

Distr.
RESTRINGIDA
LC/R. 557(Sem.35/14)
25 de noviembre de 1986
ORIGINAL: ESPAÑOL

C E P A L

Comisión Económica para América Latina y el Caribe

Reunión sobre Crisis Externa: Proceso de Ajuste y su Impacto Inmediato y de Largo Plazo en el Desarrollo Social: ¿Que Hacer? organizada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Lima, Perú, 25 al 28 de noviembre de 1986



CHILE: ESTRATEGIAS E INSTRUMENTOS DE DESARROLLO SOCIAL */

*/ Este documento ha sido preparado por la Secretaría de Desarrollo y Asistencia Social de la Secretaría General de la Presidencia del Gobierno de Chile. Las opiniones expresadas en este documento son de su exclusiva responsabilidad y pueden no coincidir con las de las Organizaciones patrocinadoras de la reunión.

I N D I C E

	<u>Página</u>
I. HISTORIA DE LA POBREZA EN CHILE.....	1
II. MARCO CONCEPTUAL DE LA POBREZA.....	3
III. LAS POLITICAS SOCIALES EN CHILE.....	8
IV. DIAGNOSTICOS SOCIALES, SITUACION EN 1974.....	11
V. ESTRATEGIA DE DESARROLLO SOCIAL Y CARACTERISTICAS DE LAS POLITICAS SOCIALES A PARTIR DE 1974.....	16
VI. EFECTOS DE LA RECESION EN LA EXTREMA POBREZA.....	20
VII. APLICACION DE LAS POLITICAS A NIVEL SECTORIAL.....	33
ANEXOS : GRAFICOS.....	39

I. HISTORIA DE LA POBREZA EN CHILE

Diversos estudios afirman hoy en día que la extrema pobreza no es un fenómeno nuevo en Chile, algunos autores sostienen que ésta crece desde fines del siglo XIX, hasta los años 30 de nuestro siglo, que después baja constantemente hasta nuestros días, pero que a pesar de esta tendencia favorable todavía alcanza a un porcentaje importante de la población total.

Respaldando esta afirmación, que la existencia de personas viviendo en condiciones de extrema pobreza, ha sido una constante en nuestra historia bajo todo tipo de regímenes sociales y bajo toda clase de gobiernos, los historiadores entregan los siguientes antecedentes :

- a) La mortalidad infantil de Chile en 1917, fue del 38%, es decir 38 de cada 100 niños que nacían vivos morían antes de haber cumplido un año de vida.
- b) En 1938, la mortalidad infantil si bien había bajado al 24%, era la más alta del mundo.
- c) En 1966, la Organización Panamericana de la Salud, declara a Santiago como una de las ciudades más insalubres del mundo.

- e) En 1970, según lo señala el Mapa de la Extrema Pobreza, el 21% de la población total del país vive en condiciones de extrema pobreza.

- f) En 1974 casi 80.000 familias viven en el Gran Santiago en los llamados "Campamentos", en condiciones de extrema insalubridad, ocupando sitios en forma ilegal, producto de "tomas", sin alcantarillado y casi sin agua potable en chozas y mediaguas. Otras 60.000 lo hacen en las llamadas "operaciones sitio", en las cuales casi la única diferencia la hacia la propiedad del terreno.

- g) En 1982, según la versión actualizada del Mapa de la Extrema Pobreza, la población que vive en condiciones de pobreza, se reduce al 14%.

II. MARCO CONCEPTUAL DE LA POBREZA

De acuerdo a los antecedentes proporcionados, es válida la pregunta ¿es posible solucionar el problema de la pobreza o se trata de un círculo imposible de romper?

Como respuesta a esta interrogante, a continuación se indican las acciones y políticas que Chile como país ha realizado para resolver el problema de la pobreza.

En general el tratamiento que se suele dar a los problemas de pobreza carece muchas veces de un enfoque racional y se caracteriza por una fuerte carga emocional, lo cual es explicable por cuanto se refiere a seres humanos en estados de necesidad o extrema necesidad.

Esto dificulta el necesario análisis objetivo, de las acciones que los países deben efectuar para lograr un efectivo desarrollo social y la solución a los problemas que plantea la miseria.

El problema de la pobreza se puede enfocar desde dos puntos de vista :

- a) Niveles absolutos de pobreza, que se refiere a las personas que independientemente del punto de comparación que se utilice, no alcanzan los niveles mínimos de satisfacción de ciertas necesidades consideradas como básicas.

- b) Niveles relativos de pobreza, que establece que una persona o familia es pobre, siempre que exista otra u otras personas o familias que posean más riqueza que ella. Por ello quizás es más pertinente decir que es "más pobre". En este enfoque, para que haya pobreza es necesario que exista desigualdad.

Cuando se habla de pobreza, generalmente se está haciendo referencia al primero de los conceptos, por cuanto los problemas de pobreza relativa existen siempre en todos los países del mundo incluso en los más desarrollados.

En este contexto, la pobreza se entiende como la insatisfacción para una persona de ciertas necesidades básicas como : nutrición, educación, salud, vivienda, empleo y seguridad. La extrema pobreza se presenta cuando esta carencia de satisfacción afecta a las necesidades básicas de supervivencia, agregada a la incapacidad de los afectados para salir por sí mismos de esta situación, constituyendo un estado social persistente que se transmite de una generación a otra, del que es muy difícil que ellos puedan salir sin apoyo externo.

A partir de lo anterior, se desprende que en las situaciones de extrema pobreza, es posible distinguir dos tipos de dimensiones :

- a) Una dimensión temporal o transitoria, que está representada básicamente por la falta de capacidad que tienen las personas para generar recursos que deben emplear en la satisfacción de sus necesidades básicas, es decir, un deterioro agudo en los ingresos monetarios de estas personas.

- b) Otra dimensión más permanente, que está relacionada con la capacidad que estas mismas personas tienen para salir por sus propios medios de la situación en que se encuentran. Esta capacidad se relaciona más bien con los niveles educacionales, calificación laboral, nutrición infantil y salud de los sectores más pobres (lo que se denomina sus activos o stock en términos de capital humano).

La medición de la extrema pobreza, definida de acuerdo a este último concepto, presenta serias dificultades metodológicas; de hecho son muy pocos los estudios que han intentado medir la pobreza, en términos de detectar simultáneamente las deficiencias efectivas en la satisfacción de varias necesidades básicas (quizás el más perfeccionado es el Mapa de la Extrema Pobreza, realizado en Chile en 1974.

La mayoría de los estudios recurren a una simplificación del problema, que es definir pobreza como el nivel de ingreso mínimo que una familia necesita para satisfacer sus necesidades básicas mínimas.

Definida en estos términos, vale decir la extrema pobreza sólo como un problema de ingresos monetarios, bastaría con elevar en un cierto monto los ingresos de los extremadamente pobres, para que por este simple expediente dejaran de serlo. Ello, sin embargo, no garantizaría la satisfacción de las necesidades básicas de éstos.

En este caso, es muy probable que una fracción importante de esos mayores ingresos se desviaría hacia la satisfacción de necesidades no básicas o no prioritarias, para los efectos de abandonar la condición de extrema pobreza, como debería ser mejorar la nutrición y educación de los hijos, mejorar la calidad de la vivienda, etc. En esto influyen diferentes factores, como por ejemplo, las secuelas intelectuales de la desnutrición infantil, el bajo nivel educacional, las distorsiones en los patrones y hábitos de consumo, producto de las presiones publicitarias realizadas a través de los medios de comunicación, la misma situación de pobreza, etc.

En síntesis, la pobreza entendida como un "consumo" por debajo de ciertos niveles mínimos, en lo que se refiere a bienes y servicios considerados básicos, plantea problemas más complejos que la mera transferencia de los ingresos que, en teoría, permitirían alcanzar estos niveles. En consecuencia la extrema pobreza no es sólo un problema de ingresos monetarios como se ha sugerido en algunos estudios.

Al considerar la pobreza, en términos de lo que hemos llamado "su dimensión permanente", es posible concluir que otro elemento característico de ésta es su integralidad, por cuanto compromete numerosos aspectos de la vida de las personas. Generalmente, quienes se encuentran en situación de extrema pobreza tienen simultáneamente problemas nutricionales, de vivienda, saneamiento (agua potable y alcantarillado), bajo nivel educacional, etc.

III. LAS POLITICAS SOCIALES EN CHILE

Considerando el problema de la pobreza desde un enfoque "integral", las Políticas Sociales debieran constituir intervenciones planificadas, destinadas fundamentalmente a atacar aquellas dimensiones más permanentes de la pobreza, proporcionándoles a los más pobres el acceso adecuado a bienes y servicios básicos como lo son educación, salud, nutrición infantil, atención pre-escolar, saneamiento básico, vivienda, etc., de tal manera que acrecentando su capital humano, sean capaces de salir por sus propios medios, a través de su trabajo y esfuerzo personal, de la condición de Extrema Pobreza.

Las Políticas Sociales no son nuevas en Chile, su origen se remonta a las primeras manifestaciones masivas de descontento social o lo que se denominó "cuestión social", allá por los inicios de este siglo. Aunque ya en el año 1898, se había establecido para los empleados del Estado, una pensión de retiro para aquellos que hubieren cumplido 40 años de servicio y 65 años de edad.

Luego, durante los primeros 20 años de este siglo el país debatió, a raíz de las demandas de los grupos obreros más organizados, el problema de los obreros que pudieran invalidarse, enfermarse, envejecer, y la situación que les producía a sus familias y a ellos mismos estos aspectos. El debate culminó en 1924 con la creación de la Ley del Seguro Obligatorio, que incorporó la atención médica del asegurado, junto con los beneficios económicos de vejez e invalidez.

En 1935 se amplía la atención curativa de Salud, a la cónyuge y a los hijos de hasta 2 años del asegurado.

No obstante lo anterior, cabe destacar que la Ley del Seguro Obrero Obligatorio, así como otras que vinieron a sumarse más adelante, beneficiaban solamente a los trabajadores dependientes prácticamente sin considerar a los trabajadores independientes o por cuenta propia.

En 1952 se crea el Servicio de Seguro Social y el Servicio Nacional de Salud y recién en el año 1968 se promulga la Ley de Medicina Curativa para empleados.

De este modo, es posible concluir que si bien las Políticas Sociales datan de principios de este siglo en Chile, lo que nos colocó en un lugar preminente en el contexto latinoamericano, éstas se caracterizaban por :

- a) Estar diseñadas para satisfacer las demandas de los trabajadores más organizados y que constitufan grupos de presión, a los que beneficiaban.

- b) Dejaron marginados de la mayor parte de sus beneficios a los trabajadores independientes, donde se concentraba la mayor proporción de personas extremadamente pobres, según lo demostraron diagnósticos posteriores (Mapa de la Extrema Pobreza 1974).

- c) Establecían una odiosa discriminación entre obreros y empleados, definiendo como obreros a aquellos trabajadores en los cuales predominaba el empleo de la fuerza física por sobre el intelecto en el desempeño de sus labores.

- d) Tenían como objetivo prioritario la redistribución de ingresos, en lugar de la erradicación de la miseria. Muchos de estos esfuerzos de redistribución, a menudo fueron financiados por los más necesitados y su destino, en parte, fue devolverlos a estos sectores de más bajos ingresos, pero muchas veces también fueron a parar a sectores menos necesitados que éstos.

IV. DIAGNOSTICOS SOCIALES, SITUACION EN 1974

El Gobierno de Chile, conciente de los problemas y dificultades de definir y caracterizar la pobreza y las distintas estrategias y políticas de desarrollo social adecuadas para combatirla, encarga en el año 1974 la realización del "Mapa de la Extrema Pobreza", diagnóstico que se constituye en el punto de partida del análisis de la situación social del país.

Dicho diagnóstico se basó en una muestra estadística del 5% del Censo de Población y Vivienda de 1970, y entre otros aspectos, permitió detectar aquellas áreas geográficas donde la insatisfacción de ciertas necesidades básicas, era más apremiante. La forma de medir pobreza se centró fundamentalmente en tres variables : vivienda, hacinamiento y equipamiento, en un primer gran esfuerzo por medir aquella dimensión permanente de la pobreza.

El mayor impacto del Mapa fue el presentar de una manera clara e ineludible, la urgencia de atender en forma directa la situación grave en que vivía un quinto de la población nacional. Asimismo, a través de los resultados del Mapa fue posible comprobar que gran parte de ese amplio sector del país que vivía en condiciones de pobreza, no recibía los beneficios de las políticas sociales, a las cuales el Estado destinaba una importante proporción de sus recursos. Estos, sin embargo, llegaban a sectores medios e incluso altos.

Es así como la situación general social del país puede visualizarse en 1974, a través de los siguientes aspectos :

- a) Un 21% de la población total del país vivía en condiciones de extrema pobreza, medida de acuerdo a los criterios de la extrema pobreza.
- b) Existencia de políticas erradas que no llegaban a los sectores más pobres en forma prioritaria.

Ejemplo de ellas :

- Asignación Familiar :

Mecanismo para redistribuir ingresos de familias pequeñas y de altos ingresos, a familias numerosas y de bajos ingresos. Hasta 1974 la Asignación Familiar para los obreros era significativamente menor que la de los empleados públicos y particulares. Los desempleados y los trabajadores por cuenta propia no recibían esta asignación. Esta se financiaba, además, con un impuesto al trabajo.

- Pensiones :

En lo relativo a pensiones, los obreros sólo tenían acceso a la pensión de vejez a los 65 años de edad. Los restantes sectores, en tanto, que pertenecían a otros sistemas previsionales accedían a diversos tipos de pensiones por antigüedad, que incluso llegaban, en algunos casos, a los 12 años de servicio.

- c) Casi el 100% de las pensiones del Servicio de Seguro Social, correspondían sólo a la pensión mínima por efectos de inflación.
- d) Subsídios de cesantía no existían para el sector obrero afiliado al Servicio de Seguro Social hasta 1974.
- e) Programa de leche no focalizado y financiado por impuesto al trabajo.
- f) Las tasas de rechazo en los consultorios de barrios periféricos de Santiago alcanzaban aproximadamente a un 40%. (personas que concurren y no reciben atención).
- g) Discriminación entre obreros y empleados en la atención de salud. Sólo se entregaban medicamentos gratuitos a los obreros. Por otra parte, era válido exclusivamente para empleados un sistema de libre elección en atención de salud.
- h) También en el sistema de atención de salud, existían importantes subsidios a los sectores medios y altos.
- i) En 1970, el 43% de los niños en edad escolar en situación de extrema pobreza no asistía a la escuela. (Mapa de la Extrema Pobreza 1974).
- j) Sólo un 33% del presupuesto total de educación, se destinaba a básica y pre-básica (con 3 millones de alumnos), en tanto un 51,5% a educación superior (con 143 mil alumnos).

k). En vivienda, el gasto estaba dirigido fundamentalmente a sectores medios y altos, a través de políticas que subsidiaban la tasa de interés y construían viviendas a costos que estaban fuera del alcance de los sectores de menores ingresos.

Con este cuadro, que no pretende en absoluto ser un balance exhaustivo de la situación social a fines del 74, no debería ser tan sorpresivo el poco éxito de las políticas sociales y económicas en la erradicación de la extrema pobreza en esa fecha. Podría decirse incluso que éstas perpetuaron y agravaron el problema.

Un acabado análisis de la situación antes expuesta, realizado en paralelo con los resultados que entregara el Mapa de la Extrema Pobreza en 1974, orientaron la Política Social del Gobierno a terminar con las discriminaciones y a focalizar los esfuerzos en los sectores más desposeídos. Se puso especial énfasis en la creación de subsidios directos (con monto y destinatario conocido), integrales (que ligan programas de salud a la población infantil, con programas de entrega de alimentos a los menores en situación de pobreza) y descentralizados (que permiten conjugar los recursos y las decisiones cerca de las necesidades).

Con este mismo objetivo se crearon nuevos programas y subsidios orientados a los más pobres (Subsidio Familiar, Pensiones Asistenciales, Programas Especiales de Empleo, Asistencia Judicial gratuita, etc.) y se perfeccionaron, tecnicizaron y ampliaron otros (Programa de Jardines Infantiles y Pre-escolares, Atención Primaria de Salud, Programa Nacional de Alimentación Complementaria, Programa de Alimentación Escolar, etc.)

Se constituye así la denominada "Red Social" que cubre los requerimientos básicos de los sectores más pobres. Para su implementación se hizo necesario crear un sistema de selección de beneficiarios y seguimiento de los programas, es decir un Sistema de Información Social descentralizado a nivel comunal, el cual valora las características objetivas de los potenciales beneficiarios de los programas y proyectos comunales, por sobre las presiones de grupos organizados o la distribución al azar de beneficios.

V. ESTRATEGIA DE DESARROLLO SOCIAL Y CARACTERISTICAS DE LAS POLITICAS SOCIALES A PARTIR de 1974

Marco Conceptual

De esta forma se estructuró la actual Estrategia de Desarrollo Social chilena, la cual ha demostrado ser exitosa en términos de cobertura de la población que vive en condiciones de extrema pobreza, y de resultados, medidos estos últimos a partir de los indicadores sociales más importantes y representativos.

Es pertinente destacar, que dentro de este contexto las Políticas Sociales definidas por el actual Gobierno han tenido básicamente dos objetivos :

- a) La erradicación de la Extrema Pobreza
- b) Promover una efectiva igualdad de oportunidades

Esta voluntad de erradicar pobreza a través de las Políticas Sociales implementadas, ha ido acompañada de un aumento sostenido del Gasto Social, tanto en términos absolutos como expresado en su participación en el Gasto Fiscal Total, el que ha evolucionado desde un 27.4% en 1973 a un 65.0% en 1985.

A estos incrementos en el monto del Gasto Social, se suman distintas acciones destinadas a mejorar la calidad del mismo, aumentando de este modo su contribución al logro de los objetivos propuestos.

Por otra parte, cabe tener presente que dentro del esquema de la Estrategia de Desarrollo Social y las Políticas Sociales utilizadas, para lograr una real efectividad de estas últimas, deben necesariamente, además de apuntar a valorar las características objetivas de los potenciales beneficiarios, cumplir dos requisitos básicos :

- a) Identificar en forma precisa los grupos de personas cuyas necesidades básicas deben ser satisfechas, a objeto de definir los mecanismos más apropiados para tal circunstancia, evitando de este modo las "filtraciones" de recursos hacia grupos de necesidades no prioritarias.
- b) Su aplicación debe ser sostenida en el tiempo, por cuanto los resultados de éstas se materializan en muchos casos en el mediano y largo plazo, lo que hace que normalmente no sean atractivas desde un punto de vista político de corto plazo.

Teniendo en cuenta lo anterior, es posible señalar que las Políticas Sociales vigentes en Chile se pueden clasificar en :

- a) Políticas de largo plazo, que apuntan fundamentalmente a acabar con aquella dimensión permanente de la pobreza y cuyo objetivo básico es incrementar las posibilidades de las personas para salir por sus propios medios de la situación de extrema pobreza en que se encuentran. Entre éstas se cuentan los Programas de Nutrición, Atención Pre-escolar, Educación Básica, Capacitación, Salud, Atención a Menores en Si-

tuación Irregular y Asistencia Judicial.

- b) Políticas de corto plazo, de carácter Asistencial cuyo fin es garantizar niveles mínimos de ingresos monetarios que permitan satisfacer los estados de necesidad básicos, permanentes o transitorios, de aquellas personas que por diversas razones (desempleo, edad, invalidez, etc.) son incapaces de generar por si mismas los ingresos para una subsistencia digna. Entre éstas se cuentan las Pensiones Asistenciales de invalidez y vejez, el Subsidio Familiar (SUF), el Subsidio de Cesantía y los Programas Especiales de Empleo.

- c) Políticas destinadas a incrementar la riqueza o patrimonio (capital físico) de los sectores de bajos ingresos, a través de la transferencia de activos físicos que les permitan satisfacer necesidades básicas, tales como vivienda y saneamiento básico (agua potable y alcantarillado). Entre éstas se incluyen también los programas de saneamiento de títulos de dominio y de asistencia técnica y crediticia a pequeños propietarios rurales.

De esta forma, en la medida que las personas no enfrenten las barreras, prácticamente infranqueables, que significa haber padecido desnutrición a edad temprana, carecer de niveles adecuados de educación o la falta de acceso a la salud, podrán en la medida que puedan tener llegada a un trabajo digno, abandonar por medios propios, y fundamentalmente a través de los ingresos que les proporcione su trabajo, la extrema pobreza e incorporarse a los beneficios del desarrollo.

Teniendo en cuenta que la generación de empleo productivo está asociada a la existencia de Políticas Económicas adecuadas que hagan posibles niveles de crecimiento sostenido, es preciso concluir que la solución para aquella dimensión temporal de la pobreza, que se manifiesta en deterioro en los niveles de ingreso, depende no tanto de las Políticas Sociales que se implementen, sino más bien de las Políticas Económicas. Esto deja de manifiesto una vez más, la estrecha interdependencia que existe entre el crecimiento económico y el Desarrollo Social.

Las Políticas Económicas, también son determinantes desde otro punto de vista, sobre la suerte de los más pobres, en la medida que permiten un funcionamiento de la economía que mejora las posibilidades de acceso de éstos a bienes y servicios de distinto tipo. Ello se consigue con políticas que mantienen bajos niveles de inflación, que como se sabe tienen el efecto de un impuesto que grava fuertemente a los más pobres; políticas como la de apertura al comercio exterior que ponen al alcance de los más pobres bienes durables que mejoran sus niveles de bienestar y sus posibilidades de integración social (radios, televisores, etc.) y evitando aquellas políticas que afectan negativamente los precios de los bienes y servicios de consumo básico.

VI. EFFECTOS DE LA RECESION EN LA EXTREMA POBREZA

Para una correcta apreciación de lo ocurrido con las Políticas Sociales y su efecto sobre las distintas dimensiones de la Extrema Pobreza, es preciso recordar que Chile vió disminuir sus ingresos como país a partir de 1974, por efecto de una caída vertical en el poder de compra de sus exportaciones, situación que se agudizó a partir del año 1980. En el hecho, Chile es el país latinoamericano que ha sufrido el más grave deterioro en sus términos de intercambio a causa de la recesión mundial, como puede apreciarse en los gráficos que se incluyen en el anexo.

Uno de los principales efectos de la crisis y quizás el que ha afectado más duramente a los más pobres ha sido el desempleo que alcanzó sus niveles más altos en el año 1983. Son justamente las personas con menores niveles de calificación a quienes afecta primero el desempleo, por cuanto su reemplazo es más fácil.

Esta situación, unida a la caída experimentada por el valor real de las remuneraciones, significó un deterioro en los niveles de ingreso, y por ende un empobrecimiento transitorio no sólo de los sectores de extrema pobreza sino que también de importantes sectores medios.

El Estado a través de los Programas y Subsidios que conforman la "Red Social" debió acudir en ayuda de importantes sectores del país, fortaleciendo y ampliando en términos de cobertura, una serie de programas tales como los Programas Especiales de Empleo, el Subsidio Familiar, las Pensiones Asistenciales, etc., cuya evolución en el período referido se puede apreciar en los gráficos del anexo.

En ellos se observa el importante crecimiento e incremento de cobertura que estos programas tuvieron durante el período de crisis, con el objeto de contribuir a paliar los efectos del brusco descenso de los ingresos de las personas, en especial de los más pobres.

Si bien a través de estos Programas se enfrentó lo que se denominó la dimensión transitoria de la pobreza, vale decir la disminución de los ingresos, los esfuerzos por abordar la dimensión permanente de la pobreza -no sólo no se vieron afectados- pese a la severidad de la crisis, sino que incluso fueron redoblados. Prueba de ello son las numerosas acciones que en el período se iniciaron o se fortalecieron en este sentido, como queda reflejado en los gráficos del anexo :

- a) Incrementos de la cobertura de Atención Pre-escolar
- b) Incremento de la cobertura de los Servicios de Asistencia Judicial
- c) Incrementos de las consultas médicas
- d) Saneamiento básico en "campamentos" o agrupaciones urbanas de extrema miseria,
- e) Etc.

Finalmente, son las cifras e indicadores de resultado, los que representan las modificaciones efectivas de los niveles de bienestar de las personas en las áreas de educación, nutrición, salud, etc. Estos indicadores reflejan inequívocamente el deterioro o mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, siendo los más conocidos las tasas de mortalidad infantil, de desnutrición, de alfabetización, de mortalidad por diarrea, por bronconeumonía, de bajo peso al nacer, etc.

1. Cobertura de Agua Potable y Alcantarillado

Uno de los factores que contribuye más significativamente al bienestar de los más necesitados son los incrementos en la cobertura de agua potable y alcantarillado.

En los sectores urbanos las coberturas de agua potable han pasado de un 68.6% en 1973 a un 95.3% en 1985 y en alcantarillado de un 36.5% en 1973 a un 74.5% en 1985.

Asimismo, en los sectores rurales ha habido importantes incrementos de atención de la población rural, la que en el año 1970 era de sólo un 34.2% y que en 1975 sólo había avanzado a un 34.8%, en tanto en 1985 alcanza un 69.3% estimándose llegar al 100% en 1990.

Al analizar la velocidad de incremento de la cobertura se advierten también cambios importantes en los diferentes períodos :

CAMBIO PORCENTUAL ANUAL (%)

PERIODO	AGUA POTABLE URBANO	ALCANTARILLADO URBANO	AGUA POTABLE RURAL
1960-70	1.3	2.2	26.0
1970-75	2.2	8.8	0.35
1975-80	4.8	10.1	27.0
1980-82	0.4	1.9	-
1982-85	-	-	31.4

2. Consultas Médicas

Otro de los factores que permite evaluar los esfuerzos realizados para mejorar los niveles de acceso de los sectores más pobres a bienes y servicios básicos, es la evolución del número de consultas médicas tanto de adultos como de mujeres y niños. A esto se agregan los aumentos en la atención profesional del parto (de 80.6% en 1970, a 95.2% en 1984) y la atención profesional de la mujer (del 32.4% en 1969, al 70.8% en 1983).

También en estos casos se advierten importantes variaciones entre los diferentes períodos, cuando se analiza el comportamiento de las tasas de variación anual.

3. Bajo Peso al Nacer

Este indicador registra los nacimientos de aquellos niños cuyo peso al momento del parto es inferior a 2.500 gr., siendo de este modo una buena apreciación de las expectativas de vida del menor.

La evolución de la cifra de nacimientos con bajo peso está relacionada con el aumento de control médico de la madre durante el embarazo. De este modo, es importante destacar que el año 1978 se crea la categoría de riesgo biomédico, la cual permite realizar una mejor atención de aquellas madres que durante los controles han registrado poco peso, entregando en tales circunstancias alimentos adicionales a través del Programa Nacional de Alimentación Complementaria.

La adecuada atención entregada a la madre ha permitido una disminución significativa del porcentaje de nacimientos con peso inferior a 2.500 gr., como puede observarse en la tabla siguiente :

AÑO	% DE NACIMIENTOS (Peso inferior a 2.500 gr.)
1978	9.0
1979	9.1
1980	8.6
1981	7.7
1982	6.9
1983	6.5
1984	6.5

4. Mortalidad Infantil (menores de 1 año)

Este indicador social es considerado internacionalmente, un buen indicador de los niveles de desarrollo social de los países, por cuanto en su evolución influyen factores tales como los Programas de Salud y Nutrición, focalizados en la atención de la madre embarazada y el niño, la disponibilidad de servicios básicos de agua potable y alcantarillado y la educación de las madres (Tarcisio Castañeda, 1984).

La mortalidad infantil en Chile ha experimentado importantes reducciones a partir del año 1960, en que fallecían 120.3 niños por cada mil nacidos vivos. A partir de ese año comienza a caer hasta llegar en la actualidad a niveles de 19.7 por cada mil nacidos vivos.

No obstante lo anterior, si se analiza la velocidad de caída en el período señalado, es posible observar cambios importantes en la tasa anual promedio.

CAMBIO PORCENTUAL ANUAL

AÑO	
1955-60	+ 0.7
1960-65	- 4.1
1965-70	- 3.4
1970-75	- 6.0
1975-80	- 8.5
1980-83	- 11.3

Vemos que la velocidad de caída prácticamente se cuadruplica entre los años 1980-83, respecto del quinquenio 1965-70.

Asimismo, si se analiza la evolución de este indicador en el contexto latinoamericano, considerando los múltiples problemas que pueden tener las cifras de mortalidad de diferentes países, se advierte que Chile presentaba en 1970 la más alta tasa de mortalidad de Latinoamérica con 120.3 niños por cada mil nacidos vivos que morían cada año.

(Ver gráficos en anexo).

En el año 1970, una década más tarde, nuestra tasa si bien había descendido a 79.3 por mil nacidos vivos, continuaba siendo la más alta, superada solamente por Paraguay.

En los años posteriores, Chile experimenta una brusca caída de este indicador, pasando en 1983 a ubicarse entre los países latinoamericanos de más baja mortalidad infantil de 68.6 por mil nacidos vivos, tasa que Chile recién alcanzó en 1972, y que Cuba tenía ya en esa época una tasa de 35.4 por mil nacidos vivos, equivalente a la que en esos años tenía Bélgica e inferior a la de Alemania Federal.

Los niveles de mortalidad infantil en la actualidad en Chile son equivalentes a los de países con un nivel de desarrollo económico significativamente superior al nuestro, por lo que es difícil continuar su reducción al ritmo de los últimos años. La tasa actual es equivalente, por ejemplo, a la de Portugal e inferior a la de Yugoslavia (UNICEF, 1986).

5. Mortalidad Infantil Tardía(entre 28 días y 1 año)

En relación a la Mortalidad Infantil Tardía (niños mayores de 28 días y menores de 1 año) es importante destacar la evolución que presenta este indicador, por cuanto en él se reflejan una serie de circunstancias que escapan a la atención médica y que dicen relación, fundamentalmente, con las condiciones de vida generales del grupo familiar, tales como saneamiento básico(agua potable y alcantarillado), aspectos que resultan vitales en los primeros meses de vida del menor, cuando se encuentra expuesto a una serie de enfermedades tales como diarrea, bronconeumonía, etc.

De este modo, la tasa de mortalidad infantil tardía ha evolucionado de 42 niños fallecidos por cada mil nacidos vivos en 1974, a 9 en 1985.

6. Indicadores de Educación

Nuestro país ha experimentado significativos avances en materia educacional, tanto en matrícula y cobertura de la educación pre-básica, básica y media, como en los niveles de escolaridad de la población en general, especialmente entre los sectores de más escasos recursos.

La proporción de personas (hombres) entre 14 y 19 años con al menos 8ºbásico en el Gran Santiago, ha pasado de un 59.4% en 1970 a un 83.7% en 1980, cayendo en 1983 a un 80.1%. Esto representa un incremento para la década 1970-80 de un 24.3% contra un 17.6% en la década 1960-70

A su vez las personas (hombres) de 17 a 22 años con al menos cuarto medio, también en el Gran Santiago, a pasado de un 12.4% en 1970 a un 34.2% en 1980, cayendo en 1983 a un 31.5%. Esto representa un incremento del 21.8% en la década 1970-80 contra un 3.9% en la década anterior.

El acceso de los más pobres a la educación ha experimentado también importantes mejorías, como lo corroboran los resultados de la actualización del Mapa de la Extrema Pobreza de 1982, en relación a los del Mapa anterior, realizado en 1974 con información del censo de población y vivienda de 1970.

	<u>1970</u>	<u>1982</u>
% de niños en edad escolar (6-16 años) en extrema pobreza que no asisten a la escuela	41.0	9.9
Personas en extrema pobreza con educación primaria (%), (1)	29.9	56.7
Personas en extrema pobreza con capacitación (%), (2)	6.1	16.0

Otro indicador utilizado para medir los avances de un país en términos de su desarrollo social, es la tasa de analfabetismo. La proporción de personas mayores de 15 años de edad que no sabe leer ni escribir se redujo desde un 11% en 1970 a sólo un 5.6% en 1984.

NOTA : (1) Primarios, incluye a aquellos que han estudiado 5 años de educación primaria o básica y menos de 2 años de educación secundaria, comercial, industrial, agrícola, técnica femenina, normal o universitaria. También incluye a aquellos que asisten a clases y tienen menos de 4 años de años de educación primaria o básica.

(2) Capacitados, incluye a aquellos que tienen más de tres años de educación secundaria y/o más de tres años de enseñanza comercial, industrial, agrícola, técnica femenina, normal o universitaria.

Cabe hacer presente que el promedio de analfabetismo en los países pobres es de un 48%, en los países subdesarrollados llega al 20.5%, en tanto en los países desarrollados alcanza sólo al 4%.

7. Desnutrición

las tasas de desnutrición infantil en los últimos años se han reducido ostensiblemente, llegando prácticamente a eliminarse en nuestro país la desnutrición grave, como se puede observar a continuación.

La desnutrición se mide a través de tablas de desarrollo que controlan el crecimiento del niño de acuerdo a la relación peso en Kgs. y edad cronológica.

NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS BAJO CONTROL, SEGUN ESTADO NUTRICIONAL (1)

AÑO	POBLACION EN CONTROL	DESNUTRIDOS	DESNUTRIDOS	DESNUTRIDOS	TOTAL
	Nº DE NIÑOS	LEVES %	MODERADOS %	GRAVES %	%
1975	1.014.959	12.1	2.7	0.7	15.5
1980	1.047.534	10.0	1.4	0.1	11.5
1981	1.042.866	8.7	1.1	0.1	9.9
1982	1.160.813	7.8	0.9	0.1	8.8
1983	1.194.351	8.7	1.0	0.1	9.8
1984	1.226.553	7.5	0.8	0.1	8.4
1985	1.258.171	7.8	0.8	0.1	8.7

NOTA : (1) Corresponde a población en control en servicios dependientes del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

8. Otros Indicadores de Carácter General

Finalmente, es importante destacar que de la actualización del Mapa de la Extrema Pobreza en 1982, es decir, la extrema pobreza medida en los mismos términos que en 1970, ésta ha descendido de un 21% en 1970, a sólo un 14% en 1982.

La tendencia demostrada en la actualización del Mapa de la Extrema Pobreza, es concordante con la evolución que han experimentado otros Indicadores Sociales, algunos de los cuales han sido señalados en los puntos anteriores, como resultado de la Estrategia de Desarrollo Social y las correcciones introducidas a nivel de programas y subsidios en favor de las personas afectadas por situaciones de miseria.

Por otra parte, cabe señalar que si bien aún no hay muchos antecedentes sobre los efectos de la recesión en la situación social de otros países, hay algunos de ellos en los cuales a pesar de haber sido afectados con menor severidad que el nuestro, los indicadores de resultado más conocidos muestran deterioros significativos en las condiciones de vida de los más pobres, de acuerdo a estudios realizados por UNICEF y el Banco Mundial.

Del diagnóstico realizado, es posible concluir lo siguiente :

- a) A pesar de la especial severidad con que la última recesión afectó a nuestro país, en esta última década, se han producido claras y significativas mejorías en las condiciones generales de vida de la población, y en especial de los sectores extremadamente pobres, lo que está reflejado en numerosos indicadores universalmente usados y aceptados como índices de los niveles de bienestar general de las personas.

- b) Ello no significa en caso alguno que la situación social sea un problema superado en Chile, o bien que las condiciones actuales sean altamente satisfactorias, sólo permite afirmar que las políticas sociales aplicadas fueron adecuadas no sólo para paliar los efectos de la crisis en importantes sectores de la población, sino que también para afectar positivamente las dimensiones permanentes de la extrema pobreza, que es en definitiva lo que permite su erradicación.

Es importante señalar que ya existen algunos estudios internacionales que han corroborado esta situación, como por ejemplo el publicado recientemente por el Banco Mundial "La Pobreza en América Latina: El Impacto de la Recesión", a través del cual se destaca el caso chileno como un "exitoso intento de enfocar el Gasto Social del Gobierno en los segmentos más pobres de la población".

- c) Puede afirmarse también que las posibilidades que hoy en día tienen las personas en extrema pobreza, de abandonar por medios propios esa condición, son muchos mayores que las que tenían hace más de una dé cada, por cuanto su disponibilidad de capital físico y humano (vivienda, salud, educación, agua potable y alcantarillado, bienes durables, etc.) es significa tivamente mayor que en el pasado.

- d) Estas personas requieren fundamentalmente de empleo para procurarse los ingresos necesarios que les permitan abandonar, por sus propios medios, en forma de finitiva, la condición de extremadamente pobres. De ahí la alta prioridad que tiene la generación de empleo productivo para hacer realidad la erradicación de la Extrema Pobreza.

- e) Finalmente, es importante señalar que a pesar de los esfuerzos realizados, aún hay muchas familias que permanecen en condiciones de pobreza, cuya única posibilidad de abandonarla radica en la mantención, for talecimiento y perfeccionamiento de las Políticas Sociales desarrolladas e implementadas en nuestro país en los últimos 13 años, las que han probado ser exitosa s en el efectivo mejoramiento de la situac*ión* de esta s sectores.

VII. APLICACION DE LAS POLITICAS A NIVEL SECTORIAL

La aplicación de las políticas globales en el nivel sectorial se tradujo en importantes cambios en cada uno de los sectores:

a) **Nutrición :**

- En relación a los Programa Nutricionales, Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), Programa de Alimentación (PAE) y Programa de Atención Integral de Pre-escolares (JUNJI), es destacable el grado de "tecnificación" alcanzado en éstos, ya que si bien, los más importantes existen desde hace casi 30 años, sólo en los últimos 13 años se ha impulsado el desarrollo de sistemas técnicos que permitan determinar en forma cada vez más precisa la población objetivo de cada Programa, teniendo como meta llegar en forma prioritaria a los más pobres.

De este modo, y en relación con los sistemas de selección y objetivos definidos para cada Programa, se han determinado mecanismos de evaluación y control de los mismos.

- Además, se han desarrollado diversas acciones tendientes a incrementar la cantidad, en términos de cobertura, y la calidad de los productos entregados, incorporando nuevos tipos de alimentos especiales enriquecidos y, asimismo, la leche que se entrega a través del PNAC es leche entera (26%), en contraposición a la entrega de leche semi-descremada (12%) que se realizaba en el pasado.

- Se han definido sistemas tendientes a focalizar la ayuda sólo en aquellos que realmente necesitan el alimento, señalando para cada Programa objetivos claros y precisos.

Con este mismo fin, se ha ligado los Programas Nutricionales con otros de interés sectorial (Salud). Un ejemplo de esto es el requisito de control de salud que debe cumplir la madre y el menor de 6 años, para recibir alimentación del P.N.A.C.

b) Educación :

- Definición de un sistema de subvención por alumno que efectivamente asiste a clases, que permite corregir distorsiones del pasado, haciendo más justa y equitativa la asignación de recursos por alumno y estimulando la asistencia a clases. Esto también ha permitido la incorporación del sector privado a la provisión de servicios educacionales gratuitos.

- Descentralización de la administración de los establecimientos educacionales, traspasando éstos a las Municipalidades. Dicho sistema permite, entre otros aspectos, distinguir entre beneficiarios al acercar las decisiones a las necesidades y adecuar en servicio a ellos.

- Redefinición de objetivos del Ministerio de Educación al liberarlo de la administración de los establecimientos educacionales; éste afianza su rol normativo y contralor de la educación. Para estos efectos se desarrollan mecanismos tendientes a evaluar la calidad de la educación (Prueba de Evaluación del Rendimiento Escolar (PER)).

- En relación con el punto anterior se ha enfatizado la importancia de la Educación Pre-básica y Básica en relación a La Educación Superior. Esta última que llegó a tener cerca del 50% del Gasto Fiscal en Educación, hoy sólo representa el 23% del mismo.

c) Vivienda :

- Se reemplazó el sistema de subsidio indirecto a través del subsidio a la tasa de interés, por subsidios directos que benefician a las personas.

Asimismo, y con el fin de beneficiar a las personas de extrema pobreza que viven en condiciones de marginalidad

habitacional, se estableció una línea de acción en que se pondera en forma especial la situación de pobreza de la familia (Ficha de Estratificación Social-CAS).

- Además, se han resuelto los problemas de "campamentos" o agrupaciones urbanas de miseria, a través de la entrega de viviendas básicas y lotes con servicios.

d) Salud :

En el Sector Salud las principales modificaciones fueron :

- Mayor énfasis en la medicina preventiva, orientada especialmente hacia los grupos más vulnerables y desprotegidos (Atención Materno-Infantil), a través de la ampliación de la cobertura de los establecimientos del nivel primario y de menor complejidad .
- La descentralización administrativa del sistema, estatal, la que se inicia en el año 1977 con la reestructuración del sistema de Salud Estatal, cuyas funciones fueron redefinidas en tres niveles básicos :
 - i.) Función normativa y contralora a cargo del Ministerio de Salud.
 - ii.) Función financiera a cargo del Fondo Nacional de Salud (FONASA)

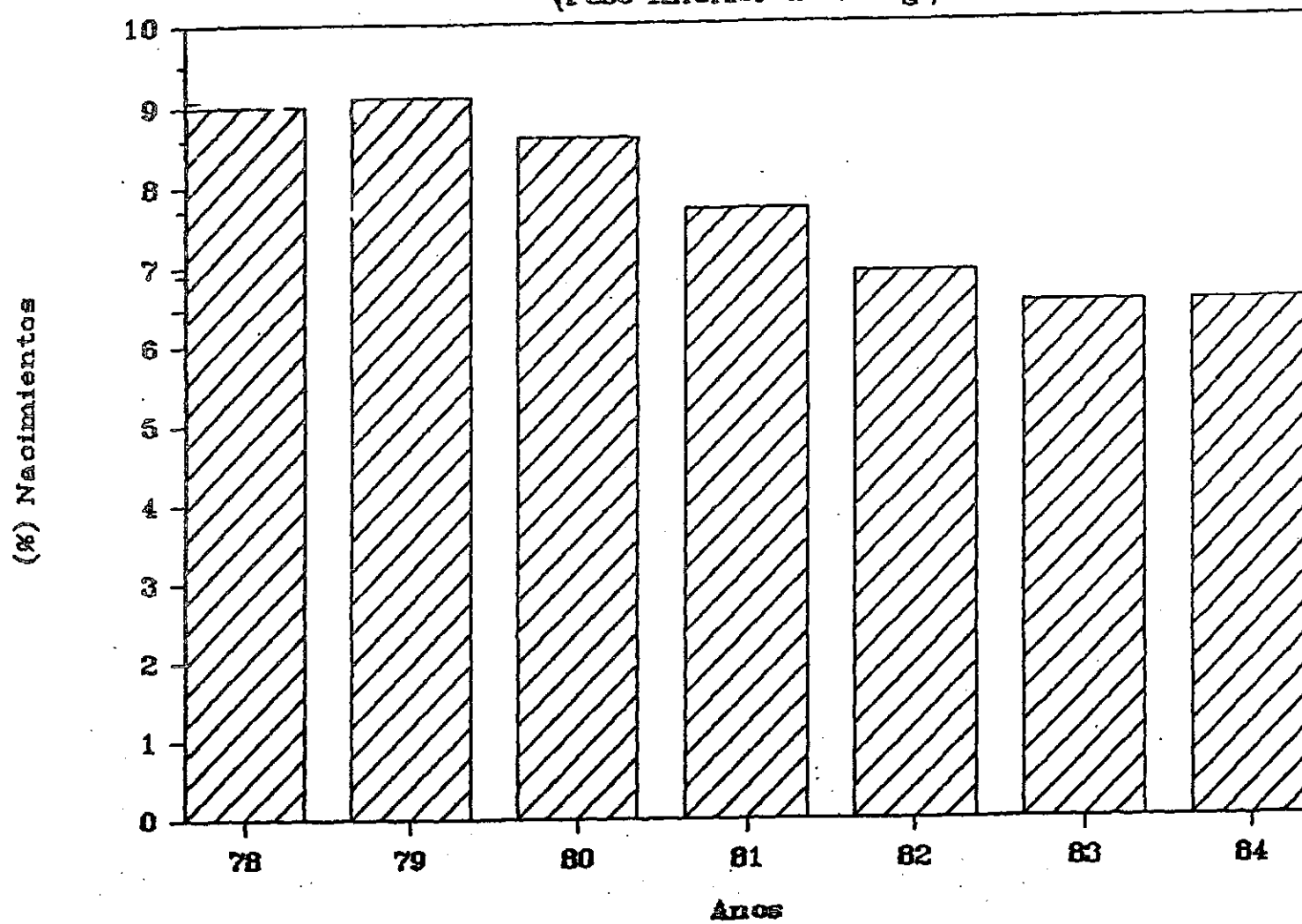
- iii.) Función operativa o de prestación de servicios, a cargo de servicios de salud y municipalidades que distribuidos a lo largo del país, constituyen entidades sujetas sin embargo, a las normas y control del Ministerio del Salud.
- Libertad de elección en cuanto al establecimiento y al profesional de la preferencia del usuario. Con este objeto se eliminó la jurisdicción de atención obligatoria y se hizo posible que los obreros optaran por las prestaciones de la Ley de Medicina Curativa para empleados y de la modalidad de "libre elección".
- Finalmente, se crearon las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), que representan una posibilidad concreta de participación del sector privado en la atención de salud, además de abrir la opción a que cada beneficiario pueda hacerse cargo directamente de su previsión en relación a la salud.
- Se define un nuevo Régimen de Prestaciones de Salud a través del cual se elimina la discriminación que existía entre obreros y empleados en cuanto a los sistemas de salud a los que tenían acceso, estableciendo un nuevo y único régimen aplicable a todos los trabajadores, dependientes o independientes, cualquiera sea la institución en que efectúan sus cotizaciones previsionales.

Este nuevo régimen cumple asimismo un objetivo de justicia redistributiva, al establecer que cada trabajador contribuirá ahora de acuerdo a su capacidad económica, al financiamiento de las prestaciones de salud que debe recibir. No obstante lo anterior, el sistema garantiza la atención gratuita de todas aquellas personas carentes de recursos.

A N E X O S

BAJO PESO AL NACER 1978-84

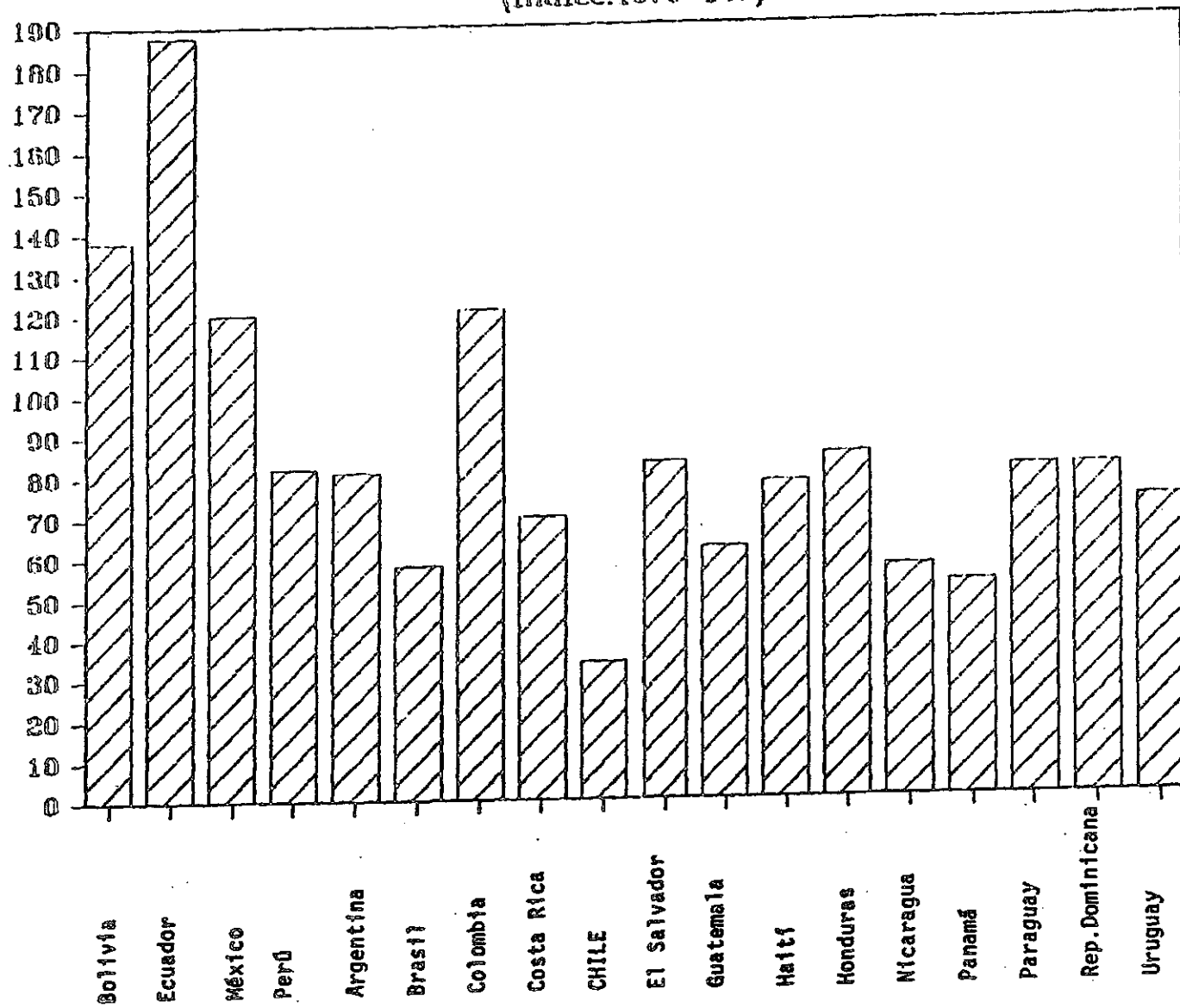
(Peso inferior a 2500 g.)



RELACION DE TERMINOS DE INTERCAMBIO (Indice: 1970=100)

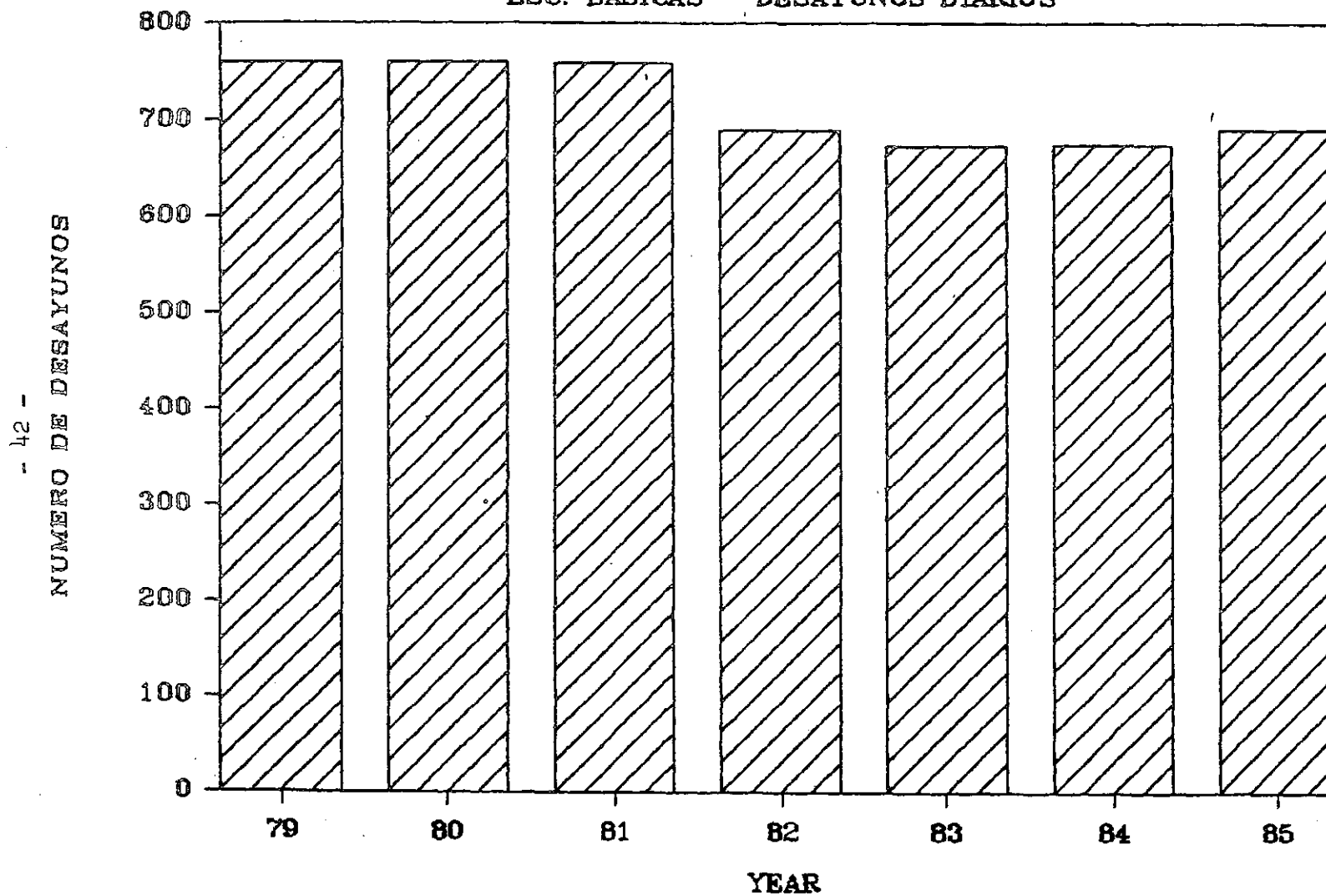
- 41 -

Indice 1984



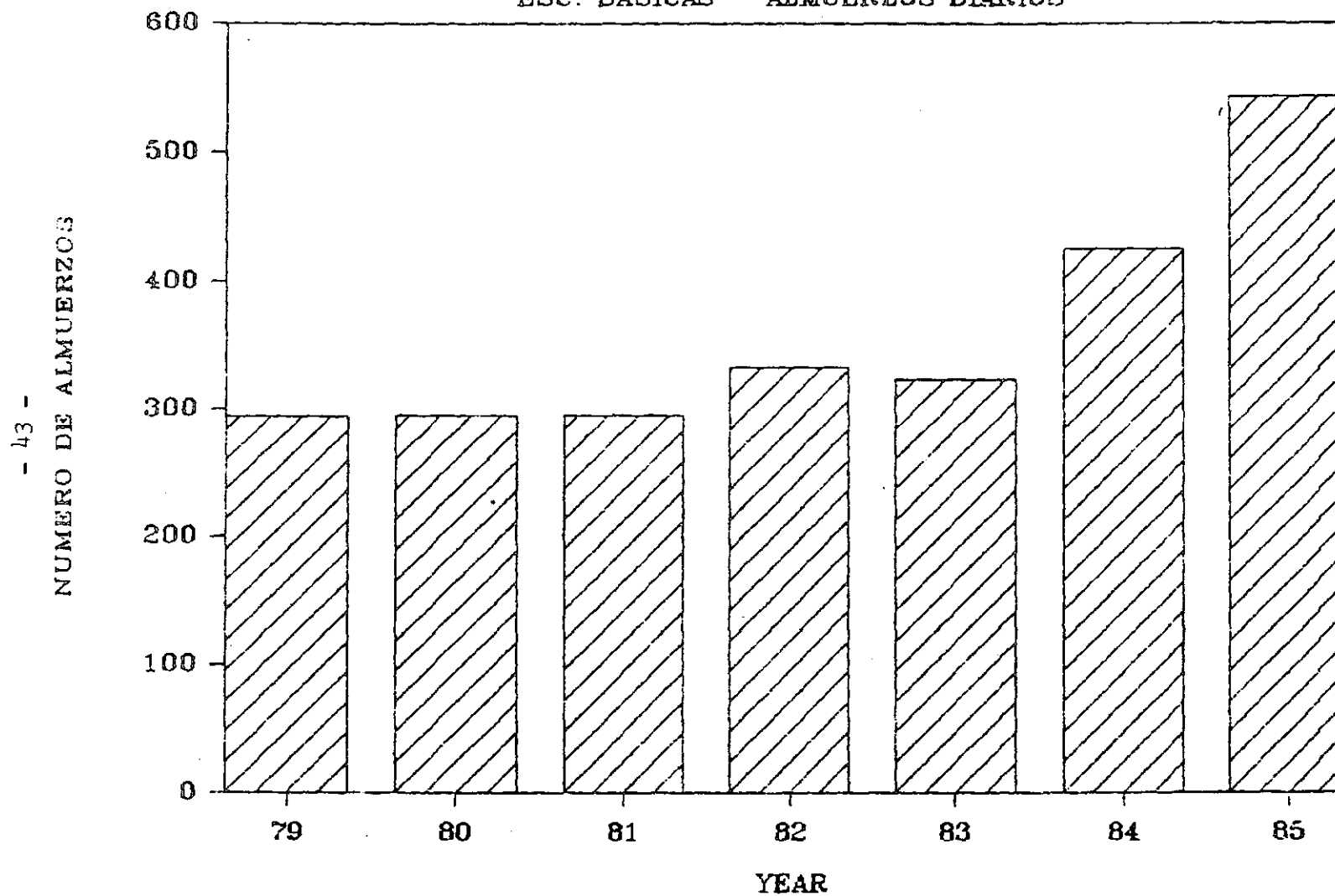
PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR

ESC. BASICAS - DESAYUNOS DIARIOS



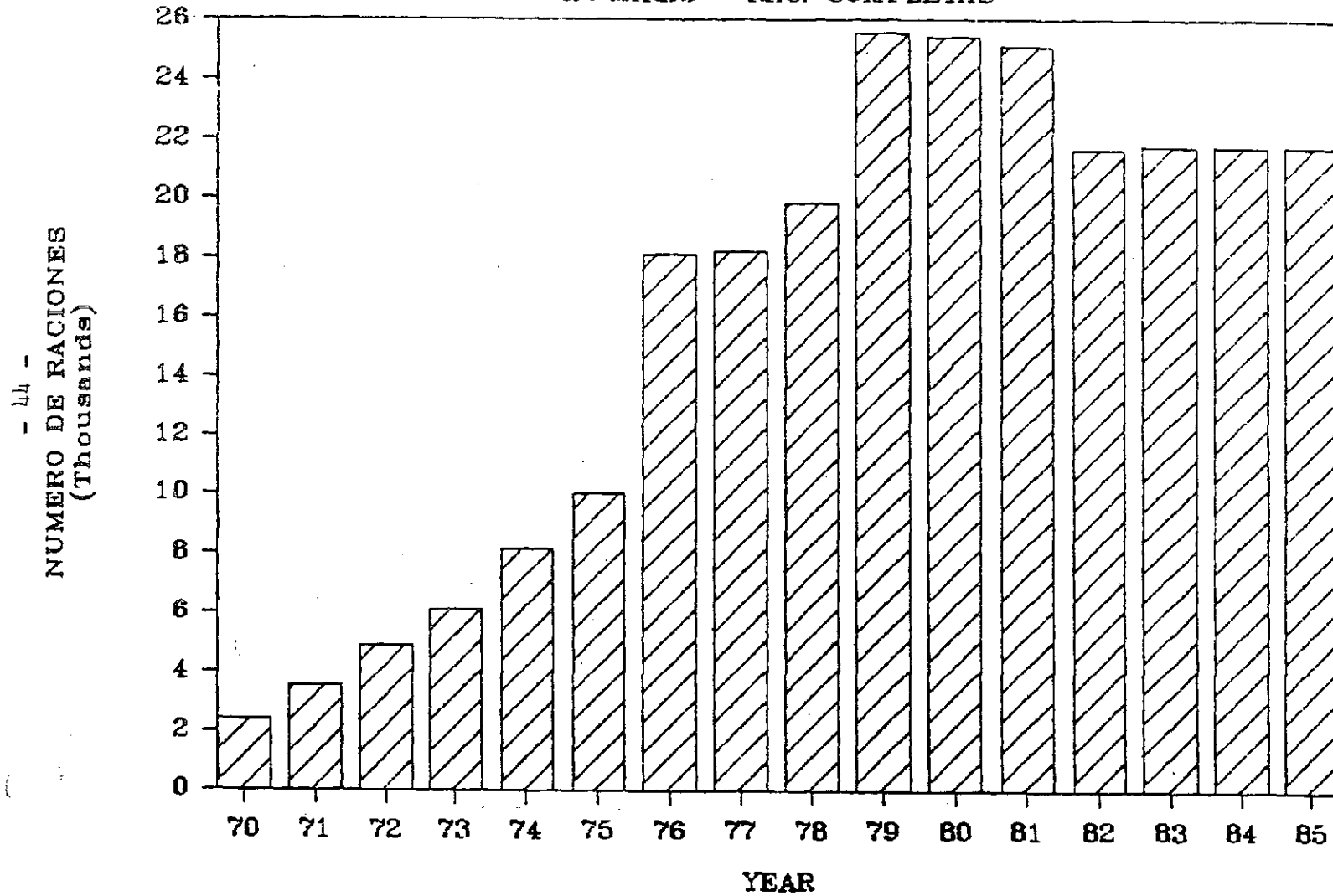
PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR

ESC. BASICAS - ALMUERZOS DIARIOS

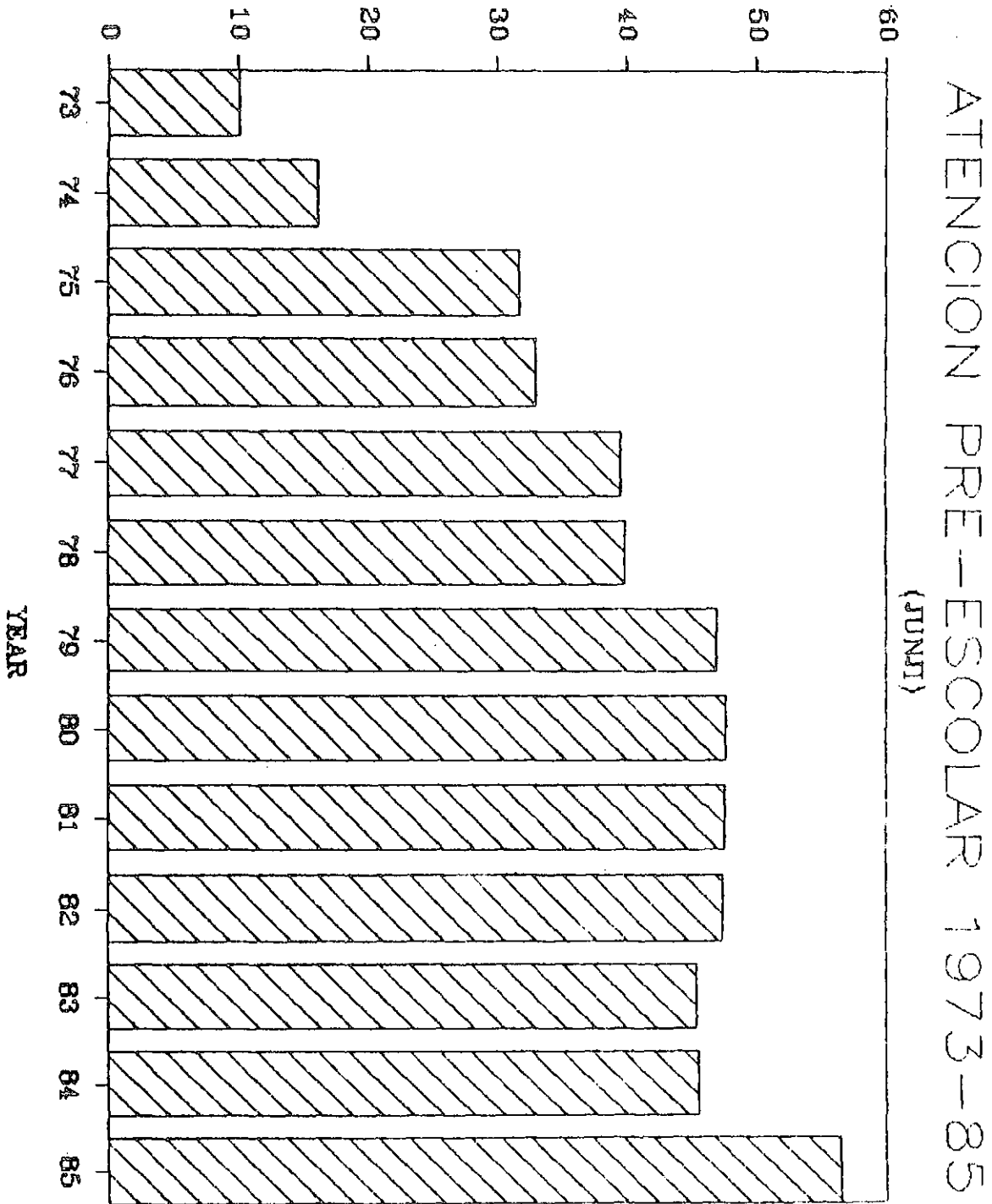


PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR

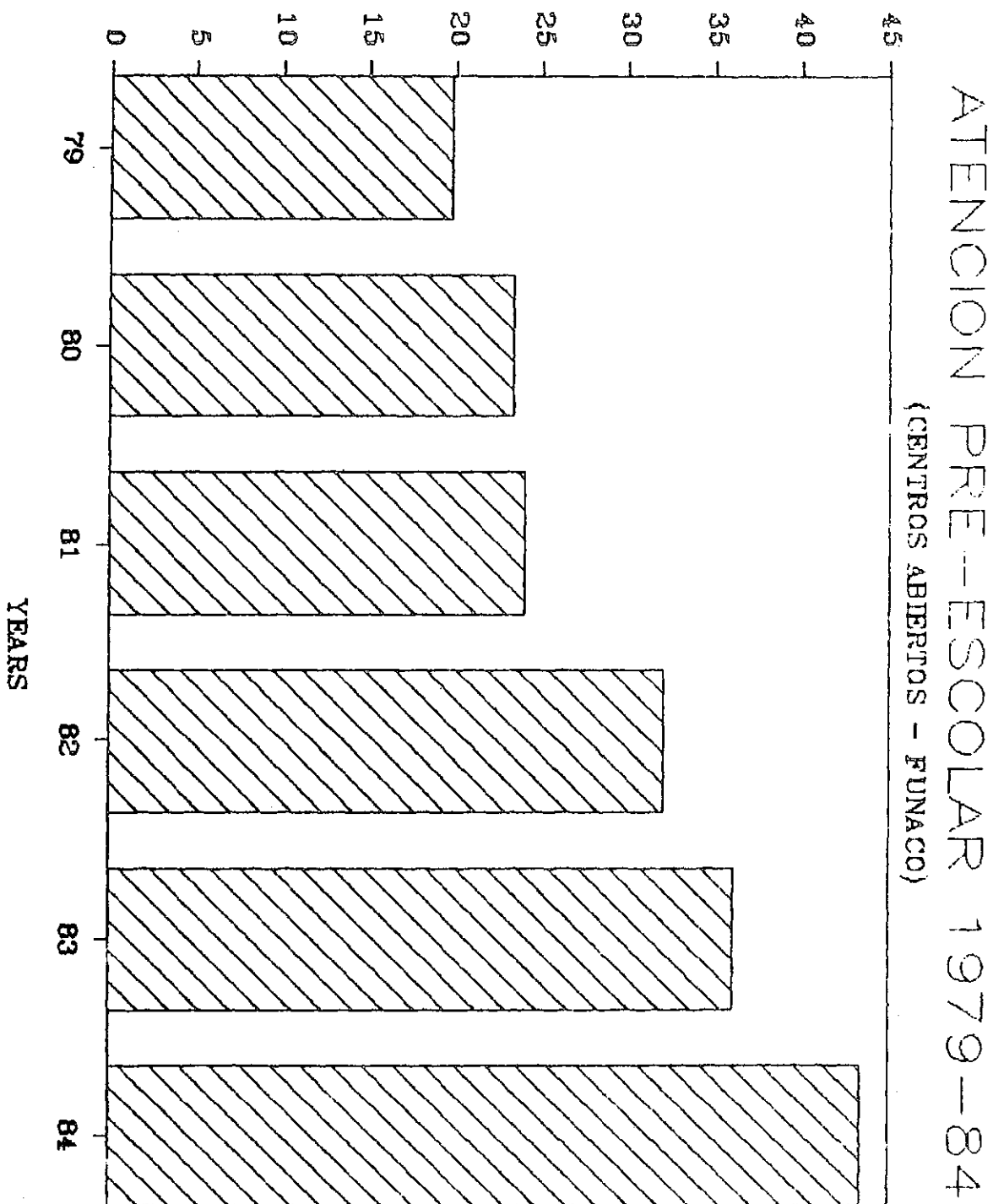
HOGARES - RAC. COMPLETAS



NUMERO DE NINOS ATENDIDOS
(Thousands)



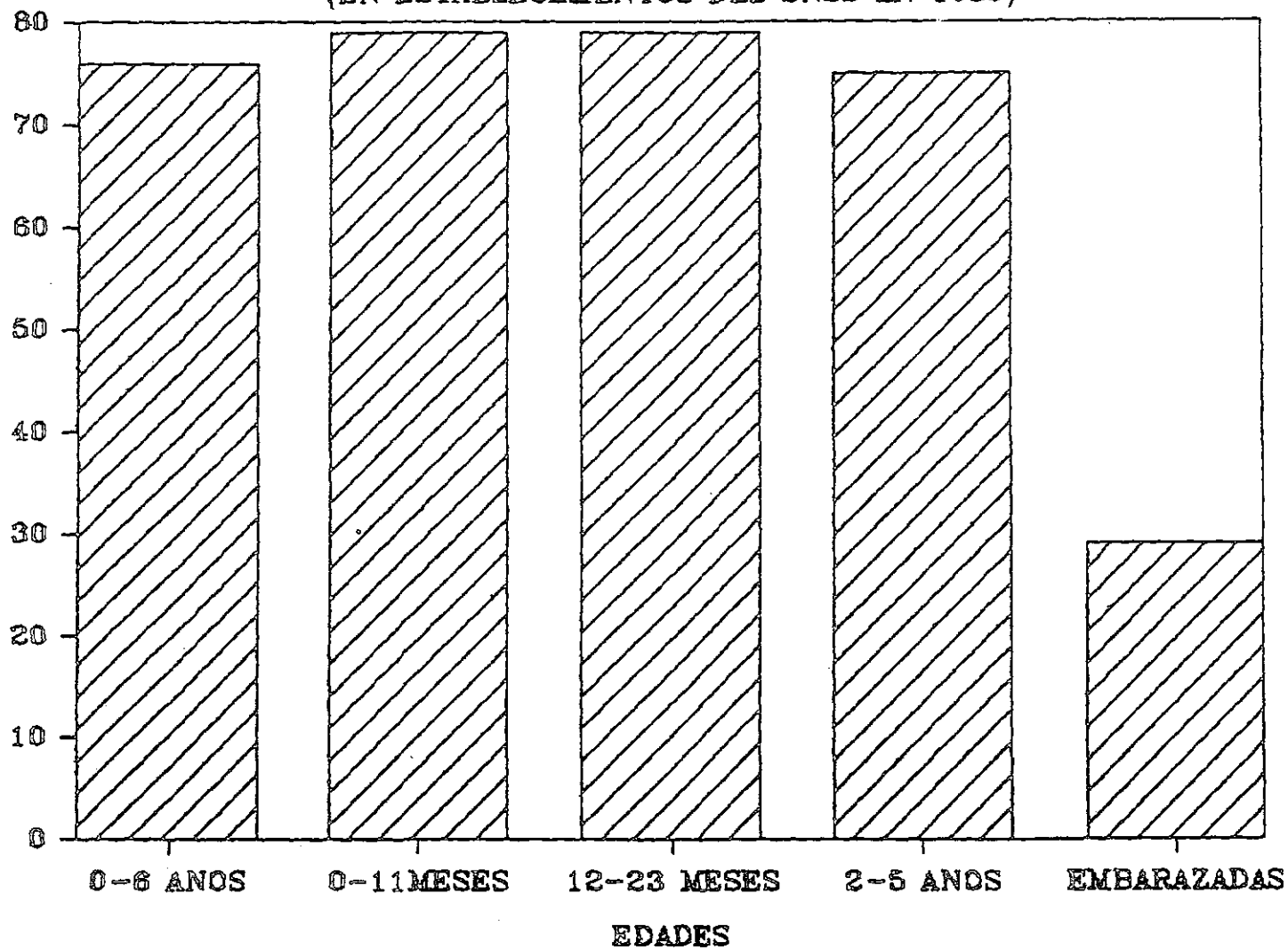
NUMERO DE NINOS ATENDIDOS
(Thousands)



COBERTURA CONTROL DE SALUD Y PNAC

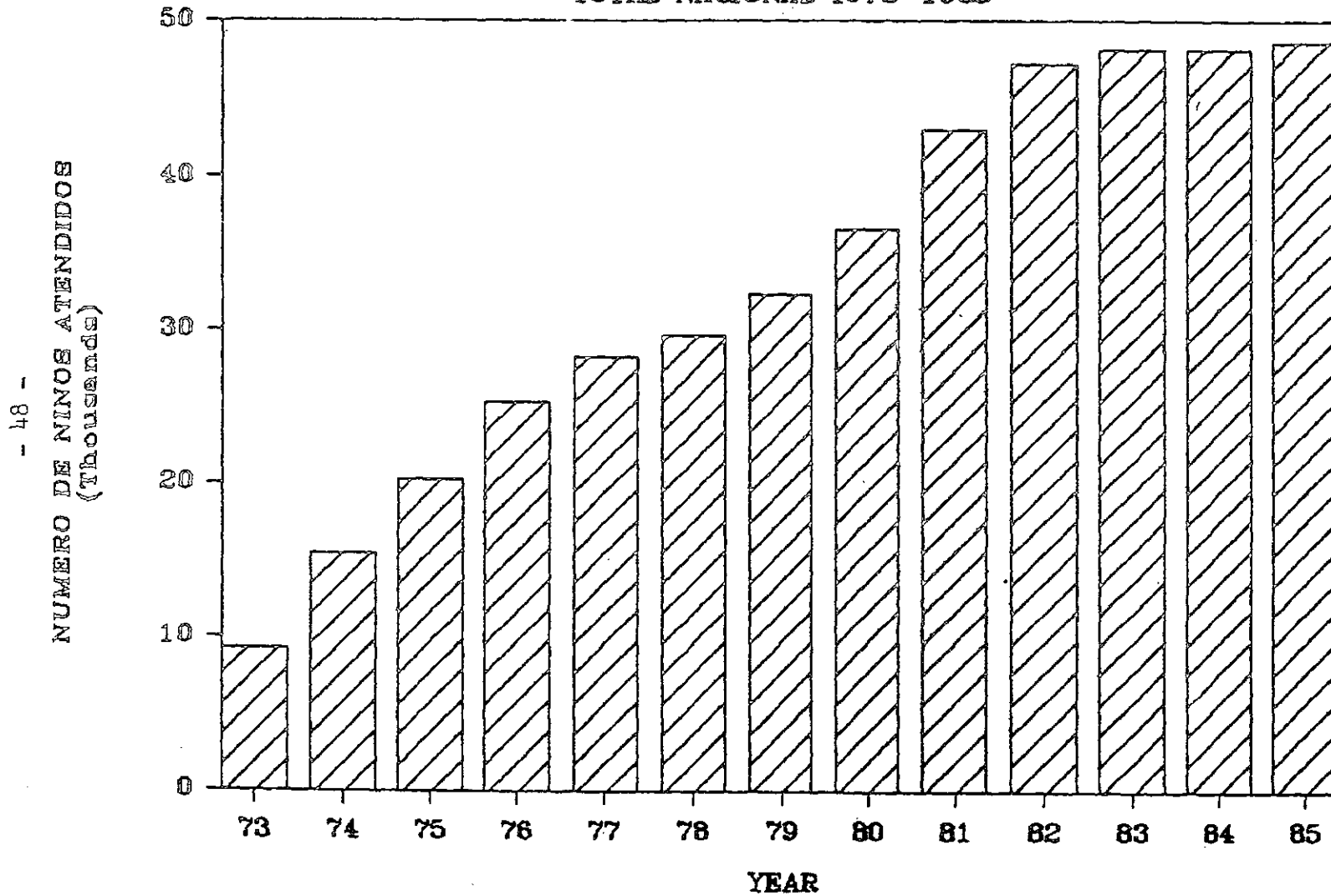
(EN ESTABLECIMIENTOS DEL SNSS EN 1985)

- 47 -
% POBLACION EN EDADES CORRESPONDIENTES



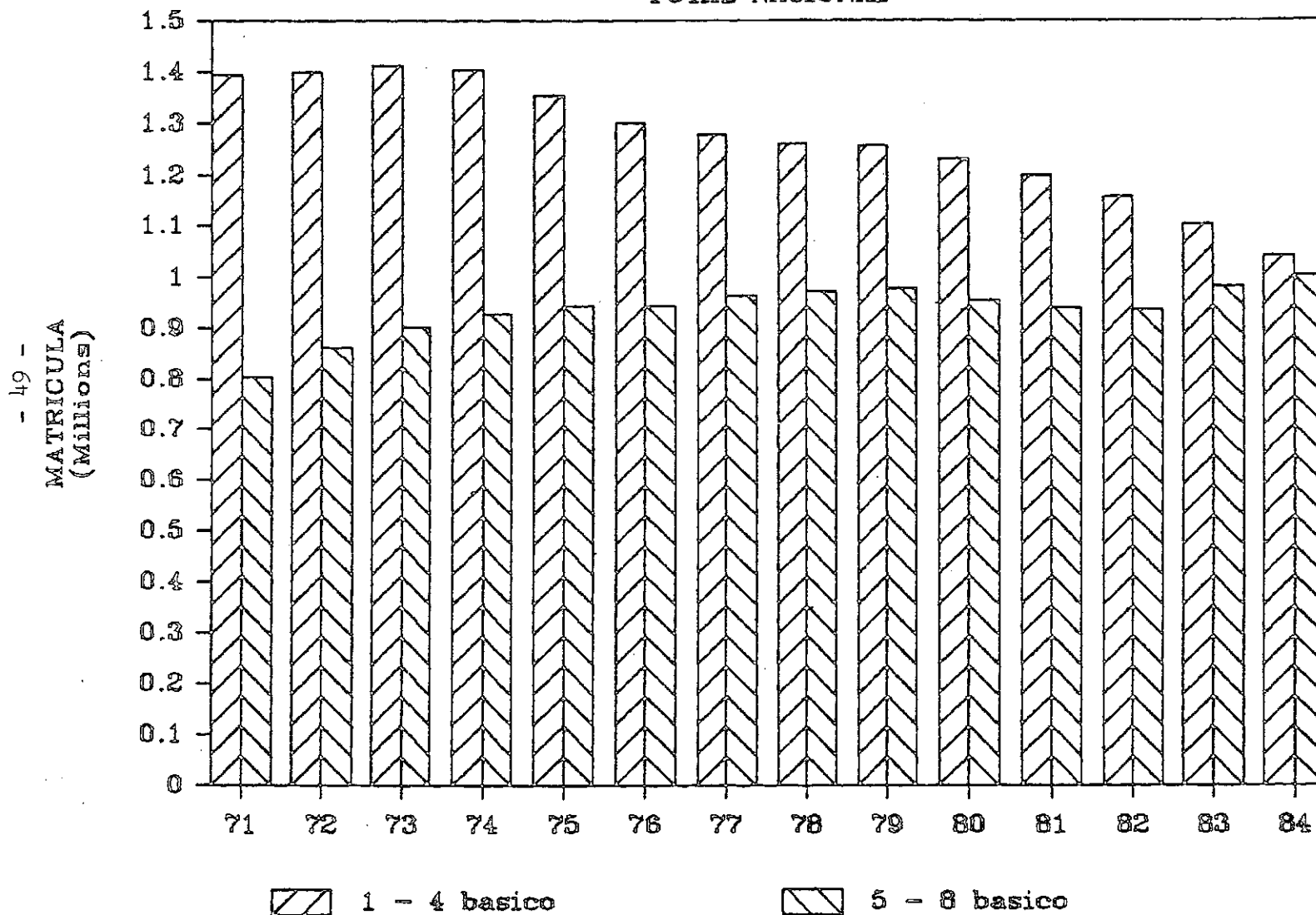
ASISTENCIA A MENORES EN SIT IRREGULAR

TOTAL NACIONAL 1973-1985



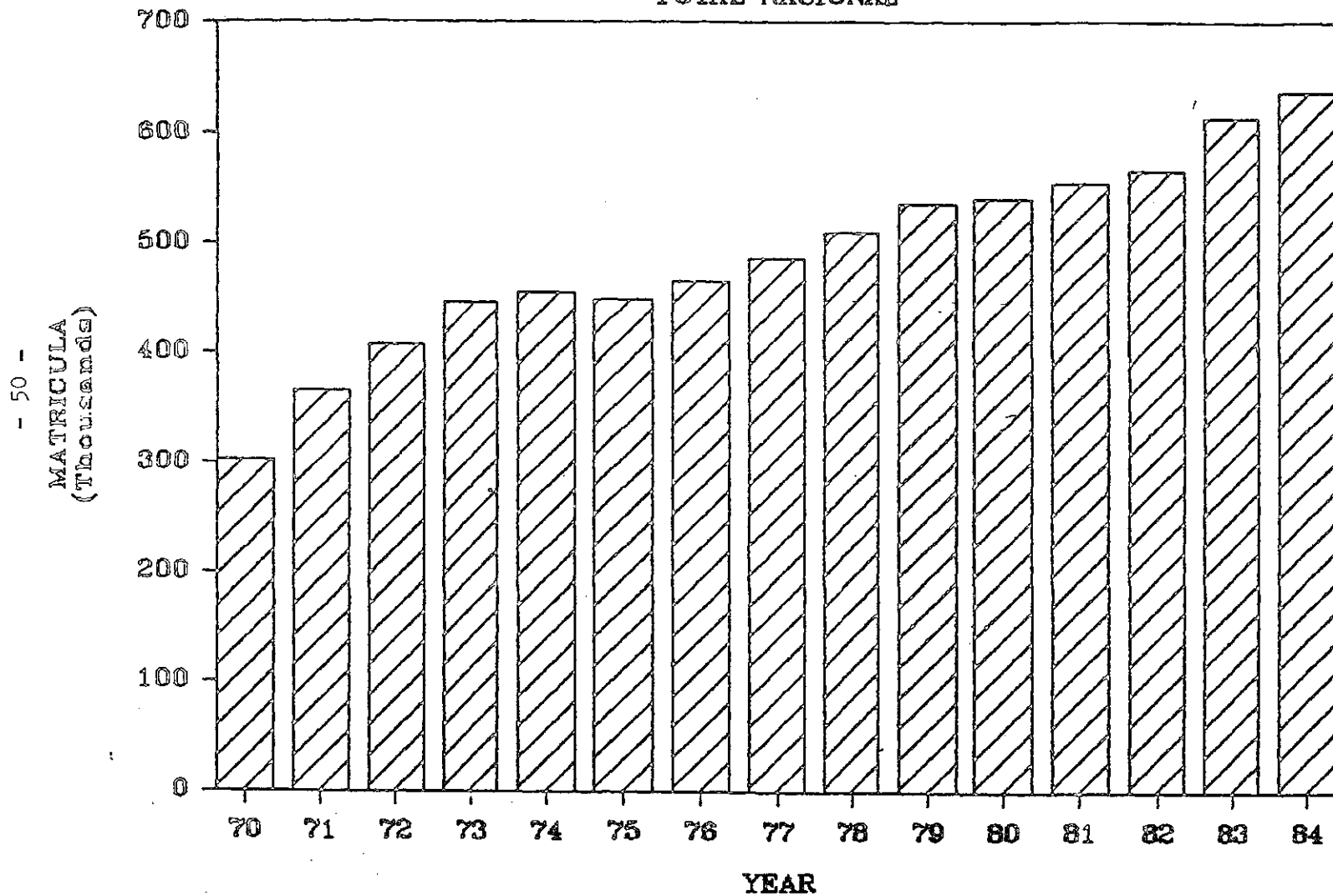
SERIE MATRICULA 1o - 8o BASICO NINOS

TOTAL NACIONAL



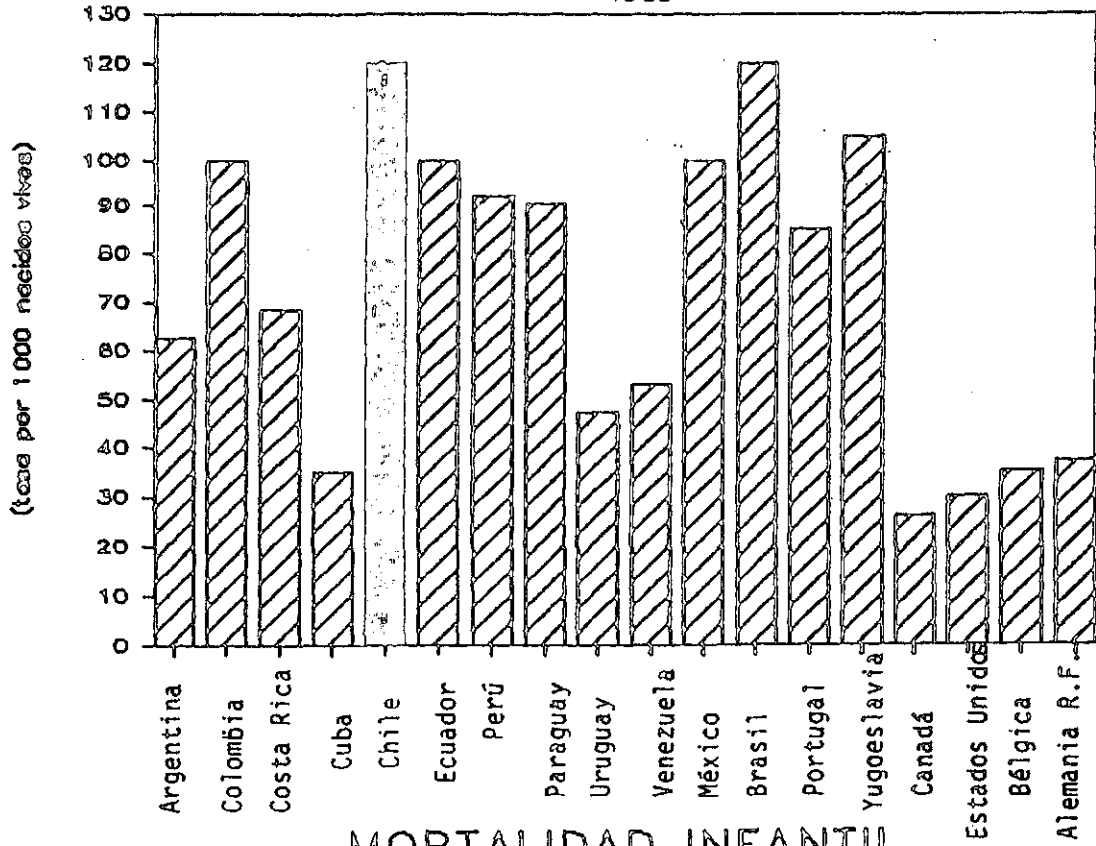
SERIE MATRICULA EDUCACION MEDIA

TOTAL NACIONAL



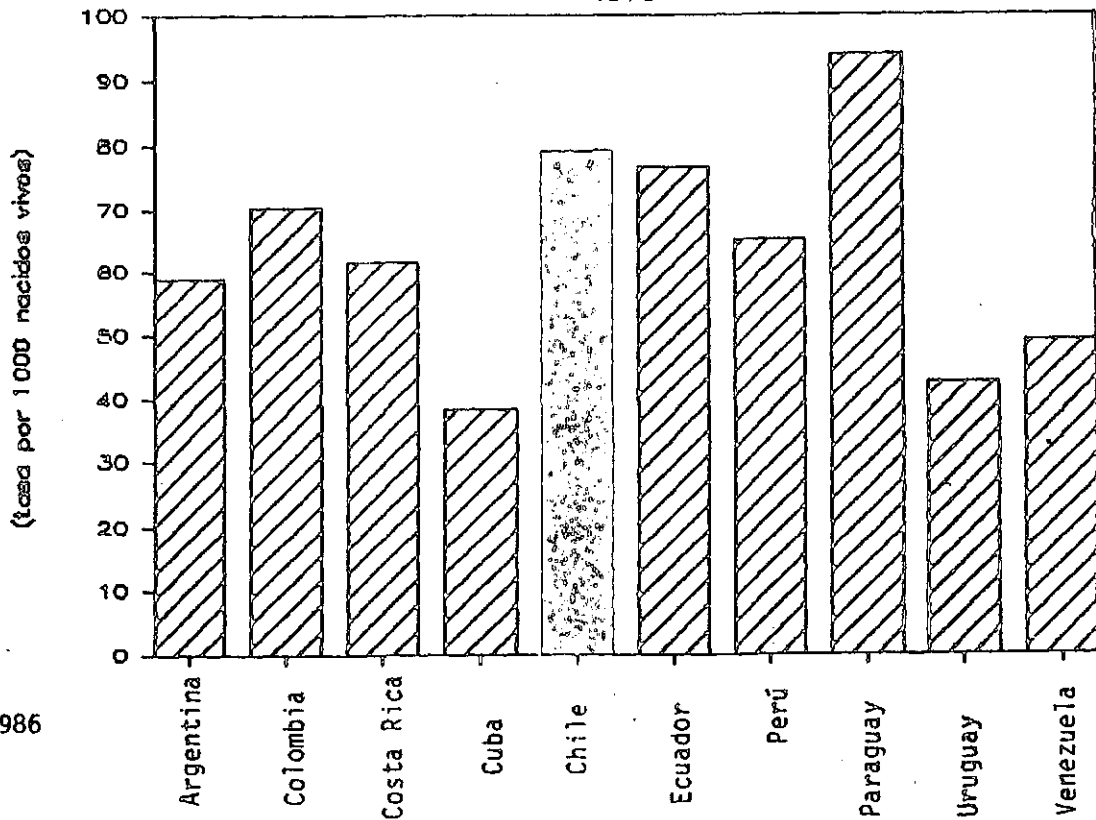
MORTALIDAD INFANTIL

1980



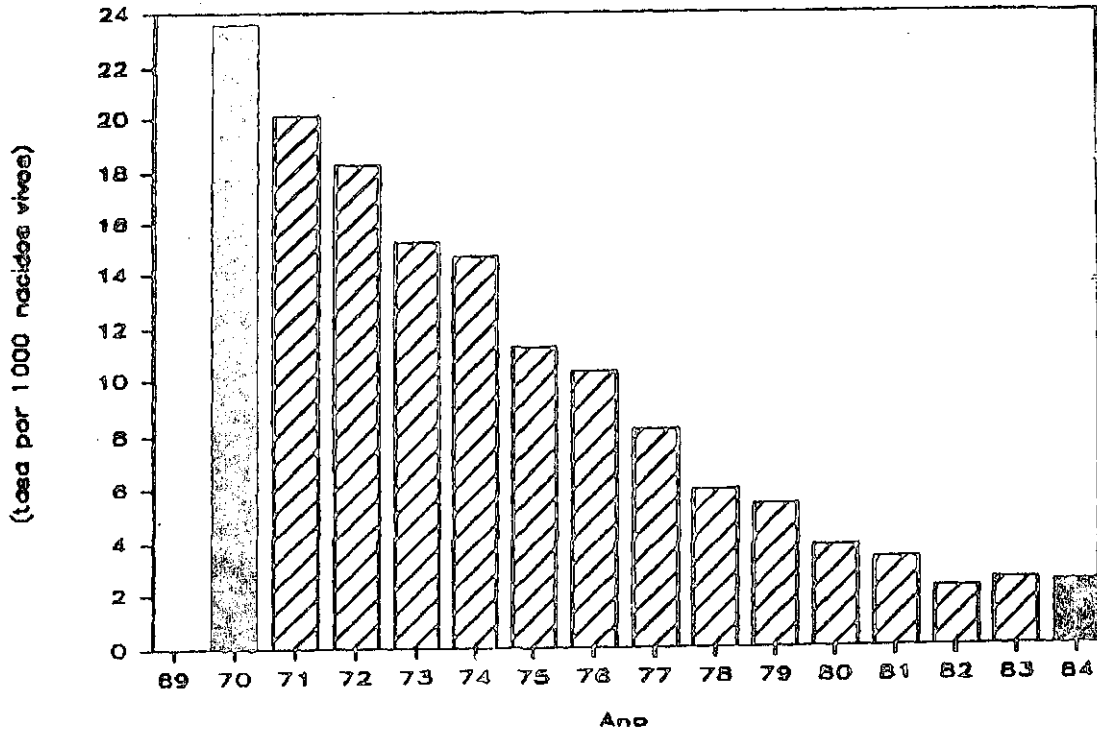
MORTALIDAD INFANTIL

1970

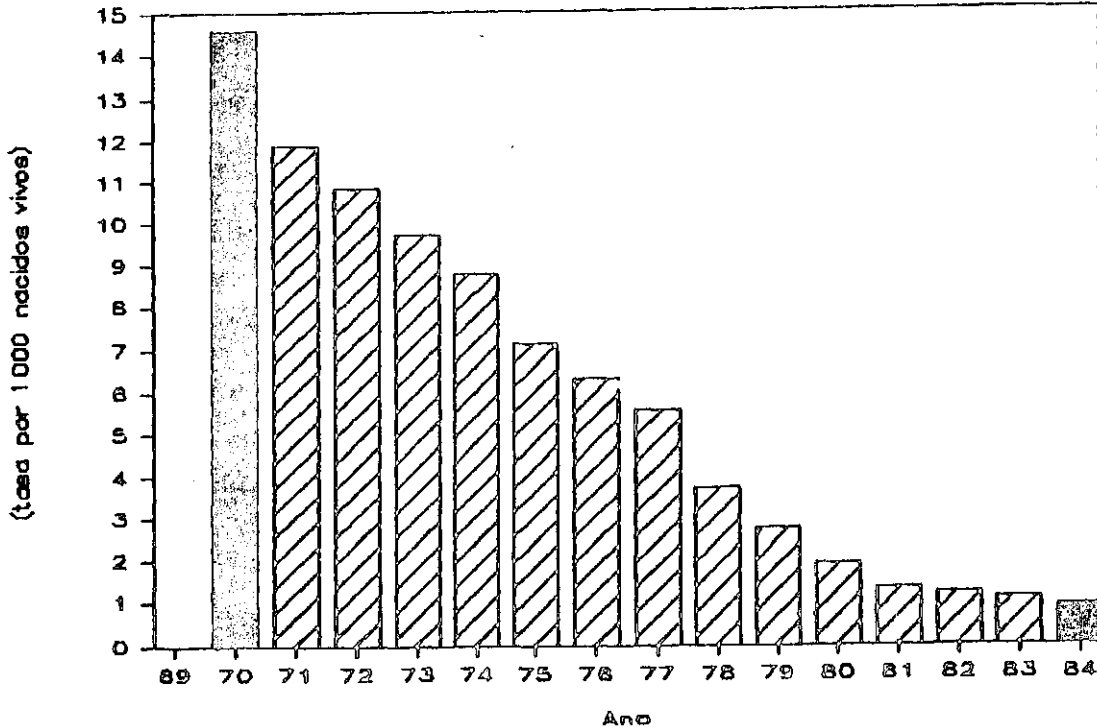


Fuente :
Unicef 1986

MORTALIDAD INFANTIL POR BROCCONEUMONI, 1970-1984



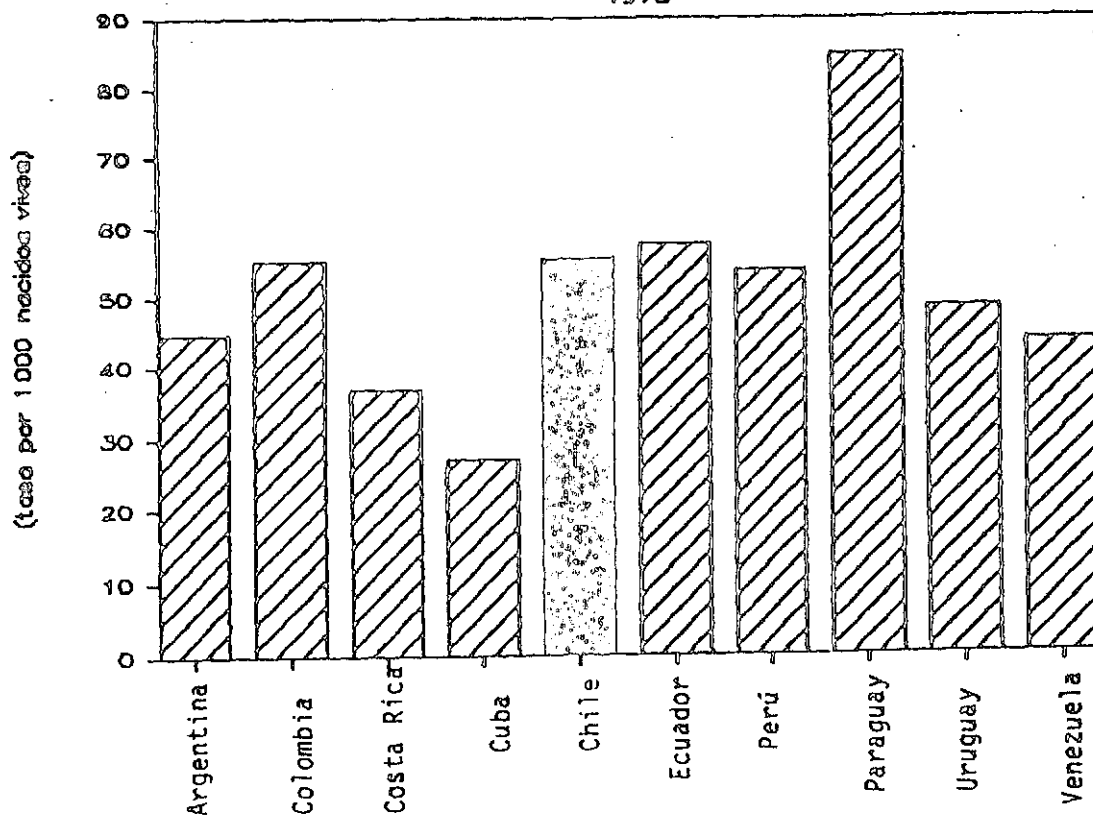
MORTALIDAD INFANTIL POR DIARREA 1970-1984



Fuente : Ministerio de Salud

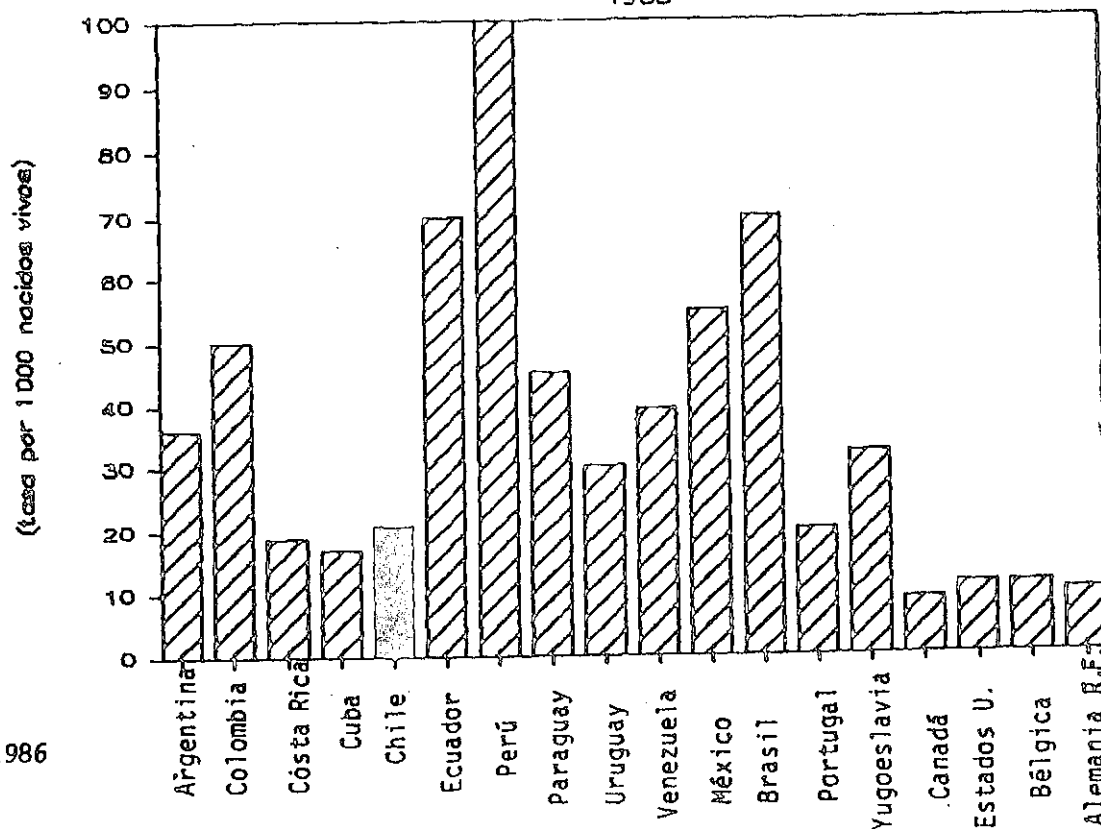
MORTALIDAD INFANTIL

1975



MORTALIDAD INFANTIL

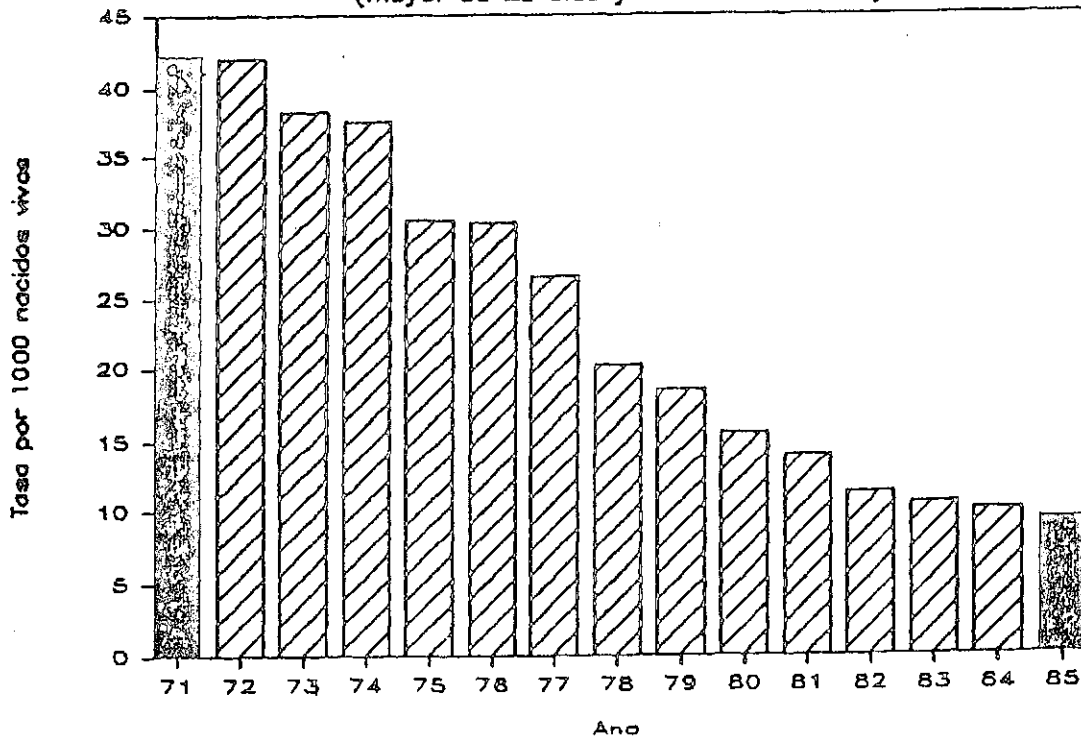
1983



Fuente :
Unicef 1986

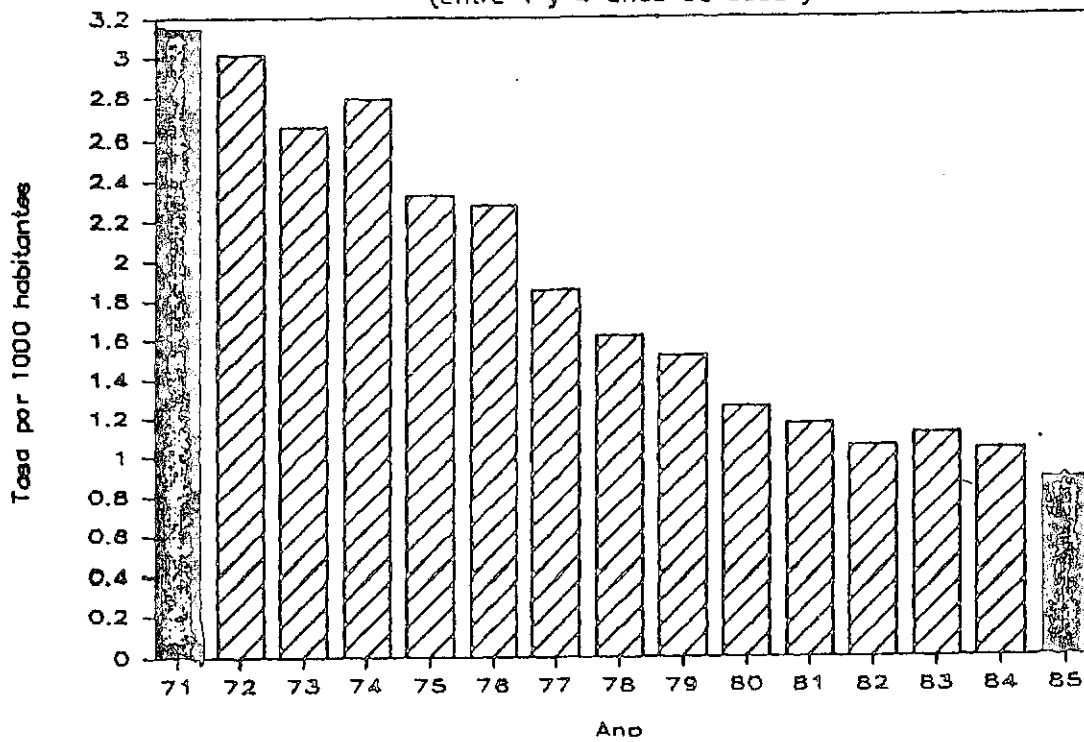
MORTALIDAD INFANTIL TARDIA

(mayor de 28 días y menor de 1 año)

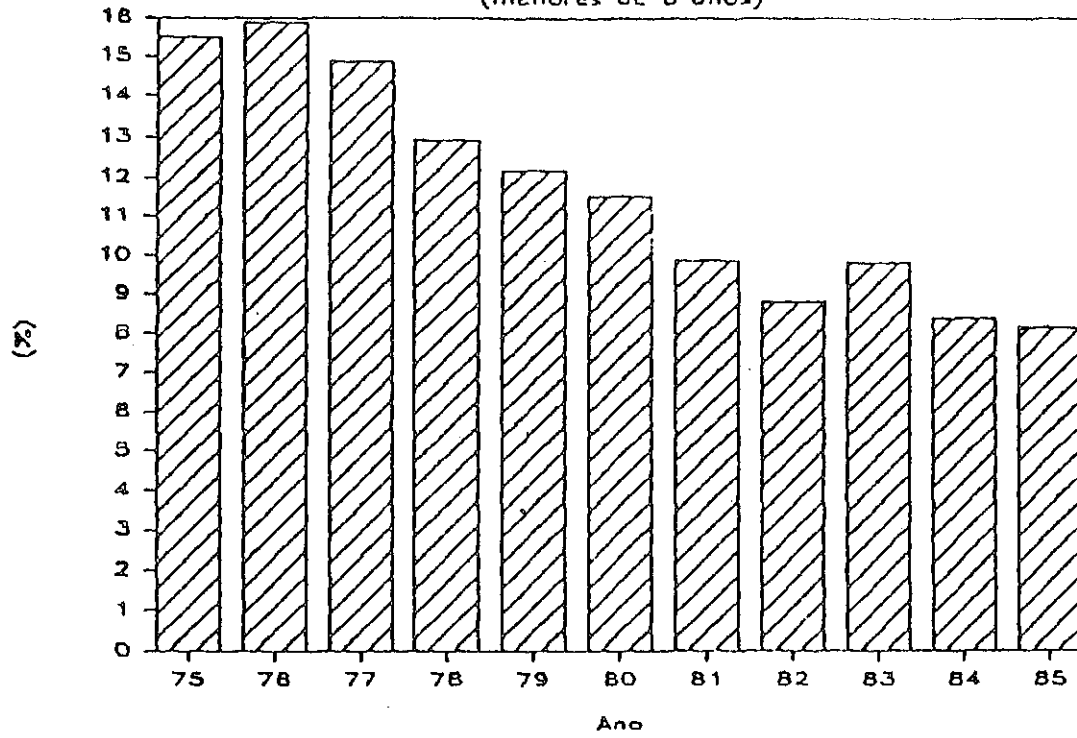


MORTALIDAD INFANTIL PREESCOLAR

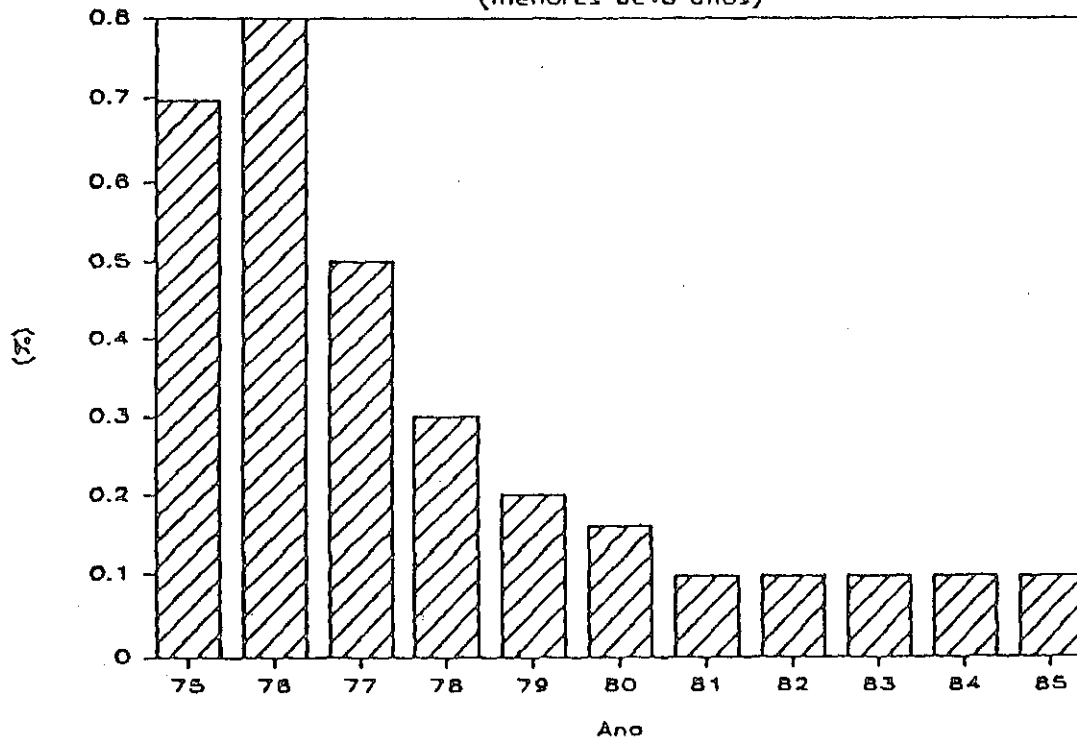
(entre 1 y 4 años de edad)



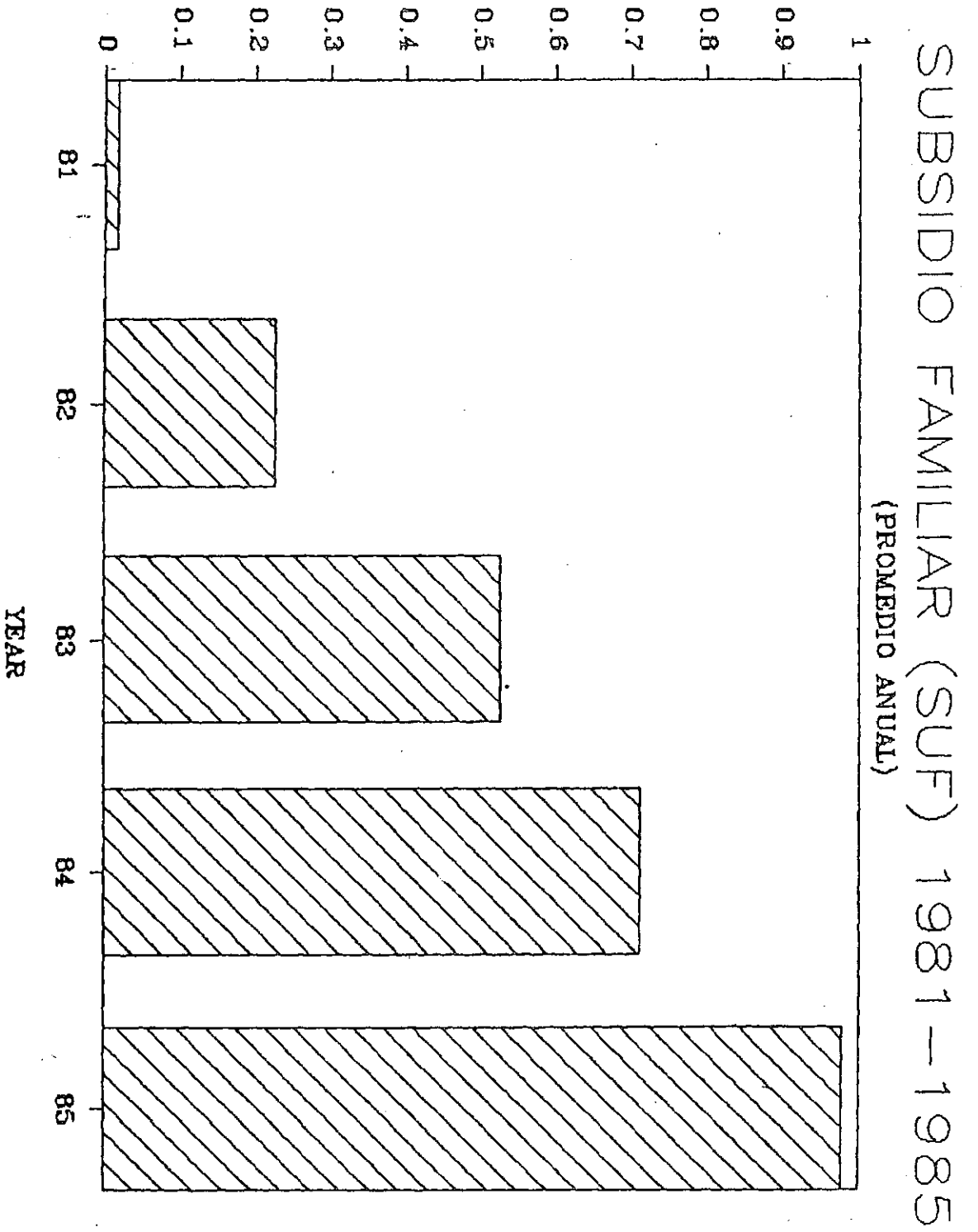
DESNUTRICION INFANTIL TOTAL (menores de 8 años)



DESNUTRICION INFANTIL GRAVE (menores de 8 años)

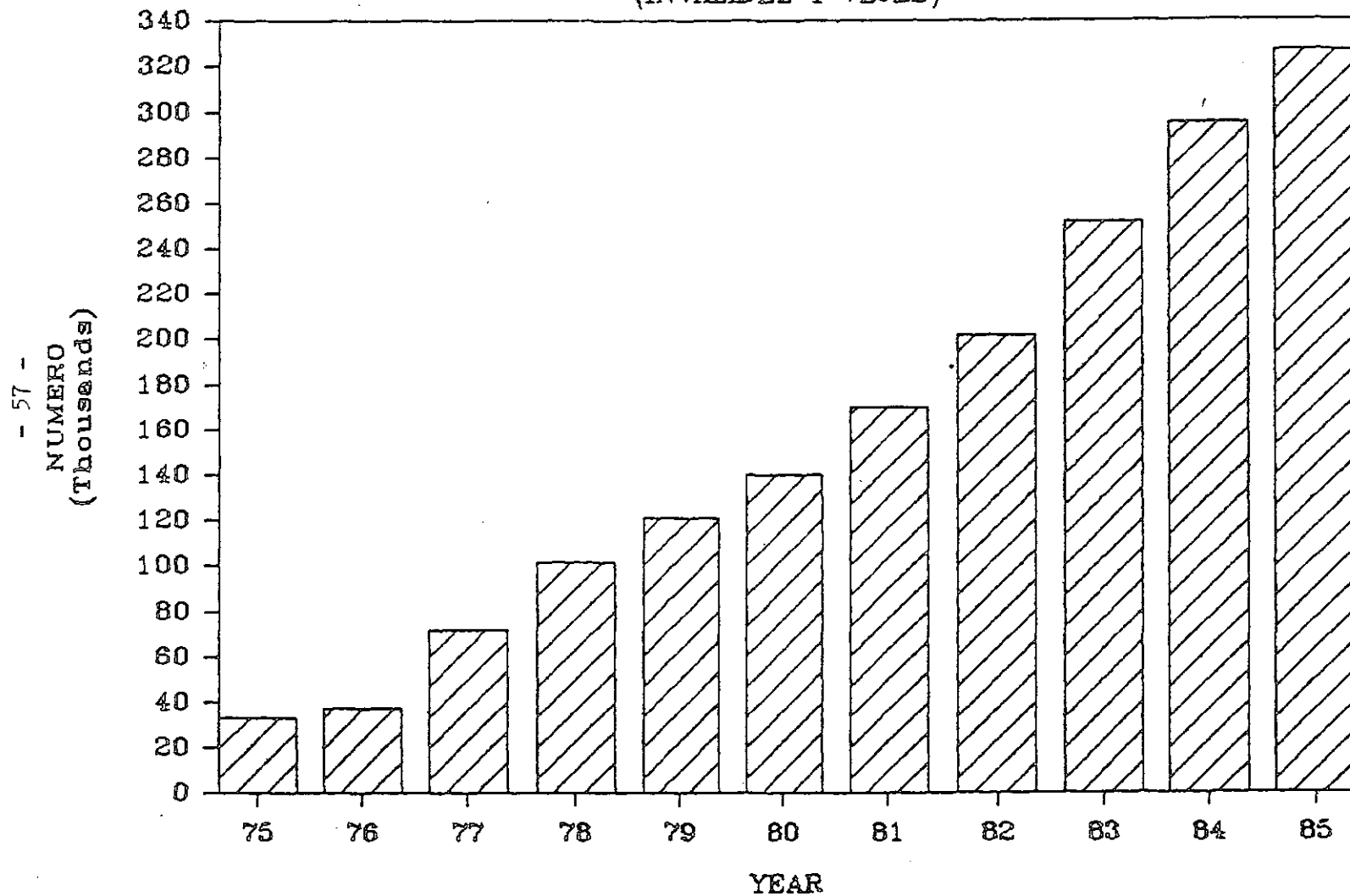


NUMERO
(Millions)



PENSIONES ASISTENCIALES 1975-1985

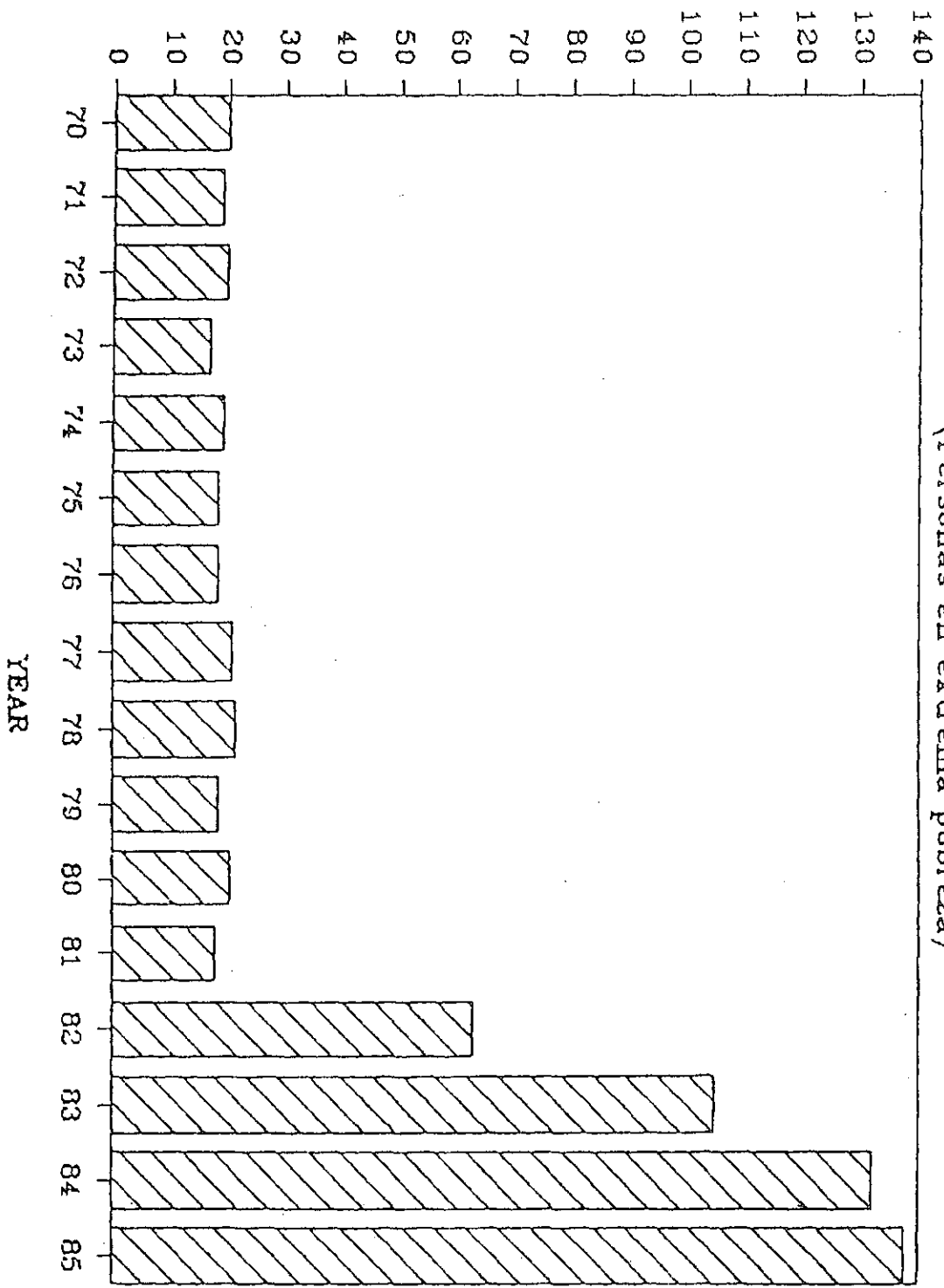
(INVALIDEZ Y VEJEZ)



Numero de casos sociales y judiciales

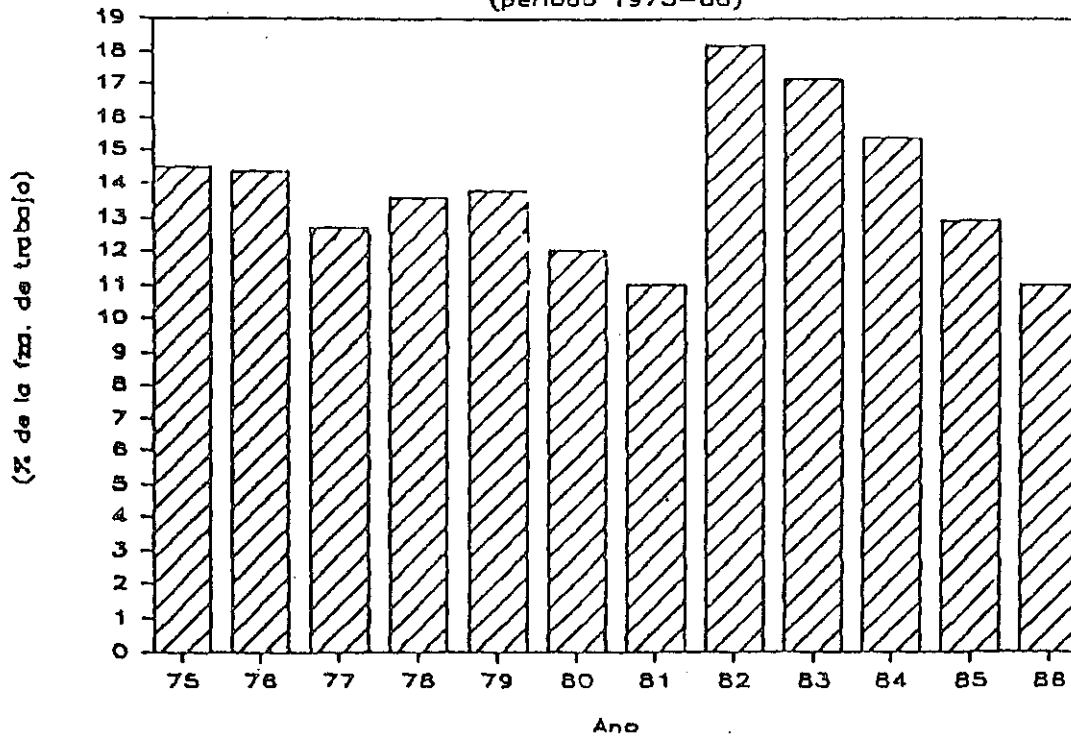
ASISTENCIA JUDICIAL 1970-85

(Personas en extrema pobreza)



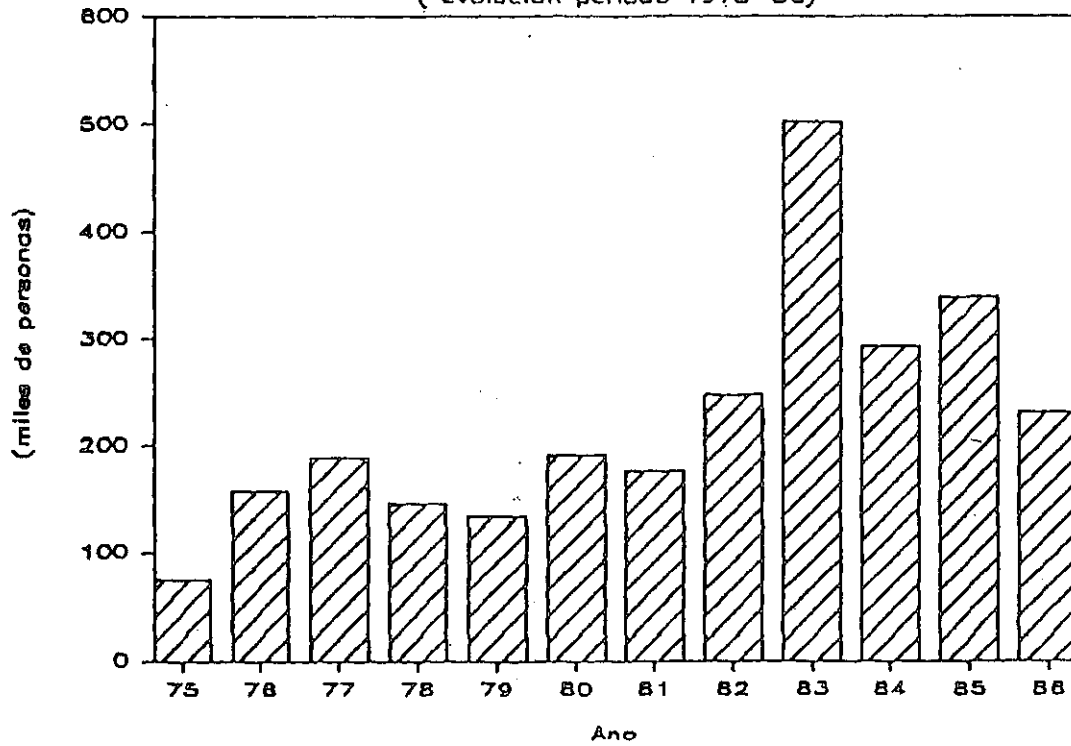
DESEMPLEO EN CHILE

(periodo 1975-88)

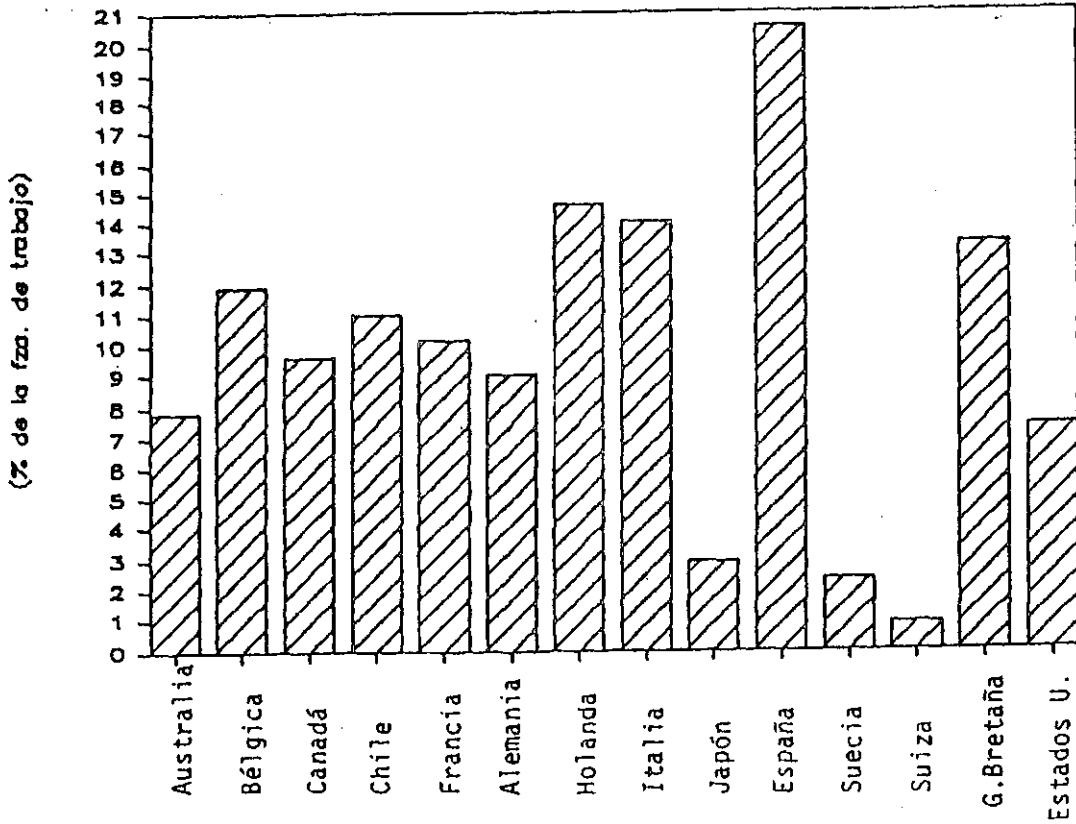


PROGRAMAS ESPECIALES DE EMPLEO

(evolucion periodo 1975-88)

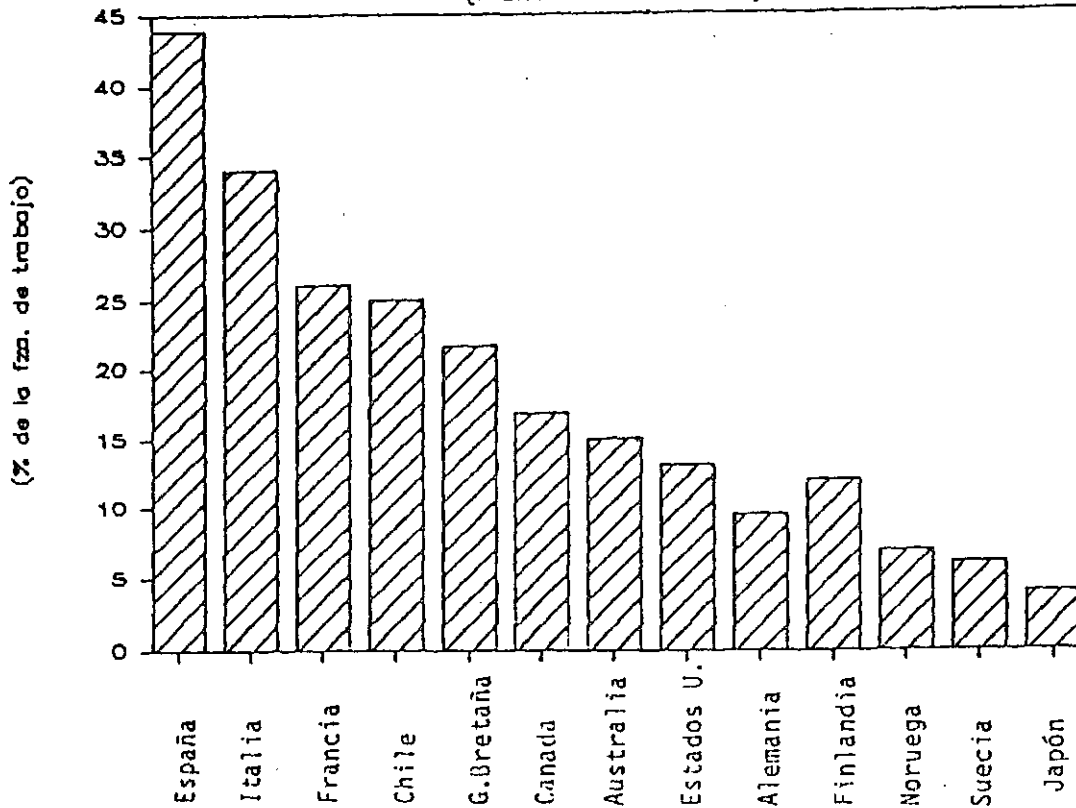


DESEMPLEO 1986



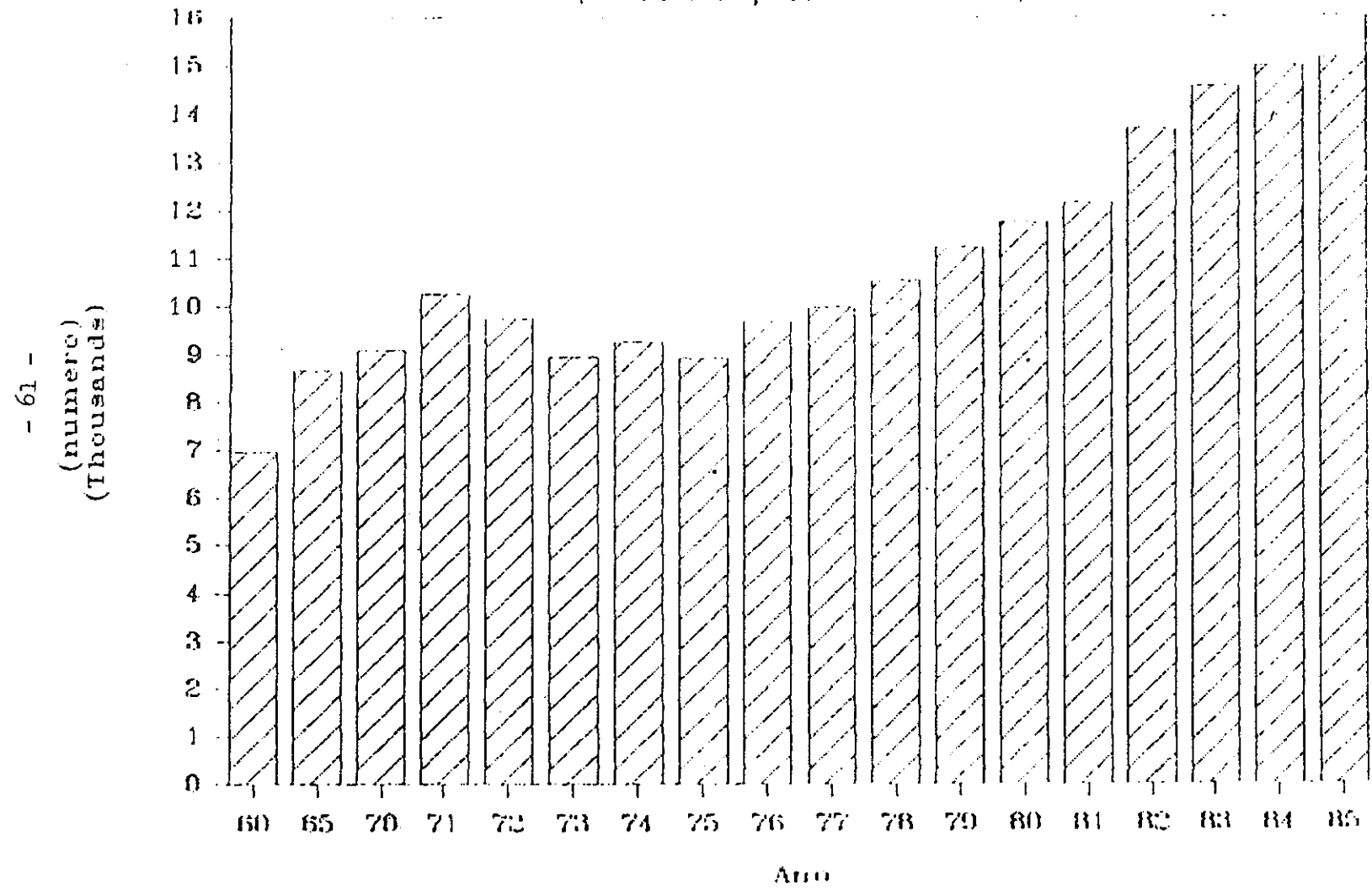
DESEMPLEO JUVENIL 1985

(menores de 25 años)

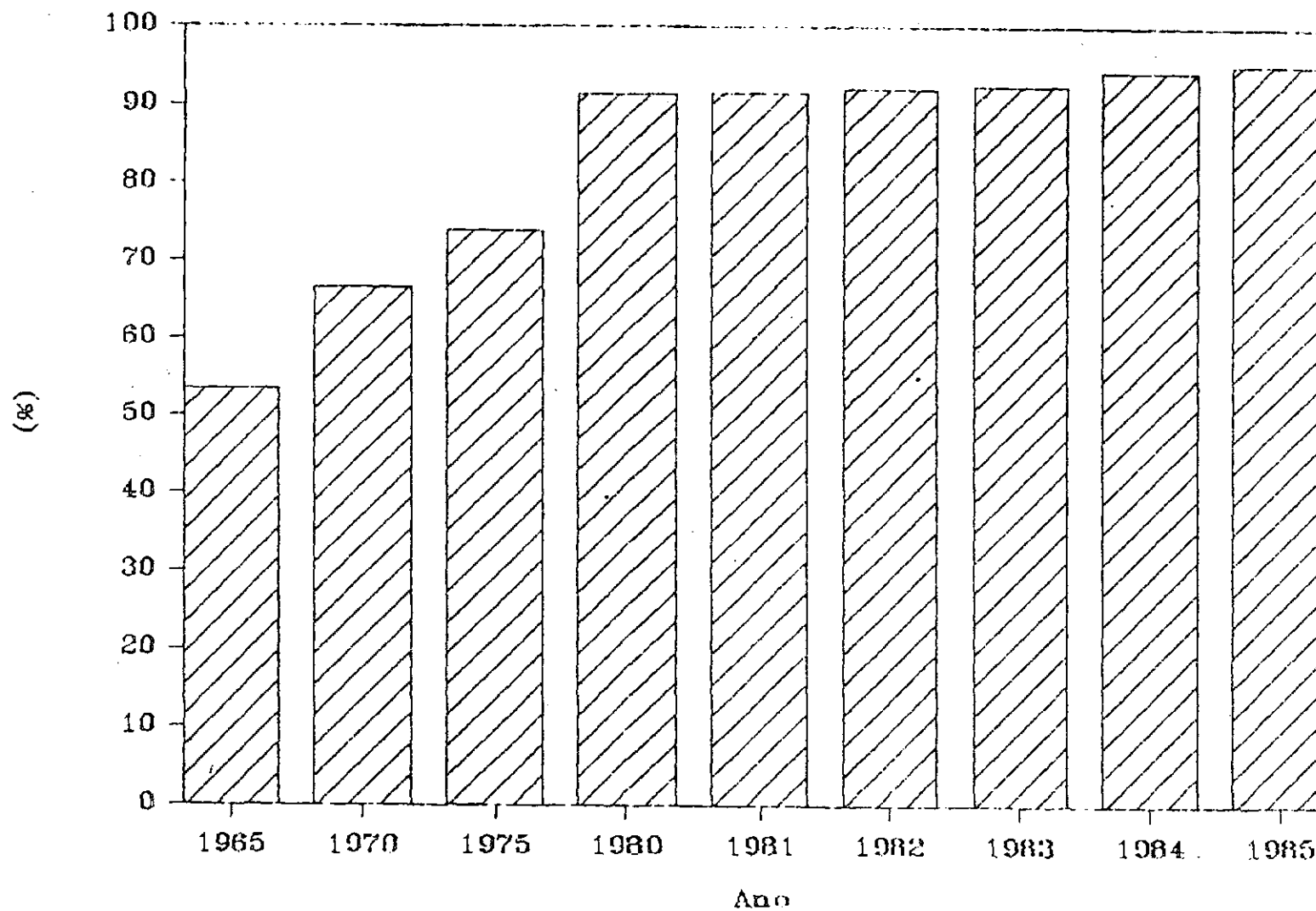


CONJUNTA DE FÉRIAS TOTALES

(evolucao periodo 1960-85)



COBERTURA AGUA POTABLE URBANA



COBERTURA AL CANTARILLADO URBANO

