

## COMISION N° 3 FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD EN CHILE

### INTEGRANTES

Dres. Carlos Montoya A., Coordinador  
Pedro Crocco A.  
José Pablo Gómez  
Manuel Ipinza R.  
Jorge Ramírez M.  
Mariano Requena B.  
Iván Serra C.  
Carlos Smok

Sres. Sonia Araiz M.  
Emilio Jaque  
Francisco Leiva V.  
Sandra Mora P.  
Alberto Russo V.  
Gonzalo Simón.

### I. INTRODUCCION

El sector salud tiene una gran complejidad organizacional, producto de la variedad de instituciones y estructuras y roles que actúan e interactúan con el objeto de satisfacer las necesidades de salud de la población. Dentro de las actividades del sector, una de las funciones básicas es la financiera, realizada por las instituciones y organismos, públicos y privados, que recaudan fondos y financian las prestaciones de salud.

En el actual sistema de salud chileno, es preciso distinguir entre los sistemas para atender las enfermedades comunes y los establecidos para las enfermedades y accidentes de tipo laboral. Con respecto a los primeros, el financiamiento actual está definido en la legislación previsional; en ella se establece que todos los trabajadores activos y pasivos deben aportar un 7% de sus ingresos como cotización de salud, con un tope de 4,2 UF por mes, y la opción del imponente de cotizar en el subsistema público (FONASA) o en el subsistema privado (ISAPRE). En cuanto a la salud laboral, su financiamiento es responsabilidad del empleador, quien tiene la posibilidad de optar entre cotizar para el sistema estatal o para el sistema privado de la mutuales de accidentes de trabajo. En ambos casos, la cotización base es de 0.9% más una adicional según cuál sea la tasa de accidentabilidad.

El subsistema público recibe como principales fuentes de financiamiento las cotizaciones de salud

de quienes optan por FONASA y aporte fiscal. Sus beneficiarios pueden elegir al requerir las prestaciones de salud entre la Modalidad Institucional, que se otorga en Hospitales y Consultorios Públicos, y la Modalidad de Libre Elección.

Las ISAPRE están facultadas para actuar en el área del financiamiento, operando en muchos aspectos como aseguradoras. Entre las fuentes de financiamiento de este subsistema destacan: el aporte del 7% de sus cotizantes, el aporte patronal del 2% cuando procede y las cotizaciones adicionales voluntarias de los empleados.

En 1992, el gasto por persona en el sistema público fue equivalente a US \$ 98 ; en el sistema ISAPRE equivalió a US \$ 212. En el mismo año, el presupuesto del Ministerio de Salud (MINSAL), fue de \$ 373 mil millones, de los cuales el aporte fiscal constituyó el 43%, las cotizaciones, el 35%, los ingresos operacionales el 7% y la venta de bonos e ingresos varios el 15%. Las ISAPRE captaron, también en 1992, \$ 212 mil millones.

Para 1994, el presupuesto del MINSAL asciende a \$ 537 mil millones (m/c).

### LAS ORIENTACIONES GENERALES

Al evaluar el sistema actual, la gran mayoría de los integrantes de la Comisión, estimaron que era necesario aumentar los aportes financieros. Este aumento de recursos debe darse en conjunto y simultáneamente con los cambios de estructura,

organización, definición de responsabilidades e incentivos, que garanticen un adecuado uso de los recursos aportados. Sin estas modificaciones del sector público, cualquier aporte adicional tendrá escaso o nulo impacto en los niveles de salud y en la calidad de la atención. Además, la magnitud de los aportes financieros debe ser compatible con la capacidad económica del país y sus equilibrios macroeconómicos.

En cuanto a la gestión de los recursos financieros se plantea que:

- a) Asegure la equidad en los beneficios (en las atenciones prestadas, según necesidades médicas);
- b) Evite el alza progresiva e incontrolable de los costos de atención;
- c) Maximice el grado de eficiencia con que se gastan los recursos disponibles;
- d) Sea simple y transparente;
- e) Se apoye en la confianza, en el profesionalismo y sentido de responsabilidad de los funcionarios de la salud; junto con crear los incentivos adecuados para lograr que el propósito anterior sea posible; y
- f) Favorezca la calidad de los servicios y un rendimiento técnicamente adecuado de los recursos.

## COMPARACION Y ANALISIS DE LAS PROPUESTAS

Las referencias principales que se tuvieron en vista durante el trabajo de la comisión fueron tanto siete estudios así como las discusiones de los miembros de la comisión.

A partir de las referidas siete propuestas se construyó el Cuadro N° 1 que resume los aspectos más sobresalientes de ellas. Debe entenderse este Cuadro como el resultado de un ejercicio de síntesis que evidentemente puede no representar cabalmente las diferentes propuestas. Para construirlo se usó una clasificación de las Fases que recorre el proceso de gestión de los recursos financieros. En efecto, se distinguen las siguientes fases:

Fase I.- Estimación del Financiamiento necesario del sistema público.

Fase II.- Fuentes de Financiamiento del sistema público.

Fase III.- Mecanismos de Captación y Distribución de Fondos Públicos, incluídas las Cotizaciones.

Fase IV.- Entidades Administradoras de los Recursos

Fase V.- Modo de Asignación a Sistemas Locales o Establecimientos.

Fase VI.- Modo de Pago a Ejecutores Directos en el

Sistema Público.

Durante el trabajo de la Comisión y a la luz del cuadro N° 1 se puede concluir que existen áreas de consenso.

En primer lugar, se constata que subsiste una gran insatisfacción por la atención recibida tanto en el sector público como privado.

Cuando se utiliza como procedimiento para el análisis, comparar las propuesta y las Fases antes indicadas, se constata que:

Fase I.- En el caso del subsistema público, y a pesar del aumento del gasto público en los últimos tres años, se señala la necesidad de recursos adicionales. Hay acuerdo en que es indispensable mejorar radicalmente la gestión de los fondos. Sin embargo, en este aspecto algunos consideran que se deben romper ataduras administrativas propias del Estado actual, y otros ponen mayor énfasis en incorporar la competencia dentro del sistema y separar la administración financiera de la provisión de prestaciones.

También hay consenso respecto a la inadecuación del modo actual de asignación de los recursos, el cual no facilita la descentralización ni guarda relación con las necesidades de la población a atender.

En cuanto al tratamiento, existe consenso solamente en los trazos gruesos de la solución a dar a algunos de estos problemas. En efecto, se piensa que es necesario un financiamiento adicional para el MINSAL.

Fase II.- No se proponen cambios importantes en la estructura de las fuentes de financiamiento del sector público; en esta materia se asigna el rol principal a los aumentos sucesivos del aporte fiscal; se considera posible un aumento de la disponibilidad de las cotizaciones al aumentar los afiliados y disminuir la evasión.

Por otra parte, algunos proponen dejar la cotización obligatoria en el nivel necesario para financiar un "plan básico", y fijando un 7% como techo.

Como otras fuentes de recursos se propone:

- Recuperar los subsidios regresivos, cobrar el valor de las prestaciones institucionales a personas particulares o afiliados a ISAPRE;
- Captar en su totalidad los recursos de la Ley de Accidentes del Trabajo en lo que respecta a asalariados dependientes del INP, incluyendo el aporte que debe hacer el Estado en su rol de empleador.

Fase III.- En cuanto al mecanismo de captación

ESQUEMA COMPARATIVO PROPUESTAS

	Sistema Chileno de Salud Situación Actual	1 -Oliveros -Miranda	2 Ipinza-Montoya	3 -Regional Copiapó
I. Estimación Financiamiento necesario Sistema Público	Gasto por persona 1992 -Público US\$ 98 -ISAPRE US\$ 221	-Mayor que ahora -Máxima prioridad a Sistema Público	4,5-5% PGB del orden 6 UF per cápita por año	Mayor que ahora
II. Fuentes de Financiamiento Sistema Público	-Estado US\$ 444 millones (22,9%) -Usuarios US\$ 1.313 millones (67,4%) -Empleador US\$ 192 millones (9,8%)	-Asalariados 7% bajando hasta 2% -Aporte fiscal 3% PGB subiendo a 6-8% -Copago más equitativo -Focalización subsidio 2% más Maternal -Más afiliados -Menos evasión -Cobro no beneficiarios	-Asalariados 7% -Aporte fiscal aumenta según tendencia actual -Posible aporte del empleador -No aumenta copago -Más afiliados 7% -Menos evasión 7% -Focalización subsidios -Impuestos marcados -Cobro no beneficiarios -Eficiencia	-Cotización obligatoria usuarios, X% -Copagos según nivel ingreso -Cotización empleadores * salud ocupacional * atención ancianos * deducible de imptos. -Aporte fiscal superior al actual -Reducción evasión cotizaciones
III. Mecanismos de Captación y Distribución de Fondos Públicos Incl. Cotizaciones	-INP -FONASA -ISAPRE -Empleador (mutual)	-FONASA (proteger libre elección) -ISAPRE -Fondo especial P.F.	-Fondo Unico con reparto solidario	-Fondo Sist. Unico de Salud (FSUS) administ. por el Estado -Copago captado por FSUS o Inst. Prestadoras
IV. Entidades Administradoras de los Recursos	-FONASA -ISAPRE -Mutuales -Municipios	-MINSAL, SS -Municipios -ISAPRE y -Privados complementarios sin subsidio cruzado.	-MINSAL, SS. -¿Municipios? -Privados complementarios	-Inst. Prestadoras que resultarían de privatizar los estab. públicos (incl. municipalizados), en forma de soc. anónimas, excepto centros alta complejidad y S. Urgencia -Mutuales se asimilan a IP -IP con carácter territorial
V. Modo asignación a Sistemas Locales o Establecimientos	-SNSS: Presupuesto y FAP. -FONASA: Orden Atención -Consultorio. Municip.: FAPEM.	Presupuesto per cápita modificado en SNSS	Presupuesto per cápita modificado	-A cada IP un presupuesto basado en per cápita -c/IP vendería a afiliados una "canasta básica" -Dif. entre precio y per cápita que paga FSUS la asume usuario o seguro adicional -IP venderían prestaciones Libre Elección -Financiamiento inversiones asig. por FSUS según concurso
VI. Modo pago ejecutores directos Sistema Público	Salario	-Salario justo -Arancel	-Salario justo -Incentivos -Condiciones trabajo -No por acto ni por PAD	Salario en alguna IP y honorarios libre elección bonificados por FSUS o por seguro adicional

P.F. = Protección y Fomento

PAD = Pago asociado a diagnóstico

CCAF = Cajas de Compensación de Asignaciones Familiares

4 -H. Sánchez et al.	5 -Comando Alessandri -Inst. Lib. y Desarrollo -Comando Feliú	6 Ramírez Maldini	7 Fuentes y Verdessi
Mayor que ahora	¿?	Nivel actual	-Aumento al 4 ó 5% del PGB
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Asalariados 7%</li> <li>-Aporte fiscal suba</li> <li>-Redistribuir financiamiento actual</li> <li>-Focalización subsidios</li> <li>-No aumento copagos</li> <li>-Cobro a no beneficiarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Asalariados 7%</li> <li>-Aporte fiscal "suficiente" para financiar un bono para cada habitante que subsidia planes de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fuentes actuales</li> <li>-Captar cotizaciones</li> <li>-LEY 16.744 DE AFILIADOS INP en lo que corresponde al SNSS.</li> <li>-Cobros a no beneficiarios.</li> <li>-Aporte fiscal del 0,5% de sueldo mínimo por cada indigente, destinado a Preventiva de ellos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fuentes actuales si es necesario Impuestos "marcados"</li> <li>-Incremento del aporte fiscal en los años próximos</li> <li>-Más afiliados FONASA</li> <li>-Copago equitativo y regulador.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-FONASA</li> <li>-ISAPRE +</li> <li>-Mutuales +</li> <li>-Fondo especial P.F.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-FONASA</li> <li>-Fondos especiales Protección y Fomento (P.F.) y pobres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-FONASA, directamente o por convenio con CCA.</li> <li>-ISAPRE - Mutuales.</li> <li>-Sistema informático en el SNSS sobre afiliación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-FONASA (proteger libre elección)</li> <li>-ISAPRE</li> <li>-Mutuales</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Corporaciones sin lucro</li> <li>-ISAPRE sin subsidio pero acceso a aporte fiscal</li> <li>-No Municipios</li> <li>-Otros privados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Los Establecimientos Públicos pasan a soc. autónomas, eventualmente privadas, ISAPRE. Las ISAPRE, administran los fondos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-MINSAL, SS</li> <li>-Municipios</li> <li>-ISAPRE</li> <li>-Mutuales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-MINSAL</li> <li>-Municipios</li> <li>-ISAPRE, sin subsidios cruzados</li> <li>-Mutuales</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Presupuesto per cápita modificado, PAD</li> <li>-Compra planes curativos</li> <li>-Compra actividades P.F.</li> </ul>	<p>COMPRA DE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"Planes básicos" por las personas a las "administradoras de planes", que compiten entre sí</li> <li>-Compra de otros planes y prestaciones.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Venta de prestaciones por el SNSS y por proveedores privados a FONASA, por el valor de las bonificaciones que se establezcan (mayores para el SNSS, mayores a menor ingreso)</li> <li>-ISAPRE traspasan 0,5% de las cotizaciones a Med. Preventiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se agrega a los sistemas actuales:</li> <li>-Compra de servicios del sector institucional por privados</li> <li>-Inversiones conjuntas público-privado</li> <li>-Contribución de Mutuales a sector institucional.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Salario justo</li> <li>-Incentivo</li> </ul>	¿?	¿?	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Salario justo</li> <li>-Aranceles revisados.</li> </ul>

central de los recursos, se propone que el FONASA recaude toda la cotización de sus afiliados, directamente o por convenios con terceros, con el objeto de lograr transparencia en la efectiva entrega de esos dineros para salud (actualmente los recauda el INP y, en menor proporción, las AFP).

Algunas propuestas asumen que la tarea consiste:

- Financiar el S.N.S.S., a fin de que proporcione una atención universal, integral y equitativa, con el lugar debido para las funciones de promoción, fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación, y para la atención ambulatoria.
- Mejorar drásticamente la gestión del sector público en el marco de la modernización del Estado, incluyendo su descentralización.
- Suprimir los subsidios regresivos a las ISAPRE en el más breve plazo.
- Ligarían presupuestos y programas, fortalecerían los criterios de inversión y la política tecnológica, y harían más equitativos los copagos.
- Podría crearse un fondo de promoción y prevención.
- Asignan un rol complementario al sector privado, dentro del cual darían prioridad a los proveedores directos: para utilizar sus servicios, los afiliados a FONASA seguirían contando con el sistema de bonos, que implica pagar voluntariamente un precio por el privilegio de elegir al médico.
- Plantean evaluaciones sucesivas del sistema, a la luz de las cuales se podría avanzar en la integración estructural, y en la equidad financiera.

Otras propuestas plantean la necesidad de introducir competencia al interior del sistema y separar las funciones de provisión de servicios y de financiamiento.

Los recursos (aporte fiscal, cotizaciones y copagos) serían reunidos al nivel central por un Fondo Nacional o por FONASA, ISAPRE, MUTUALES y Fondo de Protección y Fomento.

Fase IV.- La administración directa estaría a cargo de las entidades prestadoras, para lo cual éstas actuarían independientemente o agrupadas en "instituciones prestadoras".

Para algunos, las entidades administradoras-prestadoras serían sociedades anónimas. En tanto otros dejan abierta la opción de que se creen corporaciones sin fines de lucro.

Fase V.- Varias propuestas coinciden en que la asignación de los fondos debe hacerse por un presupuesto basado en la población a atender y en las circunstancias regionales, y sujeto a la evaluación

regular de los resultados obtenidos. (compromiso de gestión).

Uno de los puntos en torno a los cuales hay discusión se refiere a la manera de asignar los recursos recaudados por las cotizaciones. Algunas propuestas plantean usar las cotizaciones en los propios cotizantes, en tanto que otras quieren asignarlas a través de un fondo único y común y utilización en relación a las necesidades y la demanda personal de toda la población.

En cuanto a la asignación de recursos, esto se haría, desde FONASA, ISAPRE, etc. a las entidades administradoras-prestadoras a través del mercado: compraventa de "planes de atención curativa", de "actividades de protección y fomento" o de "actividades focalizadas para los pobres".

Además, se menciona la asignación de fondos a los Servicios de Salud según un presupuesto per cápita modificado o según "pago asociado a diagnóstico".

La gente se afiliaría, no a un seguro específico (pues habría Fondo Unico) sino a una Institución Prestadora (IP) y ésta les vendería una "canasta básica", financiada en parte por un presupuesto per cápita que le entregaría el Fondo y en parte por copago. Las IP venderían también prestaciones de libre elección.

En las ideas de algunos, FONASA utilizaría las cotizaciones de sus afiliados en respaldar el pago con bonos, por acto médico, en el sistema institucional o a proveedores privados. El fisco entregaría su aporte directamente a los Servicios de Salud para financiar las prestaciones a los indigentes.

Según la mayoría de las propuestas, el seguro de salud ocupacional seguiría con el régimen actual. Sin embargo, unos proponen una distribución más equitativa de los ingresos de las Mutuales; y otros ampliarían el rol de las Mutuales, posibilitando su transformación en ISAPRE.

Fase VI.- Las opiniones van en el sentido de mantener en el sector público el pago por salario a los ejecutores directos, elevándolo a un nivel "justo"<sup>2</sup> y complementándolo con un margen flexible de incentivos ligados al cumplimiento de los objetivos de salud.

#### *Los Dilemas:*

I.- El primer punto en discusión es cómo lograr un financiamiento solidario según las capacidades de cada cual, de acuerdo a los principios de la seguridad social.

Aquí hay que precisar que la parte del financiamiento que se obtiene de los impuestos

generales tiene una progresividad según el ingreso. Por lo tanto, el problema de la solidaridad se plantea en cuanto a objetivo y a la distribución de las cotizaciones obligatorias. Al respecto, las dos alternativas básicas serían:

- Una, conservar la situación actual, en que hay diversos Fondos y, entre ellos, las ISAPRE, que reciben más del doble del aporte por afiliado que el sistema público. En esta opción las cotizaciones son utilizadas en beneficio del propio cotizante, sin desmedro de acciones orientadas a reducir los subsidios regresivos y otras fuentes de inequidad en el sistema.
- La segunda alternativa consistiría en ir más o menos gradualmente hacia la eliminación de la desigualdad mediante una de dos soluciones:
  1. La captación por FONASA del 7% de los salarios de todos los habitantes para ser usado como un fondo único solidario de acuerdo a las necesidades de cada persona y comunidad.
  2. La reducción gradual pero significativa de la cotización obligatoria, unida al aumento simultáneo del aporte fiscal.

La primera solución dejaría a los seguros privados el rol de asegurar una atención con márgenes de comodidad o privilegio, no médicamente necesarios (pieza; enfermera exclusivas no indicadas por la condición del paciente; cirugía cosmética, etc.)

Los cotizantes podrían pagar su prima a esos seguros privados, usando la parte alícuota que les correspondiera al dividir por el número de habitantes las cotizaciones que ingresan al Fondo; en tal caso deberían—ellos o su seguro—pagar el valor total de las atenciones que recibieran del sistema de servicios de salud, conservando, eso sí, el derecho a servicios preventivos.

Es de notar que se contempla un Fondo Único administrado por el Estado.

Veamos el segundo punto en discusión: cómo mejorar radicalmente la gestión del sector público de salud, a fin de optimizar su eficacia y eficiencia. Aquí se dan también dos opciones de solución, que tocan a la propiedad de los establecimientos públicos:

- Una primera opción conserva la propiedad pública de los servicios, pero modifica el estatuto del sistema y de sus funcionarios, flexibilizándolo, dentro del marco de una modernización del Estado que se hace necesaria desde todos los puntos de vista.
- Una segunda opción separa a los establecimientos públicos del aparato del Estado, dentro de una perspectiva de reducción de este último y de

privatización de los servicios. Esta opción introduce la competencia al interior del sistema y crea un “subsidio a la demanda”.

#### *Las alternativas frente a la prueba de los objetivos de política de salud*

En las dos disyuntivas hechas explícitas por el análisis de las distintas propuestas de financiamiento del sector salud, la elección podría hacerse sobre la base de los objetivos de la política de salud que hay que satisfacer. Afortunadamente, hay consenso con respecto a ellos, con la observación de que requieren una priorización en cada etapa. Ellos se enumeran a continuación y pueden usarse como herramienta para trabajar la comparación entre las opciones:

1.- Tipo de atención a dar: integral, universal, según sea la situación nacional y criterios profesionales.

2.- Equidad en los beneficios: entendiendo por esto el acceso según necesidad médica, y/o según demanda personal, sin diferencias por ingreso económico, lugar de residencia, edad o morbilidad.

3.- Solidaridad: aporte proporcional a los ingresos sin subsidios regresivos.

4.- Dignidad, seguridad, libertad y satisfacción para los usuarios.

5.- Dignidad, autonomía y satisfacción para los proveedores directos. Desarrollo profesional del personal.

6.- Eficacia/efectividad: calidad, tecnología apropiada y controlada.

7.- Eficiencia económica: dentro de un financiamiento suficiente, impedir alzas de costos por servicios innecesarios, burocratismo, fragmentación institucional, modos de pago ineficientes o utilidades privadas.

8.- Estabilidad en los ingresos financieros: robustez y regulación ante crisis económicas nacionales o globales.

9.- Orientación y decisión: rol del Estado y la Sociedad.

10.- Racionalidad: planificación y evaluación sistemáticas para los plazos corto, mediano y largo, con el objetivo de salud.

11.- Autonomía política suficiente (relativa).

#### **Anexo. 1.**

##### 1. El trabajo de la Comisión

El área temática ha sido estudiada por una Comisión de profesionales del campo de la salud, en cuyos trabajos y debates ha participado una muy amplia gama de personas e instituciones.<sup>3</sup>

La labor de la Comisión se inició a mediados de

Agosto de 1993. En la primera etapa se solicitaron y se recibieron propuestas de todos los sectores de opinión pertinentes al tema. Estas fueron resumidas y distribuidas a los miembros de la Comisión. En una segunda fase se establecieron categorías para el análisis conjunto de las propuestas y con ellas se elaboraron cuadros de comparación.

Finalmente, se recogieron las opiniones de los participantes con relación a los criterios de análisis, a las similitudes y a las diferencias existentes en algunas materias.

#### **A. Títulos y Autores de las Propuestas utilizadas durante el trabajo de la Comisión**

1. DIAGNOSTICO Y PROPUESTA FINANCIAMIENTO SALUD EN CHILE.  
DR. RUBALDO OLIVEROS C.
- 2.- FINANCIAMIENTO DE UNA ADECUADA ATENCION DE SALUD PARA CHILE.  
DRES. CARLOS MONTOYA A. y MANUEL IPINZA R.

- 3.- ANALISIS FINANCIAMIENTO SISTEMA UNICO DE SALUD, PROYECTO SALUD PARA CHILE.  
PROPUESTA CONSEJO REGIONAL COPIAPO.
- 4.- SALUD AL SERVICIO DE LA PERSONA: PROPUESTA DE FINANCIAMIENTO.  
SR. HECTOR SANCHEZ R.
- 5.- SALUD BUENA PARA TODOS. RESUMEN DE LA PROPUESTA DE SALUD CANDIDATURA ALESSANDRI.
- 6.- PROYECTO DE SALUD.  
DR. JORGE RAMIREZ MALDINI.
- 7.- EL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD.  
DRS. ROBERTO FUENTES GARCIA, DANIEL VERDESSI BELEMMI

Para la propuesta 4, la expresión "salario justo" no se debe entender como incrementos asociados a demandas gremiales, sino que está asociada a la productividad.

## **COMISION Nº 4 COORDINACION INTERSECTORIAL**

### **INTEGRANTES**

Dres. Cleofe Molina A., Coordinador  
Munir Hazbún A.  
Rodrigo Miranda C.  
Eugenio Concha V.  
Sra. Labibe Yumha

### **INTRODUCCION**

La salud es uno de los componentes del Nivel de Vida, aunque importante, no es el único, y por lo tanto, la intersectorialidad debe ser asumida iniciando un proceso de acercamiento y coordinación con cada uno de sus distintos componentes. De entre ellos hemos priorizado Educación, Medio Ambiente y Trabajo, junto con reconocer que la PROMOCION DE LA SALUD es el eje fundamental de la Intersectorialidad.

No hay duda que la Intersectorialidad adquiere cada vez más importancia, no obstante las particularidades que salud reclama para sí en forma exclu-

siva. Existe una conciencia creciente de la fuerte influencia que otros sectores tienen y de la necesaria complementariedad que debe existir entre los distintos componentes del Nivel de Vida.

El informe está presentado bajo el siguiente esquema:

- A.- PROMOCION DE LA SALUD.
- B.- EDUCACION Y SALUD.
- C.- MEDIO AMBIENTE Y SALUD.
- D.- TRABAJO Y SALUD.

#### **ANEXOS:**

- 1.- Principios de Organización de la Sociedad Chilena.
- 2.- Principios de una Política de Salud para Chile.