoderamiento de la población beneficiaria en la gestión, ha permitido lograr los niveles de cobertura en abastecimiento de agua potable del sector rural concentrado y consecuentemente con ello, un mejoramiento real de las condiciones de vida de la población rural, contribuyendo con ello a una reducción de las enfermedades y la mortalidad asociada en los indicadores de salud.

140 En anexo 4 Cuadro 10, se presenta la información resumida 1996-2015.



### III. MARCO DE APOYO

#### 1.- Cambios Institucionales:

Con anterioridad a la década de los años 70, en el país existían distintos servicios que actuaban en el ámbito sanitario, con independencia respecto de su desarrollo. Posteriormente, se crea un solo servicio público con competencia en el sector, iniciándose el establecimiento de políticas sanitarias, orientadas a elevar las coberturas, especialmente las de agua potable, aunque sin restarle importancia a las coberturas de alcantarillado. En los años 80, se introduce con mayor fuerza el concepto de que el servicio tiene un costo y que los usuarios deben pagar por él. Se logran importantes avances en coberturas; comienzan a funcionar empresas y servicios públicos regionales, cuyo principal objetivo es el autofinanciamiento y la calidad del servicio. Hasta diciembre de 1998 las principales empresas sanitarias del país en cada región eran propiedad del Estado de Chile, las que prestaban servicios a más del 90% de la población. Adicionalmente, existían empresas menores de propiedad de capitales privados.

En 1998, se modificó el marco regulatorio del sector, mediante la ley N° 19.549, con el fin de incorporar capitales privados en la explotación de servicios sanitarios. Con esta ley se reforzaron las atribuciones de la Superintendencia de Servicios Sanitarios, se perfeccionó el sistema de tarifas y se dictaron normas sobre la estructura de propiedad de las empresas.

Como se señaló en el primer informe, el esquema utilizado por el Gobierno para la incorporación de capitales privados en una primera parte del proceso fue la venta de una participación estratégica de la sociedad a un consorcio con experiencia en el sector. Las licitaciones para ingresar a la propiedad bajo esta modalidad incluyeron la venta de paquetes accionarios y participación en aumentos de capital. Complementariamente, se realizaron aperturas a las Bolsas de Valores y se ofrecieron acciones a los trabajadores, buscando aumentar la diversificación de la propiedad.

En el año 2001, se decidió no seguir con el modelo de venta de acciones y se optó por transferir al sector privado los derechos de explotación de las empresas sanitarias restantes. Se



entregó la gestión de la sanitaria a sociedades anónimas, cuyo único objeto es el establecimiento, construcción y explotación de la concesión sanitaria durante un plazo de hasta 30 años, comprometiéndose a realizar las inversiones requeridas.

Las leyes que regulan la operación y desarrollo del sector sanitario constituyen uno de los principales elementos del marco de apoyo en el ámbito urbano. Su aplicación desde inicios de los noventa permitió el profundo desarrollo mostrado por el sector, lo que significó mejoras en su rentabilidad, especialmente en los últimos años. La incorporación de capitales privados a partir de la modificación del régimen jurídico en el año 1998, introdujo importantes eficiencias en la gestión que se tradujeron en reducciones de costos, evitando las restricciones más relevantes de las empresas estatales: limitación de recursos para inversión y el gasto; de manera de avanzar rápidamente en materia de tratamiento de aguas servidas.

Como se indicó en el Primer Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, la regulación del sector sanitario permitió crear una nueva institucionalidad que consideró: (i) la separación de las funciones normativas y fiscalizadoras de las de producción y comercialización de los servicios; (ii) transformación de un régimen de prestación directa por un sistema de empresas independientes, mayoritariamente públicas; (iii) cambio de la estructura jurídica de las empresas del Estado, asimilándolas a las del sector privado y; (iv) dictación de un marco legal para regular a los prestadores públicos o privados, en aspectos tales como: régimen de explotación de servicios públicos, régimen de concesión para establecer, construir y explotar servicios sanitarios, fiscalización de cumplimiento de las normas relativas a la prestación de los servicios sanitarios, relaciones entre concesionarias y de éstas con el Estado y los usuarios, régimen tarifario y régimen de subsidio directo a los usuarios de menores recursos.

Este sistema de regulación enfatizó dos aspectos para introducir la racionalidad económica en el funcionamiento del sector: las tarifas y el régimen de concesiones, contenidos en la Ley de Tarifas, Decreto con Fuerza de Ley (D.F.L) N° 70 de 1988 y en la Ley General de Servicios Sanitarios, D.F.L. N° 382 de 1988.

La Superintendencia de Servicios Sanitarios (SISS), es el organismo encargado de aplicar y hacer cumplir lo dispuesto en los referidos cuerpos legales: otorga territorios operacionales exclusivos a empresas establecidas como sociedades anónimas, las cuales deben tener como único objeto el establecimiento, construcción y explotación de los servicios

de producción, distribución de agua potable y recolección y disposición de aguas servidas; fija las tarifas a todas aquellas actividades monopólicas que son obligatorias para el concesionario y vela por la calidad de servicio entregado.

La consolidación de la institucionalidad, representada por una SISS autónoma y reconocida por la comunidad como un organismo especializado, idóneo y transparente en su accionar ha permitido la estabilidad necesaria para el desarrollo de sector sanitario nacional.

“Un segundo elemento que conforma el marco de apoyo, lo constituye el amplio respaldo que posee en distintas instancias políticas, empresariales y académicas el modelo de regulación implantado en el sector y, en este sentido, las iniciativas legales promovidas recientemente se han encaminado a profundizar su desarrollo. Es así como recientemente se han aprobado modificaciones al Código de Aguas que resuelve la concentración en la tenencia de derechos de aguas, liberando estos recursos para proyectos productivos, entre los cuales se encuentran los proyectos sanitarios. Asimismo, la promulgación del reglamento para la designación y funcionamiento de la Comisión de Expertos, en el año 2001 permitió reducir los ámbitos de discrepancia entre las empresas y el regulador durante el desarrollo de los procesos de cálculo tarifario”<sup>141</sup>.

## 2. Inversiones

La inversión total proyectada para el período 2007-2017 se estima en UF 35,8 millones, de acuerdo a cifras proporcionadas por las empresas, éstas comprenden inversión en obras sanitarias y otras inversiones. De la inversión total proyectada para este período, se estima que un 38,7% se destinará a obras de agua potable, esto es, UF 13,8 millones, y un 26,2% a obras de alcantarillado, lo que equivale a UF 9,4 millones.

De la inversión total proyectada para el período 2007-2017, se estima que el 34,2% se destinará a inversión en disposición y tratamiento de aguas servidas, esto es, UF 12,2 millones. El 85,1% de esta inversión lo realizan dos empresas de la categoría mayores: Aguas Andinas y ESS-BÍO. ESVAL, empresa mediana, invertirá el 2,1% del total de inversiones proyectadas. A la fecha en todas las empresas principales se han incorporado capitales privados, para asegurar que se cuente con los recursos necesarios para realizar las inversiones.

141 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Primer Informe del Gobierno de Chile.

### **3.- Subsidio al Pago del Consumo de Agua Potable y servicio de alcantarillado**

En la década de los noventa, la Ley N° 18.778 estableció un subsidio al consumo de agua potable y servicio de alcantarillado, dirigido a las familias de escasos recursos, que destinan una mayor proporción de sus ingresos al pago del consumo de agua potable, que varía según sea la localidad donde se ubica el domicilio. La prestación consiste en una rebaja sobre los primeros 15 metros cúbicos de consumo en un porcentaje de hasta 85%, que es de cargo del Estado, correspondiendo al cliente beneficiado cancelar la diferencia. El beneficio sólo se aplica a los primeros 15 metros cúbicos, en el caso de exceder este consumo, los restantes metros cúbicos deben ser cancelados con tarifa normal. El subsidio al consumo de agua potable y servicio de alcantarillado de aguas servidas es aplicable tanto al cargo fijo como a los cargos variables de agua potable y alcantarillado de una cuenta correspondiente al consumo mensual de la vivienda del beneficiario, las empresas rebajan de las cuentas del servicio el subsidio y lo cobran a través de los gobiernos locales.

El porcentaje de cargo del Estado varía según la localidad y el tramo socioeconómico en que se encuentre el beneficiario. Adicionalmente, la ley N° 19.949 estableció en el año 2004 un sistema de protección social para familias en situación de extrema pobreza denominado "Chile Solidario", lo que permite una cantidad adicional de subsidios al consumo de agua potable y alcantarillado, que cubre el 100% de los primeros 15 metros cúbicos de consumo.

En el año 2006, los beneficios entregados por concepto del subsidio de agua potable en las áreas urbanas ascendieron a \$32.575 millones, los cuales se concentraron principalmente en las regiones de Antofagasta, Valparaíso, del Bío Bío, de Los Lagos y Metropolitana. Por su parte, los subsidios entregados como porcentaje de las ventas totales de las 20 principales empresas que operan en las regiones respectivas, corresponden al 5,9%, y las familias beneficiadas respecto del total de clientes corresponden al 16,6%.

### **4.- Financiamiento Programa de Agua Potable Rural:**

Tres han sido los tipos de financiamiento para el Programa de Agua Potable Rural:

1. Préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), financiamiento desde sus inicios hasta 1990.
2. Fondos del Ministerio de Obras Públicas (MOP) y con Fondos de Inversión Sectorial de Asignación Regional de la Corporación de Fomento de la Producción (ISAR CORFO), financiaron el programa desde 1990 a 1992.
3. En la actualidad, el Programa de Agua Potable Rural se financia a través de los fondos sectoriales consignados en la Ley de Presupuestos como "Iniciativas de Inversión" hasta el año 2002, a la Dirección de Planeamiento y a partir del año 2003, a la Dirección de Obras Hidráulicas.

Anualmente, el Ministro de Obras Públicas debe comunicar a cada Intendente regional un listado de los proyectos posibles de ejecutarse y el monto dispuesto para cada Región, con el objeto de que dichos proyectos sean priorizados por el Consejo Regional (CORE), de acuerdo a lo establecido por mandato de la Ley de Presupuestos.

Desde 1990, el Programa es reimpulsado por el Ministerio de Obras Públicas, cumpliendo la tarea de planificar, coordinar y controlar las actividades que la Ley de Presupuestos encomienda para la ejecución del Programa. Esta responsabilidad recae en la Dirección de Obras Hidráulicas a través del Departamento de Programas Sanitarios, unidad creada el año 1994 para cumplir con esta tarea. Las Direcciones Regionales de Obras Hidráulicas del MOP, ejercen las funciones normativas, de planificación y control de la inversión en cada región del país. Junto al Ministerio, intervienen además otros actores de carácter regional, quienes actúan como Unidades Técnicas, instancias que licitan y supervisan, por medio de un mandato con este Ministerio, la ejecución de obras y la asesoría integral para los usuarios. Estas unidades corresponden a las respectivas empresas sanitarias de cada región o a las respectivas Direcciones Regionales de Obras Hidráulicas.

Las iniciativas en materia de saneamiento rural, en particular alcantarillado y tratamiento de aguas servidas, corresponden a gestiones de carácter aislado y de nivel local, y no están regidas por un programa nacional que normalice y asesore a operadores de estos sistemas. Esto se traduce en problemáticas complejas tanto a nivel de proyecto como de operación.

Finalmente, respecto a la instalación de sistemas de alcantarillado y tratamiento, los problemas radican en la falta de algún tipo de seguimiento o asesoría como lo otorgado en el caso del agua potable rural.





## META 11

Haber mejorado considerablemente para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios

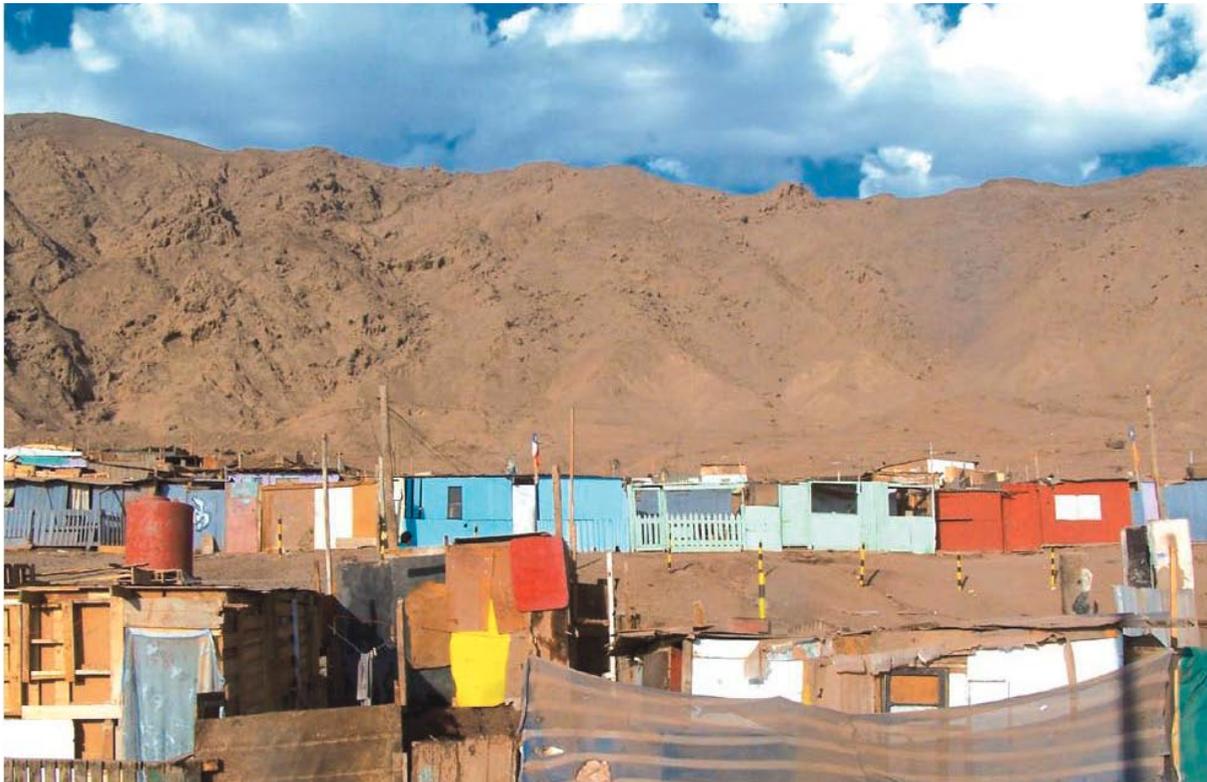
### I. SITUACIÓN A LA FECHA

En Chile, la magnitud y evolución de los tugurios puede ser examinada a partir de cuatro fuentes de datos: (i) el Catastro de Campamentos y Asentamientos Precarios de 1996, realizado por el Instituto de la Vivienda de la Universidad de Chile, (ii) el Estudio de Actualización de la cifra de Campamentos de 2006, realizado por el MINVU, (iii) el Censo de Población y Vivienda del año 2002 y (iv) la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2006.

El catastro de campamentos y asentamientos irregulares de 1996 midió la línea base del Programa Chile-Barrio, destinado a solucionar los problemas de vivienda y pobreza de estos asentamientos. A 1996, el catastro contabilizó la existencia de 972 asentamientos precarios a lo largo del país, comprendiendo un total de 93.457 viviendas, habita-

das por 105.888 familias compuestas por 445.943 personas localizadas en 213 comunas. De estos asentamientos 549 están ubicados en zonas urbanas (56,5%) y 423 son rurales (43,5%). El tamaño de cada asentamiento varía entre 20 y 400 viviendas precarias.

El estudio de actualización de los campamentos existentes realizado en el año 2006, detectó la existencia de 475 campamentos en todo el país, comprendiendo un total de 15.396 viviendas habitadas por 16.450 familias localizadas en 175 comunas. De estas poblaciones, 270 asentamientos son urbanos y 205 son rurales. El tamaño de cada asentamiento varía entre 10 y 420 viviendas precarias aunque la mayor parte se trata de asentamientos con pocas viviendas, esto es entre 20 y 60 viviendas.





Hoy en día es posible exhibir un cierre exitoso del Programa Chile Barrio iniciado el año 1998. El Programa concluirá con una solución para el total de familias que se han registrado a partir del Catastro de 1996 como en el leve aumento constatado en el estudio de actualización del número de campamentos de 2006, crecimiento que tiene su explicación en el proceso de "allegamiento" producido en 9 años. Sin embargo, y como el programa tenía un plazo de término progresivo a partir del 2006, actualmente Chile Barrio, siguiendo la orientación de la Nueva Política de Vivienda, Ciudad y Barrio del MINVU que profundiza la focalización en los grupos más vulnerables, que cuenta con instrumentos y programas potenciados, y que se orienta al logro de una efectiva integración social en las ciudades y barrios, permitirá abordar institucionalmente la solución de viviendas para las familias localizadas en campamentos. Sobre la base de lo anterior, se diseñó un Modelo Institucional destinado a fortalecer una política pública integrando en ella los aprendizajes y buenas prácticas acumulados durante los nueve años de vigencia del programa.

Algunos de los elementos estratégicos del modelo de intervención que estarán presentes en la futura gestión de Chile Barrio son: la aplicación de un programa específico de habilitación social por etapas, la implementación de soluciones diferenciadas, ofrecer soluciones de radicación en las actuales localizaciones de los campamentos, desarrollar una gestión Integrada e identificar las unidades territoriales que contengan varios campamentos para potenciar los resultados.

El objetivo de los elementos estratégicos y las medidas adoptadas en la próxima etapa del programa Chile Barrio buscan dar solución al número de problemas de vivienda y pobreza que aún falte por abordar y asimismo, prevenir que surjan nuevos casos. Para ello la acción ministerial se despliega concertadamente y dentro del marco que fijan las políticas de amplio acceso y los ejes programáticos en vivienda y ciudad que fueron descritos más arriba y que apuntan en forma primordial a la integración social.

Para redondear lo dicho hasta aquí, y según los datos del Censo de 2002 y la información más reciente de la Encuesta CASEN 2006, se puede detectar para la condición de inseguridad en la tenencia, una disminución de un 75,5%, es decir, más de 8 puntos porcentuales, afectando en la actualidad al 2,49 % de los hogares del país.

Por otra parte, se definió como indicador adicional la condición de tenencia insegura, con 2 ó más NBI, lo que supone condición de tugurio aunque no se exprese la situación de agrupación barrial. Frente a este indicador, se ha producido una disminución 87,4%, entre los años 2002 y 2006, llegando a 0,21% de hogares afectados por esta situación.

Los datos del Censo 2002 y la Encuesta CASEN 2006 permiten evaluar la evolución de las viviendas precarias en el país, según las cinco condiciones deficitarias que han sido asociadas al concepto de tugurio: tenencia insegura, acceso inadecuado a agua segura, acceso inadecuado a saneamiento, mala calidad estructural de la vivienda y hacinamiento.

## 1. Situación a la fecha de los indicadores mínimos y su estimación para el 2015

### 1.1 Población en tugurios como porcentaje de la población urbana (índice de la tenencia segura).

Se considera de tenencia segura (ver Anexo 4 Cuadro 11) a los hogares que ocupan viviendas en función de su propiedad, arrendamiento o cesión por servicios. La tenencia insegura se define como otras formas de ocupación de una vivienda, diferentes a lo anterior.

En el caso que una misma vivienda sea ocupada por dos o más hogares (allegamiento), se califica la tenencia del hogar principal, mientras que los hogares allegados son calificados como de tenencia insegura.

Como se observa en el cuadro siguiente, el índice de tenencia insegura disminuyó de 10,65% a 2,49% en el periodo analizado. Cabe destacar que la meta Milenio para el año 2015 de este indicador, era de reducir a 3,6% el porcentaje de hogares que habitan en viviendas sin tener seguridad en la tenencia y por tanto, podemos afirmar de acuerdo a los resultados obtenidos, que la meta 11 del ODM 7 está cumplida.

Los datos relativos a viviendas con tenencia insegura sumado a 2 ó más carencias simultáneas indican que los hogares en tugurios disminuyeron desde alrededor de 72 mil en 2002 a 9 mil el año 2006; esto es, los tugurios pasaron de afectar a un 1,75% a un 0,21% de los hogares del país.

**CUADRO 71**

Hogares según Índice de Carencias Habitacionales, 2002 y 2006.

	Censo 2002		Casen 2006		Variación 2002-2006	
	Número	%	Número	%	Número	%
Tenencia segura	3.700.396	89,35	4.222.344	97,51	521.948	14,11
Tenencia insegura	441.031	10,65	107.998	2,49	-333.033	-75,51
0 NBI	180.167	4,35	82.231	1,90	-97.936	-54,36
1 NBI	188.423	4,55	16.619	0,38	-171.804	-91,37
2 NBI	72.441	1,75	9.148	0,21	-63.293	-87,37
	4.141.427	100	4.330.342	100,0	188.915	

Fuente: Procesamiento de Censo 2002 y Casen 2006, MINVU

En el cuadro anterior, se puede observar además, los hogares según un índice que mide la cantidad de carencias habitacionales que se dan de manera simultánea en los alojamientos del país. Los niveles de carencias más complejos de este índice pueden estar indicando la magnitud del problema de los tugurios, aún cuando igualmente está implícita una sobreestimación por efecto de carencias asociadas a viviendas precarias dispersas, fenómeno diferente

de los tugurios o asentamientos marginales. De lo anterior, es posible observar la reducción de hogares con tenencia insegura a lo largo del tiempo.

En el siguiente cuadro se constata que todas las regiones han disminuido este indicador en sobre un 55%, siendo el promedio nacional de 75,51% de reducción en 4 años.

195

**CUADRO 72**

Porcentaje de Hogares con tenencia Insegura, reducción 2002- 2006. Situación por región.

	CENSO 2002 %	CASEN 2006 %	% reducción
Tarapacá	14,62	3,78	73,26
Antofagasta	14,78	6,44	55,83
Atacama	9,65	3,74	62,10
Coquimbo	9,78	0,86	90,93
Valparaíso	9,14	3,00	66,21
O'Higgins	11,31	2,49	76,39
Maule	11,35	2,87	73,64
Biobío	10,32	1,78	82,08
La Araucanía	8,83	1,41	83,18
Los Lagos	7,79	1,09	85,20
Aysén	7,17	2,08	70,41
Magallanes	6,50	0,11	98,26
Metropolitana	11,44	2,74	74,78
País	10,65	2,49	75,51

Fuente: Procesamiento de Censo 2002 y CASEN 2006, MINVU.

Se observa que la Región de Magallanes es la que ha tenido un mayor avance en reducir el Índice de Tenencia Insegura, mientras que la Región de Antofagasta es la que muestra un menor avance en esta meta. Además, es posible observar que seis del total de 13 regiones están por sobre el promedio nacional, acentuándose esta carencia en la Región de Antofagasta con un 6,44% de hogares en esta condición. En el otro extremo, la Región de Magallanes presenta un destacable 0,11% de hogares con tenencia insegura.

Por otra parte, de acuerdo a los resultados obtenidos, un 97,56% de los jefes de hogar tienen seguridad de la tenencia, mientras que un 2,4% no la tiene. En el caso de las jefas de hogar, se observa que 97,38% tienen seguridad en la tenencia, mientras que 2,6% de ellas tiene tenencia insegura. Es decir, no se aprecian diferencias en este indicador al analizar las cifras por sexo del jefe de hogar (ver Cuadro 75). Lo mismo ocurre en el caso del indicador de tenencia insegura; no existe una diferencia significativa entre hombres y mujeres (2,44% y 2,62%, respectivamente).

### CUADRO 73

Hogares, por sexo del jefe de hogar, según índice de carencias habitacionales.

	Número			%		
	Hombres	Mujeres	Total País	Hombres	Mujeres	Total País
Tenencia segura	2.970.098	1.252.246	4.222.344	97,56	97,38	97,51
Tenencia insegura	74.353	33.646	107.998	2,44	2,62	2,49
0 NBI	53.753	28.478	82.231	1,77	2,21	1,90
1 NBI	12.999	3.620	16.619	0,43	0,28	0,38
2 NBI	7.601	1.591	9.148	0,25	0,12	0,21
	3.044.451	1.285.893	4.330.342	100,0	100,00	100,0

Fuente: Procesamiento de Censo 2002 y Casen 2006, MINVU.



## 2. Situación a la fecha de los indicadores adicionales y su estimación para el año 2015

### 2.1 Hogares con tenencia insegura y 2 o más NBI

Del mismo modo, al año 2015, la meta del indicador adicional era de reducir al 1% los hogares que habitan en viviendas con tenencia insegura y la presencia simultánea de 2 o más NBI. Es decir, al año 2006, con un indicador adicional de 0,21%, podemos afirmar que la meta se cumplió 9 años antes de lo establecido (ver Cuadro 71).

Además, se observa que la misma Región de Magallanes logró terminar con los hogares afectados por esa condición

y la Región de Atacama la que evidencia el menor avance.

En este indicador adicional de tenencia insegura y 2 o más NBI, también se aprecian seis regiones por sobre el promedio nacional, llamando la atención las regiones de Atacama y Valparaíso con porcentajes que superan ampliamente el promedio nacional, y destacándose positivamente la región de Magallanes en donde el indicador registra un 0% (ver Cuadro 74).

En el caso de este indicador, que dice relación con la tenencia insegura sumado a 2 o más NBI, el porcentaje de jefes de hogar afectado por esta carencia es el doble que en el caso de las mujeres, 0,25 v/s 0,12, respectivamente (ver Cuadro 71).

**CUADRO 74**

Porcentaje de Hogares con tenencia Insegura y 2 o más NBI, reducción 2002-2006. Situación por región.

	CENSO 2002 %	CASEN 2006 %	% reducción
Tarapacá	2,67	0,21	91,96
Antofagasta	1,32	0,32	75,75
Atacama	1,40	0,61	57,63
Coquimbo	2,23	0,14	93,53
Valparaíso	1,35	0,54	59,03
O'Higgins	3,20	0,16	94,75
Maule	3,34	0,30	90,50
Biobío	2,15	0,14	93,47
La Araucanía	1,93	0,21	88,57
Los Lagos	1,43	0,26	80,45
Aysén	1,16	0,34	70,03
Magallanes	0,31	0,00	100,0
Metropolitana	1,31	0,12	90,29
País	1,75	0,21	90,29

Fuente: Procesamiento de Censo 2002 y CASEN 2006, MINVU.



## II. PRINCIPALES DESAFÍOS

La Nueva Política de Vivienda, Ciudad y Barrio del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, que se comenzó a implementar en 2006, surge como uno de los ejes fundamentales del programa de gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet. La idea que recoge la nueva política entiende que para el desarrollo del país y el progreso de la calidad de vida de los chilenos se requiere de políticas habitacionales y urbanas que aseguren una mejor calidad de vida para la gente y sus barrios, fomenten la integración y reduzcan la desigualdad. Es por lo anterior que los grandes desafíos de esta nueva política en el ámbito habitacional tienen que ver con responder a los siguientes tres requerimientos que son: las necesidades de cantidad (disminución del déficit, focalizando en las familias que viven en pobreza), garantizar la calidad (mejorando el estándar y los procesos de diseño y construcción de las viviendas) y promover la integración social (procurando soluciones habitacionales insertas en barrios y ciudades).

Para lograr los desafíos descritos, desde la perspectiva de la cantidad se implementarán 223.000 soluciones habitacionales en el período 2007 – 2010, principalmente a través del Fondo Solidario de Vivienda y Subsidio Rural (para familias que viven en pobreza) y se proveerán 174.000 soluciones de vivienda dentro del mismo plazo utilizando el sistema de Subsidio y Leasing Habitacional (para sectores medios). En lo que se refiere a la calidad y centrándose en las familias pobres, se ha aumentado el subsidio en 50 UF<sup>142</sup> como promedio, lo que implica una mayor superficie construida; se ha aumentado también el rigor y la exigencia en la evaluación de los proyectos habitacionales; se ha creado un programa de Aseguramiento de la Calidad (PAC) y se ha puesto en marcha un procedimiento de regulación de las Entidades de Gestión Inmobiliaria Social (EGIS).

Tratándose ahora de medidas que apuntan a promover la integración social de familias que viven en pobreza – que son quienes más requieren de este tipo de intervenciones – se ha implementado un incentivo a la adquisición de viviendas usadas, se está promoviendo la densificación predial, se están gestionando suelos públicos, se está estudiando un proyecto de ley que introduce modificaciones a la Ley General de Urbanismo y Construcciones que persigue la consagración de la existencia de suelos de integración social, y asimismo está en carpeta una modificación a la Ordenanza de la Ley General de Urbanismo y Construcciones que posibilite cambios de uso de suelo y finalmente, la aplicación de un subsidio diferenciado de localización.

Para las familias pertenecientes a grupos medios, la calidad se ha reforzado mediante la acreditación y certificación de capacidades técnicas de las empresas constructoras, profesionales y trabajadores, también a través de la certificación de materiales y mediante una mayor fiscalización de los procesos de construcción de viviendas.

En lo que dice relación a los principales desafíos de la nueva política del MINVU en el ámbito del desarrollo urbano, éstos apuntan a que la política de ciudades responda en forma integral a los problemas y oportunidades del desarrollo orientada por tres dimensiones básicas o ejes del desarrollo que son: integración, porque queremos tener ciudades participativas y cohesionadas socialmente; sustentabilidad, porque anhelamos un desarrollo con protección del medio ambiente y que promueva un uso racional de los recursos naturales; y competitividad, ya que un desarrollo urbano integrado y sustentable debe asegurar el real progreso de las personas, la generación de empleos de calidad y mayores oportunidades de inversión. Para hacer operativos los tres ejes permanentes recién mencionados y dar respuesta a las urgentes demandas que surgen de las ciudades mediante una acción coherente, el MINVU se concentra en cuatro líneas de acción prioritarias que son: la reforma del marco regulatorio, una gestión urbana integrada de nuestras ciudades, el incremento de la inversión en el mejoramiento urbano y la recuperación de barrios y de la vida en comunidad.

Como comentario final se puede señalar, en primer lugar, que el país pretende seguir avanzando en el cumplimiento de los desafíos pendientes, básicamente aquello que se refiere a evitar la formación de nuevos casos de tugurios, a lo cual responde, en general, la Nueva Política de Vivienda, Ciudad y Barrio del Ministerio de Vivienda y Urbanismo. En segundo término y más específicamente, interesa continuar con el esfuerzo de reducción del porcentaje de población que todavía vive en tugurios (2,49%). Tercero, también existe la conciencia acerca del deber de disminuir la cantidad de población que registra tenencia insegura y dos o más necesidades básicas insatisfechas (0,21%). Y en cuarto lugar, también se hace un deber abordar las disparidades que se registran a nivel regional en relación a las metas, pues aún cuando en general las regiones no están muy alejadas del promedio nacional, 6 regiones de entre un total de 13 a nivel nacional están por arriba del promedio del país para ambos indicadores, tenencia insegura, y tenencia insegura y 2 o más NBI.



142 UF: La Unidad de Fomento (UF) es una medida reajutable basada en la variación del Índice de Precios al Consumidor (IPC); al 31 de diciembre del año 2007, tuvo un valor de \$ 19.622,66.-

### III. MARCO DE APOYO

En Chile, con la creación del Programa Chile Barrio, se ha solucionado a la fecha, la situación de más de 105 mil familias que habitaban en tugurios. Ello, sumado a la implementación de programas regulares del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, ha permitido disminuir en 73,7% (9,98 puntos porcentuales) la cantidad de hogares con tenencia insegura (Indicador UN Habitat) entre 1992 y el año 2006.

Del mismo modo, al considerar el índice de tenencia insegura sumada a 2 ó más NBI que caracterizan a los tugurios, se puede mostrar la disminución en 95,6% (6,07 puntos porcentuales) en el mismo período. Es por lo anteriormente expuesto, ambos indicadores relacionados con la meta y los objetivos planteados están ya plenamente cumplidos.

Estos avances se logran en paralelo a la existencia de un sistema de acceso muy amplio y focalizado que opera mediante programas que focalizan el 70% de la inversión del Ministerio en el 30% de la población más pobre del país, con modalidades adecuadas a las distintas realidades tanto urbanas como rurales, a las posibilidades de ahorro y a las diversas e importantes nuevas alternativas habitacionales que ofrece la Nueva Política de Vivienda, Ciudad y Barrio del Ministerio de Vivienda y Urbanismo (2006-2010) cuyos tres ejes principales son la cantidad, la calidad y la integración social, en el ámbito habitacional, y la competitividad, la sustentabilidad y la integración social en el campo del desarrollo urbano.



## RESUMEN DE LOS PROGRESOS LOGRADOS

### METAS MÍNIMAS

Meta	Posibilidad de alcanzar objetivos				Marco de apoyo			
	Probable	Potencial	Improbable	Sin información	Fuerte	Regular	Débil pero mejorando	Débil
Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente <sup>1/</sup>	●				●			
Reducir a la mitad el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento <sup>2/</sup>	●				●			
Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de tugurios	●				●			

200



1/ En lo que respecta a los dos subindicadores del Indicador consumo de leña en la ciudad de Temuco el de nivel de PM10, parte importante de las expectativas están centradas en la realización de actividades que generen cambios en las acciones de la comunidad, respecto a su consumo de leña. Estas acciones tendrían un marco más adecuado para realizarse a través del uso de una serie de instrumentos regulatorios y de incentivo económico, que debieran implementarse en los próximos años. Por tal razón, para ambos indicadores, la posibilidad de alcanzar el objetivo, se califica como potencial.

2/ Respecto a la posibilidad de alcanzar el objetivo, en lo que dice relación con el ámbito rural, según lo analizado debe ser calificado como Improbable.

### CAPACIDAD DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO\*

Objetivo/Meta	Cantidad y regularidad de la información de encuestas	Calidad de la información de las encuestas	Análisis estadístico	Estadísticas sobre diseño de políticas	Presentación de informes y difusión de la información
Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte
Reducir a la mitad el porcentaje de personas que carezcan de acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento, 1, 2 y 3	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte
Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de tugurios	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Fuerte

\* Calificación: Fuerte, Aceptable, Débil.

1/ Respecto a la recolección de aguas servidas en el sector rural la calificación es Aceptable

2/ En el ámbito rural la calificación es Aceptable.

3/ Respecto a la recolección de aguas servidas en el sector rural la calificación es Débil



Objetivo 8

# FOMENTAR LA ASOCIACIÓN MUNDIAL PARA EL DESARROLLO





## Cooperación otorgada por Chile en el Marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (período 2000-2007)

Con la recuperación de la democracia en Chile, la comunidad internacional canalizó importantes niveles de cooperación para el desarrollo al país, con el objeto de contribuir, mediante apoyo técnico y financiero a las políticas sociales del nuevo gobierno democrático, buscando así apoyar la consolidación del reestablecido sistema democrático.

Para gestionar adecuadamente esta cooperación recibida y apoyar el proceso de reinserción internacional del país, se creó en 1990 la Agencia de Cooperación Internacional (AGCI), organismo público descentralizado, originalmente bajo la supervigilancia del Presidente de la República, a través del Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN).

Durante los años noventa, el aporte de las fuentes donantes se tradujo en una contribución extraordinaria, en términos de recursos y contenidos, producto de la voluntad política de los países donantes por apoyar el proceso democrático y de la capacidad institucional del país de concretarla en proyectos gestionados a través de la AGCI.

Desde finales de los noventa, la situación comienza a cambiar. Chile deja de recibir cooperación financiera no reembolsable, dado el aumento en sus niveles de desarrollo, que lo calificó como un país emergente. Entonces, de su condición de país receptor de cooperación internacional, cambió a la calidad de "socio" de las fuentes donantes, y como tal, comenzó a asumir una política de costos compartidos, participando de esta cooperación vertical,

en volúmenes normales para el nivel de desarrollo del país y principalmente bajo la modalidad de asistencia técnica, la cual tiene una importancia cualitativa para el desarrollo nacional, en temas estratégicos y prioritarios para Chile, como lo son los medioambientales, tecnológicos, formación de recursos humanos, facilitación de comercio, entre otros.

Estos cambios producidos en el contexto internacional no fueron ajenos a la gestión de AGCI, debiendo ésta adecuar-se a dichos cambios. En este marco, la gestión inicial de la cooperación internacional, que estuvo fuertemente orientada a la búsqueda y recepción de recursos de cooperación desde los países desarrollados, transita prontamente, hacia una gestión que comparte metas entre la cooperación que se recibe y la que se otorga, lo que se tradujo en el surgimiento del Programa de Cooperación Horizontal Chileno como una forma de retribuir lo recibido hasta entonces y de apoyar, en la medida de nuestras posibilidades, el desarrollo de los países de la región, de menor o igual desarrollo relativo que el nuestro. Dicho programa, se inició formalmente en 1993 y su propósito fue implementar la voluntad del Gobierno de Chile para compartir capacidades y experiencias con países de menor o similar desarrollo, particularmente de América Latina y El Caribe, estableciendo esta forma de relación con estos países como parte integral de su política exterior. Esto se ve reforzado en el año 2005 cuando la AGCI queda bajo la supervisión de la Presidencia de la República a través del Ministerio de Relaciones Exteriores.





## I. SITUACIÓN A LA FECHA

La Agencia de Cooperación Internacional de Chile fue creada en el año 1990 mediante la Ley N° 18.989 como servicio público funcionalmente descentralizado y con personalidad jurídica y patrimonio propio, sometido a la supervigilancia del Presidente de la República, a través del Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN). A partir del año 2005 la AGCI queda bajo la supervisión de la Presidencia de la República a través del Ministerio de Relaciones Exteriores (Ley N° 19.999).

Las funciones de la AGCI, establecidas en la Ley N° 18.989 son las siguientes:

- a. Determinar los planes y programas de cooperación internacional que se requieran para dar cumplimiento a las políticas de desarrollo del Gobierno y aprobar y coordinar los proyectos correspondientes.
- b. Apoyar la transferencia desde el exterior, de conocimientos que refuercen el sistema científico, la capacidad tecnológica, el proceso productivo, el comercio exterior y el desarrollo social del país.
- c. Coordinar el cumplimiento de los acuerdos internacionales destinados a proyectar la capacidad científica, tecnológica, industrial y comercial de Chile, con el propósito de lograr una efectiva presencia internacional del país y de promover los procesos de integración que impulse el Gobierno.
- d. Posibilitar un creciente flujo de recursos financieros y técnicos que contribuyan al logro de los objetivos anteriores.
- e. Administrar o ejecutar proyectos y actividades específicos de cooperación internacional.

La materialización de las funciones detalladas en los puntos c y e se concretaron a partir de la creación del Programa de Cooperación Horizontal al ser incluido dentro de la Ley de Presupuesto del Sector Público.

### 1. La cooperación SUR SUR y la AGCI

El Programa de Cooperación Horizontal de la AGCI, ha buscado fortalecer la presencia de Chile en la región, afianzando nuestras relaciones con los países de igual o menor de-

sarrollo relativo de América Latina y El Caribe, considerados prioritarios para la política exterior chilena, y proyectando las capacidades científicas, técnicas y culturales de Chile.

En este contexto se ha mantenido un sólido compromiso en orden a otorgar prioridad a las relaciones con América Latina, fortaleciendo la paz y la seguridad regional, promoviendo relaciones de cooperación, amistad e integración con los países de la región. Desde el punto de vista de los objetivos se ha privilegiado la optimización en la utilización de los recursos nacionales, desarrollando proyectos y/o focalizados (geográfica y temáticamente), de alta visibilidad e impacto, sustentables en el tiempo, orientados a contribuir al desarrollo de los países receptores, pero debidamente articulados con los objetivos de política exterior.

Cabe destacar por otra parte que producto del nivel de desarrollo alcanzado por Chile, se ha hecho imperativo reforzar nuestra cooperación hacia otros países, principalmente de la región, con el objetivo de contribuir a alcanzar las Metas de Desarrollo del Milenio.

Entre las áreas priorizadas en el Programa de Cooperación Horizontal de Chile se encuentran: programas e instrumentos vinculados a la superación de la pobreza; políticas públicas en sectores sociales: educación, salud, vivienda, justicia, entre otros; experiencias e instrumentos para el fomento productivo de las PYMES en sectores: agroindustriales; silvícola, manufactura y otros; relaciones internacionales y comercio exterior; políticas de género y experiencias vinculadas a la modernización del Estado.

El Programa de Cooperación Horizontal de Chile trabaja en torno a dos grandes pilares. Estos pilares se materializan actualmente en la ejecución de tres componentes:

1. Asistencia técnica entregada por Chile que permita intercambiar conocimientos técnicos, científicos, institucionales, culturales y políticos con los países de similar o menor desarrollo relativo que Chile, con énfasis en áreas geográficas prioritarias.
2. Perfeccionamiento en Chile de profesionales de países de similar o menor desarrollo relativo, a través del otorgamiento de becas de corta o larga duración.

3. Asistencia técnica a países de similar o menor desarrollo relativo que Chile, implementada a través de la modalidad de Cooperación Triangular. Mediante esta modalidad, se ejecutan proyectos a través de la asociación entre una fuente tradicional (bilateral o multilateral) y un país de desarrollo medio otorgante de Cooperación Horizontal para concurrir conjuntamente en acciones a favor de una tercera nación en desarrollo (beneficiario).

El Programa de Cooperación Horizontal mediante sus tres componentes persigue los siguientes objetivos específicos:

1. La asistencia técnica busca responder a demandas presentadas por los países para apoyar sus políticas públicas y planes de desarrollo a través de la ejecución de actividades tales como envío de expertos, pasantías, misiones de asesoría técnica, cursos, seminarios, talleres y proyectos, los que resultan ser adecuados para compartir y transferir experiencias.
2. La entrega de becas tiene por objetivo generar vínculos que contribuyan al mejor desarrollo de los recursos altamente calificados de los países considerados en el intercambio, evidenciando el aporte que entrega la experiencia chilena a dichos países. Al tiempo los postgrados permiten a profesionales extranjeros fortalecer su conocimiento en las áreas de perfeccionamiento escogidas, lo cual implica una real contribución a las

respectivas actividades laborales de los becarios una vez que éstos retornan a sus países. Por otra parte, los programas de becas del programa CTPD permiten a las universidades chilenas alcanzar una figuración internacional estimulando los esfuerzos de éstas por conseguir un nivel académico e institucional competitivo lo que repercute en la calidad de sus programas de postgrado.

3. La cooperación triangular fortalece la cooperación técnica entregada por Chile a países de igual o menor desarrollo relativo ya que su accionar potencia la movilización de recursos financieros y técnicos permitiendo un mejoramiento cualitativo y cuantitativo de diversos programas de cooperación horizontal. Al mismo tiempo fortalece las relaciones de Chile con las fuentes donantes tradicionales de cooperación, mediante la participación conjunta en beneficio de terceros países. Generalmente parte de la base de experiencias exitosas de cooperación entregada a Chile por dichas fuentes tradicionales de cooperación. Para las fuentes donantes tradicionales, esta asociación con Chile, les permite perfeccionar la efectividad de sus propios programas de cooperación con países de menor nivel de desarrollo, reduciendo sus costos y disminuyendo barreras u obstáculos culturales asociados a la transferencia técnica a dichos países, gracias a la cooperación intermediada por Chile.

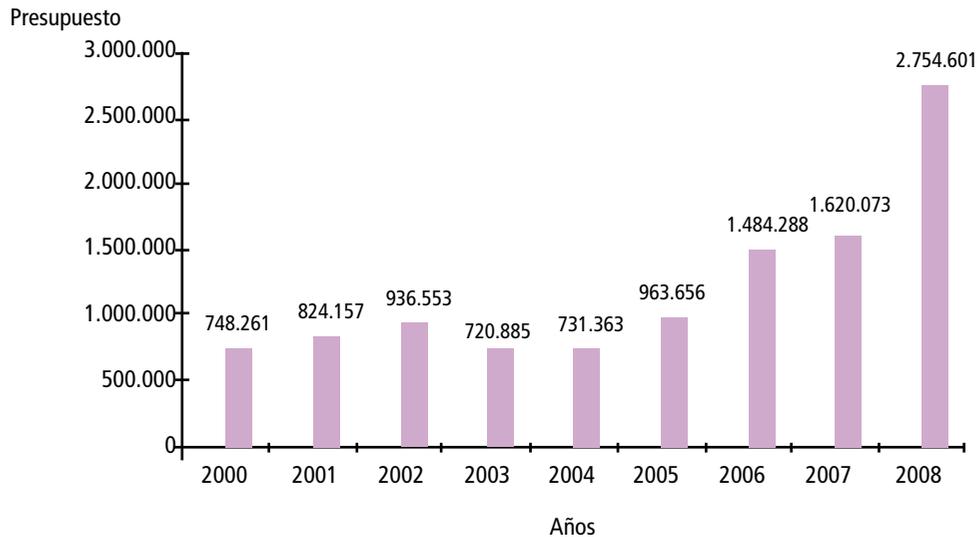




## 2. Antecedentes Presupuestarios Programa de Cooperación Horizontal 2000-2008.

### GRÁFICO 27

Presupuesto total del programa Cooperación Horizontal 2000-2008.  
(miles de \$ de cada año).



Fuente: Agencia de Cooperación Internacional.

Como puede apreciarse en el gráfico anterior, el presupuesto del Programa de Cooperación Horizontal en el período 2000-2005, se destaca por su considerable regularidad (salvo la disminución registrada en el año 2003), lo que cambia de modo importante a contar del año 2006, año en el cual se registra una importante alza presupuestaria. Dicha alza se explica en razón del énfasis dado por la administración de la Presidenta Michelle Bachelet, a la cooperación internacional, como componente esencial de la política exterior

del Gobierno de Chile en la región, que contribuye en forma eficaz al cumplimiento de los objetivos de dicha política, lo cual naturalmente impactó de manera positiva en el presupuesto asignado al Programa de Cooperación Horizontal. Hay que relevar que dicho programa llega más que a triplicarse entre el año 2000 y el año 2008, registrándose una variación porcentual en el período señalado de 268,13%, lo cual es un claro indicador del compromiso político de los gobiernos de la Concertación respecto del mismo.

### 3. La Cooperación Sur-Sur otorgada por la AGCI, según objetivo de Desarrollo del Milenio (período 2000-2007).

La Agencia de Cooperación Internacional de Chile reconoce la importancia esencial de la cooperación Sur-Sur materializada a través del Programa de Cooperación Horizontal de Chile para el desarrollo de capacidades en la región de Latinoamérica y El Caribe y su contribución efectiva para el impulso del desarrollo social y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En este contexto la AGCI ha intensificado los esfuerzos por incorporar efectivamente la utilización de la cooperación Sur-Sur en la formulación e implementación de proyectos y/o actividades que consideren la materialización de asistencia técnica y perfeccionamiento de recursos humanos que permitan contribuir a los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la región de Latinoamérica y El Caribe.

Es importante destacar que los Objetivos de Desarrollo del Milenio se insertan dentro de las áreas temáticas prioritarias definidas para el Programa de Cooperación Horizontal de Chile y a continuación se darán a conocer las principales iniciativas implementadas por la AGCI respecto de cada uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el período 2000-2007.

Al respecto es necesario señalar que sólo serán informadas aquellas iniciativas en las cuales ha intervenido la AGCI, pues como se verá más adelante existen instituciones públicas chilenas que ejecutan acciones de cooperación Sur-Sur y aquellas enmarcadas dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para la Región de América Latina y El Caribe en forma autónoma<sup>143</sup>

#### **Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre**

Una de las áreas temáticas prioritarias de la cooperación otorgada por Chile, dice relación con la implementación de programas e instrumentos vinculados a la Superación de la Pobreza.

En este ámbito la AGCI ha estado trabajando activamente en apoyar a los países de la región a través de iniciativas de asistencia técnica, las cuales se han materializado en



la implementación de 25 proyectos y/o actividades que han beneficiado a 16 países de Latinoamérica y El Caribe. Las áreas temáticas abordadas dicen relación con políticas de vivienda, construcción de viviendas sociales, pesca artesanal, desarrollo de las PYMES, sustitución de cultivos ilícitos, desarrollo de zonas fronterizas, desarrollo de microempresas rurales, evaluación social de proyectos, seguridad alimentaria, entre otros.

En el Anexo 5 Cuadro 1 se presenta el detalle de las iniciativas implementadas por la AGCI en el período 2000-2007 en materia de erradicación de la pobreza extrema y el hambre.



143 Cuya información no ha sido sistematizada.



## Objetivo 2:

### Lograr la enseñanza primaria universal

Con relación a este objetivo la Agencia ha establecido iniciativas en el ámbito de programas de mejoramiento e innovación pedagógica; desarrollo profesional docente e infraestructura para establecimientos educacionales de la región.

Al respecto se han implementado un total de 9 iniciativas que han beneficiado a 17 países de Latinoamérica y el Caribe. Proyectos como el de Escuelas Chile y Portales Educativos, son importantes ejemplos en este ámbito. En el caso del Proyecto Escuelas Chile, éste ha estado orientado al mejoramiento de infraestructura básica e inversión en equipos computacionales y material didáctico, como asimismo, el apoyo al perfeccionamiento docente de los profesores de las escuelas denominadas República de Chile o cuyos nombres corresponden a figuras relevantes de nuestro país. Dicho proyecto se ha ejecutado en 14 países de América Latina y el Caribe beneficiando un total de 32 escuelas.

Asimismo se han realizado proyectos de asistencia técnica, que dicen relación con la instalación de una Plataforma Informática para el Ministerio de Educación de Bolivia y Ecuador, denominados "Portal Educa".

Cabe destacar, por otra parte, la implementación a partir del año 2007 de un programa con Haití denominado "Chile apoya a la primera infancia en Haití", el cual permitirá la instalación de tres centros pilotos de atención para 180 niños de entre 2 y 5 años de edad, que viven en las localidades de Labadie, De Coline y Vieux Bourg, en la provincia D'Aquin, al sur de Haití.

D'Aquin es la décima provincia más populosa del departamento del sur de Haití, mayoritariamente rural, con una tasa de mortalidad infantil de 90 por mil nacidos vivos, y con altos índices de desnutrición y malnutrición familiar.

El programa ha sido fruto de un trabajo conjunto entre la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), Fundación Integra, la Agencia de Cooperación Internacional de Chile (AGCI) y el Ministerio de Educación de Haití. Esa Secretaría de Estado será la encargada de implementar el proyecto con la cooperación técnica de profesionales chilenos que trabajarán junto a la comunidad, creando un modelo de atención educativa elemental para la infancia con actores de la comunidad (madres de menores y líderes comunitarios), además de colaborar activamente con profesionales de los organismos del Gobierno de Haití, en materia de diseño de programas y estrategias de enseñanza.

Es importante señalar que Chile es el único país que está colaborando para desarrollar un proyecto de educación inicial en Haití.

De esta forma Chile, junto con desarrollar un importante rol en la cooperación a través de la MINUSTAH, progresivamente va avanzando en materia de cooperación civil, aquella que beneficia directamente a la población de Haití con programas orientados a aportar con herramientas concretas a la superación de la pobreza.

El detalle de las iniciativas implementadas por la AGCI en el ámbito del Objetivo 2 ODM para el período 2000-2007 está resumido en el Anexo 5 Cuadro 2.

## Objetivo 3:

### Promover la igualdad de género y autonomía de la mujer

Una de las áreas temáticas de la cooperación que Chile otorga dice relación con la variable equidad de género, la cual ha sido abordada de manera transversal y multidimensional, orientándola a una mayor participación de la mujer de Latinoamérica y El Caribe en el mercado del trabajo y en el apoyo a las políticas públicas que abordan esta temática.

Al respecto cabe destacar la implementación a contar del año 2007 de un programa denominado "Mujeres de América" destinado a promover actividades de apoyo técnico a organizaciones de mujeres de escasos recursos en materia de emprendimiento laboral, dando con ello una muestra concreta del compromiso del Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet con la realidad de la mujer en situación de exclusión en América Latina. Este programa, en su primer año de ejecución, ha beneficiado a mujeres en once países de la región (Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá y República Dominicana).

Las otras iniciativas implementadas en esta materia se han enfocado a áreas relativas a la formulación de políticas públicas en género, fomento a PYMES de mujeres, modernización del Estado y equidad de género, desarrollo del empresariado desde la perspectiva de género, entre otros.

En el Anexo 5 Cuadro 3 se presenta un resumen de las 8 iniciativas implementadas por la AGCI en la temática género las cuales han beneficiado a 18 países de Latinoamérica y El Caribe.



#### **Objetivos 4 y 5: Reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna**

La salud y nutrición es un área en que Chile cuenta con una valiosa experiencia que es altamente requerida por otras naciones de la región, por lo cual constituye una de las áreas temáticas abordadas por el programa de cooperación horizontal impulsado por la AGCI.

En este contexto y con el objeto de contribuir al logro de los objetivos de desarrollo del milenio 4 y 5, la Agencia ha puesto en marcha un total de 5 iniciativas en ámbitos relativos al fortalecimiento del sistema de salud y nutrición, desnutrición infantil, administración hospitalaria, entre otras, las cuales han beneficiado a 5 países de Latinoamérica (Bolivia, Ecuador, Honduras, Panamá y Perú).

En el Anexo 5 Cuadro 4 se presenta el detalle de las iniciativas implementadas por la AGCI en el período 2000-2007 en los ámbitos anteriormente señalados.

#### **Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades**

Respecto de este objetivo la AGCI ha implementado en el período 2000-2007 un total de 4 iniciativas de asistencia técnica orientadas al fortalecimiento de la Red de Salud y Vigilancia Epidemiológica, Seguridad y Salud Ocupacional y Prevención de Anemia en Grupos Vulnerables, las cuales han beneficiado a 3 países de Latinoamérica y El Caribe.

En el Anexo 5 Cuadro 5 se presenta el resumen de las iniciativas implementadas por la AGCI en el período 2000-2007 respecto del Objetivo 6 ODM.

#### **Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad ambiental**

En el período 2000-2007 la AGCI ha implementado diversas iniciativas de asistencia técnica para la formulación de estrategias y políticas para la sostenibilidad ambiental. Específicamente se han realizado un total de 17 iniciativas en los siguientes ámbitos: gestión de riesgos y/o desastres naturales, manejo de cuencas hidrográficas, gestión de riesgo operacional en la minería, estudios de impacto ambiental, control fitoo y zoonosanitario, normas de expor-

tación silvoagropecuarias, las cuales han beneficiado a 19 países de la región de Latinoamérica y El Caribe.

En el Anexo 5 Cuadro 6 se presenta el detalle de las iniciativas implementadas por la AGCI en el período 2000-2007 en los ámbitos anteriormente señalados.

#### **Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo**

Al respecto se reconoce que la cooperación que Chile otorga no sólo ayuda a fortalecer las capacidades técnicas de los países involucrados en dicho ejercicio, sino que ayuda a fortalecer los vínculos que sirven para acercar a los pueblos y motivan el diálogo en ámbitos más allá de las actividades enmarcadas en los ejercicios de cooperación. En este contexto la AGCI ha estimado pertinente que se produzca una aproximación a los temas de desarrollo desde un punto de vista asociativo, con lo cual se espera avanzar en el Objetivo 8 de los ODM: fomentar una asociación mundial para el desarrollo. La Cooperación Sur Sur se presenta entonces como un elemento clave para el cumplimiento de dicho objetivo.

Cabe destacar al respecto la consolidación durante el período 2000-2007 de la cooperación triangular, en que la asociación de Chile con países desarrollados o con organismos multilaterales ha permitido la ejecución de asistencias técnicas en beneficio de naciones latinoamericanas, en áreas de desarrollo económico y social. En estas acciones de cooperación destaca el trabajo desarrollado con Alemania, Finlandia, Japón y Suecia.

Las otras iniciativas implementadas en esta materia se han enfocado a áreas relativas a la rendición de cuentas y derecho administrativo comparado, políticas públicas, diplomacia, políticas fiscales, inversión pública, cooperación internacional, fortalecimiento municipal, participación ciudadana, gobernabilidad y democracia, negociaciones internacionales y promoción de exportaciones, juventud, integración y migración, Cooperación Sur-Sur, entre otros.

En el Anexo 5 Cuadro 7 se presenta en el período 2000-2007 las acciones que se han implementado, existiendo un total de 41 iniciativas relacionadas con el Objetivo 8 de los ODM, las cuales han beneficiado a un total de 21 países de Latinoamérica y El Caribe.



## II. DESAFÍOS

### 1. Establecer criterios y procedimientos para la generación de estadísticas de la cooperación otorgada por Chile.

Respecto de la cooperación otorgada por Chile cabe destacar el hecho de que existe una gran cantidad de instituciones públicas que ejecutan acciones de Cooperación Sur-Sur, enmarcadas dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para la Región de América Latina y El Caribe, a nivel de acuerdos interinstitucionales, sin informar a la AGCI de dichas iniciativas, lo cual no permite reflejar en forma adecuada la cooperación que el país otorga en forma global.

En este contexto y considerando el rol de la AGCI como interlocutor del Gobierno de Chile en materia de cooperación internacional, resulta imprescindible contar con información que permita reflejar en forma adecuada la participación nacional en el campo de la Cooperación Sur-Sur y su contribución en materia de los Objetivos de Desarrollo

del Milenio en la Región de América Latina y El Caribe, ello con el objeto de dar coherencia y optimizar el trabajo del Gobierno de Chile con los países beneficiarios.

A lo anterior se suma el hecho de que el proceso de acceso de Chile al OCDE, supone la existencia de estadísticas confiables en materia de cooperación internacional, las cuales deben ser canalizadas a través de la Agencia de Cooperación Internacional de Chile.

### 2. Contar con un catálogo de capacidades existentes en Chile para la Cooperación Sur-Sur.

Al respecto se requiere realizar un diagnóstico de las capacidades existentes en Chile para responder a las demandas de cooperación de países de igual o menor desarrollo relativo, en pos del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Lo anterior está siendo abordado en conjunto con el Sistema de Naciones Unidas, para lo cual a partir del diagnóstico mencionado se creará un catálogo de capacidades existentes en Chile para la Cooperación Sur-Sur, que incluirá aquellas fortalezas y capacidades institucionales de la cooperación chilena en sectores estratégicos, como aquellas áreas definidas en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ello con el fin de identificar posibles áreas de oportunidad para la realización de actividades de Cooperación Sur-Sur, como asimismo, proyectar internacionalmente las fortalezas chilenas.

### **3. Establecer instrumentos que cuantifiquen el impacto de los proyectos y/o actividades de la Cooperación Sur-Sur que implementa y coordina la AGCI.**

Uno de los aspectos centrales de la gestión de la cooperación internacional para el desarrollo debe ser la evaluación del impacto que generan las actividades y/o proyectos de cooperación y garantizar la sostenibilidad de los mismos.

En este contexto se espera diseñar en conjunto con el Sistema de Naciones Unidas una organización que cuantifique el impacto de los proyectos y/o actividades de Cooperación Sur-Sur que realiza y coordina la AGCI.

Este diseño se elaborará a partir de asesorías realizadas para instalar capacidades en la AGCI de manera de asegurar la sustentabilidad del sistema de medición de impacto de la Cooperación Sur-Sur que otorga Chile en sectores estratégicos, como en aquellas áreas de-

finidas en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

### **4. Establecer estrategias de la cooperación chilena según áreas geográficas y países prioritarios orientadas a privilegiar la realización de proyectos de mayor alcance por sobre actividades bilaterales puntuales.**

Al respecto se requiere diseñar estrategias formalizadas y consensuadas con los países beneficiarios y con los actores que participan en acciones de cooperación, que permitan la complementariedad de la cooperación otorgada por Chile con las estrategias de desarrollo nacional de los países beneficiarios, a través de un diagnóstico para la descripción y análisis de la situación de un área geográfica o país determinado en términos de desarrollo y de avances en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Con relación a esto se requiere contar con un análisis de la situación de desarrollo y avance respecto del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio según área geográfica y países prioritarios; análisis de oportunidades de desarrollo; mapeo de otros donantes, ello con el objeto de evitar la duplicidad de esfuerzos; análisis de las ventajas comparativas de la cooperación chilena; mapeo de actores e instrumentos.

A partir de lo anterior se establecerán estrategias de intervención orientadas a establecer proyectos de mayor alcance por sobre actividades bilaterales puntuales (asistencias técnicas, misiones, talleres, seminarios, entre otros).





# **LAS POLÍTICAS PÚBLICAS CHILENAS EN CONTEXTO DE DERECHO**

## Chile: Derechos Humanos y los Objetivos de Desarrollo del Milenio

En el año 2000, al suscribir la Declaración del Milenio, Chile se comprometió a "Promover la democracia y fortalecer el imperio del derecho y el respeto de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales internacionalmente reconocidos, incluido el derecho al desarrollo". En este contexto, se apoya la siguiente decisión:

1. Respetar y hacer valer la Declaración Universal de Derechos Humanos.
2. Realizar esfuerzos para lograr la plena protección y promoción de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de todas las personas.
3. Aumentar en todos los países la capacidad de aplicar los principios y las prácticas de la democracia y del respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos de las minorías.
4. Luchar contra todas las formas de violencia contra la mujer y aplicar la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
5. Adoptar medidas para garantizar el respeto y la protección de los derechos humanos de los migrantes, los trabajadores migratorios y sus familias, eliminar los actos de racismo y xenofobia, cada vez más frecuentes en muchas sociedades, y promover una mayor armonía y tolerancia en todas las sociedades.
6. Trabajar aunadamente para lograr procesos políticos más igualitarios, en que puedan participar realmente todos los ciudadanos de nuestros países.
7. Garantizar la libertad de los medios de difusión para cumplir su indispensable función y el derecho del público a la información.

### El progresivo avance en derechos humanos

Desde inicios del nuevo milenio, Chile realiza un cambio importante en la definición de las políticas públicas en ge-

neral y las políticas sociales en particular, incorporando progresivamente la noción de derecho en la construcción de ellas. En este contexto, el propósito del programa del actual Gobierno se orienta a la "Construcción de un sistema de Protección Social fundado en los Derechos de los ciudadanos"; se busca superar la acción estatal de naturaleza individualista y asistencial, a un "Estado Social y democrático en Derechos"; que examina, estudia y otorga las herramientas que permitan lograr la "exigibilidad concreta de ellos".

El nuevo enfoque de la acción estatal está orientado por una perspectiva de construcción gradual y principios igualitarios; conforme a los requerimientos de profundización de la democracia. En los últimos años, se ha optado por un principio esencial de mayor eficiencia; orientando su acción al conjunto de la población y de manera prioritaria a las personas más vulnerables. El país está empeñado en lograr "democratizar las oportunidades" de su población, sin abandonar los propósitos de mayor eficiencia en la gestión de los cambios requeridos.

Desde el restablecimiento de la democracia, hace 18 años, Chile ha avanzado claramente en variados ámbitos, ha tenido un crecimiento económico, en promedio, superior al 5,4% anual; se ha impulsado una estrategia de reducción de la pobreza cuyos resultados han sido muy positivos, y se ha alcanzado una mayor inclusión social en todos los ámbitos. La información disponible evidencia estos logros, desde 1990 al 2006 la pobreza disminuye desde el 38,6% al 13,7%. El Producto Interno Bruto per cápita, medido por paridad de compra, se incrementa desde menos de 5 mil dólares a más de 13.000 dólares<sup>144</sup>, en el mismo periodo. Asimismo, hemos avanzado sustantivamente en salud, en



vivienda y en el incremento de las coberturas en todos los niveles de educación.

En este marco, se ha llevado a la práctica un conjunto de reformas que tienen el propósito de garantizar el ejercicio de los derechos sociales en distintos ámbitos. Las principales reformas impulsadas desde el año 2000 son la reforma de la salud, la reforma previsional; la reforma procesal penal, los Juzgados de Familia, la nueva justicia laboral y la modernización del Estado.

### **Reforma de la Salud**

La Reforma de la Salud constituye un hito en las políticas públicas, su esencia está en garantizar prestaciones a nivel universal, integrales y de manera explícita. Esta reforma incluye un sistema de garantías explícitas en salud relativas a: acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud.

La reforma se inició con garantizar la atención de 25 patologías, luego se incrementó a 40; hoy se encuentran en implementación 56, y las expectativas son alcanzar a cubrir 80 enfermedades el año 2010.

Las Garantías Explícitas en Salud (GES) son constitutivas de derechos para los beneficiarios y su cumplimiento puede ser exigido ante el Fondo Nacional de Salud, las

Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y demás instancias institucionales, incluidos los Tribunales de Justicia. Existen normas establecidas sobre acceso, calidad y oportunidad para las prestaciones; se disponen de estándares de atención y gestión de tiempos de espera, dependiendo de la urgencia y características del problema de salud.

De esta manera, la salud que aparecía en la legislación como un derecho, hoy por primera vez en la historia, cuenta con los mecanismos e instrumentos para hacer exigible tal derecho.

### **Reforma Previsional**

La Ley 20.255, promulgada en marzo recién pasado, establece un sistema previsional basado en tres pilares:

1. Un Pilar Solidario, mediante el cual el Estado otorga dos prestaciones: una Pensión Básica Solidaria para quienes actualmente no reciben ningún tipo de pensión o jubilación y pertenecen a los hogares del 40% más vulnerable, cuya cobertura se ampliará progresivamente hasta cubrir el 60%; la segunda prestación es el Aporte Solidario, es una bonificación que incrementa las pensiones más bajas.
2. Un Pilar Voluntario, cuyo propósito es "facilitar, apoyar e incentivar el ahorro no obligatorio para la vejez".
3. Un Pilar Contributivo de capitalización individual, preexistente, al cual se incorporan cambios importantes con el propósito de incrementar la competencia y

transparencia del sistema, buscando el mayor beneficio a sus afiliados.

Esta reforma incorpora medidas específicas que se hacen cargo de inequidades de género, derivados de la menor participación de las mujeres en el mercado del trabajo a lo largo de su vida, sus menores ingresos y ahorros previsionales, y la mayor esperanza de vida. Los cambios que se implementan a partir de este año mejoran el acceso y montos a las pensiones a las cuales accederán las mujeres.

La Reforma Previsional, es uno de los pilares del sistema de Protección Social. Tan importante son sus alcances como la forma de construcción y diseño de la misma. Durante el año 2006, el Gobierno convocó a una comisión de representantes de todas las corrientes de pensamiento, que instaló un proceso participativo para recibir los aportes, opiniones y testimonios de representantes de distintas agrupaciones sociales respecto de la reforma prevista. Sobre esa base, dicha Comisión elaboró un informe, a partir del cual se construyó el proyecto de ley que fue sometido al debate democrático en el poder legislativo. La discusión fue amplia e involucró todos los aspectos de la reforma, se llegó a un acuerdo con parlamentarios de todos los partidos para mejorar la propuesta original, de modo de culminar con el respaldo político y técnico a esta iniciativa y su posterior aprobación.

Los cambios expuestos implican ampliar de manera importantes las actuales coberturas de protección social en la vejez y asumir el reto histórico de atender con mayor dignidad las necesidades y vulnerabilidades que enfrentan las personas mayores, especialmente a quienes enfrentan situaciones de pobreza y precariedad.

### **Reforma Procesal Penal**

Otro ámbito en el que se han impulsado importantes reformas, es en el ámbito de la justicia. Los trascendentales cambios implementados en las políticas públicas están destinados a la modernización y adecuación del sistema judicial a los principios de un Estado de Derecho. Su objetivo es "incorporar los derechos humanos y los estándares internacionales sobre esta materia a los sistemas de administración de justicia, así como adecuarlos al desarrollo social, económico, político y cultural experimentado por la sociedad chilena en las últimas décadas".

La Reforma Procesal Penal ha separado convenientemente las funciones de investigar y acusar, de las de juzgar. Los objetivos propuestos implicaron un cambio de paradigma con respecto al antiguo modelo de procedimiento penal vigente, el denominado sistema o modelo inquisitivo, caracterizado por ser predominantemente escrito y secreto, y en el que la investigación, acusación y decisión de un caso estaban en manos de una sola persona, el juez.

La reforma busca superar estos problemas, creando instituciones que aseguren las garantías individuales y permitan a su vez dar respuestas prontas a los conflictos penales. Así, el nuevo Código Procesal Penal consagra un sistema de corte acusatorio, en el que la investigación y acusación de los hechos constitutivos de delitos se encuentra en manos del Ministerio Público, en su calidad de organismo autónomo encargado de la persecución penal. Se crea la Defensa Penal Pública, con el propósito de prestar defensa a aquellas personas a quienes se les ha imputado un delito, y que carezcan de un abogado. Los nuevos procedimientos implican la implementación de una serie de garantías respecto del respeto de los derechos a los involucrados en el conflicto.

### **Nueva Justicia Laboral**

La Nueva Justicia Laboral contempla juicios orales, rapidez, transparencia y eficiencia en los procedimientos, con el propósito de otorgar solución a las controversias judiciales entre trabajadores y empleadores. El nuevo sistema contempla: defensa jurídica profesional y exclusiva para todos los trabajadores que no tengan los recursos económicos para financiarla, asegurando con ello la igualdad ante la ley, el debido proceso y el equilibrio necesario que debe existir entre las partes ante la sede judicial. Para ello, el Estado ha iniciado un profundo fortalecimiento orgánico, incorporando 84 jueces especializados y recursos humanos de apoyo, de manera progresiva durante el presente y próximo año (2008 – 2009) cuando el sistema esté en plena vigencia.

### **Tribunales de Familia**

El año 2005 entraron en funciones los Nuevos Tribunales de Familia. Desde entonces, los chilenos y chilenas tienen acceso a una justicia especializada en materia de familia, y de mayor eficiencia. El cambio impulsado incorpora procedimientos



orales, transparentes e imparciales; sin intermediarios entre el juez y las partes y las audiencias serán continuas.

En los juzgados de familia los conflictos son abordados de manera integral e interdisciplinaria. El juez cuenta con la asesoría de profesionales especializados en temas de familia: asistentes sociales, psicólogos u otros. Con el propósito de aminorar los costos emocionales del conflicto, las personas pueden acceder a la mediación, se propicia una relación pacífica en el futuro entre las partes. Entre sus principios se encuentran resguardar el interés superior del niño, niña y adolescente y su derecho a ser oído en los temas que les afectan.

De manera progresiva Chile tendrá 258 jueces de familia a los que se suman 77 jueces de Letras con competencia en asuntos de familia, es decir, habrá 335 jueces en todo el país para dirimir este tipo de conflictos.

### Modernización del Estado

En este contexto, la importancia de la información y el acceso a ella de manera oportuna, constituye una condición básica y estratégica para el ejercicio y respeto de otros derechos.

Desde mediados de los noventa Chile ha iniciado un proceso de modernización de la gestión pública orientado a responder de manera oportuna y pertinente a las necesidades y requerimiento de los ciudadanos. Parte de esta reforma se vincula directamente con un importante derecho: el derecho a la información. En este ámbito, a partir del año 1990 se han creado las instituciones que otorgan a la vida económica y política una mayor transparencia. La transparencia consiste en eliminar asimetrías en la información y otorgar a todos los ciudadanos acceso equitativo a esa información. La transparencia da confianza a los ciudadanos en las instituciones del Estado y en el Gobierno. Por ejemplo, una política fiscal transparente es aquella en que los datos están sobre la mesa: cómo se gasta, cuánto se gasta, en qué se gasta y cuáles son las implicancias para la política fiscal del Gobierno<sup>145</sup>.

Desde el año 2006, el Gobierno ha impulsado una agenda relevante en materia de probidad, transparencia, eficiencia y modernización del Estado. Chile es un país con grados importantes de transparencia; mediciones internacionales muestran al país como un Estado de calidad y transparente. La agenda presidencial busca avanzar en transparentar

145 Ministerio de Hacienda 2008.

aún más el acceso a la información pública, combatir irregularidades, perfeccionar mecanismos de control, perfeccionar sistemas de contratación, entre muchas otras cosas. Avanzar en el sistema democrático significa avanzar en probidad y transparencia. La agenda en curso tiene áreas centrales las cuales son (i) Transparencia y acceso a información, (ii) Probidad, (iii) Calidad y financiamiento de la política y (iv) Modernización del Estado.

### **Cambios normativos e institucionales para la igualdad de oportunidades**

En los últimos años, la legislación e instituciones públicas en Chile se han ido respondiendo a los requerimientos de una sociedad más democrática y la necesidad de avanzar efectivamente en materia de igualdad de oportunidades para todos aquellos que sufren procesos de discriminación, entre ellos: las mujeres, las personas pertenecientes a pueblos indígenas, las personas con discapacidad, niños y niñas y adultos mayores, entre otros.

Las respuestas institucionales se abordan en dos áreas: en la creación de las normas legales de acción positiva, políticas y programáticas, de apoyo hacia estos grupos y la creación de organismos gubernamentales encargados de elaborar y proponer aquellas medidas que permitan dar respuesta a sus necesidades, requerimientos y demandas. En el ámbito legislativo se destacan la Ley de Matrimonio Civil, la Ley de Integración Social de las Personas con Discapacidad y la reciente Reforma Previsional, entre otras. Entre las instituciones públicas creadas para estos propósitos corresponden a: el Servicio Nacional de la Mujer (1990), el Fondo Nacional de la Discapacidad (1994), Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (1993), el Instituto Nacional de la Juventud (1991), y en 2002 el Servicio Nacional para el Adulto Mayor, entre otros.

En adelante se destacan algunos hitos relevantes que han permitido avanzar en igualdad de oportunidades en el país.

### **Pueblos indígenas**

Desde inicios de los años noventa Chile inicia una nueva "relación con los pueblos indígenas, basada en el reconocimiento de las diversidades y no en la imposición de esquemas uniformes, en el respeto mutuo y no en la discriminación, en la participación y no en la exclusión, y en el trabajo mancomunado de todos quienes aspi-

ramos a hacer de Chile una patria justa y buena para todos"<sup>146</sup>.

El Presidente Patricio Aylwin crea la Comisión Especial para los Pueblos Indígenas como instancia encargada de estudiar y analizar las demandas de estos pueblos. En el año 1993, se promulga la Ley Indígena 19.253, que reconoce explícitamente los derechos de las personas que forman parte de los pueblos indígenas, entre ellos: el derecho a la identidad, diversidad, participación, la autogestión y la reparación; el cuerpo legal crea la Corporación de Desarrollo Indígena, un Fondo de Tierras, un Fondo de Cultura; un Programa de Promoción de Derechos, un Programa de Defensoría Jurídica y las Áreas de Desarrollo Indígenas, todas ellas tiene por propósito dar respuesta a las necesidades y demandas de los pueblos indígenas.

Desde esa fecha en adelante, se han establecido una serie de instancias de diálogo y trabajo entre las comunidades y sus representantes, con el propósito de avanzar en el reconocimiento y mejor trato a la población indígena, para su incorporación "plena y efectiva participación a los asuntos públicos". La radiografía actual señala que persisten diferencias importantes en las condiciones de educación, salud, ingresos y condiciones laborales adversas. La población indígena presenta mayores niveles de pobreza y niveles de educación inferiores respecto de la población no indígena. Sus bajos ingresos no permiten su desarrollo, una vida digna y el ejercicio pleno de sus derechos. Las políticas públicas actuales incluyen: la restitución de tierras, apoyo al emprendimiento, educación y apoyo a su identidad. Finalmente, cabe señalar la aprobación de dos instrumentos jurídicos que benefician en forma directa a todos los pueblos indígenas del país, el Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y la Ley del Borde Costero Marino.

### **Personas con discapacidad**

En 1994, se publica la Ley 19.284 sobre Integración Social de las Personas con Discapacidad, a partir de esa fecha se crea una institucionalidad pública, el Fondo Nacional para la Discapacidad, (FONADIS) cuya misión es "contribuir a hacer efectivos los derechos de las personas con discapacidad, facilitando su inclusión en el sistema de protección social y promoviendo la igualdad de oportunidades y no discriminación, a través de una gestión coordinada, efi-

146 Discurso de Patricio Aylwin en el Encuentro Nacional de Pueblos Indígenas, 1989.

ciente, participativa y ética”. El Estado pone a disposición de este organismo los recursos humanos y financieros con los siguientes objetivos:

1. Financiar, total o parcialmente, la adquisición por parte de terceros de ayudas técnicas, destinadas a personas con discapacidad de escasos recursos o a personas jurídicas sin fines de lucro que las atiendan.
2. Financiar, total o parcialmente, planes, programas y proyectos en favor de las personas con discapacidad, que sean ejecutados por terceros y que, de preferencia, se orienten a la prevención, diagnóstico, rehabilitación, capacitación e inserción laboral y equiparación de oportunidades.

En forma paralela, se han implementado numerosas iniciativas y acciones sectoriales y multisectoriales para mejorar las condiciones de educación, salud, ingresos y laborales de las personas con discapacidad. A la creación de políticas y programas que promuevan la integración y la igualdad de oportunidades, se establecen los mecanismos e instrumentos legales que les permitan el ejercicio de sus derechos. En este contexto la Ley N° 20.183, de 2007, modifica la ley N° 18.700, Orgánica Constitucional sobre Votaciones Populares y Escrutinios, con el objeto de reconocer el derecho a la asistencia en el acto de votar para las personas con discapacidad, de manera de facilitar el ejercicio de sus derechos ciudadanos.

Del mismo modo, se ha enviado al Congreso el proyecto de ley que tiene por objeto modificar la ley 19.284; esta iniciativa propone lo siguiente:

- Que en la aplicación de esta ley deberán cumplirse los principios de vida independiente, accesibilidad universal, diseño universal, intersectorialidad, participación y diálogo social.
- Será deber del Estado garantizar el derecho a la igualdad y equiparación de oportunidades de las personas con discapacidad; y promover el ejercicio de los derechos de las mujeres, niñas y niños con discapacidad, en especial en lo referente a su sexualidad, salud reproductiva y a constituir una familia.

También se establece como obligación del Estado la prevención de las discapacidades y la rehabilitación, que es además un derecho de las personas con discapacidad y un deber de su familia y de la sociedad en su conjunto. Estas y otras modificaciones

legales en curso buscan hacer efectiva la plena inclusión social e igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad.

## Igualdad de Género

En forma paralela a los procesos anteriores, Chile ha avanzado en materias institucionales, que permitan mejorar las oportunidades de las mujeres. Desde el ámbito gubernamental se han realizado las acciones pertinentes a fin de dotar a las políticas de equidad de género de los instrumentos normativos y organizativos para este propósito. El Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM, tiene como misión “diseñar, proponer y coordinar políticas, planes, medidas y reformas legales conducentes a la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres; y a disminuir prácticas discriminatorias en el proceso de desarrollo político, social económico y cultural del país”.

En los últimos años, se ha iniciado un importante proceso para incorporar el enfoque de género en el accionar de todo el Estado, mediante una herramienta de programación presupuestaria, articula diversas iniciativas que permiten transversalizar la perspectiva de género en el conjunto de las políticas públicas. Mediante este mecanismo, los organismos públicos se obligan a identificar brechas de género en el diseño de los programas y políticas sectoriales y luego adoptar medidas que permitan mejorar la situación inicial. Este ejercicio ha permitido ampliar y multiplicar las acciones estatales orientadas a mejorar las condiciones económicas y sociales de las mujeres.

La transversalización del enfoque de género se concibe como un proceso de valoración de las intervenciones que realizan hombres y mujeres en cualquier acción, incluyendo la legislación, políticas y programas, en todas las áreas y niveles<sup>147</sup>.

Las acciones estatales en curso enfatizan la coordinación y la integración de las propuestas de las distintas instituciones públicas, en un ejercicio sistemático por lograr mejores resultados en la integralidad de las funciones; ejemplo de ello son las iniciativas en el campo de la educación pre-escolar, que persisten en dos propósitos complementarios: dotar a los niños de mejores oportunidades para su desarrollo bio-psico-social y ofrecer a las mujeres el cuidado infantil requerido para facilitar su incorporación al mercado laboral, también propiciando incrementar sus oportunidades de desarrollo.

147 SERNAM, 2005.

Una situación relevante en el ámbito de la justicia y derechos humanos, tiene que ver con la violencia contra la mujer. Reconociendo que se mantienen en el país situaciones de violencia en contra de la mujer, y que este flagelo constituye freno al desarrollo y un atentado a los derechos humanos, el Estado ha implementado programas de

prevención, Centro de Atención y Casas de Acogida para mujeres que sufren la violencia, que ofrecen seguridad y confidencialidad a aquellas mujeres cuya vida se encuentra en riesgo vital, como asimismo a sus hijas e hijos pequeños, de manera de mitigar las condiciones gravísimas en que se encuentran las mujeres que sufren maltrato.

## II. PRINCIPALES TAREAS Y DESAFÍOS

En materia de derechos económicos y sociales, es necesario destacar las grandes tareas pendientes, que forman parte de los objetivos de desarrollo comprometidos en Naciones Unidas, entre ellas se destacan:

Lograr una mayor equidad entre mujeres y hombres sigue siendo una tarea pendiente, que tiene distintas dimensiones, entre ellas: promover un acceso equitativo a los mercados laborales en condiciones que permitan mayor estabilidad, mejores condiciones salariales y capacidad organizacional para mejorar la negociación de las mujeres como trabajadoras. Asimismo, es necesario seguir fortaleciendo los mecanismos que protejan a la mujer frente a la violencia intrafamiliar y en general contra las inequidades al interior de las familias, así como asegurar una participación más igualitaria en las decisiones públicas.

Se ha progresado en la reducción de las brechas laborales observadas respecto de los hombres (participación e ingresos), pero aún resulta insuficiente, el país requiere de toda la fuerza productiva y creadora, y las oportunidades de una mayor calidad de vida y realización personal para las mujeres y sus familias.

Asimismo, la sociedad chilena enfrenta desafíos importantes en materia de participación política de las mujeres. El acceso a cargos de elección popular es todavía bastante limitado, es necesario que el sistema de partidos políticos del país deje atrás las barreras socio-culturales que impiden la postulación de mujeres a cargos políticos. Esta situación se repite, aunque con una brecha menor en los cargos de elección popular a nivel local.

Otra de las tareas pendientes en materia de derechos humanos es superar los problemas de "identidad y las barreras de discriminación", que afectan a los pueblos

indígenas. El Ejecutivo está proponiendo un nuevo pacto social por la multiculturalidad, que signifique avanzar en el cumplimiento de sus derechos y en una nueva relación con los pueblos indígenas. Este pacto social incluye tres ejes fundamentales: derechos políticos, desarrollo integral y multiculturalidad".

Un reto relevante, es progresar hacia la representación política de dichos pueblos, a nivel parlamentario, regional y local. En el ámbito del desarrollo integral, avanzar con la entrega de las tierras priorizadas por el consejo de la Corporación Nacional Indígena, CONADI. En el eje multicultural, lo que se espera y busca expresión, es el respeto colectivo a "la identidad y superar las barreras de la discriminación", así el Sistema de Protección Social está siendo implementado con esa visión<sup>148</sup>.

Lo que se tiene por delante, es avanzar en "un conjunto de medidas que tienen un carácter histórico, que tendrán un impacto profundo en los pueblos indígenas del país, que parten de la base del reconocimiento de derechos, que también implican deberes, para contar con una convivencia armoniosa".

Las propuestas en curso "tienen un fuerte componente destinado a generar un cambio cultural que permita a todos los ciudadanos comprender y asimilar el carácter multicultural de nuestra sociedad". Se enfatizan las condiciones de implementación de los proyectos de inversión públicos y privados, así como acciones específicas para áreas urbanas donde vive casi el 70% de la población indígena.

Estos son parte de los nudos a desatar para avanzar efectivamente en el respeto y el ejercicio de los derechos por parte de los y las ciudadanas. El Estado y las políticas públicas han pasado de manera progresiva desde una lógica de la atención de las personas como "clientes" a una perspectiva de atención al "ciudadano"; procurando condiciones de vida digna y compatibles con los derechos esenciales de la persona humana a la salud, la educación, a la vivienda, al trabajo, a la cultura, al deporte y a la protección del medio ambiente. Asimismo, reforzar y garantizar la protección de quienes sufren situaciones estructurales de exclusión y, por ende, "negación fáctica de sus derechos: mujeres, indígenas, discapacitados, inmigrantes, niños que trabajan, portadores de VIH, jóvenes en conflicto con la ley, entre otros".

En educación los desafíos se encuentran en aumentar las coberturas preescolares con el propósito de mejorar las oportunidades para el desarrollo integral de los niños y niñas, logrando su pleno potencial, lo que permita superar las desigualdades que provienen desde "la cuna"; y las de educación superior con el objetivo de aumentar los niveles de ingreso de la población. Otra tarea fundamental es mejorar la calidad de la educación que reciben los estudiantes en todos los niveles de enseñanza.

En el ámbito de la discapacidad, los desafíos son múltiples, están referidos a las diversas esferas del desarrollo humano, es necesario avanzar en la integración de las personas con discapacidad en el ámbito educación, en salud, laboral, social y político, entre otros.

Chile ha logrado disminuir significativamente la incidencia de la pobreza e indigencia de la población, sin embargo, aún existen ciudadanos que enfrentan condiciones de precariedad social y económica; por lo tanto, los objetivos de superar estas situaciones y restablecer los derechos de las personas a mejores condiciones económicas y sociales sigue siendo un desafío de gran magnitud.

Chile ha iniciado el proceso, a través de las políticas públicas, no sólo en reconocer los derechos de las personas, sino avanzar en los instrumentos, recursos y mecanismos disponibles; incorporando estándares internacionales de derechos humanos, en cuanto a acceso, transparencia y no discriminación; para que ellos efectivamente se cumplan; considerando que las buenas voluntades de las partes, en ocasiones resultan absolutamente insuficientes.

Esta opción no es un camino fácil, pero constituye un camino cierto para avanzar hacia una convivencia más democrática y justa.





**ANEXOS**

ANEXO 1

CUADRO 1

Resumen de los progresos logrados hacia los Objetivos de desarrollo del Milenio.

Niveles de logro	
√	Cumplida
++	Será cumplida al 2015 o antes
+	Probablemente se cumpla al 2015
-	No hay variación desde el 2000
--	Hay retroceso desde el 2000
N/A	No aplica.
S/I	Sin Información.

Objetivo / Meta	Indicador	Logro
I.1	1. Porcentaje de la población cuyos ingresos son inferiores a 1 dólar por día (PPA)	✓
	2. Coeficiente de la brecha de pobreza	✓
	3. Proporción del consumo nacional que corresponde al quintil más pobre de la población	✓
I.2	4. Porcentaje de niños menores de 6 años con desnutrición	✓
	5. Porcentaje de la población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria	✓
II.3	6. Tasa Neta de Matrícula en la Enseñanza Básica (Primaria y Secundaria Baja)	++
	7. Porcentaje de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado	++
	8. Tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años	++
III.4	9. Relación niñas/niños en la educación básica	++
	10. Relación niñas/niños en la educación media	✓
	11. Relación mujeres/hombres en la educación superior	✓
	12. Relación entre las tasas de alfabetización de las mujeres y los hombres de 15 a 24 años	✓
	13. Proporción de mujeres en la categoría ocupacional asalariados en el sector no agrícola	++
	14. Porcentaje de mujeres en el parlamento	+
IV.5	15. Tasa de mortalidad de 1 a 4 años (por 1.000 habitantes de la edad)	++
	16. Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)	++
	17. Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión	++
V.6	18. Tasa de mortalidad materna (por 10.000 nacidos vivos)	++
	19. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado	++
VI.7	20. Prevalencia de VIH en embarazadas	✓
	21. Uso de preservativos por jóvenes de 15 – 24 año (en iniciación sexual)	+
	22. Porcentaje de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA	+
	23. Disponibilidad de preservativos en población de 15 a 49 años	+
	24. Relación entre la matriculación de niños huérfanos y la matriculación de niños no huérfanos de 10 a 14 años	S/I
VI.8	25. Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas al paludismo	N/A
	26. Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo	✓
	27. Prevalencia y tasas de mortalidad asociadas a la tuberculosis	++
	28. Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento acordado, directamente supervisado	++
VII.9	29. Proporción de la superficie cubiertas por bosque	✓
	30. Relación entre zonas protegidas para mantener la diversidad biológica y la superficie total	✓
	31. Uso de energía (equivalente en kilogramos de petróleo) por 1 dólar del producto interno bruto (PPA)	N/A
	32. Emisiones de dióxido de carbono per cápita y consumo de clorofluorocarburos que agotan la capa de ozono (toneladas de PAO)	N/A
	33. Proporción de viviendas que usan cocinas que consumen leña en la ciudad de Temuco por nivel socioeconómico	++
	34. Proporción de viviendas que usan estufas simples que consumen leña en la ciudad de Temuco por nivel socioeconómico	++
VII.10	35. Porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible al agua potable en zonas urbanas	++
	36. Porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible al agua potable en zonas rurales	++
	37. Porcentaje de la población urbana sin sistema de alcantarillado	++
VII.11	38. Proporción de hogares con acceso a tenencia segura	++

**ANEXO 2**  
**CUADRO 1**

Evolución de la población que vive con menos de PPA por día, por zona de residencia, según región  
Período 1990-2006 (en porcentajes).

Región	zona	1990 %	2000 %	2006 %
Tarapacá	Urbano	1,6	1,1	1,3
	Rural	1,4	7,9	1,9
	<b>total</b>	<b>1,6</b>	<b>1,5</b>	<b>1,3</b>
Antofagasta	Urbano	3,3	1,8	0,1
	Rural	6,3	2,1	0,6
	<b>total</b>	<b>3,4</b>	<b>1,8</b>	<b>0,1</b>
Atacama	Urbano	1,0	2,7	0,5
	Rural	3,5	2,1	0,2
	<b>total</b>	<b>1,2</b>	<b>2,7</b>	<b>0,5</b>
Coquimbo	Urbano	5,7	1,2	0,4
	Rural	5,8	7,2	1,5
	<b>total</b>	<b>5,7</b>	<b>2,5</b>	<b>0,6</b>
Valparaíso	Urbano	4,3	1,7	0,9
	Rural	6,5	3,9	0,9
	<b>total</b>	<b>4,5</b>	<b>1,9</b>	<b>0,9</b>
O'Higgins	Urbano	4,3	1,4	0,6
	Rural	6,6	1,8	0,9
	<b>total</b>	<b>5,2</b>	<b>1,6</b>	<b>0,7</b>
Maule	Urbano	4,1	1,9	2,0
	Rural	6,0	4,4	2,0
	<b>total</b>	<b>4,9</b>	<b>2,8</b>	<b>2,0</b>
Bío Bío	Urbano	3,4	2,8	1,7
	Rural	11,4	5,8	2,5
	<b>total</b>	<b>5,2</b>	<b>3,3</b>	<b>1,9</b>
La Araucanía	Urbano	5,2	3,9	1,7
	Rural	12,5	5,8	2,8
	<b>total</b>	<b>8,2</b>	<b>4,5</b>	<b>2,0</b>
Los Lagos	Urbano	2,9	3,7	1,2
	Rural	4,2	2,6	1,0
	<b>total</b>	<b>3,4</b>	<b>3,4</b>	<b>1,1</b>
Aysén	Urbano	2,9	2,4	0,3
	Rural	2,4	1,1	2,5
	<b>total</b>	<b>2,8</b>	<b>2,2</b>	<b>0,6</b>
Magallanes	Urbano	1,0	1,4	0,5
	Rural	4,2	1,0	1,5
	<b>total</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>	<b>0,5</b>
Metropolitana	Urbano	1,9	1,4	0,8
	Rural	2,7	1,5	0,5
	<b>total</b>	<b>1,9</b>	<b>1,4</b>	<b>0,8</b>
País	Urbano	2,9	1,9	1,0
	Rural	7,3	4,1	1,6
	<b>total</b>	<b>3,6</b>	<b>2,2</b>	<b>1,1</b>

Fuente: Mideplan, Encuesta CASEN años seleccionados.

**ANEXO 2**  
**CUADRO 2**

Evolución de la población en extrema pobreza, por sexo, según región.  
Periodo 1990- 2006 (en porcentajes).

REGION	SEXO	1990 % menos de 1 dólar	2000 % menos de 1 dólar	2006 % menos de 1 dólar
Tarapacá	Hombre	1,3	1,6	1,2
	Mujer	1,8	1,3	1,4
	<b>total</b>	<b>1,6</b>	<b>1,5</b>	<b>1,3</b>
Antofagasta	Hombre	3,3	1,7	0,1
	Mujer	3,4	1,9	0,1
	<b>total</b>	<b>3,4</b>	<b>1,8</b>	<b>0,1</b>
Atacama	Hombre	1,3	2,6	0,6
	Mujer	1,2	2,7	0,4
	<b>total</b>	<b>1,2</b>	<b>2,7</b>	<b>0,5</b>
Coquimbo	Hombre	5,3	2,4	0,6
	Mujer	6,1	2,7	0,6
	<b>total</b>	<b>5,7</b>	<b>2,5</b>	<b>0,6</b>
Valparaíso	Hombre	4,5	1,9	0,8
	Mujer	4,6	1,8	0,9
	<b>total</b>	<b>4,5</b>	<b>1,9</b>	<b>0,9</b>
O'Higgins	Hombre	5,0	1,5	0,6
	Mujer	5,4	1,6	0,7
	<b>total</b>	<b>5,2</b>	<b>1,6</b>	<b>0,7</b>
Maule	Hombre	5,0	2,8	1,9
	Mujer	4,8	2,8	2,0
	<b>total</b>	<b>4,9</b>	<b>2,8</b>	<b>2,0</b>
Bío Bío	Hombre	5,0	3,2	1,8
	Mujer	5,5	3,4	1,9
	<b>total</b>	<b>5,2</b>	<b>3,3</b>	<b>1,9</b>
La Araucanía	Hombre	8,0	4,7	1,9
	Mujer	8,3	4,3	2,1
	<b>total</b>	<b>8,2</b>	<b>4,5</b>	<b>2,0</b>
Los Lagos	Hombre	3,2	3,7	1,0
	Mujer	3,6	3,1	1,3
	<b>total</b>	<b>3,4</b>	<b>3,4</b>	<b>1,1</b>
Aysén	Hombre	2,4	2,5	0,5
	Mujer	3,2	1,9	0,7
	<b>total</b>	<b>2,8</b>	<b>2,2</b>	<b>0,6</b>
Magallanes	Hombre	1,0	1,2	0,6
	Mujer	1,4	1,4	0,5
	<b>total</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>	<b>0,5</b>
Metropolitana	Hombre	1,9	1,4	0,8
	Mujer	2,0	1,4	0,8
	<b>total</b>	<b>1,9</b>	<b>1,4</b>	<b>0,8</b>
País	Hombre	3,5	2,2	1,0
	Mujer	3,7	2,1	1,1
	<b>total</b>	<b>3,6</b>	<b>2,2</b>	<b>1,1</b>

Fuente: Mideplan, Encuesta CASEN años seleccionados

**ANEXO 2**  
**CUADRO 3**

Número de pensiones asistenciales emitidas a pago  
(1990 – 2006).

<b>AÑO</b>	<b>Número pensiones asistenciales emitidas a pago</b>
1990	311.363
1991	299.332
1992	290.550
1993	296.222
1994	312.272
1995	318.792
1996	326.477
1997	339.640
1998	345.420
1999	350.745
2000	358.813
2001	367.387
2002	371.918
2003	372.712
2004	372.838
2005	398.378
2006	424.339

Fuente: Superintendencia de Seguridad Social, años respectivos.

**ANEXO 2**  
**CUADRO 4**

Población menor de 6 años según diagnóstico nutricional integrado  
Chile, 1994-2005.

Años	Población en Control	En Riesgo		Desnutrida		Con Sobrepeso		Obesa		Normal		Con Desnutrición Secundaria	
		N	T %	N	T	N	T %	N	T %	N	T %	N	T %
1994	1.250.876	42.410	3,4	9.180	0,7	196.667	15,7	72.961	5,8	928.036	74,2	1.492	0,1
1995	1.196.922	37.402	3,1	7.886	0,7	190.122	15,9	72.375	6,0	887.555	74,2	1.582	0,1
1996	1.148.353	33.969	3,0	6.898	0,6	177.717	15,5	71.486	6,2	856.789	74,6	1.478	0,1
1997	1.106.135	32.564	2,9	6.369	0,6	173.846	15,7	74.883	6,8	816.754	73,8	1.344	0,1
1998	1.062.993	32.340	3,0	6.401	0,6	161.934	15,2	71.710	6,7	789.328	74,3	1.280	0,1
1999	1.059.935	32.592	3,1	6.210	0,6	162.638	15,3	75.001	7,1	781.903	73,8	1.591	0,2
2000	1.042.874	30.787	3,0	5.481	0,5	161.293	15,5	74.616	7,2	767.596	73,6	1.108	0,1
2001	1.046.321	33.013	3,2	5.529	0,5	164.651	15,7	77.488	7,4	764.571	73,1	1.069	0,1
2002	1.026.288	32.077	3,1	5.441	0,5	163.725	16,0	75.870	7,4	748.135	72,9	1.040	0,1
2003	1.022.896	32.713	3,2	5.553	0,5	158.761	15,5	75.564	7,4	749.396	73,3	909	0,1
2004	1.009.233	32.324	3,2	5.249	0,5	158.908	15,7	75.077	7,4	736.780	73,0	895	0,1
2005	986.423	25.557	2,6	2.975	0,3	143.970	14,6	69.645	7,1	743.633	75,4	643	0,1
2006	993.724	25.157	2,5	3.055	0,3	152.385	15,3	73.084	7,4	739.148	74,4	895	0,1

Fuente: Departamento de Información y Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud.

**ANEXO 2**  
**CUADRO 5**

Diagnóstico nutricional integrado de la población menor de 6 años, por regiones.  
Diciembre 2006.

Región	Total Población en Control	Diagnóstico Nutricional											
		En Riesgo		Desnutrición		Sobrepeso		Obesidad		Normal		Desnutrición Secundaria	
		En control	*Tasa %	En control	*Tasa %	En control	*Tasa %	En control	*Tasa %	En control	*Tasa %	En control	*Tasa %
Total	993.724	25.157	2,5	3.055	0,3	152.385	15,3	73.084	7,4	739.148	74,4	895	0,1
Tarapacá	28.788	699	2,4	144	0,5	4.429	15,4	1.833	6,4	21.673	75,3	10	0,0
Antofagasta	24.979	1.052	4,2	76	0,3	1.822	7,3	1.091	4,4	20.923	83,8	15	0,1
Atacama	39.488	762	1,9	88	0,2	5.584	14,1	2.318	5,9	30.712	77,8	24	0,1
Coquimbo	43.619	1.373	3,1	160	0,4	6.203	14,2	2.892	6,6	32.950	75,5	41	0,1
Valparaíso	101.525	3.129	3,1	314	0,3	16.256	16,0	7.561	7,4	74.195	73,1	70	0,1
O'Higgins	49.905	1.395	2,8	134	0,3	7.591	15,2	3.530	7,1	37.233	74,6	22	0,0
Maule	65.833	1.350	2,1	196	0,3	10.241	15,6	5.293	8,0	48.726	74,0	27	0,0
Bío-Bío	129.097	3.134	2,4	339	0,3	20.519	15,9	10.512	8,1	94.534	73,2	59	0,0
La Araucanía	65.225	1.529	2,3	144	0,2	11.428	17,5	5.455	8,4	46.661	71,5	8	0,0
Los Lagos	78.896	1.538	1,9	323	0,4	13.725	17,4	6.754	8,6	56.514	71,6	42	0,1
Aysén	6.670	125	1,9	14	0,2	1.525	22,9	850	12,7	4.156	62,3	0	0,0
Magallanes	7.396	77	1,0	7	0,1	1.605	21,7	830	11,2	4.876	65,9	1	0,0
Metropolitana	352.303	8.994	2,6	1.116	0,3	51.457	14,6	24.165	6,9	265.995	75,5	576	0,2

\*Tasa=(En control/Total población en control) x 100

Fuente: Departamento de Información y Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud.

**ANEXO 2**  
**CUADRO 6**

Mortalidad infantil y sus componentes, Chile 1990-2005.

Año	Infantil		Neonatal		Neonatal precoz		Postneonatal	
	Defunciones menores de 1 año	Tasa	Defunciones menores 28 días	Tasa	Defunciones menores 7 días	Tasa	Defunciones 28 días 11 meses	Tasa
1990	4.915	16,0	2.608	8,5	2.078	6,8	2.307	7,5
1991	4.385	14,6	2.360	7,9	1.902	6,4	2.025	6,8
1992	4.209	14,3	2.254	7,7	1.791	6,1	1.955	6,7
1993	3.792	13,1	2.007	6,9	1.551	5,3	1.785	6,1
1994	3.455	12,0	1.972	6,8	1.497	5,2	1.483	5,1
1995	3.107	11,1	1.695	6,1	1.289	4,6	1.412	5,0
1996	3.095	11,1	1.743	6,3	1.343	4,8	1.352	4,9
1997	2.732	10,0	1.569	5,7	1.240	4,5	1.163	4,3
1998	2.793	10,3	1.614	6,0	1.231	4,5	1.179	4,4
1999	2.654	10,1	1.547	5,9	1.177	4,5	1.107	4,2
2000	2.336	8,9	1.467	5,6	1.139	4,3	869	3,3
2001	2.159	8,3	1.290	5,0	959	3,7	869	3,4
2002	1.964	7,8	1.249	5,0	940	3,7	715	2,8
2003	1.935	7,8	1.212	4,9	937	3,8	723	2,9
2004	2.034	8,4	1.305	5,4	1.004	4,1	729	3,0
2005	1.911	7,9	1.254	5,2	1.009	4,2	657	2,7

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud.

## ANEXO 3

Primaria Universal.

Cuadro 1: DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES Y DE LAS METODOLOGÍAS PARA SU CÁLCULO.

Descripción Indicador	Forma de Cálculo	Información	Periodicidad Información	Metodología Proyección
1.- Tasa de Matrícula Neta en la Enseñanza Básica (Primaria y Secundaria Baja): Se define como la proporción que representa la matrícula de un determinado nivel de enseñanza en la edad que, de acuerdo a la reglamentación nacional, corresponde a ese nivel, sobre la población en la edad teórica correspondiente. A diferencia de la tasa bruta, la tasa neta considera la matrícula sólo de las personas que están en el grupo etéreo teórico.	<p>La tasa neta de matrícula en enseñanza básica se calcula como la suma de la matrícula de enseñanza básica de 6 a 13 años y la matrícula de educación especial de 6 a 13 años, dividida por la población correspondiente del mismo tramo etéreo.</p> <p>La fórmula utilizada es la siguiente:</p> $\frac{\text{Matrícula de enseñanza básica de 6 a 13 años} + \text{Matrícula de educación especial de 6 a 13 años}}{\text{Población estimada de 6 a 13 años}} \times 100$ <p>En este caso, el numerador es un subconjunto del denominador, por lo tanto el indicador puede alcanzar como máximo el valor 100, lo que significaría que el total de la población en la edad teórica se encuentra efectivamente matriculada en el nivel que le corresponde.</p>	MINEDUC, Departamento Estudios y Desarrollo.	Anual.	Serie de tiempo.
2.- Porcentaje de los estudiantes que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado.	Este porcentaje corresponde al número de personas que comienzan en el primer grado y que logran llegar al quinto grado, en relación al total de la población que comenzó en el primer grado. De acuerdo a esta definición, este indicador es homologable a la Tasa de Éxito Total.	MINEDUC, Departamento Estudios y Desarrollo.	Anual.	
3.- Tasa de Alfabetización de las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años.	Corresponde al número de personas entre 15 y 24 años de edad que declara saber leer y escribir, con relación a la población del mismo tramo de edad.	INE, Encuesta Nacional de Empleo, trimestre octubre-diciembre.	Anual.	Serie de tiempo.
4.- Tasa de matrícula preescolar (de 0 a 3 años).		MIDEPLAN, Encuesta CASEN.	Bianual.	Serie de tiempo.
5.- Tasa de matrícula 1NT y 2NT.		MIDEPLAN, Encuesta CASEN.	Bianual.	Serie de tiempo.
6.- Cobertura Ciclo Parvularia por quintil de ingreso.		MIDEPLAN, Encuesta CASEN.	Bianual.	Serie de tiempo.
7.- Tasa de retención en la enseñanza básica:	Corresponde al número total de alumnos evaluados en el último grado, con relación a la matrícula inicial de la cohorte. Dicho de otra manera, corresponde a la matrícula final del último grado del ciclo (octavo año para la enseñanza básica), la cual resulta ser el grupo de alumnos finalmente evaluados.	MINEDUC, Departamento Estudios y Desarrollo.	Anual.	Serie de tiempo, considerando variable dependiente log.
8.- Tasa Neta de Matrícula en la Enseñanza Media: Se define como la proporción que representa la matrícula de un determinado nivel de enseñanza en la edad que corresponde a ese nivel, sobre la población en la edad teórica correspondiente. A diferencia de la tasa bruta, la tasa neta considera la matrícula sólo de las personas que están en el grupo etéreo teórico.	<p>La tasa neta de matrícula en enseñanza media se calcula como la suma de la matrícula de enseñanza media de 14 a 17 años, dividida por la población del grupo etéreo correspondiente del mismo tramo. La fórmula para la Tasa Neta de Matrícula en enseñanza media es la siguiente:</p> $\frac{\text{Matrícula de enseñanza media de 14 a 17 años}}{\text{Población estimada de 14 a 17 años}} \times 100$ <p>El grupo etéreo teórico en la Enseñanza Media en Chile corresponde al tramo de 14 a 17 años. Este indicador considera sólo la matrícula de las personas que están en dicho grupo etéreo.</p>	MINEDUC, Departamento Estudios y Desarrollo.	Anual.	Reconstrucción de Matrícula sobre la base de modelos de rendimiento.
9.- Tasa de Conclusión de la Enseñanza Media: Esta Tasa desea establecer la proporción de la población que logra concluir sus estudios de enseñanza media.	<p>La Tasa de Conclusión para la enseñanza media, es el número de personas entre 20 y 24 años que alcanzan el nivel de enseñanza media, con relación a la población total del correspondiente tramo etéreo (20 y 24 años). La fórmula utilizada es la siguiente:</p> $\frac{\text{Número de personas de 20 a 24 años con 12 o más años de escolaridad}}{\text{Población estimada de 20 a 24 años}} \times 100$	INE Encuesta Nacional de Empleo.	Bianual.	Tasa de crecimiento promedio anual.

### ANEXO 3

**OBJETIVO 3:** Lograr la enseñanza Primaria Universal.

**Cuadro 1:** DESCRIPCIÓN DE LOS INDICADORES Y DE LAS METODOLOGÍAS PARA SU CÁLCULO. (continuación).

Descripción Indicador	Forma de Cálculo	Información	Periodicidad Información	Metodología Proyección
10.- Tasa de Retención en la Enseñanza Media: Esta Tasa expresa la capacidad de permanencia dentro del sistema educativo que manifiesta la matrícula que conforma la cohorte.	Corresponde a la suma de la matrícula que es evaluada en el último grado sobre la matrícula inicial de la cohorte. La fórmula utilizada es la siguiente:  Total de alumnos evaluados el último grado (4º medio) de la cohorte x 100.  Matrícula inicial de la cohorte i (1º medio).	MINEDUC, Departamento Estudios y Desarrollo.	Anual.	Series de tiempo, considerando variable dependiente log.
11.- Proporción de personas entre 15 y 65 años con menos de 8 años de escolaridad: Mide la proporción del total de la población cuya edad está entre los 15 y 65 años, y que tiene menos de 8 años de escolaridad, vale decir, no ha completado el ciclo básico de estudios.	Número de personas entre 15 y 65 años con menos de 8 años de escolaridad x 100.  Total de personas entre 15 y 65 años.	MIDEPLAN, Encuesta CASEN.	Bianual.	Tasa de crecimiento promedio anual.
12.- Proporción de personas entre 18 y 65 años de edad con menos de 12 años de escolaridad: Este indicador busca medir qué proporción del total de la población cuya edad está entre los 18 y 65 años, tiene menos de 12 años de escolaridad, vale decir, no ha finalizado la enseñanza media.	Número de personas entre 18 y 65 años con menos de 12 años de escolaridad x 100.  Total de personas entre 15 y 65 años.	MIDEPLAN, Encuesta CASEN	Bianual.	Tasa de crecimiento promedio anual.

231

### ANEXO 3

**CUADRO 2:** DESCRIPCIÓN DE LAS METODOLOGÍAS EMPLEADAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE PROYECCIONES.

Indicadores Mínimos Objetivos de Desarrollo del Milenio	Descripción Proyección
Tasa de Matrícula Neta en la enseñanza básica (Primaria y Secundaria Baja).	Para proyectar el comportamiento de este indicador al año 2015, se utilizó el método de las series de tiempo, por cuanto se disponía de la información de años anteriores. De esta manera, la aplicación de dicha metodología arrojó que para el año 2015 se estima una Tasa Neta de Matrícula del orden de 95,5%. En síntesis las cifras estimadas para los años 1990 son 88,0%, para el año 2000 91,0% y para el año 2015 95,5%:  Cabe mencionar que para la enseñanza media también se considerará la Tasa Neta de Matrícula, la cual – a diferencia de la calculada para enseñanza básica – no incluye a la Educación Especial. Se pretende, con esto, establecer una coherencia en las metodologías.
Porcentaje de los estudiantes que comienzan el primer grado y llegan al quinto grado.	Acercas de este indicador, no se dispone de información relativa al año 1990. Sólo existe información sobre el año 2000, por lo cual no es posible realizar una proyección para el año 2015 utilizando métodos matemáticos. En consecuencia, y tomando en cuenta que el valor para el año 2000 se puede considerar alto (91,6%), podemos conjeturar que para el año 2015 una proporción cercana a la totalidad de la población que habrá comenzado el primer grado, llegará al quinto, estimación que representamos simbólicamente con un 100,0%.
Tasa de Alfabetización de las personas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años.	Para obtener las cifras correspondientes al período 1990-2000 y la posterior estimación para el año 2015, se utilizaron las Encuestas CASEN de 1990, 1992, 1994, 1996, 1998 y 2000 como fuentes de información.  para proyectar el comportamiento de este indicador al año 2015, se utilizó el método de las series de tiempo, por cuanto se disponía de la información de años anteriores. De esta manera, la aplicación de dicha metodología arrojó que para el año 2015 se estima que un 99,9% del total de la población entre 18 y 24 sabrá leer y escribir. En resumen de las cifras estimadas para los años 1990 (98,5 %), año 2000 (99,1 %) y 2015 (99,9%).

Fuente: Departamento de Estudios y Desarrollo, MINEDUC.

Indicadores Mínimos Objetivos de Desarrollo del Milenio	Descripción	
Tasa de matrícula de 0 a 3 años	Se asume crecimiento de la matrícula de niños entre 0 y 3 años como foco de la política del nivel hacia el 2015, esperando que 1 de cada 3 niños de este tramo etéreo participen de algún programa. Con crecimiento en más de 11 puntos porcentuales en cobertura desde el año 1990 (5,4%), se proyecta que con un esfuerzo adicional desde el 2000 (11,3%) al 2015 se podrá lograr un crecimiento superior (cercano a los 20 puntos porcentuales), hasta lograr la meta de 30%.	
Tasa de matrícula neta 1NT y 2NT <sup>149</sup>	Acá se asume que dado los esfuerzos en la política de ampliación de cobertura del nivel, hasta el 2006 se proyecta una cobertura de un 85%, 45 puntos porcentuales más que en el 1990 (40,1%). Si se considera que en el año 2000 la Tasa subió a un 56,1%, se puede esperar que si se mantiene la intensidad de la política, es posible llegar entonces, a cobertura total.	
Cobertura por quintil de ingreso	I quintil	Se busca un fuerte crecimiento en la cobertura del quintil I. Desde el año 1990, éste ha presentado un crecimiento de 13,4 puntos porcentuales según datos CASEN (un punto porcentual por año). Se proyecta entonces a partir del año 2000, la cobertura de este quintil llegará a 60% (un poco más de dos puntos porcentuales por año, 34 puntos desde el 2000 al 2015).
	II quintil	En cuanto al II quintil, el efecto de la política de focalización implicará una proyección de crecimiento menor, con el propósito de que la brecha entre ambos quintiles se tienda a reducir. Según los datos CASEN, en este quintil se observa un crecimiento de 16,5 puntos porcentuales desde el año 1990 hasta el año 2003 (1,2 puntos porcentuales por año). La proyección de un crecimiento de 1,6 puntos porcentuales desde el 2000, implicará una variación de 25 puntos porcentuales hasta el 2015, llegándose a una meta proyectada de 55% de cobertura en este quintil.
Tasa de retención en la enseñanza básica	Para proyectar el comportamiento de este indicador para el año 2015, se modeló una serie de tiempo. Donde se encontró que el proceso es del tipo media móvil con dos rezagos, adicionalmente se definió la variable dependiente como logit, esto con la finalidad de que la proyección no excediera el máximo posible de 100,0%. La aplicación de dicha metodología arrojó que para el año 2015 se estima una Tasa de Retención del orden del 95,2%.	
Tasa de Neta de Matrícula en la enseñanza media	<p>El primer paso consiste en determinar, a partir de la información disponible, la Tasa neta de matrícula para los años comprendidos entre 1990 y 2000. Una vez obtenidos estos resultados, se procedió a proyectar la matrícula escolar en educación media según el tramo etéreo entre 14 y 17 años. Para esto lo primero es obtener la proporción de alumnos que entran al primer grado sobre la población del tramo etéreo que le corresponde entrar a primer grado, que son los niños con 7 años<sup>150</sup>, esta proporción se considera constante para todos los años siguientes. Adicionalmente se asume una Tasa de Aprobación y reprobación constante e igual a la obtenida el año 2003, para cada grado. Con lo anterior obtenemos la proyección de la matrícula por grado entre los años 2004 y 2015. Para obtener la matrícula por edad simple al 2015, se utilizó el porcentaje de alumnos que se encuentran matriculados en el grado correspondiente a su edad según lo mostrado el año 2003.</p> <p>La Tasa Neta de Matrícula en enseñanza media, que en el año 2000 correspondió a un 60,1%, se incrementaría a 72,9% hacia el año 2015, lo cual supone que se incluirán 191.673 personas más, entre 14 y 17 años cursando la enseñanza media.</p>	
Tasa de Conclusión de la enseñanza media	<p>En primer lugar se estimó la población entre 20 y 24 años con más de 12 años de escolaridad, lo que se realizó a través de una Tasa de Crecimiento Promedio Anual entre los años 1990 y 2000, se utilizó esta metodología debido a la insuficiencia de datos para aplicar otro método más certero. Separadamente se estimó la población entre 20 y 24 años con menos de 12 años de escolaridad. La sumatoria de estas dos cifras nos entrega la población total, lo que ocuparemos como denominador del indicador presentado.</p> <p>La Tasa de Conclusión de la enseñanza media, que para el año 2000 correspondió a 67,9%, se incrementaría a un 90,5% hacia el año 2015.</p>	
Tasa de Retención en la enseñanza media	Se determinó la Tasa de Retención en enseñanza media para la cohorte 1990-1995 hasta la cohorte 1997-2002, y sobre la base de esta información, se procedió a proyectar la Tasa de Retención, para las cohortes comprendidas en el periodo 2003 - 2015. Para esto se modeló una serie de tiempo donde se encontró que el proceso es del tipo media móvil con dos rezagos, adicionalmente se definió la variable dependiente como logit, esto con la finalidad de que la proyección no excediera el máximo posible de 100 %. Los resultados proyectados al año 2015 son 99,0%.	
Proporción de personas entre 15 y 65 años con menos de 8 años de escolaridad.	<p>Con el objeto de estimar el indicador para el año 2015, se proyectó la población entre 15 y 65 años según años de escolaridad: menos de 8 años y más de 8 años de estudio. En el primer caso, se utilizó la meta propuesta por el programa de adultos, es decir, al año 2015, 240 mil personas con educación básica completa. En el segundo caso, la estimación se realizó sobre la base de la Tasa de Crecimiento Promedio Anual del número de personas que, en el tramo de edad, tienen 8 o más años de escolaridad durante la década pasada (1990-2000). Además, se consideró el aumento del número de personas con 8 y más años de escolaridad, producto de la meta propuesta por el programa de adultos.</p> <p>La Proporción de personas entre 15 y 35 años con menos de 8 años para los años 1990 y 2000 corresponden a un 31% y un 22%, respectivamente. Este indicador proyectado para el año 2015 arroja una cifra de 15%.</p>	
Proporción de personas entre 18 y 65 años de edad con menos de 12 años de escolaridad.	<p>Con el objeto de estimar el indicador para el año 2015, se proyectó la población entre 18 y 65 años según años de escolaridad: menos de 12 años y 12 o más años de estudio. En el primer caso, se utilizó la meta propuesta por el programa de adultos, es decir, al año 2015, 600 mil personas con educación media completa. En el segundo caso, la estimación se realizó sobre la base de la Tasa de Crecimiento Promedio Anual del número de personas que, en el tramo de edad, tienen 12 o más años de escolaridad durante la década pasada (1990 -2000). Además, se consideró el aumento del número de personas con 12 y más años de escolaridad, producto de la meta propuesta por el programa de adultos.</p> <p>En el año 1990 los estudiantes adultos eran 72 mil, mientras que en el año 2004 alcanzan aproximadamente 320 mil (225.000 en la educación regular; 70.000 en la modalidad flexible y 22.000 en la campaña Contigo Aprendo, de alfabetización y certificación de 4° año básico). La proporción de personas entre 18 y 65 años de edad con menos de 12 años de escolaridad, registraba una tasa de 60% para 1990, reduciéndose a un 49% para el año 2000. La cifra proyectada para el año 2015 es de un 34%.</p>	

149 Primer Nivel de Transición, es el nivel de educación que atiende a niños de 4 años. Segundo Nivel de Transición es el nivel donde se atienden alumnos de 5 años. Ambos se refieren a la enseñanza preescolar.

150 Para lo cual se utilizó la proyección de población por edad simple realizada por CEPAL/CELADE. División de Población, Boletín Demográfico N° 66 de julio de 2000.

**ANEXO 4****CUADRO 1:**

SUPERFICIE DE SNASPE POR REGIÓN.

Región	Parques Nacionales Sup. (Ha.)	Reservas Nacionales Sup. (Ha.)	Monumentos Naturales Sup. (Ha.)
Tarapacá	312.627	309.781	11.298
Antofagasta	268.671	76.570	31
Atacama	148.544	-	
Coquimbo	9.959	5.088	128
Valparaíso	24.701	19.789	5
Metropolitana		10.185	3.009
O'Higgins	3.709	44.452	
Maule		18.669	
Bio Bio	11.600	72.759	
La Araucanía	147.538	149.022	172
Los Lagos	700.948	112.716	2.517
Aysén	2.064.334	2.223.913	409
Magallanes	5.235.253	2.346.189	311
<b>TOTAL</b>	<b>8.927.884</b>	<b>5.389.132</b>	<b>17.879</b>
<b>TOTAL NACIONAL</b>		<b>14.334.895</b>	

233

**ANEXO 4****CUADRO 2:**

CANTIDAD DE SNASPE POR REGIÓN.

Región	Parques Nacionales	Reservas Nacionales	Monumentos Naturales
Tarapacá	2	2	1
Antofagasta	1	2	1
Atacama	3	0	0
Coquimbo	1	2	1
Valparaíso	3	3	1
Metropolitana	0	1	1
O'Higgins	1	2	0
Maule	0	7	0
Bio Bio	1	4	0
La Araucanía	5	6	2
Los Lagos	6	5	3
Aysén	4	11	2
Magallanes	5	3	3
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>48</b>	<b>15</b>
<b>TOTAL NACIONAL</b>			<b>95</b>

**ANEXO 4**

**CUADRO 3: PARQUES NACIONALES POR REGIÓN.**

REGIÓN	NOMBRE DE LA UNIDAD	PROVINCIA	COMUNA	SUPERFICIE (ha)
Tarapacá	Lauca	Parinacota	Putre	137.883
	Volcán Isluga	Iquique	Colchane	174.744
Antofagasta	Llullaillaco	Antofagasta	Antofagasta	268.671
Atacama	Pan de Azúcar	Antofagasta / Copiapó	Taltal / Chañaral	43.754
	Llanos de Challe	Huasco	Huasco	45.708
	Nevado de Tres Cruces	Copiapó	Copiapó / Tierra Amarilla	59.082
Coquimbo	Bosque Fray Jorge	Limarí	Ovalle	9.959
Valparaíso	La Campana	Quillota	Hijuelas / Olmué	8.000
	Archipiélago de Juan Fernández	Valparaíso	Juan Fernández	9.571
	Rapa Nui	Isla de Pascua	Isla de Pascua	7.130
O'Higgins	Las Palmas de Cocalán	Cachapoal	Las Cabras	3.709
Bío Bío	Laguna del Laja	Bío - Bío	Antuco	11.600
La Araucanía	Conguillío	Cautín/Malleco	Melipeuco / Vilcún	60.832
	Huerquehue	Cautín	Pucón	12.500
	Nahuelbuta	Malleco	Angol	6.832
	Tolhuaca	Malleco	Victoria	6.374
	Villarrica	Cautín	Pucón / Curarrehue	61.000
Los Lagos	Chiloé	Chiloé	Ancud	43.057
	Puyehue	Osorno	Puyehue	107.000
		Valdivia	Río Bueno	
	Vicente Pérez Rosales	Llanquihue	Puerto Varas	253.780
	Alerce Andino	Llanquihue	Puerto Montt	39.255
	Hornopirén	Palena	Hualaihue	48.232
Corcovado	Palena	Chaitén	209.624	
Aysén	Isla Guamblín	Aysén	Aysén	10.625
	Isla Magdalena	Aysén	Cisnes	157.616
	Laguna San Rafael	Aysén	Aysén	1.742.000
	Queulat	Aysén	Cisnes	154.093
Magallanes	Bernardo O'Higgins	Capitán Prat	Tortel	3.552.901
		Última Esperanza	Puerto Natales	
	Alberto de Agostini	Antártica Chilena	Navarino	1.460.000
	Cabo de Hornos	Antártica Chilena	Navarino	63.093
	Pali Aike	Magallanes	San Gregorio	5.030
Torres del Paine	Última Esperanza	Torres del Paine	181.229	
<b>SUPERFICIE TOTAL</b>				<b>8.927.884</b>

**ANEXO 4**

**CUADRO 4:**

**RESERVAS NACIONALES POR REGIÓN.**

REGIÓN	NOMBRE DE LA UNIDAD	PROVINCIA	COMUNA	SUPERFICIE (ha)	REGIÓN
I	Las Vicuñas Pampa del Tamarugal	Parinacota Iquique	Putre Pozo Almonte / Huara	209.131 100.650	309.781
II	La Chimba Los Flamencos	Antofagasta El Loa	Antofagasta San Pedro de Atacama	2.583 73.987	76.570
IV	Los Pingüinos de Humboldt Las Chinchillas	Huasco/Elqui Choapa	Freirina/La Higuera Illapel	859 4.229	5.088
V	Río Blanco Lago Peñuelas El Yali	Los Andes Valparaíso San Antonio	Los Andes Valparaíso San Antonio	10.175 9.094 520	19.789
R.M.	Río Clarillo	Cordillera	Pirque	10.185	10,185
VI	Río Los Cipreses Roblería del Cobre de Loncha	Cachapoal Melipilla	Machalí Alhué	38.582 5.870	44.452
VII	Federico Albert Laguna Torca Los Ruiles Los Bellotos del Melado Los Queules Altos de Lircay Radal Siete Tazas	Cauquenes Curicó Cauquenes Linares Cauquenes Talca Curicó	Chanco Vichuquén Chanco Colbún Pelluhue San Clemente Molina	145 604 45 417 147 12.163 5.148	18.669
VIII	Ñuble Isla Mocha Los Huemules de Niblinto Ralco	Ñuble Arauco Ñuble Bío-Bío	Pinto Tirúa Coihueco Santa Bárbara	55.948 2.369 2.021 12.421	72.759
IX	Alto Bío-Bío China Muerta Malalcahuello Malleco Nalcas Villarrica	Malleco Cautín Malleco Malleco Malleco Cautín	Lonquimay Melipeuco Lonquimay Collipulli Lonquimay Pucón/Curarrehue	35.000 9.887 13.730 16.625 13.775 60.005	149.022
X	Lago Palena Llanquihue Futaleufú Valdivia Mocho-Choshuenco	Palena Llanquihue Palena Valdivia Valdivia	Palena Puerto Montt Futaleufú Corral Panguipulli/Futrono	49.415 33.972 12.065 9.727 7.537	112.716
XI	Cerro Castillo Coihaique Katalalixar Lago Carlota Lago Cochrane Lago Jeinimeni Lago Las Torres Trapananda Lago Rosselot Las Guaitecas Río Simpson	Coihaique Coihaique Capitán Prat Coihaique Capitán Prat General Carrera Coihaique Coihaique Aysén Aysén Aysén	Coihaique Coihaique Cochrane Lago Verde Cochrane Chile Chico Lago Verde Coihaique Cisnes Cisnes Aysén y Coihaique	179.550 2.150 674.500 27.110 8.361 161.100 16.516 2.305 12.725 1.097.975 41.620	2.223.912           2.346.189
XII	Alcalufes Laguna Parrillar Magallanes	Última Esperanza Magallanes Magallanes	Puerto Natales Punta Arenas Punta Arenas	2.313.875 18.814 13.500	
<b>SUPERFICIE TOTAL</b>					<b>5.389.132</b>

**ANEXO 4**

**CUADRO 5:**

**MONUMENTOS NACIONALES.**

Región	Nombre de la Unidad	Provincia	Comuna	Superficie (ha)
I	Salar de Surire	Parinacota	Putre	11.298
II	La Portada	Antofagasta	Antofagasta	31
IV	Pichasca	Limarí	Río Hurtado	128
V	Isla Cachagua	Petorca	Zapallar	4,5
R.M.	El Morado	Cordillera	San José de Maipo	3.009
IX	Contulmo	Malleco	Purén	82
	Cerro Ñielol	Cautín	Temuco	90
X	Alerce Costero	Valdivia	La Unión	2.308
	Islotes de Puñihuil	Chiloé	Ancud	9
	Lahuen Ñadi	Llanquihue	Puerto Montt	200
XI	Dos Lagunas	Cohaique	Cohaique	181
	Cinco Hermanas	Aysén	Aysén	228
XII	Los Pingüinos	Magallanes	Punta Arenas	97
	Laguna de los Cisnes	Tierra del Fuego	Porvenir	25
	Cueva del Milodón	Última Esperanza	Puerto Natales	189
<b>SUPERFICIE TOTAL</b>				<b>17.879</b>

236

**ANEXO 4**

**CUADRO 6:** Superficie Áreas Marinas Costero Protegidas. AMCP - AMP.

Nombre	Región	Categoría	Superficie (ha)	Creada antes de 1990	Entre 1990 y 2000	Año 2006
La Rinconada	Antofagasta	Reserva marítima	337,61			337,61
Los Morros -desembocadura Río Copiapó	Atacama	Área marina y Costera protegida	3.839			3.839
Isla Chañaral	Atacama	Reserva marítima	425,1			425,1
Isla Choros e Isla Dama	Coquimbo	Reserva marítima	2.500			2.500
La Cruces	Valparaíso	Área marina y costera protegida	14,5			14,5
Coral Nui-Nui	Valparaíso	Parque submarino	8,9		8,9	8,9
Motu-Tautara	Valparaíso	Parque submarino	9		9	9
Hanga Oteo	Valparaíso	Parque submarino	165		165	165
San Ignacio de Huinay	Los Lagos	Área marina y costera protegida	212			212
Pullínque	Los Lagos	Reserva marítima	740	740	0	740
Putemun	Los Lagos	Reserva marítima	751	751	0	751
Lafken -Mapu-Lalhual	Los Lagos	Área marina y costera protegida	4.463,75			4.463,75
Canal Quitrarco	Aysén	Santuario de la Naturaleza	17.600		17.600	17.600
Francisco Coloane	Magallanes	Área marina y costera protegida	67.197			67.197
Superficie (ha) de nuestro mar territorial según subsecretaría de marina= 12.082.700			<b>Totales</b>	<b>1.491,00</b>	<b>17.782,85</b>	<b>98.262,81</b>
				0,012%	0,15%	0,81%

Fuente: Subsecretaría de Marina

**ANEXO 4****CUADRO 7:**

Porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible al agua potable en zonas urbanas, por región años respectivos.

Región	AÑO			
	2003 %	2004 %	2005 %	2006 %
Tarapacá	0,1	0,1	0,1	0,0
Antofagasta	0,0	0,0	0,0	0,0
Atacama	0,8	0,5	0,4	0,4
Coquimbo	0,1	0,1	0,1	0,1
Valparaíso	0,8	0,8	0,7	0,7
Metropolitana	0,9	1,0	0,9	0,8
O'Higgins	0,3	0,3	0,3	0,3
Maule	0,7	0,7	0,7	0,6
Bío Bío	0,1	0,4	0,2	0,2
La Araucanía	0,0	0,0	0,0	0,0
Los Lagos	0,0	0,1	0,1	0,0
Aysén	0,0	0,0	0,0	0,1
Magallanes	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>Total</b>	<b>0,2</b>	<b>0,3</b>	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>

Fuente: Superintendencia de Servicios Sanitarios.

**ANEXO 4****CUADRO 8:**

Porcentaje de la población urbana sin sistemas de alcantarillado, por región, años respectivos

Región	AÑO			
	2003 %	2004 %	2005 %	2006 %
Tarapacá	2,3	1,2	1,5	1,9
Antofagasta	1,1	0,8	0,8	0,6
Atacama	6,0	5,5	5,2	4,9
Coquimbo	5,9	4,9	4,6	4,4
Valparaíso	10,5	10,1	9,3	8,8
Metropolitana	17,6	17,2	16,8	16,4
O'Higgins	6,7	5,4	7,0	5,0
Maule	10,3	9,3	9,8	9,7
Bío Bío	8,3	8,1	8,1	6,8
La Araucanía	10,6	9,7	9,1	8,5
Los Lagos	7,6	7,2	6,8	6,7
Aysén	1,0	0,9	2,1	2,2
Magallanes	2,1	1,9	1,6	1,6
<b>Total</b>	<b>5,6</b>	<b>5,2</b>	<b>5,1</b>	<b>4,8</b>

Fuente: Superintendencia de Servicios Sanitarios.

**ANEXO 4****CUADRO 9:**

Porcentaje de la población urbana sin servicios de tratamiento de aguas servidas, por región, años respectivos.

Región	AÑO			
	2003 %	2004 %	2005 %	2006 %
Tarapacá	3,9	1,9	2,3	2,6
Antofagasta	1,1	0,8	0,8	0,6
Atacama	22,5	10,6	10,1	4,9
Coquimbo	6,3	5,0	4,7	7,1
Valparaíso	23,3	15,6	14,7	8,9
Metropolitana	19,4	17,6	18,0	16,7
O'Higgins	66,0	65,6	64,9	12,4
Maule	26,2	28,1	21,9	10,9
Bío Bío	85,7	87,4	87,3	22,1
La Araucanía	41,2	10,6	10,1	9,2
Los Lagos	28,6	12,5	6,8	6,7
Aysén	89,4	8,4	10,9	4,5
Magallanes	36,9	32,7	30,6	27,6
<b>Total</b>	<b>34,3</b>	<b>28,5</b>	<b>26,7</b>	<b>18,1</b>

Fuente: Superintendencia de Servicios Sanitarios.

**ANEXO 4****CUADRO 10:**

Coberturas agua potable (ap), alcantarillado (alc) y aguas servidas (tas), años respectivos y proyección 2015.

AÑO	AP %	ALC %	TAS %
1996	90,8	90,4	s/i
1997	91,6	91,0	s/i
1998	99,3	91,6	16,7
1999	99,2	92,1	22,6
2000	99,6	93,1	20,9
2001	99,7	93,6	39,4
2002	99,7	94,1	42,2
2003	99,8	94,4	65,7
2004	99,7	94,8	71,5
2005	99,8	94,9	73,3
2006	99,8	95,2	81,9
2015	100,0	100,0	99,0

Fuente: Superintendencia de Servicios Sanitarios.

## ANEXO 4

### CUADRO 11:

Aspectos Conceptuales seguridad de la tenencia

A continuación se señalan los NBI que sumados a la tenencia insegura, caracterizan la condición de tugurio:

#### I. NBI por origen de agua:

##### 1. Zonas urbanas

Sin NBI: Viviendas con agua por cañería dentro de la vivienda

Con NBI: Viviendas con agua por cañería en el sitio, pero fuera de la vivienda o no tiene agua por cañería

##### 2. Zonas rurales:

Sin NBI: Viviendas con agua por cañería dentro de la vivienda o viviendas con agua por cañería en el sitio, pero fuera de la vivienda

Con NBI: No tiene agua por cañería

#### II. NBI por sistema de eliminación de excretas:

##### 1. Zonas urbanas y rurales:

Sin NBI: Vivienda con WC conectado a alcantarillado o fosa séptica

Con NBI: Vivienda con cajón sobre pozo negro o sobre acequia, canal; químico o no tiene sistema de eliminación de excretas

#### III. NBI por tipo de vivienda:

##### Zonas urbanas y rurales:

Sin NBI: Vivienda tipo casa o departamento en edificio

Con NBI: Vivienda tipo pieza en casa antigua o conventillo; mediagua, mejora, ruca, choza, vivienda móvil u otro tipo de vivienda particular

#### IV. NBI por hacinamiento:

##### Zonas urbanas y rurales:

Sin NBI: 2,4 y menos personas por dormitorio

Con NBI: 2,5 y más personas por dormitorio

## ANEXO 5

**CUADRO 1:** Iniciativas implementadas por la AGCI en el período 2000-2007 en materia de erradicación de la pobreza extrema y el hambre.

Proyecto y/o Actividad	Países Beneficiarios	Año de Implementación
1. Proyecto "Un techo para El Salvador".	El Salvador.	2001.
2. Asistencia Técnica en "Viviendas de Interés Social".	El Salvador.	2001.
3. Apoyo a la Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente – SOSEP.	Guatemala.	2001.
4. Apoyo a políticas de vivienda.	República Dominicana.	2001.
5. Proyecto JCPP "Cultivo de Peces Marinos".	Cuba.	2001-2006.
6. Seminario Regional "Fortalecimiento y Desarrollo de las PYMES".	Sede: Panamá Participantes: Costa Rica, Cuba, Guatemala, Honduras, Nicaragua, República Dominicana, Belice, El Salvador y Argentina.	2002.
7. Seminario Regional "Construcción de Viviendas de Interés Social".	Sede: Cuba Participantes: El Salvador, Belice, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y República Dominicana.	2002-2003.
8. Apoyo al Proyecto PLANTE "Sustitución de Cultivos Ilícitos y Desarrollo Social".	Colombia.	2002.
9. Apoyo al Proyecto "Desarrollo de la Frontera Norte – UDENOR".	Ecuador.	2002.
10. Proyecto Chile-Flandes "Desarrollo de microempresas rurales".	Nicaragua.	2002-2003.
11. Diplomado en "Evaluación Social de Proyectos".	Guatemala, Honduras, Nicaragua, Costa Rica, Ecuador, Perú y Bolivia.	2002.
12. Apoyo a la participación de 3 artesanos haitianos en la Feria Internacional de Artesanía que organiza anualmente la PUC.	Haití.	2004-2007.
13. Proyecto JCPP "Desarrollo de Acuicultura sostenible de concha de abanico para pescadores artesanales de Casma".	Perú	2004-2006
14. Proyecto JCPP "Apoyo a la Gestión Organizacional y Económica de la Pesca Artesanal en la Provincia de Esmeralda".	Ecuador.	2004-2006.
15. Asistencia Técnica en "Seguridad Alimentaria".	El Salvador.	2005.
16. Proyecto "Apoyo a los Programas de Seguridad Alimentaria de FAO en Guatemala".	Guatemala.	2005-2006.
17. Proyecto "Déficit habitacional".	Paraguay.	2006-2007.
18. Proyecto "Desarrollo Rural Local".	Haití.	2006-2007.
19. Apoyo al Proyecto "Invernaderos – Huertas comunitarias".	Argentina.	2007.
20. Asistencia Técnica en Agricultura Campesina.	Bolivia.	2007.
21. Proyecto "Apoyo a la consolidación de la Red de Pobreza – JUNTOS".	Colombia.	2007.
22. Proyecto "Desarrollo Económico Local en Caldas".	Colombia.	2007.
23. Asistencia Técnica en estrategias de generación de ingresos en proyectos productivos.	Honduras.	2007.

## ANEXO 5

**CUADRO 1:** Iniciativas implementadas por la AGCI en el período 2000-2007 en materia de erradicación de la pobreza extrema y el hambre. (continuación).

Proyecto y/o Actividad	Países Beneficiarios	Año de Implementación
24. Proyecto "Apoyo agroempresarial a pequeños productores".	Panamá.	2007.
25. Proyecto "Desarrollo Económico Local en Palca y Tarata".	Perú.	2007.

## ANEXO 5

**CUADRO 2:** Iniciativas implementadas por la AGCI en el ámbito del lograr la enseñanza primaria universal, para el período 2000-2007.

Proyecto y/o Actividad	Países Beneficiarios	Año de Implementación
1. Seminario Regional "Diagnóstico participativo en educación: Calidad, Eficiencia y Equidad".	Sede: Honduras. Participantes: El Salvador, Belice, Costa Rica, Guatemala, Nicaragua, Panamá y República Dominicana.	2002-2004.
2. Pasantía en "Adecuaciones Curriculares".	Panamá.	2002.
3. Proyecto JCPP "Fortalecimiento de la Formación y Capacitación Docente".	República Dominicana.	2002-2006.
4. Diplomado en Educación de Calidad y Equidad.	Costa Rica, Cuba, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, Ecuador, Perú y Bolivia.	2002.
5. Proyecto "Creación del Portal Nacional de Educación" <a href="http://www.educabolivia.bo">www.educabolivia.bo</a> .	Bolivia.	2006-2007.
6. Programa Escuelas Chile.	Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Ecuador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú y República Dominicana.	2006-2007.
7. Proyecto "Creación del Portal Nacional de Educación" <a href="http://www.educarecuador.ec">www.educarecuador.ec</a> .	Ecuador.	2006.
8. Apoyo al proyecto "corredor de los niños".	Argentina.	2007.
9. Instalación de Centros de Educación Pre-escolar.	Haití.	2007.

## ANEXO 5

### CUADRO 3: Iniciativas implementadas por la AGCI en la temática género.

Proyecto y/o Actividad	Países Beneficiarios	Año de Implementación
1. Seminario Regional "Enfoque de género en la formulación de políticas públicas".	Sede: Guatemala. Participantes: Guatemala, Nicaragua, Costa Rica, Belice, Panamá, Cuba, Honduras, El Salvador y República Dominicana.	2004.
2. Seminario Regional "Asociatividad, Género y desarrollo económico local: enfoques transversales que mejoran la integración de las MIPYMES a los mercados nacionales e internacionales".	Sede: Nicaragua. Participantes: Argentina, Belice, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, CARICOM, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.	2005.
3. Seminario Regional "Modernización del Estado y Equidad de Género".	Sede: Uruguay. Participantes: Belice, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y CARICOM.	2005.
4. Taller Internacional "Diseño de Políticas Públicas, Fomento Productivo y Género".	Sede: Chile.	2005.
5. Taller Nacional "Desarrollo Empresarial incorporando el enfoque de Género".	Nicaragua.	2005.
6. Seminario Regional "Modernización del Estado y equidad de género".	Ecuador.	2006.
7. Programa Mujeres de América.	Guatemala, Cuba, Colombia, Ecuador, República Dominicana, Panamá, Nicaragua, El Salvador y Costa Rica.	2007.
8. Proyecto "Apoyo al emprendimiento empresarial de mujeres de las cooperativas de pesca en Esmeralda".	Ecuador	2007.

## ANEXO 5

### CUADRO 4: Iniciativas implementadas por la AGCI en el período 2000-2007, en reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna.

Proyecto y/o Actividad	Países Beneficiarios	Año de Implementación
1. Asistencia Técnica en "Administración hospitalaria".	Honduras.	2001.
2. Apoyo al Patronato nacional de nutrición.	Panamá.	2001.
3. Proyecto "Fortalecimiento del Sistema de Salud".	Bolivia.	2006-2007.
4. Asistencia Técnica en "Garantías de salud y la experiencia de la reforma chilena".	Ecuador.	2006.
5. Proyecto "Apoyo a la implementación de la Estrategia para disminuir la desnutrición infantil".	Perú.	2007.

## ANEXO 5

**CUADRO 5:** Iniciativas implementadas por la AGCI en el período 2000-2007 respecto a combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades.

Proyecto y/o Actividad	Países Beneficiarios	Año de Implementación
1. Seminario Regional "Salud – Vigilancia Epidemiológica".	Panamá.	2001.
2. Asistencia Técnica en "Seguridad y Salud Ocupacional".	Cuba.	2001.
3. Pasantía sobre "Prevención de anemia en grupos vulnerables".	Cuba.	2002.
4. Asistencia Técnica en "Fortalecimiento de la Red de Salud en Vigilancia Epidemiológica".	Uruguay.	2007.

## ANEXO 5

**CUADRO 6:** Iniciativas implementadas por la AGCI en el período 2000-2007 para garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

Proyecto y/o Actividad	Países Beneficiarios	Año de Implementación
1. Seminario Regional "Gestión de riesgos y/o desastres naturales".	Honduras.	2001.
2. Curso Internacional "Manejo integral de Cuencas Hidrográficas".	Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.	2001-2008.
3. Curso Internacional "Gestión Integral de Riesgo Operacional en la Minería".	Argentina, Bolivia, Uruguay y Perú.	2001-2005.
4. Asistencia Técnica en "Estudios de Impacto Ambiental".	Guatemala.	2002.
5. Proyecto JCPP "Control Fito y Zoonosario".	Bolivia.	2002-2004.
6. Seminario "Seguridad Minera y Medio Ambiente".	Bolivia.	2002.
7. Seminario "Fortalecimiento Institucional para el control fitozoosanitario".	Jamaica.	2004.
8. Seminario Regional "Control Fitozoosanitario y normas de exportación silvoagropecuarias".	Sede: Uruguay. Participantes: Argentina, Bolivia, Colombia, Paraguay, Perú y Uruguay.	2004.
9. Seminario Regional "Sanidad Vegetal, Programas de Control de las moscas de la fruta".	Sede: Bolivia. Participantes- Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, Uruguay, Paraguay, Perú y Venezuela.	2004.
10. Seminario Regional "Sistemas de gestión de riesgos, salud ocupacional, medio ambiente y calidad, en la competitividad de las empresas mineras".	Sede: Chile. Participantes: Argentina, Brasil, Bolivia, Perú y Uruguay.	2004.
11. Taller Nacional "Drenaje ácido de minas, residuos mineros masivos y tratamiento, muestreo y monitoreo de aguas ácidas".	Bolivia.	2004.
12. Taller Nacional "Fortalecimiento Institucional para el control fitozoosanitario".	Guyana.	2004.
13. Curso Internacional "Gestión y Política Ambiental para Latinoamérica y El Caribe".	Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua.	2004-2007.
14. Taller Nacional "Fortalecimiento de la Cadena Forestal".	Colombia.	2004.
15. Apoyo al Proyecto "Técnicas de Monitoreo de la Calidad del Agua".	Panamá.	2004.
16. Taller Nacional "Política y Desarrollo Forestal".	Colombia.	2005.
17. Proyecto "Fortalecimiento de proyectos forestales y agrícolas".	Colombia.	2007.

## ANEXO 5

**CUADRO 7:** Iniciativas relacionadas con el Objetivo 8 de los ODM, las cuales han beneficiado a un total de 21 países de Latinoamérica y El Caribe.

Proyecto y/o Actividad	Países Beneficiarios	Año de Implementación
1. Seminario Regional "Rendición de cuentas y derecho administrativo comparado".	Costa Rica.	2001.
2. Seminario Regional "Políticas Públicas y su impacto en la sociedad civil".	Guatemala.	2001.
3. Intercambio entre Cancillerías.	Costa Rica, Honduras, Nicaragua.	2001.
4. Pasantía en "Apoyo a Políticas Fiscales".	Costa Rica.	2001.
5. Asistencia Técnica en "Inversión pública".	Guatemala.	2001.
6. Seminario Regional "La cooperación internacional en América Latina: Desafíos y perspectivas".	Sede: Colombia. Participantes: América Latina y El Caribe.	2001.
7. Proyecto Chile-Finlandia "Desarrollo de la pequeña y mediana industria de muebles".	Nicaragua.	2001-2003.
8. Proyecto Chile-Flandes "Fortalecimiento municipal, participación ciudadana y autonomía a través de la estrategia nacional de desarrollo local".	El Salvador.	2002-2004.
9. Seminario Regional "Gobernabilidad y Democracia".	Sede: República Dominicana. Participantes: Panamá, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Belice y El Salvador.	2002.
10. Seminario Regional "Negociaciones Internacionales y Promoción de Exportaciones".	Sede: El Salvador. Participantes: Costa Rica, Cuba, Guatemala, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Panamá.	2002.
11. Intercambio en promoción de inversiones.	Cuba.	2002.
12. Pasantía sobre "Descentralización de Políticas Públicas".	Guatemala.	2002.
13. Capacitación en manejo gerencial y técnico de proyectos de producción comunitaria.	Panamá.	2002.
14. Asistencia Técnica para la implementación de un portal electrónico.	República Dominicana.	2002.
15. Seminario Taller "Negociaciones Económicas Internacionales y Diplomacia al Servicio de la Integración".	Sede: Chile. Participantes: Países miembros del CARICOM.	2002.
16. Seminario Regional "Procesos de Integración y Negociaciones Internacionales".	Sede: Guatemala. Participantes: Costa Rica, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua y Panamá.	2003.
17. Seminario Regional "Juventud, Gobernabilidad y Democracia".	Participantes: Bolivia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana.	2003-2004.
18. Seminario Regional "Integración, Migración, Cooperación y Desarrollo".	Participantes: Bolivia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay y Perú.	2003-2004.
19. Seminario Regional "Fortalecimiento de la Red de Puntos Focales de Cooperación Internacional".	Sede: Perú. Participantes: Bolivia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay y República Dominicana.	2003.
20. Seminario Regional "Negociaciones Internacionales, tratados de libre comercio y promoción de exportaciones: La experiencia chilena".	Sede: Jamaica. Participantes: países miembros del CARICOM.	2003.

## ANEXO 5

**CUADRO 7:** Iniciativas relacionadas con el Objetivo 8 de los ODM, las cuales han beneficiado a un total de 21 países de Latinoamérica y El Caribe. (continuación).

Proyecto y/o Actividad	Países Beneficiarios	Año de Implementación
21. Proyecto Chile-Suecia "Creación de una carrera de tecnología de la madera en Bolivia".	Bolivia.	2004-2006.
22. Seminario Regional "Construcción de Capacidades de Gobierno Electrónico".	Participantes: Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.	2003-2005.
23. Seminario Regional "La Promoción de las Exportaciones en los nuevos escenarios de la Globalización".	Sede: El Salvador.  Participantes: Belice, Bolivia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y CARICOM Secretariat.	2004.
24. Seminario Regional "Escenarios Comerciales y Oportunidad de Negocios de Bolivia, Brasil, Argentina y Perú a través de la Macrozona Norte Chilena".	Sede: Bolivia.  Participantes: Argentina, Brasil, Bolivia y Perú.	2004.
25. Encuentro Centroamericano "Desafíos de la Educación respecto al sector productivo en el contexto de los tratados de libre comercio".	Sede: Guatemala.  Participantes: Panamá, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua.	2004.
26. Encuentro Centroamericano "Políticas Públicas: Inversión social, inversión en tecnología y gasto público".	Sede: El Salvador.  Participantes: Costa Rica, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y El Salvador.	2004.
27. Seminario Regional "Estrategias para el desarrollo de la competitividad de la micro, pequeña y mediana empresa".	Sede: Nicaragua.  Participantes: Belice, Bolivia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana.	2004.
28. Seminario Regional "Desarrollo de Capacidades orientado a la cooperación Sur-Sur".	Participantes: Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, República Dominicana, Uruguay, Venezuela y CARICOM.	2004-2006.
29. Apoyo a la reunión interparlamentaria "Reunión con ocasión de la XI UNCTAD".	Brasil.	2004.
30. Apoyo a la reunión interparlamentaria "la Democracia, la Gobernabilidad y los Partidos Políticos en América Latina".	Brasil.	2004.
31. Taller Nacional "Negociaciones Internacionales".	Panamá.	2004.
32. Taller Nacional "Capacitación técnica para el fortalecimiento institucional de la Subsecretaría de Cooperación Técnica y Sectores Usuarios de la Cooperación".	República Dominicana.	2004.
33. Taller Nacional "Single Market & Economy".	Jamaica.	2004.
34. Seminario Regional "Buenas prácticas en seguridad ciudadana en una alianza comunidad-policía".	Sede: El Salvador.  Participantes: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, República Dominicana.	2005.
35. Seminario para la Comunidad Andina "Procesos de Integración y Negociaciones Internacionales".	Sede: Colombia.  Participantes: Perú, Bolivia, Ecuador, Venezuela y Colombia.	2005.
36. Seminario Regional "Modernización del Estado y Planificación del Desarrollo Regional y Local".	Sede: Panamá.  Participantes: Belice, Brasil, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, República Dominicana, Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay, Venezuela y CARICOM.	2005.

## ANEXO 5

**CUADRO 7:** Iniciativas relacionadas con el Objetivo 8 de los ODM, las cuales han beneficiado a un total de 21 países de Latinoamérica y El Caribe. (continuación).

Proyecto y/o Actividad	Países Beneficiarios	Año de implementación
37. Seminario Regional "Gobernabilidad, Democracia y Participación: El enfoque de las políticas públicas".	Sede: Guatemala.  Participantes: Argentina, Bolivia, Costa Rica, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.	2005.
38. Seminario "Estrategia Regional para la Cooperación Interuniversitaria: gestión, investigación y docencia".	Sede: Bolivia.  Participantes: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Perú y Uruguay.	2005-2006.
39. Seminario Regional "La participación de la juventud en el logro de las metas del milenio".	Sede: El Salvador.  Participantes: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.	2005.
40. Seminario Regional "Negociaciones Internacionales y administración de los acuerdos comerciales".	Sede: Guatemala.	2005.
41. Proyecto JCPP "Fortalecimiento Comercial e Institucional de Exporta".	El Salvador.	2006-2009.

RED GUBERNAMENTAL



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN

GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE EDUCACIÓN



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DEL TRABAJO  
Y PREVISIÓN SOCIAL

GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DEL TRABAJO  
Y PREVISIÓN SOCIAL



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE AGRICULTURA  
CONAF

GOBIERNO DE CHILE  
CORPORACIÓN NACIONAL FORESTAL



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE OBRAS  
PÚBLICAS

GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS  
Y TELECOMUNICACIONES



GOBIERNO DE CHILE  
MINVU

GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE VIVIENDA  
Y URBANISMO



GOBIERNO DE CHILE  
COMISIÓN NACIONAL  
DEL MEDIO AMBIENTE

GOBIERNO DE CHILE  
COMISIÓN NACIONAL DEL  
MEDIO AMBIENTE



GOBIERNO DE CHILE  
COMISIÓN NACIONAL  
DE ENERGÍA

GOBIERNO DE CHILE  
COMISIÓN NACIONAL DE ENERGÍA



SERNAM  
EN CADA MUJER

GOBIERNO DE CHILE  
SERVICIO NACIONAL DE LA MUJER



GOBIERNO DE CHILE  
SUPERINTENDENCIA DE  
SERVICIOS SANITARIOS

GOBIERNO DE CHILE  
SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS  
SANITARIOS



CHILE  
INE

GOBIERNO DE CHILE  
INSTITUTO NACIONAL DE  
ESTADÍSTICA (INE)

SISTEMA DE LAS  
NACIONES UNIDAS EN CHILE

---



PROGRAMAS DE LAS NACIONES  
UNIDAS PARA EL DESARROLLO  
(PNUD)

---



ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL  
DEL TRABAJO (OIT)

---



ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES  
UNIDAS PARA LA AGRICULTURA Y  
LA ALIMENTACIÓN (FAO)

---



FONDO DE LAS NACIONES  
UNIDAS PARA LA INFANCIA  
(UNICEF)

---



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud

ORGANIZACIÓN  
PANAMERICANA  
DE LA SALUD (OPS)  
ORGANIZACIÓN  
MUNDIAL DE LA  
SALUD (OMS)

---



ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES  
UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA  
CIENCIA Y LA CULTURA (UNESCO)

---



OFICINA DE ALTO COMISIONADO DE  
LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS  
DERECHOS HUMANOS (OACNUDH)

---



NACIONES UNIDAS



COMISIÓN ECONÓMICA PARA  
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE  
(CEPAL)

---



UNIÓN INTERNACIONAL DE  
TELECOMUNICACIONES (UIT)

---



FONDO DE DESARROLLO DE LAS  
NACIONES UNIDAS PARA LA MUJER  
(UNIFEM)

---



ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL  
PARA LAS MIGRACIONES (OIM)

---



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH  
**ONUSIDA**  
• UNICEF • PNUD • PNUAP • PNUFID • OIT  
• UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL •

PROGRAMA CONJUNTO DE LAS  
NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH  
(ONUSIDA)

---



ALTO COMISIONADO DE LAS  
NACIONES UNIDAS PARA LOS  
REFUGIADOS (ACNUR)

---



FONDO DE POBLACIÓN DE LAS  
NACIONES UNIDAS (UNFPA)

---