

## Equidad en el acceso a la salud en Chile\*

MARCOS VERGARA<sup>(1)</sup>

### INSTITUCIONALIDAD DE LA EQUIDAD

Dentro del sistema de salud chileno, en la parte en que es posible asimilarlo al de seguridad social<sup>(2)</sup> -es decir, excluyendo las funciones de salud pública o de provisión de bienes de apropiación colectiva- existen dos subsistemas que operan en forma bastante independiente entre sí (al decir de algunos autores, operarían como “estancos”). Estos dos subsistemas del sistema de salud chileno: i) son de distinta naturaleza, pues uno se basa en una suerte de seguro colectivo mientras el otro opera sobre la base de seguros individuales; ii) tienen modelos de atención o de provisión de servicios distintos, pues mientras uno tiende a operar más intensamente con reglas de mercado, basadas en grados mayores de libertad de elección -habida cuenta de las imperfecciones que este mercado presenta- el otro tiende a operar más intensamente sobre la base de la tradicional oferta pública, con clientela institucional y asignación poblacional territorial, iii) el origen de los fondos -subsídios estatales provenientes del tesoro público y aporte de las personas pre-pagados o de bolsillo- y el marco institucional en que se desenvuelven los procesos de asignación de recursos son distintos, con muy pocos vasos comunicantes y, iv) los propios mecanismos de financiamiento de la provisión de servicios son distintos<sup>(3)</sup> -pago de factores versus pago por prestación o compra propiamente tal-. Sin em-

bargo, y aunque resulte obvio por ser un asunto al que estamos habituados, la consideración más importante que cabe explicitar es que la distribución de la población en ambos subsistemas no es aleatoria. Por el contrario, éstos sirven a segmentos sociales perfectamente distinguibles desde el punto de vista de sus ingresos y de sus riesgos de enfermar. Es decir, *el sistema de salud chileno está segmentado en función de estas variables.*

Por cierto las categorías sociales distinguibles en el sector de la salud no son dos, sino que diversas<sup>(4)</sup>. De este modo, en los subsistemas señalados y a pesar de su distinta naturaleza, un abanico de segmentos se despliega en la práctica entre los dos extremos: entre los más ricos y menos riesgosos y los más pobres y más riesgosos. Este despliegue es verificado cada tres años por Mideplan cuando clasifica la adscripción de la población a los subsistemas de salud, según quintiles de ingreso y según edad y sexo (proxy del riesgo) y es facilitado por formas de protección no universales adicionales a lo estrictamente obligatorio que existen para determinados grupos de ciudadanos<sup>(5)</sup>, así como por las posibilidades de mejor mix que el uso de las propias disponibilidades permita, como ocurre con los beneficiarios de Fonasa no indigentes, cuando optan por usar alguna de las dos modalidades de atención, institucional o de libre elección. Pero en un extremo -y esto no podemos perderlo de vista-, ciudadanos chilenos con recursos muy limitados

(1) División de Políticas y Gestión en Salud. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Independencia 939. Santiago. Chile. mvergara@med.uchile.cl

(\*) Este paper fue desarrollado por iniciativa del autor durante una pasantía que fue requisito del Programa de Doctorado en Salud Pública de la Universidad de Chile.

(2) Básicamente, el sistema basado en pre-pagos obligatorios para salud con cargo a las personas, más subsidios del estado parciales o totales a quienes no cuentan con recursos para realizar esos pre-pagos.

(3) Lo anterior, si bien GES intenta profundizar la lógica de “quasi-mercados” con relaciones comprador-prestador en los hospitales públicos, semejante a los mecanismos de compra usados en los mercados reales.

(4) Este análisis no considera a grupos específicos de población que no están adscritos al sistema provisional general, como es el caso de las Fuerzas Armadas y Policía uniformada en Chile.

(5) Típicamente, seguros complementarios en las empresas o beneficios de co-financiamiento.

han vivido en un verdadero “apartheid” de la salud, si se compara su situación con el acceso a los servicios que tienen otros miembros de la sociedad.

El sistema de salud chileno asimilado a la seguridad social e instituido en función de lo descrito antes, es persistente y estructuralmente desigual. Presa del pasado, en la actualidad el sistema hereda el formato del subsistema público, gestado, desarrollado y administrado bajo la protección del Estado, por una parte y, por otra, hereda también el formato del subsistema privado, gestado por mano no tan invisible durante el “peak” del entusiasmo neoliberal. Pero estos formatos no se mezclan más allá de las posibilidades reales de los ciudadanos que en el margen optimizan sus opciones de atención, como hemos señalado antes. En la evidente bipolaridad de tan diversas y distantes paternidades, el sistema ha congelado en su estructura un modelo de no conciliación, que no sólo refleja su propia historia sino que es también expresión de la memoria social y política reciente, de la que ha costado hacerse cargo.

El progreso que es posible imaginar hoy en el sistema de salud en términos teóricos, a pesar de la fuerza de lo instituido, apuntaría a la integración. Esta, eso sí, sería una historia que no formaba parte del sueño pretérito de nuestros abuelos, hijos de la segmentación social y conformes con la misma. Sería una historia que tampoco ha formado parte de la agenda de los stakeholders más influyentes del sector de la salud en la actualidad, ni de las instituciones que son el objeto de la preocupación de cada cual. Sin embargo, y a pesar de las evidentes dificultades que el panorama ofrece, no es imposible concebir o imaginar un arreglo que integre en su diseño a un subsector privado más conectado con la justicia -fairness<sup>1</sup>- y con el bien común y a un subsector público que no interprete el valor público preferentemente en función de mantener su propio status quo. La materialización de una idea como ésta, sin embargo, y como es posible prever no es trivial, porque toca diversos intereses y porque escapa al modo como la elite política intelectual del establishment sanitario, ha venido resolviendo el problema a lo largo de los años -

aquí reutilizo la figura empleada por Pamela Jiles<sup>2</sup>, en artículo referido a los medios de comunicación de masas.

Esta no es, a mi entender, una discusión acerca de la pertinencia o de la ética del afán de lucro en el sector de la salud, como fue durante unos meses la tónica de la discusión en el sector de la educación y como suele plantearse muchas veces. Pretender ir en contra de los intereses existentes en la industria de la medicina (fármacos, tecnología, etc.) sería irracional y muy desgastador, así como sería ingenuo no considerarlos al momento de la formulación de la política pública y del diseño institucional, en particular las regulaciones y el despliegue de incentivos apropiados. El sector de la salud no está libre de los problemas de cualquier industria a pesar del propósito último que persigue, que bien podría considerarse socialmente superior. Pero tal como nos diría un economista, en este asunto del afán de lucro se trata de que quienes lo tienen no obtengan utilidades extranormales a costa de los consumidores -en este caso los pacientes- o, dicho de otra forma, de que la oferta de servicios lucrativos no se apodere de los excedentes del consumidor. Es decir, mercados competitivos. En ese escenario resulta legítimo para los privados apropiarse de la renta normal que esta importante actividad económica genera, tanto como para la sociedad lo sería apropiarse de la renta social de la misma actividad. En consecuencia, provistas las regulaciones del caso -y la definición de las categorías de bienes y servicios objeto de la política, incluidos los estándares de calidad para su provisión-, el verdadero y gran problema social se reduciría a la inequidad en el acceso de las personas a los bienes y servicios de salud.

Siguiendo lo que nos sugiere Eduardo Engel en su columna de prensa<sup>3</sup>, a partir de los trabajos que cita de Parente y Prescott, Acemoglu y Aghion y Kaufmann y Kraay, las diferencias en bienestar económico entre países, pasado cierto umbral, se explicarían por la ausencia de competencia en sectores claves de la economía, tanto como por gobiernos incompetentes que ameritarían plantearse reformas del Estado orientadas a fortalecer su rol, para evitar que el producto

del crecimiento sea repartido por quienes capturen parcelas del Estado. Es decir, un Estado capaz de sostener políticas públicas que respondan eficazmente a objetivos de bien común. Esto aplica perfectamente bien al sector de la salud, lo que se describe muy apropiadamente en los más recientes trabajos de Porter y Teisberg<sup>4</sup>.

## REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD

Ahora bien, los temores de la transición pueden explicar el cuidado que tuvieron los gobiernos de los últimos años en Chile, por no tocar los intereses de los dueños de las Isapre ni los intereses de los gremios de la salud, evitando de este modo introducir en la agenda conflictos indeseados. Sin embargo, a partir de una suerte de resignificación social del acceso a la salud como derecho ciudadano, el tercer gobierno de la Concertación recogió el guante para producir una reforma del sector. Si seguimos a Osvaldo Sunkel<sup>5</sup>, éstas podrían ser manifestaciones de un foco socio-céntrico o de derechos ciudadanos en desarrollo que empieza a distinguirse en el acontecer social.

Pero esta reforma de la salud, habida cuenta de sus innegables méritos, no encontró todo el espacio ni las voluntades suficientes para la construcción de un nuevo sistema de seguridad social en salud. Probablemente no exista en la sociedad chilena un referente valórico compartido -mucho menos un marco normativo que lo materialice- que permita juzgar positivamente un resultado de esta categoría o hacerlo al punto de superar los eventuales costos y la tensión ideológica entre las soluciones pública y privada. Al decir de Jurgen Habermas<sup>6</sup>, los referentes normativos que se establecen en la sociedad van creando las condiciones para continuar

progresando, en la medida que van consolidando los acuerdos sociales que se han venido construyendo. El marco normativo/jurídico vigente en Chile, por el contrario, refleja en último término las reformas introducidas al sistema previsional de la salud por el gobierno militar, bajo condiciones de excepción y, en consecuencia, no representan necesariamente referentes valóricos socialmente compartidos y pertinentes para la democracia. Aquel es precisamente el marco normativo que la reforma del sector ha pretendido cambiar.

En consecuencia, si la estrategia es construir desde lo que se tiene, la integración de los dos subsistemas que producirá la reforma será todavía muy tímida. Y buenas razones tiene, por ejemplo, el Ejecutivo para avanzar en esto con cautela. Esta integración no es mayor precisamente porque todavía no es posible el movimiento de subsidios de un subsistema a otro<sup>(6)</sup> -en este caso desde beneficiarios de Fonasa que sean acreedores de subsidios públicos, indigentes o aportantes, y que migren hacia las Isapre- y ello es así, entre otras cosas, por el interés de cuidar el financiamiento histórico de los hospitales públicos, en la medida que se evita que las personas muevan sus recursos previsionales para salud a través de sus seguros hacia otros prestadores<sup>(7)</sup>, tanto como por la transferencia neta de recursos que en un primer momento podría ser necesario producir hacia Fonasa en función del denominado riesgo cartera, si acaso se trabaja en un modelo de tarifa plana y redistribución expost. En el primer caso está puesta la mirada celosa y vigilante de los administradores de la hacienda pública, por el riesgo de duplicar los gastos, asumiendo una planta de personal constante, salvo que los propios hospitales públicos pudieran capturar esos recursos prestando servicios también a quienes hubiesen

<sup>(6)</sup> La portabilidad de subsidios es materia delicada al interior de la Concertación y genera importantes divisiones cuando se discute. Por lo general, esta discusión no alcanza a ser profundizada en un plano técnico y muere prematuramente en la pasión del eje político-ideológico "estado vs. Mercado". En la ENASA 2007 -evento organizado por la Asociación de Isapres- la Democracia Cristiana generó una apertura que podría reponer esta discusión.

<sup>(7)</sup> Si se examina con lógica de comprador-prestador, FONASA sólo puede comprar atención haciendo uso de la modalidad institucional en Hospitales Públicos, salvo para una pequeña proporción de los recursos que ha sido expresamente autorizada. Por su parte, los hospitales públicos tienen limitaciones para vender servicios a quienes no son beneficiarios de FONASA. Es decir, la vida de ambas entidades está indexada. Aparentemente ninguno tiene los incentivos apropiados para ser muy eficiente, excepto por la existencia de la modalidad de libre elección, cuyos elevados copagos -gasto directo de bolsillo- restringen su uso.

migrado de sistema. En el segundo caso está la preocupación de los dueños de las Isapres, quienes serán partidarios de un subsidio a la demanda sin modificaciones sustantivas del sistema actual.

### **PORTABILIDAD DE SUBSIDIOS: LA DISCUSION SIEMPRE PENDIENTE**

La posibilidad de que beneficiarios del componente privado de la seguridad social de la salud se atiendan en los hospitales públicos y de que estos últimos recaudaran por atenderlos, en un formato que permitiera devolver parte de esos beneficios a la generalidad de los beneficiarios del sistema -una especie de impuesto conocido- tendría, además, otro efecto: permitiría ampliar las posibilidades de atención de los beneficiarios públicos en otras instituciones de su preferencia usando más intensivamente la modalidad de libre elección, que hoy presiona sobre el presupuesto público y cuyas bonificaciones podrían ser mejoradas en la medida que los hospitales públicos estuvieran más holgados en su financiamiento.

En la experiencia de otros países con sistemas de seguridad social consolidados, como los europeos, muchos hospitales no se distinguen por atender a grupos especiales de población<sup>(8)</sup>. Es decir, la tendencia de la política pública ha sido a la universalización de servicios y no a la implementación de soluciones “ad-hoc” para los más pobres, lo que segmenta ex-antes a la sociedad por la variable atención de la salud.

Cuando los beneficiarios del sistema público de salud sólo pueden atenderse en determinados hospitales, que son a la vez de propiedad del mismo dueño o del mismo controlador del agente encargado de brindarles protección en

salud, en este caso el Estado, suelen ocurrir algunos fenómenos complejos: primero, se agudiza el típico problema de “agencia”; segundo, la atención, en tanto monopólica, se torna de mala calidad y burocrática, en la acepción de Kermberg<sup>7</sup> -en ese escenario, además, los formatos institucionales vigentes son muy inapropiados para la buena administración de organizaciones de servicios, como son los hospitales<sup>(9)</sup>. Y, tercero, el gasto hospitalario termina siendo variable de ajuste de la política fiscal, a través del control de la planta funcionaria. Por lo anterior, este formato institucional suele ser del agrado de los administradores de las finanzas públicas cuando se trata de resolver el problema de la atención de los más pobres.

### **INSTITUCIONALIDAD DE LOS HOSPITALES PUBLICOS<sup>(10)</sup>**

En efecto, la forma en que se gestionan los hospitales públicos está dada, de acuerdo a sus leyes orgánicas, por su adscripción a lo que se denomina la administración del Estado. En esta misma categoría se encuentran los servicios públicos, como los ministerios, el Servicio de Impuestos Internos, las aduanas, las Fuerzas Armadas. Las otras dos instituciones adscritas al mismo sistema son: la Universidad de Chile y la Universidad de Santiago. A diferencia de todas los servicios públicos mencionados antes, tanto los hospitales como las universidades revisten la calidad de empresas<sup>(11)</sup>, con claros referentes de mercado. De hecho, todo el resto del sector público chileno, para su mejor funcionamiento, se encuentra operando bajo la modalidad de lo que se llama el Régimen

<sup>(8)</sup> Incluso en Estados Unidos los seguros públicos Medicare y Medicaid dejaron de estar indexados a sus propios hospitales en forma exclusiva, pudiendo comprar servicios a una red amplia de prestadores.

<sup>(9)</sup> Se ha optado en algunos países por el desarrollo de “cuasi-mercados”, estableciéndose relaciones de compra y venta de servicios entre prestadores y compradores/aseguradores dentro de una institucionalidad enteramente pública (no necesariamente estatal), a objeto de instalar incentivos apropiados para las partes. GES se orienta en esa dirección, pero con hospitales limitados en cuanto a su capacidad de respuesta.

<sup>(10)</sup> Estas ideas, incluidas en la Figura 1, pertenecen a Alvaro Covarrubias, Ingeniero Civil Industrial de la PUC y Master en Economía, y fueron desarrolladas por ese autor en documento borrador que ha sido transcrito aquí casi textualmente.

<sup>(11)</sup> Definimos como Empresa al “conjunto de recursos humanos y materiales agrupados con el fin de producir un bien o un servicio consumido por la población”. Esta definición no tiene nada que ver con la propiedad de la empresa, la que puede ser estatal o privada.

**Figura 1.** Comparación entre hospitales públicos y otras empresas

<b>MATERIA</b>	<b>HOSPITALES PÚBLICOS</b>	<b>OTRAS EMPRESAS</b>
Dirección Superior	Unipersonal (Director)	Colegiada (Directorio, Consejo de Administración)
Nombramiento del Ejecutivo Superior	Ministerio de Salud (actualmente vía concurso)	Responsabilidad del cuerpo colegiado superior
Control del Ejecutivo Superior	Ministerio de Salud (en la práctica, la Subsecretaría de Redes)	Responsabilidad del cuerpo colegiado superior
Profesión requerida del Ejecutivo Superior	Médico Cirujano (por usos y costumbres)	Cualquiera, de acuerdo a su capacidad y currículum
Régimen de Derecho	Público (Sólo se puede hacer lo que está expresamente permitido)	Privado, aunque la empresa sea estatal (Se puede hacer todo lo que no está expresamente prohibido)
Régimen de Control	Contraloría General de la República	Contraloría interna más auditoría externa
Régimen Laboral	Estatuto Administrativo más Estatuto del Médico Funcionario	Código del Trabajo
Régimen Sindical	Prohibido	Permitido
Planta de Personal	Fijada por Ley	Libre
Remuneraciones	Fijada por Ley	Libre
Régimen de Despido	Muy baja movilidad	El prescrito en el Código del Trabajo

Descentralizado: la Corfo, Codelco, todas las empresas estatales, las escuelas, las municipalidades e incluso las universidades regionales.

La administración central del Estado fue diseñada pensando en los servicios públicos, instituciones que producen los denominados Bienes Públicos, como seguridad ciudadana, recolección de impuestos, defensa del país, arte y belleza, caminos y calles públicas, combate a la contaminación ambiental, administración de justicia, espacios de uso público, vacunaciones y control de epidemias –salud pública-, etc. Como cada uno de estos servicios realiza funciones que no tienen claros referentes de mercado, sus patrones de medición de eficiencia y buen desempeño son “ad-hoc” para cada uno. Por lo anterior, para la gestión de estos servicios se crearon el Estatuto Administrativo y la Contraloría General de la República, como instituciones fundamentales.

En cambio las empresas, tanto del Estado como privadas, producen bienes y servicios que

la población, al consumirlos, puede compararlos con los producidos por otros, por lo tanto los patrones de medición de eficiencia y buen servicio son objetivos. Por esta razón en el mundo, incluido Chile, para que las empresas puedan cumplir su rol, la ley las dota de autonomía y flexibilidad, aunque su propiedad sea totalmente estatal. Es decir, no estamos proponiendo una discusión acerca de la propiedad de los hospitales públicos, como se podría creer.

La adscripción de los hospitales públicos al régimen de la administración central del Estado, es una de las más importantes causas de sus problemas de funcionamiento, debido a la rigidez que se impone a su gestión. Una comparación entre los regímenes de gestión de los hospitales y el resto del sector público y privado chileno, se muestra de manera bastante sencilla en la Figura 1. Mayor importancia cobra esto si consideramos que muchos de los hospitales públicos, mirados como empresas, pertenecen a la categoría de “grandes empresas” y en ningún caso de PYMES: en la mayoría de las ciudades de

Chile, la empresa más grande en cuanto al número de personas que emplea es el Hospital local.

## PORTABILIDAD II

Como es posible apreciar, la apertura de los hospitales públicos a la prestación de servicios a miembros del sistema de seguridad social que cotizan en Isapres no es un asunto sencillo: si bien sería una pieza clave para la fuerza transformadora que podría llegar a tener una reforma, por la calidad de los cambios que induciría, por lo mismo es que produce más incertidumbre y temores.

En cuanto a la posibilidad de producir mejoras de eficiencia y calidad en la provisión de servicios en los hospitales públicos, el tópico de autogestión hospitalaria incluido en la reforma presenta muchas limitaciones de alcance y profundidad, pues no corrige problemas que son importantes para producir efectos en esa dirección, varios de las cuales están incluidos en el cuadro anterior.

La portabilidad de los subsidios estatales, por otra parte, significa el movimiento de personas entre los aseguradores previsionales de la salud, públicos o privados, para suscribir el plan de salud garantizado universalmente. Esto implicaría en cierta forma el reconocimiento y legitimización social definitiva de la participación de los aseguradores previsionales privados en el sistema de seguridad social de la salud y permitiría, por otra parte, ampliar el espectro de posibilidades de atención de los beneficiarios. Lo relevante, entonces, no sería el asegurador, sino el plan de Garantías Explícitas de Salud (GES) incluido en la reforma, el que debería ser provisto por todos -como en buena medida ocurre con el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales-, así como la potencial diversificación de servicios asociados a la elección del mismo.

La portabilidad provoca, sin embargo, mucha inquietud en los actores políticos, pues se le asocia a la oferta de subsidio a la demanda que

fue realizada en el pasado, durante alguna campaña presidencial, oferta que se reducía simplemente a abrir a las personas la posibilidad de comprar un plan de salud en una Isapre, usando el subsidio del Estado. Una diferencia sustantiva con la idea de portabilidad de hoy<sup>8</sup> es el contenido del plan, que estaría apropiadamente regulado, debido a GES. Es decir, las personas no comprarían cualquier plan y mucho menos “letra chica”. La otra gran diferencia sería que, para los efectos de GES -su operación y financiamiento, en un formato de ajuste de riesgos-, las Isapre ya no podrían ser las mismas. Por último, y como ya se ha dicho, muchas de estas personas que migren se atenderían también en los propios hospitales públicos, lo que introduciría en ellos elementos de sana competencia.

Al cierre vale la pena señalar que un rol sustantivo en la mantención del status quo sectorial lo juega el interés del ejercicio de la profesión médica, tanto en su formación como en su práctica profesional lucrativa, procesos que ocurren en el subsistema público y en el privado, respectivamente -Bruno Jobert alude al médico como empresa en sí mismo y a la profesión médica como limitante para el desarrollo de una política sanitaria apropiada en Francia<sup>9</sup>-. El interés médico en Chile marca fuertemente la necesidad de mantener la vigencia de estos dos espacios y determina el doble estándar de atención para la población.

Existe evidencia de que la Intelligentsia Médica<sup>10</sup> tuvo importancia en las transformaciones sectoriales a lo largo de los años, desde la creación del SNS, luego la del Sermena, incluyendo finalmente también aquellas transformaciones ocurridas durante el régimen militar. En efecto, el sostenido desarrollo del sector privado de la salud creó condiciones muy favorables para la práctica profesional lucrativa, especialmente a partir de los 80', al tiempo que la mantención del subsistema público operando en el modelo tradicional ha continuado garantizando la formación profesional. De este modo, los requerimientos del ejercicio de la profesión médica -formación incluida-, son también un sostén del sistema actual.

## **ALTERNATIVAS INSTITUCIONALES PARA GARANTIZAR EQUIDAD DE ACCESO**

En último término, si el camino de futuro elegido para la universalización de servicios en el sistema de salud chileno fuese sin la participación de los privados en el aseguramiento y provisión de servicios dentro de la seguridad social de la salud, entonces cabría poner fuera a las Isapre, a los hospitales y clínicas privadas, y comprometerse en un profundo e intenso proceso de modernización del monopolio público Fonasa-SNSS para garantizar a los ciudadanos calidad y oportunidad de servicios. Si, como variante de lo anterior, la estrategia sólo fuese poner a los privados fuera del aseguramiento por cualquier razón, técnica o política, entonces cabría excluir a las Isapres, mantener a los hospitales y clínicas privadas prestando servicios a Fonasa, y promover la competencia en los hospitales públicos para mejorar la calidad y oportunidad de los servicios. Si, por último, la idea fuese que los privados siguieran participando dentro del sistema de seguridad social tanto en el aseguramiento como en la provisión, entonces sería necesario modificar la naturaleza de las Isapre, crear fondos compensatorios globales -tarifa plana y redistribución según riesgo de cartera-, abrir el uso de las camas de los hospitales públicos a todos los enfermos y portar subsidios estatales entre aseguradores, garantizando así a la ciudadanía calidad y oportunidad de servicios. Cualquiera de estos caminos de transformación institucional que se tome, si bien diversos y con implicancias sociales y económicas variadas, implicaría hacer algo efectivo por la equidad en el acceso.

## **DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**

Finalmente, en la trastienda del acceso equitativo al consumo de bienes y servicios de salud subyacen, sin embargo, factores que determinan fuertemente el perfil de necesidades de consumo de atención médica de las personas, en el rango de los bienes y servicios

de salud que han de estar universalmente garantizados por la política pública. Muchos de estos factores, como es posible imaginar, escapan definitivamente a las posibilidades de acción y control de las instituciones que conforman hoy el sector de la salud, así como del conjunto de reglas del juego que las regulan, puesto que su origen remite a cuestiones propias del entorno económico y social que no pueden ser corregidas ni influenciadas significativamente desde el sector: las hoy llamadas determinantes sociales de la salud del tipo “estructurales”, que operan como causas de las causas del estado de salud de la población<sup>11</sup>.

Si bien la idea del propio quehacer del sector como determinante está razonablemente sustentada, en particular en los ámbitos de promoción, prevención y otros más propios de la salud pública tradicional -la disciplina de salud pública-, todavía es objeto de debate la importancia relativa del sistema de atención de la enfermedad en el resultado último del sector, medido en estado de salud y, claro está, los países continúan ocupando las porciones más importantes de sus recursos públicos y privados precisamente en el financiamiento de la provisión de estos servicios de atención de la enfermedad. De este modo, habida cuenta de los esfuerzos que se realizan en materia de Salud Pública, en especial sobre las determinantes sociales de la salud denominadas “proximales”, muchas veces a las instituciones del sector no cabrá más que compensar o corregir el efecto de las determinantes sociales, distribuyendo equitativamente las posibilidades de acceso a la atención, dadas las limitaciones reales de anticipación a la aparición de los daños. Es decir, cabe hacer bien precisamente lo que el sistema de salud chileno hace con mucha dificultad.

No obstante lo anterior<sup>12</sup>, las llamadas determinantes sociales de la salud de la población son materia de interés para la gestión global y de largo plazo de los municipios en Chile y en ese espacio territorial y de gestión son susceptibles de trabajar desde una perspectiva sanitaria -que por lo general no existe- y que va desde una suerte de rectoría local, en un extremo a un

centro de abogacía sanitaria, en el otro. Paradojalmente, el nivel local deviene en un espacio natural y sencillo para el abordaje transdisciplinario de una problemática compleja. Un tema a resolver en ese espacio, entre otros, es la compatibilización de la gestión cotidiana (corto plazo) con la perspectiva de desarrollo (largo plazo) que cabe tener al abordar las determinantes sociales, perspectiva que puede poner en cuestión el propio modelo de atención.

Sin embargo -al decir de este mismo autor en documento citado- la ampliación del marco de acción que se propone no es un hecho sencillo para los servicios de salud municipales, pues supone transformar el enfoque predominantemente asistencial en que se han desenvuelto por años, por lo demás en ambientes con exceso de demanda y recursos muy escasos. Supone, entre otras incomodidades, priorizar localmente y tensionar el funcionamiento tradicional de la red. Estas son, en consecuencia, transformaciones meritorias pero de largo plazo.

Cabe advertir, sin embargo, que el énfasis puesto en la cuestión de las determinantes sociales, si bien es correcto desde el punto de vista teórico en cuanto al impacto de esas determinantes en el estado de salud de la población, no sólo pone el foco en una cuestión que muchas veces sobrepasa las posibilidades efectivas del sector, sino que también introduce el riesgo de no hacer bien la tarea de asegurar el acceso equitativo de la población a los servicios, lo que al no materializarse se convierte en el principal malestar social en materia de salud, así como en un soporte a la persistencia de la injusticia. Por fortuna, a pesar de que no realiza una transformación de fondo al sistema de seguridad social de la salud, la reforma sectorial en Chile ha puesto el acento en resolver el problema de la inequidad en el acceso basada en la idea de igualdad de derechos. Este es su mérito principal.

## REFERENCIAS

1. WHO -WORLD HEALTH ORGANIZATION-. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Ginebra. 2000.
2. JILES, PAMELA: ¿Quién es quien en la tele?. Número especial de revista Análisis 30 años -Es el Colmo-. Diciembre 2007.
3. ENGELS, E. La otra Enade. La Tercera de la Hora: Domingo 9 de Diciembre 2007.
4. PORTER, M. y Teisberg, E. Redefining Health Care. Harvard Business School Press. 2006.
5. SUNKEL, OSVALDO. "La Sostenibilidad del Desarrollo Vigente en América Latina", del libro "El Sector Salud en América Latina: de las Reformas para Unos a las Reformas para Todos". Solimano e Isaacs Editores. Editorial Sudamericana. 2.000.
6. HABERMAS, JURGEN: "Teoría de la Acción Comunicativa", Ediciones Taurus, Buenos Aires, 1989.
7. KERMBERG, O. La Evolución Paranoica de las Organizaciones, en el libro Sufrimiento y Psicopatología de los Vínculos Institucionales. PAIDOS. Serie Grupos e Instituciones. 1998.
8. BAEZA, C. Y COPETTA, M. Análisis Conceptual de la Necesidad y Factibilidad de Introducir Mecanismos de Ajuste de Riesgo en el Contexto de Portabilidad de los Subsidios Públicos en el Sistema de Seguros de Salud en Chile. CLAISS. 1999.
9. JOBERT, BRUNO: Estado, Sociedad y Políticas Públicas. Capítulo IX. Serie Universitaria. LOM Ediciones. INAP. Universidad de Chile, 2004.
10. ILLANES, M. En el Nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia: Historia Social de la Salud Pública, Chile 1880/1973. Colectivo de Atención Primaria. Santiago de Chile. 1993.
11. WHO. Commission on Social Determinants of Health: A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discusión Paper (Draft). April 2007.
12. VERGARA, M. Gestión de Salud Pública y de provisión de servicios de salud en los Municipios de la Región Metropolitana, del libro La Reforma Municipal en la Mira. Escuela de Trabajo Social y Observatorio de Ciudades de la PUC y Corporación Expansiva. Santiago 2007.

Recepción: 7 marzo 2008  
Aprobación: 26 marzo 2008

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a [revistas@med.uchile.cl](mailto:revistas@med.uchile.cl)



## La investigación aplicada en salud en Chile: análisis de proyectos de investigación pertenecientes al Fonis

ALEJANDRA VIDALES<sup>(1)</sup>

En América Latina la desigualdad e inequidad de la situación de salud; la necesidad de expansión de la investigación en salud pública; las brechas existentes entre la producción del conocimiento y su utilización; el nuevo rol del Estado; el papel estratégico de la academia y el potencial de las organizaciones y entidades a cargo de la ciencia y tecnología en salud,<sup>1</sup> plantean desafíos cruciales para el ámbito tanto público-estatal como privado en el desarrollo de la investigación en salud.

Un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud<sup>2</sup> describe y analiza la situación de la investigación en salud en 5 países de América Latina en los años 90. En los países seleccionados, se identificó como características comunes 1) el predominio de la investigación aplicada por sobre la investigación básica y de desarrollo tecnológico, siendo ésta última, el área más débil, 2) un aumento de la participación de las mujeres en la investigación en salud, especialmente entre los investigadores más jóvenes; y 3) la ausencia de multi o interdisciplinariedad de la investigación en salud, aspecto que llama especialmente la atención por tratarse de un campo ampliamente diversificado y complejo. Asimismo, buena parte de los estudios de investigación social en salud, no son hechos por científicos sociales, si no más bien por otros profesionales, especialmente médicos.

Para el caso de Chile, el tipo de investigación en salud producida se concentra en un 80% en la investigación básica ( Figura 1<sup>(2)</sup>).

### ANÁLISIS DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN APLICADA EN SALUD

Actualmente la investigación aplicada en salud se concentra básicamente en la inversión hecha a través del área de salud financiada por el Fondo de Fomento al Desarrollo Científico y Tecnológico, Fondef, y el Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, Fonis. Ambas iniciativas de financiamiento de proyectos de investigación, si bien buscan apoyar la realización de investigación aplicada, los énfasis son distintos. Centraremos, para este caso, el análisis en los proyectos financiados y presentados a Fonis, el que tiene por objetivo generar la información relevante en salud que sirva para la toma de decisiones para mejorar la salud colectiva de la población.

Se presenta a continuación, una descripción y análisis de los proyectos presentados y financiados por el Fonis entre los años 2004 y 2006, lo que corresponde al universo de proyectos presentados y financiados en el I°, II° y III° Concurso Nacional de Proyectos de Investigación y Desarrollo en Salud. Se analizan en consecuencia 1906 pre-proyectos concursados y 81 proyectos financiados. Los proyectos fueron clasificados de acuerdo a perfiles temáticos, de las instituciones participantes y de los investigadores, presentándose una descripción y análisis de la proporción de propuestas presentadas y financiadas para cada una de las categorías.

De acuerdo a las líneas temáticas de los

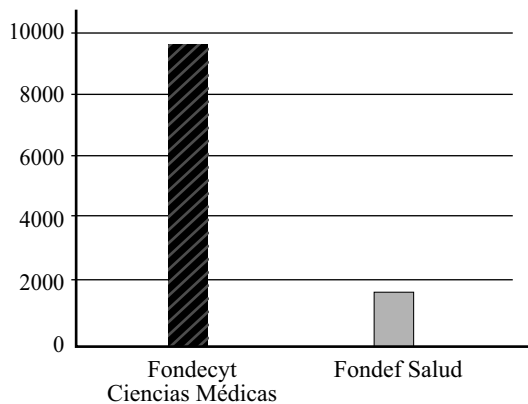
<sup>(1)</sup> Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, FONIS. Bernarda Morin 495. Providencia. Santiago. Chile avidales@coniyt.cl

<sup>(2)</sup> Esa cifra considera dos de los Fondos de financiamiento más importantes de la Comisión Nacional de Investigación Científico Tecnológica, CONICYT.

proyectos de investigación y desarrollo en salud, encontramos un predominio de los del área de salud pública, concentrando un 48.1% de los financiados. Los clínicos corresponden al 36% y los de gestión de servicios, a un 17,5%.

Entre los proyectos de investigación en salud pública, encontramos estudios principalmente epidemiológicos, correspondiendo éstos al 51.8% y 58.3% de los proyectos presentados y financiados respectivamente. Es decir, proyectos de investigación en salud pública que se enfocan hacia estudios epidemiológicos, financian proporcionalmente un mayor número de investigaciones que aquellos presentados en otras áreas. Esto puede deberse tanto a la necesidad de contar con estudios nacionales de descripción y análisis epidemiológicos de ciertos sectores del país y de algunos problemas de salud relevantes, como a la existencia de métodos de investigación epidemiológica y formación de investigadores en esta área que permite generar proyectos de mejor calidad que en otras.

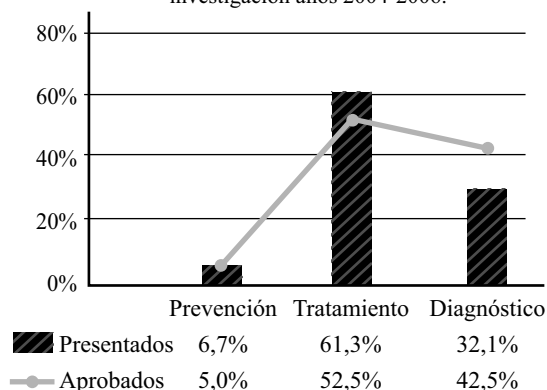
**Figura 1.** Inversión FONDECYT en Ciencias Médicas y FONDEF Salud años 1997-2000



Fuente: Fonis, 2004 (3)

Para el caso de los proyectos de investigación clínica existe un claro predominio de aquellos que se enfocan en el área del tratamiento y rehabilitación, concentrando el 52.5% de los proyectos financiados. En tanto, los proyectos financiados que buscan desarrollar recursos preventivos en la investigación clínica concentran tan sólo el 5%, mientras que aquellos

**Figura 2.** Proyectos clínicos según área de investigación años 2004-2006.



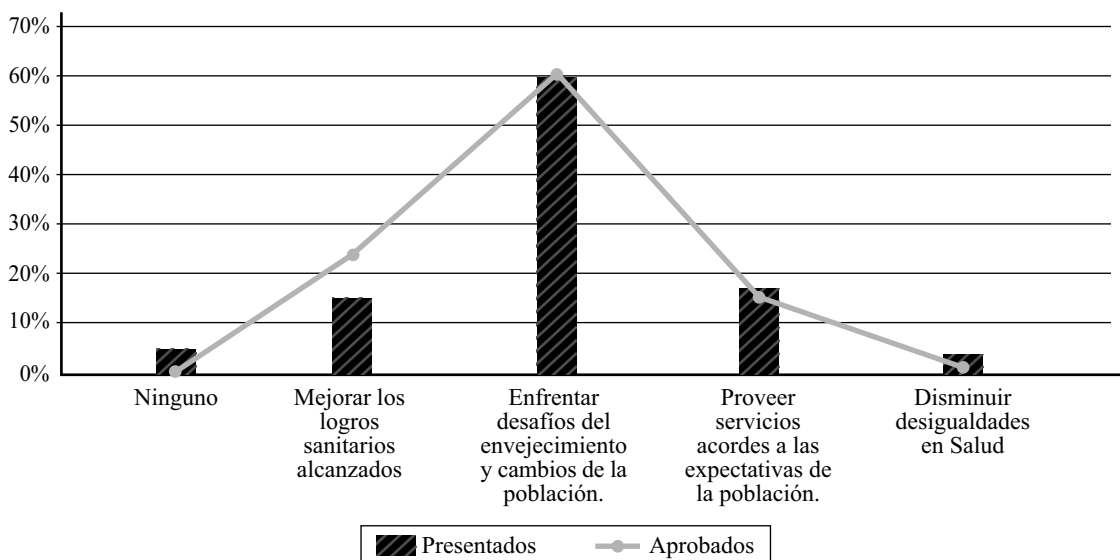
Fuente: Elaboración propia sobre la base de información disponible en el Fonis

que buscan desarrollar mejores o nuevos procedimientos diagnósticos, un 42,5%, lo que se expresa en la Figura 2.

Las diferencias encontradas entre los proyectos de investigación clínica presentados y financiados demuestran que se han privilegiado los de investigación clínica que busquen desarrollar nuevos o mejores procedimientos diagnósticos. Asimismo, se financian proporcionalmente menos proyectos clínicos que desarrollan recursos de tratamiento y rehabilitación respecto a los presentados en esta área. Aquellos proyectos clínicos que buscan desarrollar mecanismos preventivos tienen una variación menor respecto a los presentados y aprobados, de un 6,7% a un 5% respectivamente. Llama especialmente la atención, la baja proporción de proyectos de investigación clínica enfocados hacia esta área, alcanzando un porcentaje mínimo tanto de los proyectos presentados como financiados, lo que refleja un desafío importante tanto para la formación de investigadores en esta área, como para potenciar líneas de investigación que mejoren o desarrollen recursos clínicos preventivos. El interés de investigación clínica se centra primordialmente en el área de tratamiento y rehabilitación y en una proporción muy pequeña en el desarrollo de recursos preventivos.

El análisis de proyectos de investigación aplicada en salud de acuerdo a su clasificación

**Figura 3.** Proyectos de investigación en salud clasificados por objetivo sanitario años 2004-2006



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información disponible en el Fonis

conforme a los objetivos sanitarios de la década<sup>(3)</sup>, no muestra grandes diferencias en la distribución de los proyectos presentados respecto a los financiados. Estas variaciones pueden encontrarse en aquellos proyectos que no tenían como propósito responder a alguno de los objetivos sanitarios de la década, ya que del 5% de las propuestas concursadas en esta categoría, ninguna obtuvo financiamiento<sup>(4)</sup>. Asimismo, aquellos proyectos de investigación que buscaban como principal objetivo sanitario el mejorar los logros sanitarios alcanzados fueron financiados en una mayor proporción respecto a los proyectos presentados.

Cabe destacar el predominio de proyectos de investigación destinados a enfrentar los desafíos del envejecimiento y cambios de la población, tal como lo muestra la Figura 3, éstos

cubren el 60.3 y 59.4% de los proyectos presentados y financiados respectivamente.

Aún cuando los objetivos sanitarios dan cuenta de las metas nacionales en salud que se deben alcanzar al 2010, y reflejan, por tanto, los problemas prioritarios en salud, llama la atención el predominante interés de las investigaciones en salud en los desafíos del envejecimiento y los cambios de la población respecto a los otros objetivos sanitarios, lo cual es concordante respecto a los cambios demográficos de las últimas décadas en Chile, sin embargo, llama especialmente la atención que en Chile, que según informes del PNUD es el décimo país más desigual del mundo<sup>4</sup>, tan sólo el 2% de los proyectos de investigación aplicada en salud se propongan como objetivo primordial disminuir las brechas de equidad en

<sup>(3)</sup> Tanto los proyectos presentados como financiados en salud fueron clasificados por objetivo sanitario de forma excluyente, es decir, se clasificó a cada proyecto en un solo objetivo sanitario, aún cuando pudieran responder a más de uno. Se optó para estos casos, por el objetivo sanitario incluido como objetivo primario o general del proyecto.

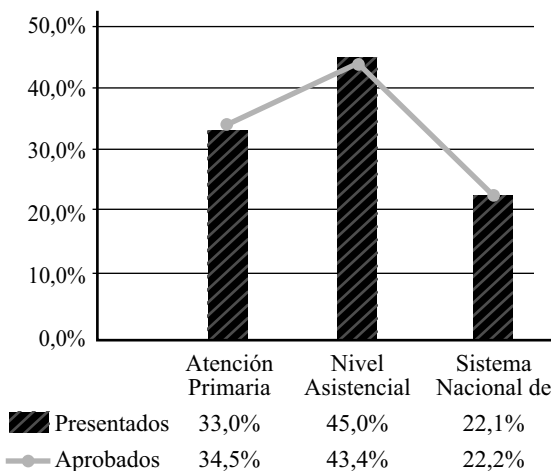
<sup>(4)</sup> Dentro de los lineamientos de las convocatorias de los concursos de proyectos analizados se incluyen los objetivos sanitarios de la década como referencia para definir los problemas de salud priorizados. Por ello, ninguno de los proyectos presentados fuera de esta línea fue financiado, ya que podrían pertenecer a proyectos de investigación básica o a otro tipo de proyectos no considerados en los objetivos del Fondo.

salud. Este dato resulta llamativo no sólo por la baja proporción de proyectos con los que se cuenta actualmente en ejecución en esta área, sino también por el bajo interés de las propuestas concursadas en esta materia, las cuales alcanzan tan sólo el 3,2% del total de proyectos.

Por otra parte, la clasificación de proyectos de investigación de acuerdo a la red asistencial del sector público de salud en el que buscan la aplicabilidad de sus resultados, demuestra un predominio de proyectos enfocados en el nivel asistencial<sup>(5)</sup>, alcanzando éstos un 4,5 y 4,4% de los proyectos presentados y aprobados respectivamente. Menor proporción abarcan los proyectos que involucran el sistema de salud a nivel nacional<sup>(6)</sup>, alcanzando el 22% de los proyectos presentados y financiados (Figura 4).

Al analizar los proyectos de acuerdo a la metodología de investigación utilizada (Figura 5), encontramos que más del 60% de investigaciones presentadas y financiadas corresponden a metodologías cuantitativas, incorporándose en esta categoría, los estudios

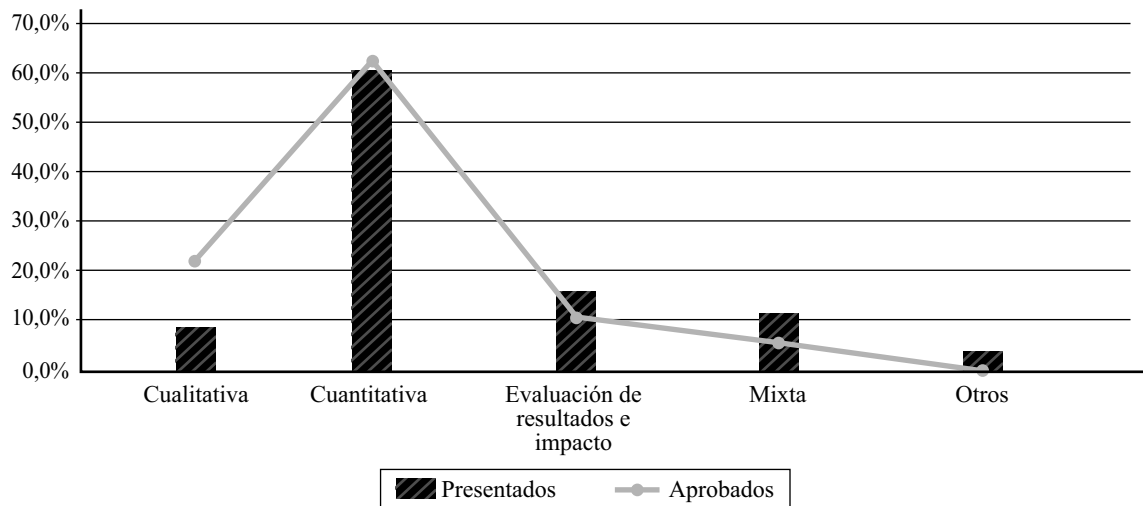
**Figura 4.** Proyectos de investigación en salud clasificados por nivel de implementación en la red asistencial de salud años 2004-2006



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información disponible en el Fonis

transversales o de prevalencia, estudios de cohorte, de casos y controles, ensayos clínicos y revisiones sistemáticas. Los proyectos de

**Figura 5.** Proyectos de investigación en salud clasificados por tipo de metodología años 2004-2006

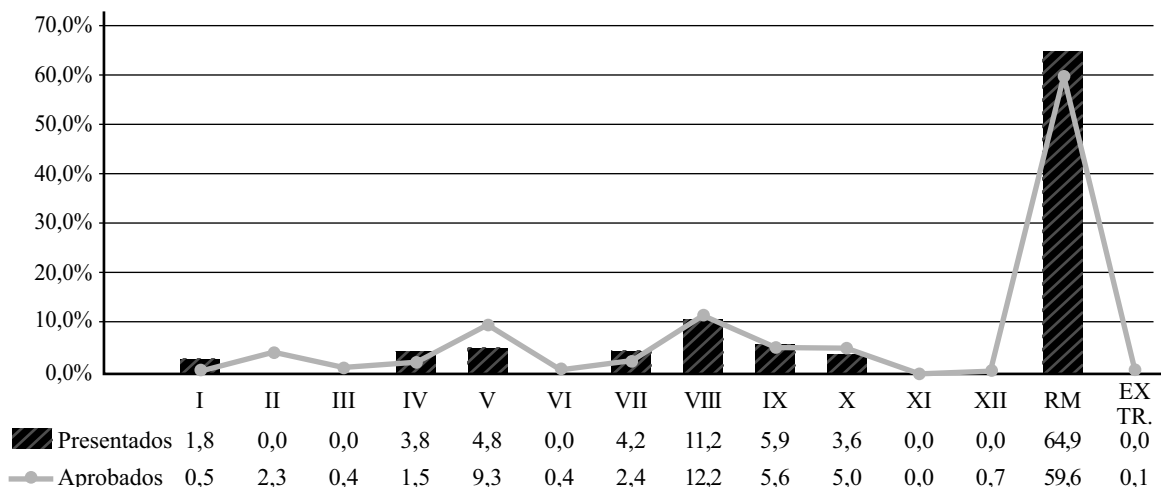


Fuente: Elaboración propia sobre la base de información disponible en el Fonis

<sup>(5)</sup> Dentro del nivel asistencial se incorporan proyectos enfocados en el nivel secundario y/o terciario de la atención.

<sup>(6)</sup> Se incorporan dentro de la clasificación del sistema nacional de salud aquellos proyectos de investigación que buscan mejorar la derivación y relación entre la red asistencial y primaria de atención.

**Figura 6.** Proyectos de investigación en salud clasificados por región años 2004-2006



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información disponible en el Fonis

investigación que utilizan metodologías de investigación cualitativa, mixtas y de evaluación de resultados se encuentran muy por debajo del número de propuestas con metodologías cuantitativas.

Sin embargo, llama la atención el gran porcentaje de proyectos cualitativos que resulta financiado respecto al número de proyectos presentados que utilizan esta metodología, ya que del total de proyectos financiados, un 21,3% corresponde a proyectos cualitativos únicamente. Resulta significativo este porcentaje, ya que ésta metodología se encuentra recientemente incorporada al ámbito de la salud.

El porcentaje de proyectos que utilizan metodologías de evaluación de impacto, donde se incorporan la evaluación de programas nuevos o existentes y las evaluaciones económicas en salud, alcanza sólo el 15,4 y 11,1% de los proyectos presentados y financiados respectivamente. Asimismo, en la categoría de evaluaciones de impacto, tan sólo el 1,6% de los proyectos presentados y financiados corresponden a proyectos de evaluaciones económicas en salud. Tanto los proyectos de evaluaciones económicas como los de evaluación de impacto son investigaciones fundamentales

para apoyar la toma de decisiones en salud, sin embargo, se cuenta con un número muy bajo de propuestas que incorporen esta metodología de investigación. Ello puede deberse tanto a la falta de formación de los investigadores en estas metodologías como a la concordancia de los plazos y montos establecidos por el Fondo para la ejecución de este tipo de proyectos de investigación.

Otro aspecto fundamental para completar el perfil de las investigaciones en salud es la distribución de éstas según las distintas regiones del país<sup>7</sup>. Cabe destacar el claro predominio de proyectos de investigación concursados y financiados a instituciones de la Región Metropolitana de Santiago, concentrando aquí, el 64,9 y el 59,6% de los proyectos presentados y financiados respectivamente, tal como lo muestra la Figura 6.

Luego de la Región Metropolitana, destacan en su participación las regiones VIII, IX, V y VII, presentando una mayor concentración de proyectos tanto presentados como financiados el área sur del país. Resalta la V<sup>o</sup> Región, que cuenta con una alta proporción de proyectos financiados respecto al total de aquellos presentados.

<sup>(7)</sup> No se incorporan aquí las nuevas regiones, ya que son posteriores al año 2006.

La distribución por región da cuenta de la centralización de más de la mitad de los proyectos de investigación financiados y concursados. Asimismo, las regiones del norte del país cuentan en total, con sólo un 4,6 y 5,6% de participación en los proyectos presentados y financiados, siendo la II.

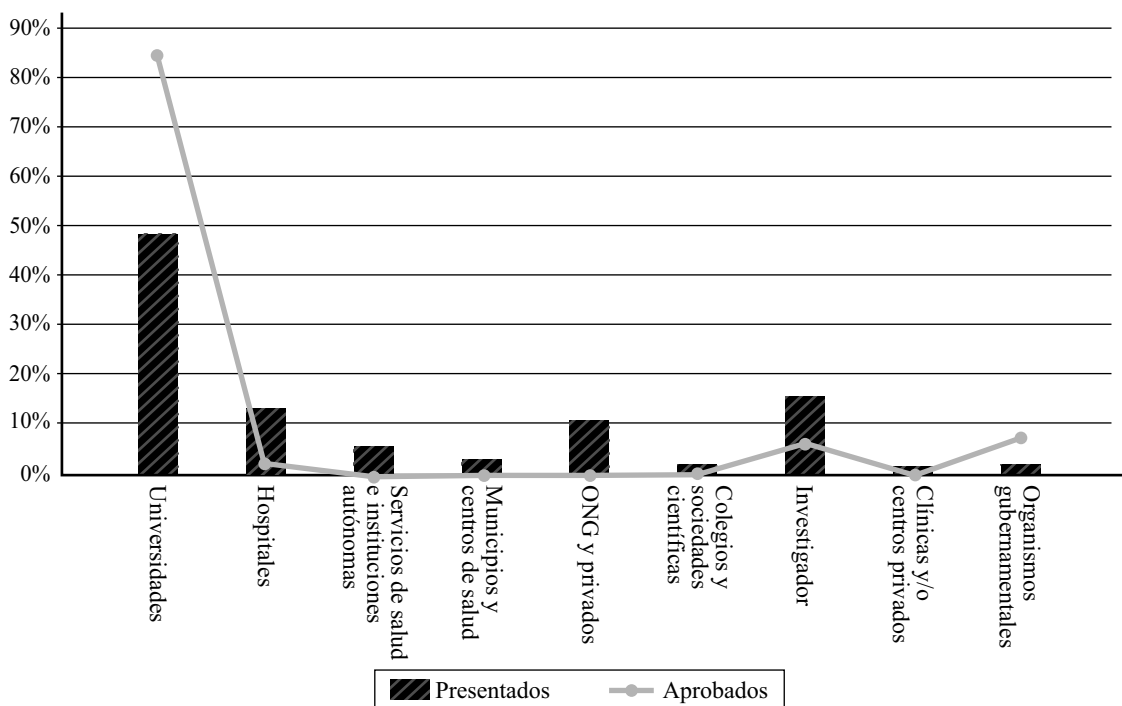
Región la única del sector norte que financia proporcionalmente más proyectos de investigación que los presentados.

Al igual que como ocurre en otros países de América Latina como Argentina, Brasil y Venezuela (Pellegrini, 1992), la investigación en salud se encuentra vinculada principalmente al sector académico, tanto en la participación en la presentación de proyectos como en el financiamiento de los mismos. Sin embargo, las diferencias son claras al comparar la proporción de proyectos presentados y proyectos aprobados por las instituciones académicas, ya que del total de proyectos presentados, el 45% incluye una universidad como institución beneficiaria, mientras que sobre el total de proyectos

aprobados, el 83,5% corresponde a este tipo de instituciones (Figura 7).

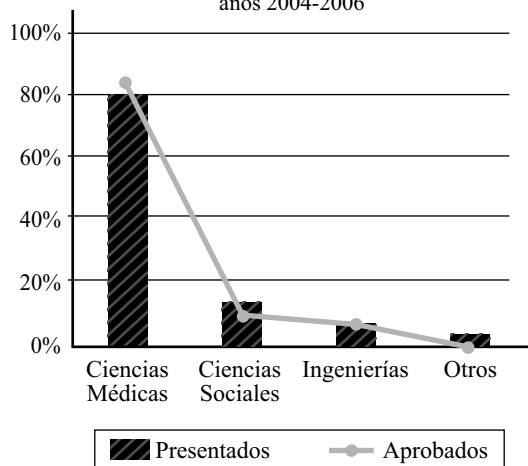
Muy por debajo de las universidades se encuentran los investigadores que han participado como persona natural sin presentar una institución como beneficiaria del proyecto, los hospitales y otros organismos gubernamentales. Destaca la baja participación, tanto en proyectos presentados como aprobados, de organizaciones no gubernamentales y privadas. Llama la atención, dados los objetivos del Fondo, la baja participación de los servicios de salud, aún cuando, éstos últimos se consideran especialmente en los lineamientos del Fondo. Es decir, gran parte de la investigación que concentra problemas de la red asistencial de salud, ya sea a través de investigaciones clínicas, de salud pública o de gestión de servicios, se produce desde instituciones externas, principalmente académicas. Así, parece clara la necesidad de potenciar e incorporar a la red asistencial de salud a la producción de investigación aplicada.

Figura 7. Proyectos investigación en salud clasificados por institución beneficiaria años 2004-2006



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información disponible en el Fonis

**Figura 8.** Proyectos de investigación en salud clasificados por disciplina del investigador principal años 2004-2006



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información disponible en el Fonis

De acuerdo al perfil de los investigadores de proyectos aplicados en salud, destaca el predominio de investigadores<sup>(8)</sup> cuya profesión proviene del área de las ciencias médicas. Profesiones pertenecientes a las ciencias sociales, ingeniería y otras, concentran sólo el 19% y 14% de los proyectos presentados y aprobados respectivamente (ver Figura 8).

Las mayores diferencias apreciadas en la distribución de los proyectos presentados respecto a los aprobados se encuentran al analizarlos de acuerdo al máximo grado académico del investigador responsable, siendo los grados de magíster y doctorado los que proporcionalmente aprueban una mayor proporción de proyectos de investigación, alcanzando el grado de magíster un 44,2% del total de proyectos financiados. Por el contrario, aquellos investigadores que cuentan con la licenciatura de pre-grado o de diplomado como máximo grado académico, aprueban proporcionalmente menos proyectos de los que concursan. En similar situación se encuentran aquellos investigadores que cuentan con estudios de postdoctorado (Figura 9).

Los profesionales con especialidad médica que no cuentan con estudios posteriores de magíster, diplomado o doctorado, aprueban el 28,9% del total de proyectos financiados, cifra similar (30,6%) al total de proyectos concursados. Así, aunque la especialidad médica y el magíster como máximo grado académico postulan una proporción muy similar de proyectos, aquellos investigadores con grado de magíster aprueban una proporción mucho mayor de proyectos.

Tal como lo muestra la Figura 10, especial atención requiere la distribución por sexo del investigador responsable, ya que si bien, en el 2004 el 56% de los proyectos aprobados pertenecía a hombres, en el 2005 y 2006 encontramos una participación mucho mayor de las mujeres, alcanzando un 58,1% y 57,1% de los proyectos aprobados respectivamente.

Asimismo, la composición por sexo de los equipos de investigación ha tendido a cambiar entre los tres años analizados, aumentando la participación de las mujeres de un 49,2% a un 55,9% entre los años 2004 y 2006 respectivamente.

## DISCUSIÓN

La investigación aplicada en salud en Chile actualmente se orienta mayoritariamente hacia la salud pública, es producida por investigadores del área de las ciencias médicas y que cuentan en su mayoría, con grado de magíster como máximo grado académico. Se sitúa principalmente en entidades académicas y se encuentra fuertemente centralizada en la Región Metropolitana. Sin embargo, destacan indicadores como la alta y creciente participación de las mujeres en la investigación en salud.

De acuerdo al perfil de los investigadores, al igual que Cuba, resaltan los investigadores con grado de magíster como último grado académico. Sin embargo, en Brasil y Venezuela, dos países latinoamericanos que centran gran parte de la producción de la investigación en

<sup>(8)</sup> Se incluyen aquí los investigadores que postulan u obtienen financiamiento como investigadores principales del proyecto.

instituciones académicas al igual que en Chile, predominan investigadores con grado de doctor. En nuestro país, en cambio, la investigación sería principalmente de origen universitaria, pero con un menor grado académico que en el de los otros países latinoamericanos con estas características. Los países donde predomina la maestría o el grado de licenciado, como es el caso de Chile, centran su investigación en institutos de investigación o servicios de salud. Sin embargo, tanto Brasil como Venezuela, cuentan con un predominio importante de investigación aplicada a diferencia de Chile donde parte importante de la inversión se destina a investigación básica.

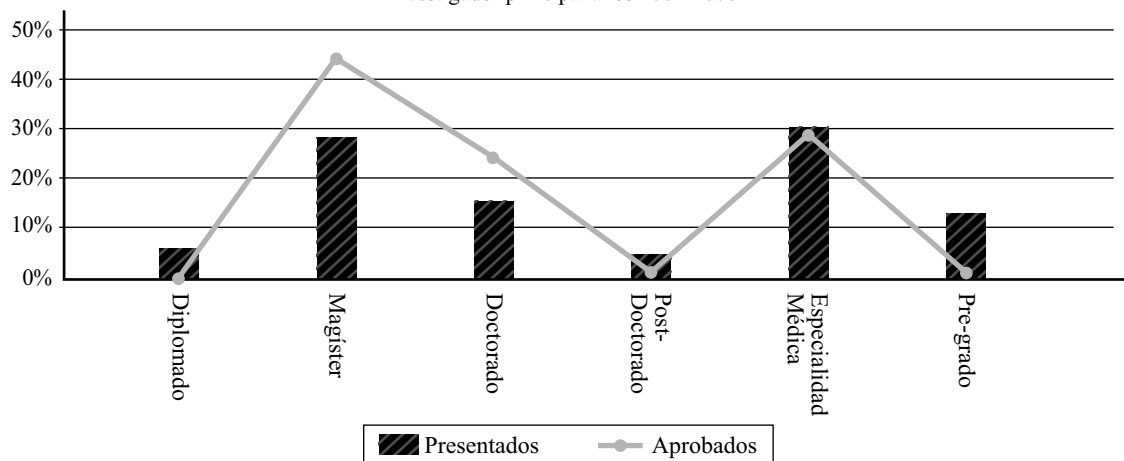
Llama especialmente la atención que el análisis realizado de acuerdo a los objetivos sanitarios a los que buscan responder las investigaciones en salud, la disminución de brechas de equidad en salud sea la temática menos investigada, no así la necesidad de mejorar los logros sanitarios alcanzados, que aún cuando Chile cuenta con muy buenos indicadores en esta materia respecto a otros países de América Latina, casi el 30% de las investigaciones se destinan a este propósito. Así, el objetivo al que apuntan las investigaciones analizadas, si bien se enmarcan dentro de las prioridades sanitarias, no cubren necesariamente aquellas áreas que reportan

menos avance durante los últimos años en Chile.

La situación actual de la investigación aplicada en salud da cuenta de la necesidad de definir permanentemente las áreas prioritarias de investigación y retroalimentar estas necesidades con la formación de investigadores en las áreas definidas, ya que si bien existen fondos destinados a la investigación esencial, la complejidad del campo de la salud requiere de investigadores formados en cada una de las áreas priorizadas, para lo cual, resulta fundamental la necesidad de contar con equipos multidisciplinarios de investigación. Asimismo, es fundamental descentralizar la investigación aplicada de la región metropolitana y abrir el campo a otras instituciones involucradas en el que hacer de la salud.

Dado lo anterior, resulta fundamental integrar otras disciplinas al estudio de la salud, que se centra aún, al igual que en el resto de América Latina<sup>2</sup>, en disciplinas del área de las ciencias médicas, siendo disciplinas marginales aún en la investigación en salud, las ciencias sociales, ingenierías, la economía, etc. Esta necesidad se evidencia ya que, al igual que ocurre en otros países de América Latina, contamos con mayor número de investigaciones del área de las ciencias sociales, como por ejemplo los estudios cualitativos y un número comparativamente menor de investigadores cuya profesión proviene

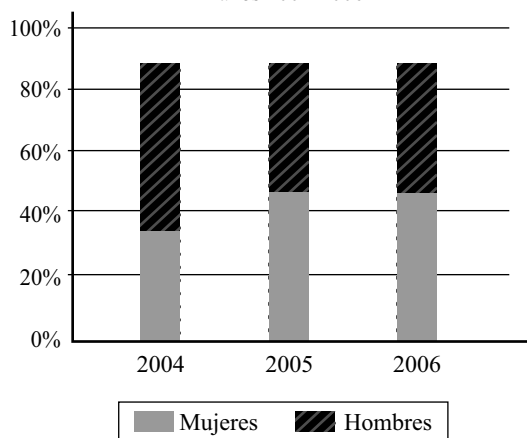
**Figura 9.** Proyectos de investigación en salud según máximo grado académico del investigador principal años 2004-2006



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información disponible en el Fonis



**Figura 10.** Proyectos de investigación en salud clasificados por sexo del investigador principal años 2004-2006



Fuente: Elaboración propia sobre la base de información disponible en el Fonis

de este ámbito disciplinar, por lo que un número importante de estudios de investigación social en salud se encuentran dirigidos por profesionales de las ciencias médicas.

Sigue siendo un desafío importante, aún más para la investigación aplicada en salud, las brechas entre producción del conocimiento y su utilización. Por su parte, la incorporación de los centros asistenciales y de atención primaria en la producción de la investigación esencial en salud es fundamental. De la misma forma, la participación de privados, organismos no gubernamentales también resulta un área importante de fortalecer y fomentar, sobre todo si se considera la reciente promulgación de la nueva ley de fomento a la inversión privada en I+D. La disminución de la brecha de la

producción del conocimiento y su utilización implica necesariamente involucrar nuevas instancias a la producción científica, que produzcan un diálogo cooperativo con las instancias académicas, que es donde actualmente se concentra la producción de este conocimiento.

Por último, se hace imprescindible descentralizar la actividad científica en las distintas regiones, lo cual ha sido considerado como indispensable para un desarrollo más armónico de países con diversidad socio-económica, social y cultural. Para el caso de Chile, existe aún una brecha importante que concentra cerca del 60% de la investigación en salud en la Región Metropolitana. Esto es especialmente importante cuando analizamos la investigación aplicada en salud, ya que en un país con la diversidad geográfica, social y cultural como la de Chile, la investigación de cada uno de estos sectores es fundamental para fomentar su desarrollo.

## REFERENCIAS

1. PELLEGRINI, A. (2000): Ciencia en pro de la Salud. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica y Técnica N° 578. Washington, D.C.
2. PELLEGRINI, A. (1992): Introducción en La Investigación en Salud en América Latina. Estudio de países seleccionados. Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica N° 543. Washington, D.C.
3. FONIS: Investigación y Desarrollo en Salud. [En línea] Santiago, Chile. [www.conicyt.cl/documentos/fonis/documentos/investigacion.ppt](http://www.conicyt.cl/documentos/fonis/documentos/investigacion.ppt) [Consulta: 27 Enero 2008]
4. SUNKEL, O. (2006) La Distribución del Ingreso en Chile. Revista Foro Chile 21, Agosto 2006, Fundación Chile 1. [En línea] Santiago, Chile. [www.chile21.cl/chile21/archivos/revistas/sunkel0806.pdf](http://www.chile21.cl/chile21/archivos/revistas/sunkel0806.pdf). [Consulta: 27 Enero 2008]

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a [revistasp@med.uchile.cl](mailto:revistasp@med.uchile.cl)