

Sistemas de salud sobrecargados hacia el tercer nivel y calidad de la atención médica: una encuesta de la Escuela de Medicina y Hospital RG Kar, India

Zakir Husain¹, Saswata Ghosh² y Bijoya Roy³

Introducción

Los formuladores de políticas en la India han contado con un sistema de atención de la salud pública descentralizado para asegurar un sistema accesible y eficiente. Para la provisión de servicios a nivel de las aldeas fueron establecidos

Subcentros y Centros de Atención Primaria¹, estas unidades funcionan como unidades primarias de diagnóstico y derivan los casos a las unidades de atención sanitaria de los bloques más altos, tales como hospitales rurales y centros de atención primaria del barrio (1). Los niveles más altos incluyen a los hospitales subdivisionales y un hospital distrital, que opera como centro administrativo del distrito. Los siete hospitales y escuelas de medicina de Bengala Occidental funcionan como las instituciones últimas de derivación y también como unidades de diagnóstico para casos de especialidades.

¹Zakir Husain. Profesor asociado, Instituto de Estudios sobre el Desarrollo, Calcuta, *Reformatory Street, CU Alipore Campus, 5th Floor, Kolkata 700 027, India*
Teléfono: +91-9830467551 ; Fax: +9133-2448 1364
Email: dzhusain@gmail.com

²Saswata Ghosh. Profesor, Instituto de Estudios sobre el Desarrollo, Calcuta, Email:
ghosh.saswata@gmail.com

³Bijoya Roy. Coordinador de investigación, Instituto de Estudios sobre el Desarrollo, Calcuta
bijoyaroy@gmail.com

Agradecimientos: la encuesta fue financiada por el Instituto de Estudios sobre el Desarrollo, Calcuta, India. Para el Prof. Amiya Bagchi por su gran interés en el estudio y a nuestros colegas por sus comentarios realizados durante una presentación interna de nuestros hallazgos, creemos importante mencionar la contribución de los investigadores de campo: Arpita Ghosh, Nazim, Nupur Das, Sanchita Mukherjee y Sangeeta Dutta.

Conflicto de Interés: ninguno declarado.

Entregado: 8/14/2008
Revisado: 4/29/2009
Aceptado: 5/12/2009

Se esperaba que este sistema de tres niveles ayudara a compensar la presión sustancial ejercida por la población del país, pero hay indicadores de que esto no ha ocurrido. Los Reportes del Desarrollo Humano Distrital de Maldah y Birbhum (2, 3) muestran un sistema de atención a la salud demasiado pesado en su parte superior con tasas de rotación enfermo/cama en hospitales distritales y subdivisionales sustancialmente más altas que las correspondientes a los centros de atención primaria. Esto sugiere que una gran parte de la población puede estar eludiendo las unidades

¹ Las normas nacionales de población establecen que en áreas sencillas debe haber un subcentro por cada 5,000 y un centro de atención primaria por cada 3,000 personas. En áreas tribales, montañosas y poco desarrolladas, las normas dictan la necesidad de un subcentro por cada 3,000 personas y un centro de atención primaria por cada 2,000.

primarias de atención y dependiendo más de las instituciones de niveles más altos.

También hay evidencia creciente de que los pobres están siendo excluidos del sistema público en áreas urbanas (4, 5, 6). Como resultado de los costos en aumento, los pacientes de las familias de ingresos medios acuden cada vez más a las instituciones públicas para los exámenes de diagnóstico, pero, en tales instituciones, éstos los sólo son realizados a los pacientes derivados por los departamentos del hospital. Un estudio en Nueva Delhi ha mostrado que esto ha tenido como consecuencia que pacientes relativamente acomodados acudan a los departamentos de atención externa para ser derivados (4).

Por consiguiente, el sistema de salud está fracasando en proporcionar de servicios de calidad a los pobres, incluso en las áreas urbanas (6). Esto está creando problemas serios de equidad en una sociedad que ya está caracterizada por grandes diferencias en las oportunidades y el acceso.

Basado en una encuesta a pacientes del Hospital y Escuela de Medicina RG Kar (una de las instituciones de salud pública más grandes de Calcuta, la capital del estado de Bengala Occidental)², este trabajo examina si el flujo de pacientes en busca de un diagnóstico, junto con la afluencia de residentes comparativamente opulentos, está ejerciendo un carga grave en el sistema del hospital. También examina la calidad de la atención provista por estas instituciones y su papel en el alivio o en el agravamiento de las inequidades en los resultados en salud.

Contexto

Calcuta es una de las ciudades metropolitanas más grandes en India, de acuerdo al censo del 2001, tiene una población de 4.57 millones, de los cuales

² Bengala Occidental es un estado donde se supone la descentralización ha sido exitosamente implementada en diferentes esferas como la atención de la salud, la educación, la política, etc.

cerca del 20% vive en asentamientos pobres e irregulares, la densidad de la población es de 24,718 personas por km². El departamento de salud estatal es el proveedor más importante de atención en la ciudad. Hay 34 hospitales gubernamentales con una capacidad de cama de 13,695. La infraestructura inadecuada para la atención de la salud pública (relativa a la gran población de la metrópolis) ejerce una presión inmensa en los servicios de atención de la salud básicos. Esto puede ser observado por las altas tasas de rotación enfermo/cama de 47%, las tasas de ocupación de camas, del 85 por ciento, la tasa de pacientes externos diarios de 1.2, la proporción de cirugías mayores/admisión del 17%, la proporción de entrega/admisión del 19% y la tasa de admisión de emergencias del 49% (7).

El RG Kar es un hospital de especialidades operado por el Estado, se trata de un centro de derivación del sector terciario, situado al norte de Calcuta, el hospital cuenta con un total de 1,160 camas (sumando las de todos los departamentos), el número de pacientes externos en el año 2005 fue de 468,612, periodo en el que hubo 51,527 admisiones a diversas salas y 9,043 cirugías mayores (7).

Métodos

Se entrevistó a pacientes de tres departamentos; medicina general, cirugía general y cardiología. Los departamentos de medicina general y cirugía fueron escogidos porque representan unidades centrales que ofrecen servicios de salud básicos a un sector más grande de pacientes, en comparación con cualquier otra institución general pública de atención. De entre las especialidades, el departamento de cardiología fue elegido porque provee tratamiento vital sofisticado a costos asequibles a hogares con bajos ingresos. Las encuestas fueron realizadas en el periodo comprendido entre marzo y abril del 2008.

Las entrevistas se realizaron en las salas y en las áreas de espera de los departamentos de atención

externa, fueron realizadas al momento de espera de tratamiento o después de haberlo recibido, preferentemente. Su realización estuvo a cargo de estudiantes de posgrado de economía, previamente capacitados para esta tarea; los autores los acompañaron durante la primera semana y estuvieron presentes en cerca del 40% de las entrevistas; los pacientes (o las personas acompañantes) fueron entrevistados después de haber dado su consentimiento, que fue obtenido de manera verbal, debido al bajo nivel educativo de la mayoría de los pacientes; cerca de 70 pacientes (el 5.8% de los 1,269 pacientes abordados) se rehusaron a ser encuestados. La mayoría de éstos tenía prisa por regresar a casa o recoger sus medicinas, algunos otros manifestaron sospechas por nuestros motivos y hasta hostilidad. En caso de que el paciente no fuera capaz de responder personalmente (por enfermedad o debilidad) los investigadores entrevistaron a sus acompañantes. Estos casos constituyeron cerca del 22% de todos los entrevistados. Además, se revisaron los expedientes médicos de cerca del 80% de los casos para checar la información provista y obtener datos más precisos acerca de su condición médica.

Cerca de 20 cuestionarios quedaron incompletos debido a que los pacientes se mostraron renuentes a proporcionar información sobre sus ingresos u ocupación; además, 43 de los entrevistados tuvieron que dejar la entrevista inconclusa para recolectar sus medicamentos o porque tenían prisa

por llegar a casa. En cerca de 15 casos la información en la encuesta se encontró inconsistente internamente; éstos no fueron incluidos en el análisis final. Durante la edición, algunas respuestas resultaron contradictorias, lo que estuvo relacionado principalmente con el nivel educacional, la ocupación y el ingreso. Por ejemplo, algunos entrevistados con nivel educativo bajo afirmaron tener ocupaciones que requieren de cualificaciones educativas altas, por otro lado, pacientes obviamente pobres, con ocupaciones de bajo pago, afirmaron tener niveles de ingreso altos; tales casos fueron poco frecuentes; 15 en total. También omitimos otros 22 encuestados menores de 18 años, ya que la información provista sobre el ingreso por hogar no fue muy confiable.

Resultados

Género y distribución por sala

La encuesta contuvo 1,095 casos de pacientes válidos, de los cuales 473 (43%) fueron mujeres; el perfil de sala, departamento y género está representado en la Tabla 1. Debe hacerse notar que la proporción de género de la muestra fue basada en las tasas promedio de rotación de los departamentos de atención externa estudiados y el número real de camas en las salas de hombres y mujeres de los departamentos concernientes.

Tabla 1: Distribución de la muestra por salas

Departamentos	Salas	Hombres	Mujeres	Total
Medicina general	Atención Externa	103	102	205
	Atención Interna	105	103	208
Cirugía	Atención Externa	102	112	214
	Atención Interna	106	76	182
Cardiología	Atención Externa	121	65	186
	Atención Interna	85	15	100
Total		622	473	1095

Tabla 2: Distribución de pacientes por ingresos mensuales

Ingresos (Rupias)	Medicina	Cirugía	Cardiología	Total
<Rs.2000	17.9	31.6	17.5	22.7
Rs.2001-<Rs.3000	35.8	23.5	19.9	27.2
Rs.3001-<Rs.5000	35.1	25.0	31.5	30.5
Rs.5001-<Rs.8000	8.7	12.4	22.7	13.7
Rs.8001-<Rs.12000	2.4	5.6	6.3	4.6
Rs.12001-<Rs.15000	-	1.5	-	0.5
Rs.15001-<Rs.20000	-	0.5	0.3	0.3
Rs.20001 y más	-	-	1.7	0.5

Perfil socio-económico de los encuestados

Hemos dicho anteriormente que los pacientes con ingresos relativamente altos estaban desplazando a los pacientes más pobres del sistema de atención público en ciudades metropolitanas como Nueva Delhi (4), debido a la ausencia de series de datos por un periodo más largo, no es posible revisar una tendencia similar en Calcuta. La Tabla 2, sin embargo, revela que una proporción importante de pacientes (más del 90%) del RG Kar se encuentra en los cuatro grupos más bajos, con ingresos menores a Rs³ 8000 (lo que corresponde a duplicar la línea de pobreza urbana). De manera interesante, los pacientes con niveles de ingreso mayores a Rs 8,000 constituyen una proporción significativa de los pacientes de los departamentos de cirugía y cardiología, especialmente en las salas de pacientes internos; tales pacientes constituyen el 9 y 16 % de los pacientes en estas salas, respectivamente. Posiblemente, estos pacientes prefieren el sistema de salud público por sus costos significativamente menores en comparación con los del sector privado. Dada la escasez de camas en el RG Kar, se reduce el acceso que los hogares de bajos ingresos tienen a instalaciones de atención interna asequibles en el sector público. Como consecuencia, tales hogares son forzados a retrasar su tratamiento o buscarlo en el sector privado, difícil de costear.⁴

Debido a que los pacientes se mostraron renuentes y, a veces, hasta incapaces de calcular su ingreso

³ La rupia corresponde aproximadamente a 0.0212879 dólares

⁴ Lo que conduce al endeudamiento de los hogares con bajos ingresos (8).

promedio familiar mensual, esta pregunta fue dejada abierta pidiéndoles a los encuestados situarse en una de las categorías de ingreso proporcionadas en la Tabla 2. La última categoría se dejó abierta (Rs.20,000 y más), lo que impidió el cálculo de la media y de pruebas estadísticas de diferencias significativas, además, dada la naturaleza sesgada de la distribución, la mediana es una mejor medida de tendencia central en este caso.

La Tabla 3 presenta la mediana de ingreso, los valores de medianas obtenidos no son muy altos, lo que apoya nuestro hallazgo anterior (Tabla 2) de que la mayoría de los pacientes pertenece a los grupos de bajos ingresos, parece ser que las instituciones públicas siguen siendo un sistema vital de apoyo para los pobres.

En oposición a los estudios que observan niveles de ingresos más bajos entre pacientes internos (comparados a los de los de los pacientes externos) (9), nosotros encontramos que en los departamentos de cirugía y cardiología, los pacientes internos tuvieron niveles de ingreso más altos. La mediana de ingreso de los pacientes de la sala de cardiología fue aproximadamente 11% más alta que la de ingreso de los pacientes externos. Esto indica que las secciones de ingresos medios de la población también accesan a este departamento. Esto se debe, quizá, a los costos exorbitantes de la atención y el diagnóstico cardíaco en las instituciones de atención privada de Calcuta. En cambio, la obtención de un “boleto” para la consulta externa en el RG Kar cuesta sólo dos rupias (es decir, 4 centavos de dólar).

Tabla 3: Mediana de ingreso de los pacientes en las salas (rupias)

Departamentos	Externos	Sala
Medicina	3059 (\$61.18)	2772 (\$55.44)
Cirugía	2688 (\$53.76)	2822 (\$56.44)
Cardiología	3677 (\$73.54)	4071 (\$81.42)

Nota: entre paréntesis su monto aproximado en dólares

El análisis de los perfiles ocupacionales y educativos de los encuestados también apoyó nuestros hallazgos de que los miembros de los hogares de bajos ingresos comprenden la mayoría de los pacientes en el RG Kar.

Una comparación con la distribución ocupacional de la población de 18 años y más muestra que las personas dedicadas a la agricultura no comprenden una proporción significativa de los pacientes del RG Kar. En cambio, los que están trabajando en el sector informal, jubilados y amas de casa están “sobrerrepresentados” entre los pacientes de esta institución. Cerca del 27% de los pacientes varones trabaja en el sector informal. La mediana de ingreso familiar de este grupo (Rs. 2,443) es menor que la de otros grupos ocupacionales, excepto que la de aquellos trabajando en la agricultura.

El bajo nivel educativo de los pacientes del RG Kar es llamativo, la mayoría de los pacientes fue incapaz de proporcionar su dirección completa o su código postal. Esto no nada más muestra falta de educación, sino la ausencia de un contacto regular con el mundo más allá de su aldea. Cerca de tres cuartos de los pacientes tienen menos de

diez años de escolaridad (es decir, el nivel secundario completo). De manera predecible, la mediana de ingreso familiar de tales pacientes (entre Rs.2688 y Rs.3740) es menor que la mediana de ingreso de los pacientes con mayor educación.

Se puede observar que el perfil educativo de los pacientes que buscan tratamiento en el RG Kar no corresponde al perfil educativo de la población del estado. Las personas con nivel primaria y un nivel educativo por debajo del nivel secundario están sobrerrepresentadas entre los pacientes de la institución. Por otro lado, las personas analfabetas y aquéllas que tienen estudios por encima del nivel secundario están subrepresentadas. De modo interesante, la proporción entre bachilleres y aquéllos con títulos profesionales es bastante alta y corresponde al promedio del estado

El nivel de ingreso de los pacientes por debajo del nivel secundario es menor que el promedio del estado. Una vez más, esto refleja que este último incluye a personas de distritos donde los niveles educativos son menores que en Calcuta y sus alrededores.

Tabla 4: Distribución de pacientes en los departamentos, por ocupación

Ocupación	Frecuencia (%)		Mediana de ingresos familiares mensuales *		
	Encuesta	Bengala Occidental	Encuesta		Bengala Occidental (Rupias)
			Rupias	Dólares (US)	
Negocios	11.9	11.1	3349	66.98	1926
Agricultura	4.6	21.7	2382	47.64	2425
Sector informal	18.6	12.8	2443	48.86	2872
Jubilado	10.6	2.9	4059	81.18	2872
Ama de casa	36.8	32	3127	62.54	2990
Servicios	13	13.8	3791	75.82	3027
Desempleados y estudiantes	4.6	5.8	2643	52.86	3226 ¹

[Fuente: Los datos de Bengala Occidental han sido calculados de NSS 61st Datos de unidades redondeadas????? Round unit level data, 2004-05 datos]

Tabla 5: Distribución de pacientes por nivel educativo

Nivel educativo	Frecuencia (%)		Mediana de ingreso*		
	Encuesta	Bengala Occidental	Encuesta		Bengala Occidental (Rupias)
			Rupias	Dólares (US)	
Analfabeta	27.2	30.4	2688	53.76	2196
Nivel primario	16.5	12.9	2799	55.98	2540
Por debajo del nivel secundario	30.0	18.3	2895	57.9	2878
Nivel secundario	13.3	24.7	3740	74.8	3573
Nivel secundario alto	6.0	5.9	4131	82.62	4798
Bachillerato terminado y más	6.4	7.8	5858	117.16	5756
Título Profesional	0.3		6501	130.02	

Fuente: Los datos de Bengala Occidental han sido calculados de NSS 61st datos de unidades redondeadas Round unit level data, 2004-05

*las encuestas NSS recolectan datos sobre gastos familiar mensuales, no sobre ingresos.

La encuesta también identificó las zonas de captación del RG Kar, como se esperaba, casi la mitad de los pacientes provenían de Calcuta, cerca del 42% de los pacientes venían del distrito vecino *North 24 Parganas*. En conjunto, casi el 89% de todos los pacientes usuarios de las instalaciones del RG Kar provinieron de estas dos áreas. La alta proporción de pacientes provenientes de *North 24 Parganas* no es sorprendente, debido a que *Barasat* (el barrio principal del distrito de *North 24 Parganas*) se encuentra a sólo 12 kilómetros de las afueras de Calcuta por la Carretera Nacional (a unos 15 kilómetros de distancia del hospital) y cuenta con una buena conexión de transporte colectivo hacia éste.

Sistema de derivación

Por último, analizamos los patrones de derivación de los pacientes, examinamos especialmente si los pacientes vinieron directamente al hospital del nivel terciario cuando decidieron hacer uso del

tratamiento o si fueron derivados por otra institución o médico. Esto es importante para determinar si el RG Kar opera como unidad de diagnóstico o de derivación (como está pensado).

A pesar de que se esperaría que una gran proporción de los pacientes del RG Kar fueran derivados de las unidades primarias de diagnóstico (como los centros de atención primaria) o de las unidades de derivación primaria (hospitales distritales), tales pacientes constituyen únicamente el 15% del total. Un médico privado derivó a uno de cada cinco pacientes del RG Kar. Entre el 40 y el 70% buscó tratamiento de manera directa. Con el propósito de descartar malentendidos, se realizaron preguntas confirmatorias adicionales a los pacientes que acudieron sin derivaciones (si habían buscado tratamiento en el lugar de residencia o en algún otro lugar; en ese caso, qué había sugerido el doctor, etc.) Incluso, si

Tabla 6: Patrones de residencia de los pacientes

Residencia del paciente	Medicina	Cirugía	Cardiología	Total
Calcuta	40.2	53.3	50.0	47.5
<i>North 24 Parganas</i>	53.5	34.3	35.7	41.9
Otros distritos vecinos	3.2	7.1	9.4	6.2
Otros distritos en Bengala Occidental	3.1	4.8	4.5	4.1
Otros estados de India	-	0.5	0.3	0.3

Tabla 7: Fuentes de derivación de los pacientes

Fuente de derivación	Medicina	Cirugía	Cardiología	Total
Vino directamente	67.8	55.1	41.3	56.3
Médico particular	19.4	20.5	15.7	18.8
Otra sala de la misma institución	0.2	6.8	8.0	4.7
Diferente institución del mismo nivel	0.2	4.8	11.5	4.8
Diferente institución de un nivel más bajo	11.9	12.1	23.4	15.0
Otras	0.5	0.8	-	0.5
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

consideramos únicamente a los pacientes de fuera de Calcuta, el 50% vino directamente, los médicos particulares derivaron al 20% y las unidades de salud pública de niveles inferiores derivaron únicamente al 22%.

El patrón de derivación también ha sido analizado de acuerdo a la locación del paciente, en todos los casos, la mayoría de los pacientes había venido directamente a las instituciones o había sido derivada por médicos particulares. Únicamente en el caso de *North 24 Parganas*, la derivación fue realizada por parte de instituciones de un nivel inferior de importancia alguna.

Por medio de la inspección de los historiales médicos de los pacientes encuestados, se observó que el diagnóstico y otras anotaciones, generalmente realizadas por los médicos en la tarjeta médica o en el certificado de alta, estaban ausentes o eran inadecuados para el seguimiento de un tratamiento apropiado en alguna institución local. Por ejemplo, el diagnóstico, el tratamiento realizado, el seguimiento sugerido y otros detalles importantes referentes al diagnóstico y al tratamiento no siempre fueron anotados. Esto significa que el paciente se vuelve dependiente del RG Kar para la obtención de seguimiento, ya que no puede regresar a las instituciones de los niveles más bajos con un historial completo de sus síntomas, sus diagnósticos y sus tratamientos, incluso cuando sus síntomas/enfermedades podrían ser atendidas en tales instituciones.

Esto impone un costo monetario y de oportunidades para el paciente que se ve obligado a regresar al RG Kar o conlleva al deterioro de su salud (en caso de que le sea imposible volver). La dependencia de los pacientes para el diagnóstico y el tratamiento subsecuente en una institución que

se supone es un centro de derivación, impone al hospital una carga y afecta de manera adversa su eficiencia.

Conclusión

Los hallazgos de esta encuesta indican que el sistema de atención público de salud en Bengala Occidental sigue siendo importante para los pobres. Sin embargo, debe enfatizarse que para los pacientes ésta no es una cuestión de opción, sino de necesidad. El costo significativamente más alto del tratamiento en las instituciones privadas descarta la posibilidad de buscarlo en ellas. Los pacientes provenientes de hogares de bajos ingresos no tienen otro recurso que el acudir a instituciones públicas, a pesar de que la calidad de la atención en éstas es atroz: no todos los pacientes obtienen camas, algunos son acomodados en colchones en el piso, a pesar del riesgo de infección, los casos de quemaduras son colocados junto a otros casos de cirugía. En la sala de medicina, los pacientes yacen en corredores tan oscuros, que los doctores tienen que revisar la presión y otros signos vitales con la ayuda de una linterna de mano, los baños están sucios y son poco higiénicos, en las salas de consulta externa, no hay disposiciones adecuadas de asientos, los pacientes parecen estar confundidos y perdidos en el laberíntico RG Kar. A un gran número de pacientes le cuesta trabajo identificar qué “departamento” es el adecuado para su enfermedad, a otros se les dificulta ubicarlo y deambulan de un piso a otro. Es imprescindible mejorar las condiciones físicas de tales instituciones para brindar un nivel mínimo de atención.

Un motivo de preocupación es el alto volumen de pacientes observado en el RG Kar. Anteriormente,

hemos mencionado un sistema de atención “demasiado pesado en su parte superior”, reportado por Maldah y Birbhum. Nuestro estudio también muestra una gran proporción de pacientes que utiliza las conexiones de transporte entre *North 24 Parganas* y Calcuta para acceder las instalaciones del RG Kar, esto también se ha observado en distritos como el *South 24 Parganas*, dónde los barrios con buenas conexiones de transporte hacia Calcuta tenían una infraestructura de salud local poco utilizada, mientras que los barrios menos accesibles tenían una tasa de ocupación de camas y una rotación más altas (10). Nuestro estudio claramente muestra que el RG Kar virtualmente opera como una unidad de diagnóstico y de tratamiento, y no como unidad de derivación, con una gran proporción de pacientes que acuden directamente al hospital. Esto ejerce una carga excesiva a la institución, hace que su capacidad sea excedida y su eficiencia se vea reducida.

Algunos investigadores han identificado varios motivos de porqué la población del distrito no acude a las instituciones de los niveles más bajos (11, 12). El número de subcentros, centros de atención primaria y centros de atención primaria del barrio no corresponde a las normas poblacionales, lo que resulta en la deficiencia de la infraestructura física. La ausencia de un número adecuado de personal (muchos puestos están vacantes), el ausentismo del personal médico, la falta de abastecimiento de medicamentos y un equipo médico inadecuado (que a menudo no funciona), ha impedido el funcionamiento correcto de estas unidades primarias de diagnóstico y derivación. Esto tiene como consecuencia que la población evite las instituciones de atención primaria y acuda directamente a las instituciones de los niveles más altos.

Esto posiblemente explica porqué el personal médico de las instituciones de los niveles más altos “acepta” esta presión y no derivan a sus pacientes a las instituciones de los niveles primarios.⁵ El personal de las instituciones de los niveles más altos está consciente de que las unidades de atención del primer nivel son

⁵ Sus anotaciones inadecuadas, de hecho, elimina la posibilidad de un tratamiento en otras instituciones.

inadecuadas en términos de personal médico, infraestructura y disponibilidad de medicamentos. Por otro lado, no nada más es que los pacientes estén evitando las unidades del nivel primario,

sino que éstas muchas veces no se encuentran funcionando en las áreas rurales. Así que derivar a los pacientes a las unidades primarias los condena a quedarse sin tratamiento, o los fuerza a buscarlo en el sector privado (que muchas veces consiste de doctores poco cualificados, charlatanes y curanderos tradicionales que están disponibles, pero que son, muchas veces, ineficientes).

La Declaración de Alma Ata de 1978 sugería la necesidad de sostener a la atención primaria de la salud por medio de “sistemas de derivación integrados, funcionales y mutuamente respaldados”. Este estudio muestra que la efectividad de las instituciones de derivación de los niveles más altos depende del buen funcionamiento de las instituciones del nivel primario. de ahí que es necesario crear confianza en el funcionamiento de los centros de atención primaria y de los centros de atención primaria de los barrios. Esto es importante, no nada más para aumentar la accesibilidad a los servicios de salud, sino también para asegurar la eficiencia de las instituciones de salud de los niveles superiores.

Además, investigaciones posteriores pueden examinar las diferentes etapas del proceso de tratamiento y su fuente (ya sea el nivel local o más alto), la naturaleza del proveedor de atención (público, privado o tradicional), etc. Así como identificar los factores socioeconómicos que ejercen influencia en el comportamiento de búsqueda de tratamiento. La presencia y la calidad de las instalaciones de atención pública y privada existente en el nivel local, los costos monetarios y de oportunidad de la búsqueda del tratamiento también son importantes en este contexto (13). Este tipo de investigaciones ayudarían a explicar las elecciones relacionadas al comportamiento de búsqueda de salud y a identificar las características del sistema de atención que bloquean el fácil acceso y permitirían a los hacedores de políticas diseñar un sistema de atención al que puedan tener acceso fácil los pobres y aquéllos que provienen de las secciones menos privilegiadas de la población.

Referencias

1. Government of India, National Rural Health Mission: Meeting People's Health Needs In Rural Areas - Framework For Implementation 2005-2012, Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi, 2005. [Internet] Cited 15 August 2008.. Available from <http://mohfw.nic.in/NRHM/Documents/NRHM%20-%20Framework%20for%20Implementation.pdf>.
2. Govt. of West Bengal. District Human Development Report: Maldah. Kolkata: Development & Planning Department; 2007.
3. Govt. of West Bengal. District Human Development Report: Birbhum. Kolkata: Development & Planning Department; Forthcoming 2008.
4. Gupta, I. and Dasgupta, P. Health-seeking Behavior in Urban Delhi: An Exploratory Study. World Health & Population [Internet]. 2003;3(2) [cited April 16, 2008] Available from: <http://www.longwoods.com/product.php?productid=17580&cat=388&page=1>.
5. Mahal, A. Who Benefits from Public Health Spending in India. New Delhi: National Council for Applied Economic Research; 2000.
6. Das, J. and Hammer, J. Strained Mercy. Economic & Political Weekly, 2004; 39(9): 951-964.
7. Govt. of West Bengal. Health on the March: 2006-07. Kolkata: Dept. of Health & Family Welfare; 2007.
8. Govt. of India. Editorial: Sarvekshana. New Delhi: Ministry of Statistics & Programme Implementation; 2004.
9. Dilip, T.R. and Duggal, R. Demand for Public Health Services in Mumbai. Mumbai: CEHAT; 2003.
10. Govt. of West Bengal. District Human Development Report: South Twenty Four Parganas. Kolkata: Development & Planning Department; Forthcoming 2009.
11. Nayyar, K.R. Rural Health: Absence of Mission or Vision? Economic and Political Weekly. 2004; 39(45):4872-4874.
12. Soman, K. Rural Health Care in West Bengal. Economic and Political Weekly. 2002; 37(26):2562-2564.
13. Banerjee, A., Deaton, A. and Dufflo, E. Health Care Delivery in Rural Rajasthan. Economic and Political Weekly. 2004; 39(9): 944-949



Medicina Social

Salud Para Todos