

## INVESTIGACIÓN ORIGINAL

# Reformas de salud y uso de la atención a la salud en tres estados de India: prospectos para la salud pública

*Kasturi Sen, Degree; Samir G Roy, Degree; Shuba Kumar, Degree; KV Narayana, Degree; Anju Priyadarshi, Degree*

---

Históricamente, el papel del estado ha sido esencial para los programas de salud pública y la erradicación de enfermedades en India. La evidencia de las últimas dos décadas sugiere que su intervención se ha visto radicalmente alterada de cara a múltiples presiones, incluidas aquéllas provenientes de los programas de ajuste estructural dirigidos por los donadores. Este artículo resume los resultados de un amplio estudio en el contexto de los profundos cambios en el sector salud durante la década de los 90. Estos hallazgos son descritos y puestos en el contexto actual de políticas públicas en relación al acceso a y al financiamiento de los servicios de salud.

El objetivo del estudio fue la comparación y contraste de los efectos de las reformas al sector salud en tres estados: Andhra Pradesh (AP), Tamil Nadu (TN) y Bengala Occidental (BO), en distintos estadios de desarrollo, para explorar el impacto de los cambios en la organización y el financiamiento del cuidado a la salud en poblaciones vulnerables. También se busca obtener un panorama de la calidad de los servicios, de usuarios y proveedores de salud a partir de



Mapa Estado de Tamil Nadu, India.

Fuente: es.wikipedia.org

estas reformas. De TN y BO se hicieron estudios transversales de población, mientras que en AP se obtuvo una importante perspectiva institucional sobre los cuidados secundarios, tanto del sector público como del privado.

### Diseño del estudio

#### *Selección de lugares*

Se eligieron los lugares de estudio en BO, TN y AP, de los cuales BO y TN se encontraban en una etapa relativamente avanzada de la transición demográfica y epidemiológica, mientras que AP tenía una proporción más alta, pero también un nivel de salud e indicadores de desarrollo peores, incluyendo en educación y acceso a servicios de saneamiento y agua potable.

---

**Kasturi, Sen.** Colegio Wolfson, Universidad de Oxford, Reino Unido.

Correo electrónico: [kas\\_sen2002@yahoo.com](mailto:kas_sen2002@yahoo.com)

**Samir G Roy.** Profesor Emérito, Unidad de Estudios Poblacionales, Instituto Indio de Estadísticas de Calcuta, BO, India.

**Shuba Kumar.** Samarth, Chennai, India.

**KV Narayana.** Centro de Economía y Ciencias Sociales, Hyderabad, India.

**Anju Priyadarshi,** Investigador Científico y Estadístico, India.

**Cuadro 1**  
**Distribución de unidades de muestreo para los dos estados**

Estados	Número de distritos	Rural		Urbano			Número total de hogares
		Número de aldeas	Número de hogares	Número de pueblos	Número de bloques	Número de hogares	
Bengala Occidental	6	108	3240	12	96	2536	5776*
Tamil Nadu	5	80	1600	10	80	1880	3480

\*Nota: ya que algunas aldeas pequeñas tenían menos que nuestra cuota de 30 viviendas por aldea seleccionada, el número total de viviendas fue 5,685. Fuente: elaboración propia.



Mapa Bengala Occidental, India.  
Fuente: es.wikipedia.org

Este estudio tuvo dos etapas principales una entrevista cualitativa y una encuesta cuantitativa. La selección de distritos para la fase cualitativa se basó en el Índice Relativo de Desarrollo (IRD) provisto por el Centro para el Monitoreo de la Economía India (CMIE), en lugar de usar ingreso per cápita, para asegurar una representación equilibrada de distritos más y menos desarrollados en la muestra. Fue adoptado un procedimiento de muestreo estratificado en varias etapas, tanto en las áreas rurales como en las urbanas. El censo poblacional de 1991 y la cuadrícula urbana de la Encuesta de Marco Urbano (EMU), preparada por la Organización de Muestreo para Encuestas Nacionales (OMEN), fueron el marco muestral para las áreas rurales y urbanas respectivamente.

Todos los hogares de una aldea seleccionada fueron clasificados en cuatro clases socioeconómicas y un número adecuado de hogares fueron seleccionados en las siguientes proporciones:

**Cuadro 2**  
**Proporción de asignaciones para muestreo de hogares**

Económico	Origen Social	
	Rezagado	Otros
Bajo	a=6	b=2
Otros	c=1	d=1

Fuente: elaboración propia.

En BO los seis distritos fueron Kochbejar, Maldah, Norte 24 Parganás, Burdvan, Midnapur y Bankura; mientras que en TN los cinco distritos de la muestra fueron Chengalpattu, Tiruvanmalai, Tiruchirapali, Dindigal Anna y Coimbatore. Adicionalmente, las metrópolis de Calcuta y Chennai fueron también incluidas. La distribución de las distintas etapas de unidades de muestreo (distritos, aldeas, manzanas y hogares) se muestra en el Cuadro 1.



Mapa de ubicación de Ciudad de Calcuta  
Fuente: es.wikipedia.org

Para las zonas metropolitanas de Calcuta y Chennai, 50 manzanas (cada una con alrededor de 600 habitantes) para la primera y 30 de la última fueron seleccionadas aleatoriamente. De cada bloque se incluyeron 20 hogares; 1000 para Calcuta y 600 para Chennai fueron elegidos para la encuesta. Además de la lista de hogares se utilizaron otros dos criterios: i) l de la aldea/bloque y ii) el de entrevista a hogares.

Se entrenó a los entrevistadores para cubrir a cada adulto de 15 años o más, en cada hogar y si no estaba presente, la información se recababa mediante otro familiar. En el caso de los niños, las madres biológicas fueron las informantes.

El levantamiento cualitativo incluyó entrevistas exhaustivas y discusiones con el grupo focal de la población en la muestra, conducidas para medir las percepciones de la calidad del cuidado a la salud, su impacto sobre la evolución en la salud de la población y el gasto de los hogares. Más de 300 entrevistas fueron llevadas a cabo en BO y TN, así como también más de 500 fueron conducidas en pacientes hospitalarios, además de una muestra de proveedores (doctores) tanto de pacientes internados como externos, en poblaciones de Eluru (distrito de Godavari Occidental en la Acosta de Andhra) y Majbubnagar (distrito de Majbubnagar en Telangana) en el estado de AP, como se ilustra en el Cuadro 3.

**Cuadro 3**  
**Entrevistas abiertas (BO, TN y hospitales en AP)**

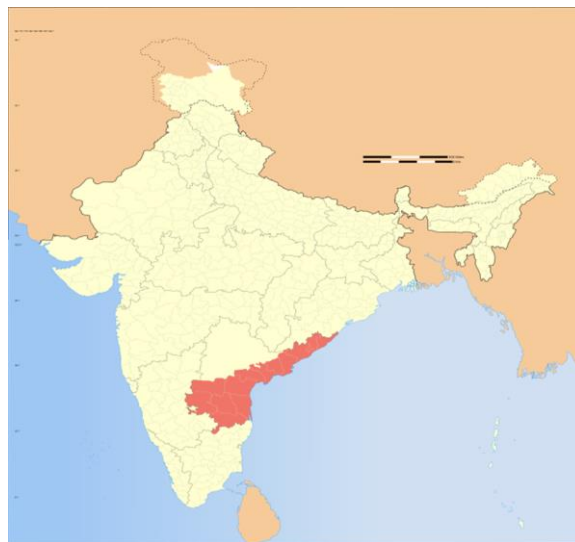
Estado	Hogares vulnerables	Hogares no vulnerables	Total
Bengala Occidental	52	57	109
Tamil Nadu	102	68	170
Andhra Pradesh (Hospitales pacientes ambulatorios & clínicas)	Públicos 252	Privados 228 (110 de clínicas & 118 pacientes ambulatorios)	480

Fuente: elaboración propia

### **Hallazgos generales clave**

#### *Antecedentes socioeconómicos (BO y TN)*

El bajo perfil socioeconómico promedio en BO y TN se vio reforzado por el hecho de que más del



Mapa del Estado Andhra Pradesh, India.  
Fuente: es.wikipedia.org.

93% de los hogares en BO y 97% en TN calificaban para el subsidio público a familias debajo del umbral de la pobreza (SDP), el cual al momento de la encuesta (2000) ascendía a un techo de Rs. 15,000 como gasto anual per cápita (GAPC).<sup>a</sup>

En ambos estados las familias extensas eran dominantes con familias compuestas más prevalentes en BO que en TN; los niveles de alfabetismo fueron marginalmente mayores en TN (con el 70% de la muestra con la secundaria completa) y sólo el 62.6% en BO. La alfabetización femenina fue particularmente baja en BO, con el 43% sin escolarización, en TN esta proporción fue del 28.2%. Los niveles de alfabetismo y GAPC juegan un papel importante en la naturaleza y patrones de uso en el sector salud.

### **Andhra Pradesh**

En el estudio hospitalario de las dos ciudades (Eluru Godavari Occidental y Majbubnagar en el distrito de Telangana), los hospitales públicos (2) son, sobre todo, utilizados por los más pobres; el

<sup>a</sup>La clasificación de estatus vulnerable dependía de una variedad de atributos que son identificados al final del capítulo.

Cuadro 4

Distribución porcentual de enfermos en BO y TN por las diez enfermedades más prevalentes y vulnerabilidad

V	NV			Total		
	V	NV	Total	v	NV	Total
Fiebre	41.3	38.4	40.1	31.2	34.8	32.9
Diarrea, gastroenteritis	21.4	18.8	20.3	7.2	5.5	6.4
Gota/dolor articular	4.9	6.0	5.3	9.2	11.6	10.3
ENT (ocular, dental)	4.7	5.9	5.2	3.3	3.0	3.2
Problemas respiratorios	4.8	5.5	5.1	6.0	5.8	5.9
Presión sanguínea	3.8	6.2	4.8	4.4	2.8	3.7
Enfermedades de la piel	4.7	4.2	4.5	0.7	1.8	1.3
Enfermedades contagiosas*	2.6	1.6	2.2	0.1	0.3	0.2
Diabetes	0.2	1.4	0.7	1.8	3.1	2.4
Problemas del corazón	0.7	1.4	0.9	-	-	-
Complicaciones en el embarazo	-	-	-	12.0	16.0	14.0
Otros	10.9	10.6	10.9	18.9	24.1	19.7
Total	100	100	100	100	100	100

Notas: V=Vulnerable, NV = No- Vulnerable

\*Incluye Tuberculosis, Chickenpox, Malaria, Measles.

Fuente: elaboración propia.

Table 5

Distribución de personas enfermas buscando asistencia médica por estado, sector y vulnerabilidad.

Sec	West Bengal			Tamil Nadu		
	V	NV	Total	V	NV	Total
Público	19.8	12.8	17.0	40.1	67.4	50.8
Privado	67.8	83.3	74.2	58.9	30.7	47.8
Tradicional	2.3	1.0	1.7	0.1	0.2	0.2
Otros	10.1	2.9	7.1	0.9	1.7	1.2
Total	100	100	100	100	100	100

Note: V= Vulnerable; NV = No Vulnerable

Fuente: elaboración propia.

85% de los pacientes tuvieron un ingreso menor a Rs 30,000 por año. En contraste, 50% de los pacientes en hospitales privados contaban con un ingreso anual mayor. De manera similar, los pacientes ambulatorios con ingresos superiores a dicho monto en hospitales privados fueron relativamente altos.<sup>b</sup>

Más de la mitad de los entrevistados en hospitales privados eran analfabetas en ambos distritos -60.9 y 52.0 por ciento en Majbubnagar y Eluru, respectivamente- y más del 74% de los pacientes alfabetizados sólo contaban con educación primaria.

<sup>b</sup> Fecha de la encuesta 1999.

#### *Patrones de morbilidad del mes anterior al contacto: BO y TN*

Las enfermedades de la pobreza, reforzadas por una mala alimentación, así como falta de acceso a agua potable y saneamiento, fueron parte del panorama significativo contribuyente a la morbilidad en BO y TN. Casi la mitad de la muestra en BO (40%) y más de la tercera parte (33%) en TN sufrió de fiebres no específicas. Los males gastrointestinales tuvieron una prevalencia del triple en BO (20.3%), en comparación al 6% en TN, lo cual subraya las diferencias entre ambos en cuanto a condiciones de salud y de educación, específicamente, en relación con las mujeres. Los grupos no-vulnerables en ambos estados se quejaron de dolor crónico articular, 10.3% y 5.3%

en TN y BO, respectivamente. El Cuadro 4 subraya la incidencia de morbilidad auto-reportada en el mes anterior a la encuesta<sup>c</sup> entre grupos vulnerables y no vulnerables.

### ***Morbilidad en AP***

En AP la proporción entre condiciones agudas y la necesidad de cuidados de emergencia fue especialmente alta en el sector público, donde la meningitis, accidentes y complicaciones obstétricas o por lesiones fueron las más frecuentemente reportadas; mientras que la histerectomía, abortos y problemas de salud femeninos constituyeron los más frecuentes motivos de ingreso a hospitales privados (67%), seguidos por cataratas y apendicitis. Las condiciones de más largo plazo, como hipertensión y tuberculosis, fueron admitidas a las secciones para estadías largas en el hospital público distrital.

### ***Panorama del uso de los servicios de salud***

Los dos estados difieren en términos de cultura, comportamiento, rasgos socioeconómicos y demográficos con distintos patrones de uso público y privado en BO y TN. Lo que sorprende es que a pesar de contar con una red privada más amplia de infraestructura sanitaria que BO, en TN más de la mitad de los pacientes (50.2%) optaron por el uso de los servicios del sector público, como hospitales tanto ambulatorios como internados, Centros de Atención Primaria (CAP), Centros de Salud Comunitaria (CAC) y dispensarios.

Los miembros de la población con más recursos (la no vulnerable) fueron los principales usuarios del sector público (67%); en contraste con el 17% que hace uso del mismo en BO y el 74.2% que acude al sector privado, específicamente a médicos en el 62% de los casos (Cuadro 5). Los datos disgregados en internados y ambulatorios muestra lo opuesto en BO, con la población más

---

<sup>c</sup> La auto-evaluación puede subestimar las condiciones de morbilidad para condiciones crónicas y otras enfermedades no comúnmente conocidas o diagnosticadas, especialmente entre los menos educados y más vulnerables.

vulnerable acudiendo más al sector público (18.5%), que su contraparte mejor acomodada (11.5%), aunque en proporciones relativamente bajas. En TN los únicos casos en los que los grupos vulnerables hicieron uso de servicios privados fueron para cuidados prenatales y partos (63.2% vs 37.5% para la rural y 66% vs 50% para Chennai).

El patrón de uso para todos los segmentos de la muestra fue determinado por la disponibilidad. Las discusiones de grupo focales sugieren que la distancia, el costo y la disponibilidad de los medicamentos fueron factores en la selección sectorial de servicios de cuidado a la salud. No obstante, entre los grupos no vulnerables hubo factores adicionales, como la atención personal, la calidad del ambiente y el fácil acceso a medicamentos que influenciaron la selección de manera más pronunciada en las muestras de AP y TN.

Un énfasis en la preferencia por el sector institucional en áreas urbanas, tanto entre las poblaciones vulnerables como entre las más privilegiadas en TN, subraya una demanda en disminución de programas de intervención en salud preventiva dentro del ámbito de servicios maternos y reproductivos (cuidado prenatal), derivada de la experiencia de calidades dispares, falta de continuidad y acceso pobre a servicios de salud primarios durante este periodo (1991-1999). Esto fue también mencionado en varios otros estudios relevantes a este periodo (Fundación MacArthur 2006, JSA 2006). El uso de infraestructura pública entre grupos vulnerables de ambos estados en relación con el costo relativo del sector público sobre el privado, así como la familiaridad con y confianza en el diagnóstico. Los casos en que los sectores vulnerables no accedieron al sector público se pueden relacionar principalmente con el costo, en comparación con el sector privado (para tratamientos intrahospitalarios) y el temor a una escalada en los costos por la frecuencia del uso por parte de este grupo.

### ***Utilización de servicios intrahospitalarios en AP***

AP ha experimentado el crecimiento más rápido de camas privadas en el país desde 1991-1992, con

**Cuadro 6**  
**Estatus de Tarjetas de Racionamiento en Pacientes de Clínicas Públicas y Privadas A.P.**

	Pacientes Hospitalizados				Pacientes Ambulatorios			
	Blanca	Rosa	Ninguna Tarjeta	Total	Blanco	Rosa	Ninguna Tarjeta	Total
<b>Eluru</b>								
<b>Hospital de gobierno</b>	62.32	8.70	28.99	100	54.88	11.59	33.54	100
<b>Hospital privado</b>	30.87	46.31	22.82	100	35.20	42.40	22.40	100
<b>total</b>	51.29	21.88	26.82	100	46.37	24.91	28.72	100
<b>Mahbubnagar</b>								
<b>Hospital de gobierno</b>	73.37	13.02	13.61	100	54.55	21.59	23.86	100
<b>Hospital privado</b>	48.10	31.65	20.25	100	40.41	48.63	10.96	100
<b>Total</b>	65.32	18.95	15.73	100	45.73	38.46	15.81	100

Fuente: compilada por Narayan .(2000) Impacto de Reformas al Sector Salud en Servicios Hospitalarios en A.P.

casi dos tercios del total en esta categoría (59%) y sólo 35% en el sector público. En ambas ciudades, a pesar de la contracción en el tamaño del sector público, tanto las poblaciones más vulnerables como las más privilegiadas, acudían a proveedores públicos.

El Cuadro 6 muestra que, en más de dos terceras partes, los pacientes que acudían al sector público en ambas localidades eran beneficiarios de tarjetas de racionamiento (65.3%), pero este porcentaje en distribución sectorial se reducía a menos de la mitad al tratarse de pacientes ambulatorios (45.7%). La sobresaturación de los servicios, tanto en hospitales como en frecuentemente forzaban a la población de áreas precarias a acudir a hospitales privados. Hay también un nexo histórico entre los proveedores en ambos sectores. En el distrito más pobre, Majbubnagar, más de un tercio de la población de bajo ingreso (menos de Rs. 20,000 por año) se veía forzada a hacer uso de los servicios del sector “privado” (32.9% y 35.6% de los PI y PA respectivamente). El Cuadro 7, abajo, subraya la amplia dependencia de los sectores más vulnerables con los servicios de salud públicos en ambos distritos.

EL 15% de los pacientes en Eluru y el 30% en Majbubnagar fueron incapaces de probar su estatus como personas situadas por debajo de la línea de la pobreza (PDLP), subrayando la futilidad de la tarjeta de racionamiento como

prueba de pertenencia a los grupos menos privilegiados (Cuadros 6 y 7).

**Cuadro 7**  
**Uso de servicios hospitalarios entre la población con ingresos menores a Rs. 20,000 per annum en Eluru y Majbubnagar(1999)**

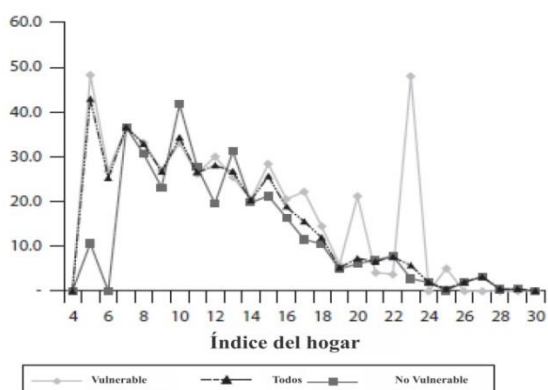
District & sector	Inpatient (percent)	Outpatient (percent)
<b>Eluru / Publico</b>	76.5	72.5
<b>Eluru / Privado</b>	29.7	37.5
<b>Mahbubnagar/ Pubico</b>	78.7	73.8
<b>Mahbubnaga /Privado</b>	32.9	35.6

Fuente: recopilada por Narayan (2000) Impacto de Reformas al Sector Salud en Servicios Hospitalarios en A.P.

*Endeudamiento y costos del cuidado a la salud en BO, TN y AP*

En los tres estados el costo de la atención a la salud fue un factor importante en el endeudamiento de los hogares, en particular, entre los jornaleros de las áreas rurales. En TN y BO el GAPC en cuidados a la salud entre grupos vulnerables y no vulnerables, como proporción del gasto total del hogar (GTH), fue de 4 y 6%, respectivamente, excluyendo partos y hospitalizaciones. Pero cuando los cargos por hospitalización se incluyen, los costos se incrementan al 20% del ingreso anual para los grupos más vulnerables en BO y TN.

**Figura 1**  
**Alcance del endeudamiento para tratamiento médico**  
**en relación con el ingreso en el hogar (BO)**



**% de personas que padecen una enfermedad endeudada (durante los últimos 30 días).**

Fuente: elaboración propia

### ***Endeudamiento por enfermedades e índice de hogares***

La proporción más grande de estos costos se destinó a adquirir medicamentos, seguido por consultas y exámenes de diagnóstico. Esto aplica principalmente al caso de hospitales privados, pero también incluye casos en los que los doctores prescriben medicamentos inexistentes en el hospital. En el sector público, los costos de comida, transporte, alojamiento y propinas representaron dificultades para los pacientes. Mientras que éstos no pudieron ser medidos con precisión, se dice que contribuyen a los costos invisibles que implica el uso de los servicios de salud pública entre los más vulnerables, especialmente en AP y TN.

Los costos de internamiento fueron varias veces más grandes en el sector privado, en comparación al público, dónde la mayoría de las condiciones médicas tratadas eran crónicas, aunque los partos en clínicas de maternidad privadas fueron comunes en AP y en TN. Las mujeres en AP argumentaban que eran frecuentemente aconsejadas a realizarse cesáreas sin indicación médica, tanto en instituciones públicas como privadas. La diferencia en costos fue de más del doble (Rs.2921 > Rs.7241) entre un parto normal y uno por cesárea, mientras que en las instituciones públicas los de un parto normal fueron significativamente menores (Rs.203 > Rs403). Las

cesáreas fueron recomendadas en una proporción de cuatro veces más en relación con la OMS (15%) en 68% de los casos a la fecha del estudio (2000). Los doctores en el sector público argumentaron que dichas intervenciones eran llevadas a cabo para ayudar a mujeres pobres embarazadas (exentas de pago) a evitar reingresos hospitalarios por causa de “infecciones recurrentes” tras el parto y para prevenir retornos a los hospitales en función de las largas distancias de viaje y los costos asociados.

En los tres estados, un 20% se endeudó intentando cubrir sus gastos en salud los últimos 30 días. La Figura 1 subraya la relación inversa entre el nivel de endeudamiento por gastos para la salud y el Índice de Hogares (IH), construido a partir de nuestros datos como un indicador representativo de todos los posibles parámetros que pudieran afectar la salud y las actitudes en torno a la misma, aplicables en BO y TN. En BO, los hogares rurales pobres eran cinco veces más propensos (29.4%) a endeudarse en relación con los más privilegiados, tanto en áreas rurales como urbanas (5.4%), esto con base en la evaluación de su respectivo índice de hogar.<sup>d</sup>

### ***Cubriendo los gastos en salud***

El Cuadro 8 subraya la distribución de enfermos endeudados, de los cuales entre un 60 y 70% recibieron asistencia de fuentes no institucionales. Las entrevistas abiertas sugirieron que aunque los amigos y parientes fueran la fuente principal de crédito, había una presión a pagarlo para asegurar la continuidad de las relaciones implicadas.

Estos préstamos subrayan las dificultades y retos para acceder a créditos institucionales en ambos segmentos de la población (vulnerable y no vulnerable). La población rural pobre fue doblemente propensa que la no vulnerable en BO (8.3% vs 4.1%) a vender su casa o bienes y tres veces más proclive a acudir a un prestamista (14.9% vs 5.4%) para cubrir sus cuentas médicas. En AP alrededor del 60% de pacientes en hospitales de Majbubnagar y 35% en los de Eluru

<sup>d</sup>Muestra de índice de hogar (Anexo de cuadros).

se vieron obligados a pedir préstamos para pagar sus gastos médicos. En ambas localidades el porcentaje de pacientes que habían incurrido en deudas fue más alto entre aquéllos que acudieron a hospitales públicos, puesto que la mayoría eran muy pobres (Cuadro 8).

**Cuadro 8.**  
**Distribución de Enfermos Endeudados por Origen del Crédito o Asistencia Financiera y Vulnerabilidad.**

Origen del Crédito/Asistencia Financiera	Vulnerable	No-Vulnerable
Amigos/parientes	64.3	70.0
Oficina/institución financiera	3.9	4.9
Prestamista	14.9	5.5
Venta/hipoteca Patrimonio	8.3	4.1
Otros	8.6	15.5
Total	100	100

Fuente: Datos de la investigación (1999).

V= Vulnerable: debajo de la línea de la pobreza en 1999.

NV= No Vulnerable: sobre la línea de la pobreza en 1999.

### *Enfermos sin tratamiento debido a su costo*

En los tres estados hubo quejas respecto al reducido acceso a infraestructura pública que forzaron a muchas personas a viajar largas distancias y a pagar por servicios privados, ya fueran médicos particulares u otras instituciones. El grupo rural vulnerable declaró una necesidad urgente de un sector público funcional con costos más bajos y mayor confianza en la calidad de sus servicios.

Estos sentimientos fueron más claramente articulados en AP, pero también en BO, donde esta perspectiva estaba presente en toda la muestra urbana, mientras que en TN y AP el grupo urbano más vulnerable se sentía obligado a recurrir a médicos del sector privado por falta de alternativas prácticas en relación con el horario de los servicios y la disponibilidad de medicamentos.

Dónde los costos les eran prohibitivos las personas no seguían ningún tratamiento o se referían a su

malestar como poco serio. La porción más grande de casi la mitad del grupo vulnerable (48.5%) y un tercio de los no vulnerables (30%) se vieron privados de tratamientos necesarios por causa de su costo, como se ilustra en el Cuadro 9.

**Cuadro 9**  
**Distribución proporcional de enfermos que no buscan tratamiento por razones y estatus de vulnerabilidad**

Razones para no tener cuidado médico	Bengala Occidental		Tamil Nadu	
	V	NV	V	NV
Restricciones financieras	48.5	28.3	30.0	36.1
Enfermedad no considerada seria	26.3	51.5	28.0	41.0
No habían centros disponibles	2.5	0.8	-	-
Otros	22.7	19.4	42.0	22.9
Total	100	100	100	100

Fuente: elaboración propia (1999).

V= Vulnerable: debajo de la línea de la pobreza en 1999.

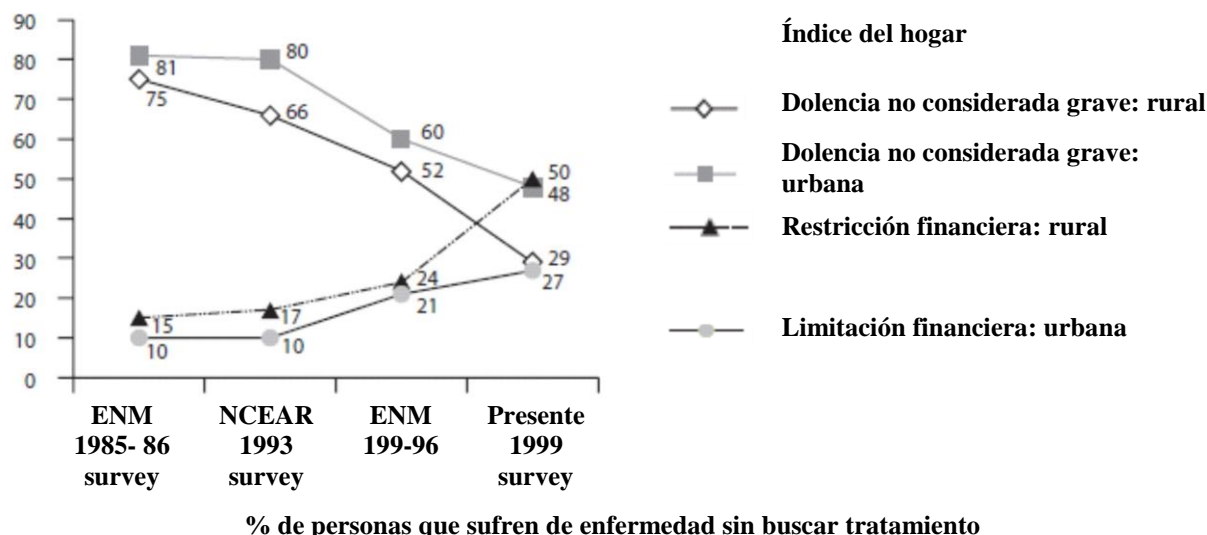
NV= No Vulnerable: sobre la línea de la pobreza en 1999.

Cuando se les cuestionaba acerca de “problemas de salud menores” las razones económicas se superponían con “no considerar serias las dolencia” para buscar ayuda. Para ambos grupos de vulnerabilidad en BO y TN, la automedicación para malestares no graves es, frecuentemente, la opción que toman los adultos. Sin embargo, se cuidaban de asegurar el acceso de mujeres embarazadas y niños al cuidado a la salud cuando fuera necesario, sin reparar en los costos requeridos.

La Figura 2 representa los patrones temporales de la falta de acceso y compara los resultados de este estudio con el de Centro Nacional de Investigación en Economía Aplicada (CNIEA) de 1985. Muestra que la proporción de la población que consideraba sus malestares como no serios se redujo en ambos, grupos (v y no-v) durante el periodo sus privaciones económicas se exacerbaban, triplicaban las poblaciones no vulnerables y quintuplicaban la vulnerable entre 1985 y 1999.



**Figura 2**  
**Variación temporal en proporción de personas enfermas y 2 razones clave para que no estén buscando tratamiento en comparación a estudios previos (1985, 1993 y 1995)**



Fuente: elaboración propia

### Calidad de la atención

Las perspectivas sobre la calidad de los cuidados variaron en función de ingresos y origen social. Los pacientes más privilegiados en TN y AP se quejaron de los tiempos de espera en los hospitales públicos y clínicas, la falta de atención personalizada, de medicamentos recetados y de limpieza. Forzados a acudir al sector privado, se quejaron del incremento en los costos haciendo un llamado a los reguladores para controlarlos. También notaron mejor infraestructura en los hospitales y clínicas privadas, específicamente en relación con el equipo de diagnóstico y en la proporción entre personal de salud y pacientes, factores que los atraían de esa oferta. Los grupos privilegiados que frecuentaban clínicas privadas y OSDPs, pero optaban por el sector público para internarse en ambos estados (AP y TN) alegaron que aunque el ambiente en las OSDPs y pabellones de hospitales públicos se había mejorado en los últimos años se mantenían una falta de atención por parte de los doctores y las largas esperas para citas apresuradas.

La evidencia de las entrevistas abiertas con los proveedores sugiere que los hospitales públicos, departamento de atención ambulatoria y de

cuidados primarios eran forzadas a operar bajo el gran estrés de una infra-presupuestación, que frecuentemente resultó en humillación para los doctores y enfermeras en la línea frontal de contacto con pacientes. Más aún, las dificultades más generales en la obtención de cuidados a la salud como la gran distancia a un centro de atención, infraestructura de transporte pobre en las zonas rurales, horarios restrictivos en casos de emergencia y accidentes, falta de medicamentos in situ, tiempos de espera una vez que se había llegado al centro de atención así como la premura de los doctores en las citas para diagnósticos, contribuyeron a la caída de la reputación de los servicios de salud públicos incentivando el surgimiento de un mercado privado que llenara estos vacíos

### El tamaño del sector privado y el tema de elegir en TN, BO y AP

En estos tres estados, a pesar del incremento en las inversiones (como con el APVVP), el tamaño de la oferta privada se mantuvo reducido. La mayoría de las clínicas y asilos de ancianos contaban con menos de 30 camas y estaban concentradas en las zonas urbanas mejor acomodadas, solían ser propiedad de un solo doctor o pareja de doctores, mientras que los centros de diagnóstico eran pocos

y alejados a la fecha del estudio aunque el sector ha ya experimentado un crecimiento exponencial durante la última década y media. En los distritos más acaudalados (la costa de Eluru) en AP los doctores del sector privado estaban típicamente asignado en hospitales y eran especialistas, mientras que en los distritos más pobres (Majbubnagar tierra adentro) se localizaban en clínicas, claros de que la mayoría de los pacientes buscarían atenderse en el sector público en caso de tener que internarse.

La mayoría de los doctores en el sector público (85%) también administraban sus propias, lo que les permitía referir pacientes a éstas práctica privada. El Cuadro 10, apunta el número de camas en el sector privado y muestra que al momento de la encuesta más del 2/3 de los hospitales tenían menos de 30 camas en AP.

En los tres estados, una gran ventaja de las clínicas privadas sobre los servicios públicos, fue la disponibilidad inmediata de personal, medicinas y horarios, en particular, para emergencias. Las personas acudían al sector privado a pesar de sus costos por falta de opciones, más que por elección propia.

Este fue un hallazgo importante del estudio, contrario a otros acerca de las reformas al sector salud en los cuales este patrón de uso es interpretado como una “preferencia” (NeBORander 1997; Sen y Koivusalo 1998). El tema de la “elección” por parte del usuario de la provisión privada es, por tanto, una justificación engañosa para privatizar.

Esto se ve ilustrado por una serie de estudios sobre utilización y rendimiento sectoral comisionados por el Banco Mundial durante en los 90 y 2004 (Devarajan y Shah 2004; Gopakumar 2004). Estos estudios alegan que la pobre calidad de la provisión pública y el fracaso en la provisión de servicios básicos a los pobres fueron factores clave en el crecimiento del uso de servicios privados. No obstante, este enfoque excluye factores clave sobre la racionalidad en la utilización que citamos, entre otros, en este estudio Ghosh (2014); Narayana (2003); Qadeer *et al.* (2001) muestran una clara preferencia entre pobres y muchos no-pobres por una provisión pública bien sustentada a los

cuidados del sector privado. Sin embargo, la falta de disponibilidad de una provisión pública adecuada en los ámbitos de OPD e internos combinada con calidades dispares tienen una influencia importante sobre la toma de estas decisiones (Baru y Bisht 2010; DilPI y Duggal 2002; Ergler *et al.* 2013; Pollock 2004; Sen 2003; Unger *et al.* 2006).

Sin embargo, los análisis provistos por aquéllos que promueven una racionalidad de incremento en la oferta privada han sido incapaces de dar cuenta del impacto de la desinversión en el sector público en la mayor parte de los estados de India después de la década de los 90 sobre calidad y accesibilidad. Durante este periodo, el gasto por persona se incrementó en asociación a las reducciones en las contribuciones, tanto estatales como centrales al cuidado a la salud (NSSO, 52da y 60ava rondas; La Fundación de Investigación Económica, Nueva Delhi 2006). El cuadro 11 muestra la pérdida en inversiones en el sector público a lo largo de la década en cuestión.

Uno puede concluir que los factores económicos (costo, distancia y tiempo, todos incluidos en el costo de la oportunidad) afectaron la “percepción” entre grupos vulnerables de si una condición era grave o no. Si esto se toma en consideración, entonces, la mayoría de aquéllos sin acceso al cuidado de la salud fueron afectados por factores económicos, más que por algún otro, como pudiera ser la “elección” respecto a la calidad, como afirma el discurso neoliberal vigente respecto a la utilización de los servicios de cuidado a la salud por parte de grupos vulnerables.

## Discusión

### *Escenario actual: ¿La década perdida?*

Una década de cambios al financiamiento y provisión de servicios de salud ha dañado seriamente al servicio público accesible en los tres estados muestreados. Aunque la naturaleza específica de los cambios varió de un estado a otro, la tendencia subyacente hacia la comercialización de los servicios prevaleció. Ésta se caracteriza por incrementos en los costos, menor disponibilidad, la continuidad de la disparidad entre lo urbano y lo rural, el aumento

**Cuadro 10**  
**Número de camas en hospitales privados al momento de la encuesta en AP (1999)**

Número de camas	PHI's *no	Por ciento	Camas No.	Por ciento
0	471	14.9		
1-10	1,298	41.2	8,891	19.1
11-20	842	26.7	16,543	29.1
21-30	307	9.7	8,231	17.7
31-50	140	4.4	5,855	12.6
51-99	52	1.7	3,553	7.6
100-249	37	1.2	5,319	11.4
>>250	4	0.1	1,158	2.5
total	3,151	100#	46,550	100

Fuente: Junta de Información de Salud de Andhra Pradesh (1994), Narayana (2000)

Notas:\* Institución de Salud Privada 4

# Es posible que las cifras no lleguen a 100, ya que fueron redondeadas

no regulado del precio de medicamentos y diagnósticos, combinado con una agresiva promoción comercial por parte de los proveedores corporativos.

Se ha registrado una importante tendencia hacia proveedores privados de cuidados para internos por primera vez desde la independencia, como evidencia la 60ª ronda de la Encuesta de Muestreo Nacional (EMN, *National Sample Survey*) sobre morbilidad y utilización de servicios de salud (de 1995/96 a 2004). En los tres estados estudiados la comercialización ha reducido la capacidad de los servicios públicos. La única excepción fueron las clínicas de atención primaria que fueron salvadas del colapso mediante un financiamiento de la Misión Nacional Rural de Salud (MNRS, *National Rural Health Mission*). La discusión sigue el hilo del estudio para explorar los prospectos para los servicios de atención a la salud en India.

Entre 1987 y 1996 hubo un declive del 30% en el uso global de la infraestructura pública de salud tanto en áreas urbanas como rurales con un incremento concurrente en el uso de servicios privados. Lo anterior contribuyó a un aumento exponencial en los gastos personales y endeudamiento de hogares (Gangoli et al. 2005; Mondal 2013; Srinivasan 2005). Un análisis de los datos de la EMN mencionados complementados mediante una encuesta de hogares en 2007 mostró que, entre aquéllos utilizando el Departamento de Pacientes Externos (DPE, *Out Patients*

*Department*) durante el periodo de la encuesta. Alrededor del 34% de la población perdió todos sus ahorros, 30% pidieron préstamos de alto interés y el 2% se vio forzado a vender sus bienes patrimoniales para pagar por cuidados DPE (Mondal 2013). Hasta hoy, el desequilibrio continúa profundizándose a favor de los servicios privados de salud, especialmente en el caso de los DPE. Tres factores que continúan presentando un reto para la provisión de servicios públicos en el país, en general y en los tres estados estudiados, en particular.

Primeramente, una **prolongada falta de inversión en una provisión de calidad y asequible** en el periodo entre 1991 y 2003/4 se llevó a la proliferación de proveedores privados, sobre todo para la atención secundaria y terciaria con una explosión adicional en DPE, clínicas de diagnóstico y farmacias que han llenado los vacíos dejados por el estado. Estos nuevos actores, en particular los corporativos, han sido publicitados agresivamente mediante generosos subsidios estatales, desde disminuciones en los precios de terrenos, menores tasas de interés en préstamos para capital e infraestructura, reducción impositiva sobre equipamiento médico y otros beneficios normalmente otorgados a empresas emergentes. Incentivos tales como capacitar al 100% de la inversión extranjera directa (IED, en sus siglas en inglés, *Foreign Direct Investment*) en varios estados como hospitales terciarios, lo que fortaleció el mercado de seguros para compañías

extranjeras desde que se abrió en 2008 (Bhat 2006; Butala y Northridge 2010; Narayana 2003; Sen 2003, Bannerjee y Sen bajo revisión, 2017).

El segundo factor importante es el **financiamiento de servicios privados** mediante la cobertura de salud universal denominada *Rashtriya, Swasthya Bima Yojana* (RSBY), esquema desarrollado por el Gobierno de India en 2008. Dirigido a apoyar familias PDLP para cuidados hospitalarios (hasta Rs. 50,000 por familia de cinco personas<sup>e</sup>) ha sido elogiado mundialmente y, efectivamente, ha apoyado a millones de familias. Sin embargo, también ha significado un impulso muy importante para la expansión del sector de salud privado mediante la vinculación indirecta de los tratamientos hospitalarios cubierto con proveedores privados (Basu 2010; Dror y Vellakkal 2012; The Economist 2010).

En teoría, aquéllos cubiertos por el esquema de seguro RSBY tienen derecho a elegir entre proveedores privados y no, pero, en la práctica, la mayoría de los hospitales seleccionados para el esquema son privados (85%) en gran cantidad de los estados. Así, un problema que afecta a los proveedores de salud pública de los tres estados desde el comienzo del estudio, en gran parte subsiste una década después. Por ejemplo, según los datos del RSBY, en 2010 los hospitales seleccionados para proveer atención hospitalaria, con la excepción de Kerala y Punjab, eran predominantemente del sector privado (85%) en la mayoría de los estados. En BO, hasta 2014, la proporción era de más del 89%, mientras que, en los distritos más pobres del estado, como Murshidabad y Birjum, la selección de hospitales privados ascendía a casi el 100% (Ministerio de Labor y Empleo del Gobierno de India).

En Karnakata, de 91 hospitales que recibieron dicha acreditación hasta 2013, el 77% (70) eran del sector privado y sólo el 10% del sector público. Puesto que el RSBY selecciona a favor de

---

<sup>e</sup> En 2016-2017 la cantidad de la cubierta incrementó a un Rs.1 Lakh, cubría una sección más amplia de la población PDLP en el sector informal y también incluía algunos estudios piloto para la cobertura de Departamento de Pacientes Externos en un número de estados.

entidades privadas hay pocas opciones para los pacientes más allá de una apabullante variedad de proveedores privados.

El Cuadro 9 muestra el desequilibrio en la selección proveniente de cada sector en la mayoría de los estados tomando en cuenta que algunos simplemente no la han publicado. Un estudio exploratorio reciente en un número de distritos de BO sugiere que la población PDLP no acepta ser tratada en clínicas privadas, lo cual ha tenido un impacto en todo el sistema de salud (Sen y Gupta 2017 en prensa). Aunque hasta hoy no ha habido una evaluación comprensiva del RSBY, los pocos reportes publicados individualmente por algunos estados también indican bajos niveles de utilización de atención hospitalizada cuando los proveedores privados son mayoría entre los participantes del programa (Selveraj y Karan 2012, Sinha y Chatterjee 2014, Ghosh 2014, Thakur 2016). En los distritos muestreados en BO, una preferencia marcada es compartida por los PDLP hacia proveedores públicos, profundizando una tradicional preferencia por la salud pública, a pesar del prestigio asociado al uso gratuito de servicios en clínicas y hospitales privados<sup>f</sup>.

Aún persisten asuntos relacionados con la implementación del programa, el uso de listas de beneficiarios del PDLP de 2002 en varios estados han llevado a la exclusión y explotación de quienes han caído en la pobreza desde entonces. A pesar de la cobertura de 37 millones de personas a 2013, en muchos estados menos de la mitad de los clasificados como PDLP están en el programa. Más aún, las castas bajas y los grupos tribales siguieron estando entre los grupos más vulnerables (Dasgupta *et al.* 2013). Hay también una consciencia creciente de que proporcionar solamente servicios hospitalarios es insuficiente, ya que la compra de medicamento (el costo más alto para los pacientes), así como acudir a citas de del DPE, son factores clave en su continuo empobrecimiento (Basu 2010; Shahrawat y Rao 2012).

---

<sup>f</sup> Hay una fuerte tendencia para consultar médicos individuales pero lo mismo no aplica al cuidado institucional en BO dónde hay una tradición y una preferencia por los servicios públicos.

**Cuadro 11**  
**Selección de hospitales privados y públicos en algunos estados de la India, 2010**

Estado	Distritos Seleccionados	Hospitales Privados	Hospitales Públicos	Total
Andhra Pradesh	1	3(43 por ciento)	4	7
Bihar	38	865(89 por ciento)	100	965
Delhi	1	35(100 por ciento)	n/a	35
Karnataka	30	546(62 por ciento)	328	874
Tamilnadu	2	n/a	n/a	n/a
West Bengal	19	544(89 por ciento)	62	606
Kerala	14	146(47 por ciento)	161	307
Punjab	22	176(53 por ciento)	161	336

Fuente: Gobierno de India, RSBY

Datos de selección: <http://ww.rsby.in/Hospitals.aspx?id=1>

Por tanto, la frágil y dispereja cobertura de la provisión pública de cuidados a la salud, características subrayadas en el reciente reporte de la Federación de las Cámaras de Comercio e Industria Indias (FCCI) sobre cobertura universal en salud (CUS) (*Ernst and Young Partners India*, 2012) muestra la capacidad extremadamente limitada de los proveedores públicos para competir con hospitales y clínicas privadas y más recientemente con la atención primaria a la salud contratada, como en otros países (Jacobs 2010; Liu *et al.* 2014). Esto se da a pesar de las demandas continuas por servicios públicos mejorados, accesibles y por reducir las crecientes disparidades en el acceso a servicios de salud por parte de distintos segmentos de la población, como se muestra en nuestro estudio anterior (Dilip & Duggal 2002) y más recientemente por varios otros (Ghosh 2014; Leone *et al.* 2012; Levesque *et al.* 2006; Mondal 2013). El resultado de la desinversión generará una aún mayor marginación de los proveedores públicos, con el riesgo de incrementos súbitos de costos y con proveedores públicos compitiendo entre ellos mediante infraestructura y alta tecnología para atraer pacientes.

El tercer factor más importante es **la falta de controles regulatorios** sobre costos y calidad, así como la expansión *ad hoc* de hospitales privados. Los proveedores privados en India enfrentan pocos controles en cuanto a precios y pueden proveer

calidades dispares de servicios con una limitada compensación para los pacientes. Como en el caso de mujeres forzadas a someterse a cesáreas en nuestro estudio, la ausencia de controles empeora los problemas subyacentes de calidades dispares, externalidades y asimetrías en conocimiento. Éstos refuerzan las inequidades en salud en detrimento de la mayoría de la población (*Economic Research Foundation* 2006; Rao 2012). Entre 2004 y 2008, por ejemplo, el costo de los partos en los centros de salud privados se encareció en más del triple en TN, AP y se duplicó en BO (Mohanty y Srivastava 2013).

Las asimetrías en conocimientos, evidenciadas en nuestro estudio **de utilización de servicios** (2000), actúan en contra de los intereses de los pacientes, llevándolos a tratamientos caros frecuentemente innecesarios.

En uno de los pocos estudios sobre la salud financiera de 128 hospitales privados en distintos estados, Bhat (2006) alertó sobre un manejo pobre del aspecto financiero, así como de la calidad y los costos de los servicios y cuestiona la viabilidad del sistema existente. El estudio enfatiza la deuda hospitalaria con origen en un gasto excesivo en tecnologías y equipo médico, entre otras cosas, suscitando así una inflación en el sector médico. Mostró que el gasto en equipos en los hospitales seleccionados excedió el doble en 2003 respecto a 2001, de Rs.65, 320 millones a Rs. 150,000

millones, dando cuenta del 12% del gasto total por parte del sector privado en salud. Éstos sólo pueden ser recuperados de los cobros y cargos. El autor reenfata las ineficiencias de los hospitales privados, la fragmentación del cuidado a la salud y la casi total ausencia de monitoreo y regulación (Bhat 2006).

La experiencia del cuidado a la salud “gestionado” incluye el señuelo del financiamiento vía seguros de servicios privados y la inhabilidad del gobierno federal de controlar precios. Esto aplica aun cuando haya techos asociados a un episodio de tratamiento, los costos son propensos a escalar. La experiencia sugiere que las múltiples presiones por parte de los proveedores privados, frecuentemente rehusándose a implementar tratamientos dentro de los techos preestablecidos, probablemente no respetaría ninguna tabla de costos preestablecida. Más aún, puesto que la mayor parte de las instituciones seleccionadas dentro del programa (con la salvedad de una minoría) caen en la categoría de proveedores privados, este enfoque sólo puede desalentar aún más la provisión pública de servicios de salud mediante subsidios públicos sustanciosos a proveedores privados, sin ningún recurso a la función moderadora de los cuidados primarios y preventivos a la salud. Los servicios de atención privada han sido desde antaño establecidos como una de las maneras más efectivas de promoción de salud entre la población, reduciendo riesgos, inequidades, los costos del cuidado a la salud a largo plazo y, sobre todo, los efectos negativos de la asimetría de conocimientos entre pacientes y profesionales del sector salud (Abhiyan 2006; Qadeer, Sen & Nayar 2001; Yeravedkar *et al.* 2013). El apoyo actual a la expansión de los cuidados hospitalarios medicaliza aún más la salud de la población en detrimento de la salud pública y la prevención.

## Conclusión

Desde su independencia, India nunca ha invertido más del 3% del producto interno bruto en servicios de salud, aunque desde los Planes Nacionales iniciales se planteaba un esfuerzo por desarrollar una infraestructura accesible a la población. Los precedentes al desmantelamiento gradual de la provisión pública fueron incorporados al Sexto Plan Nacional (1980), el cual abrió el sector salud

a instituciones no gubernamentales. Las directrices políticas sucedáneas al conocido reporte de BO, “Invirtiendo en Cuidados a la Salud (1993)” se vio reflejado en la Política Nacional en Salud (PNS, 2002) que declaraba la incapacidad del estado para proveer las necesidades de cuidados a la salud de la población (Gangoli, Duggal, & Shukhla 2005; Nigam 2005). El PNS fue un llamado a proveedores privados a llenar este vacío planteado en la provisión pública sin análisis alguno sobre las causas de origen de su declive. Adolecía de una falta de escrutinio sobre las posibles fluctuaciones en costos o calidad de sustituir la provisión pública por una privada en un país con ninguna regulación efectiva privados y una población incapaz de hacer frente a la mala praxis.

La desinversión en el sector público y la persistencia de subsidios al sector privado son factores clave en el declive de los servicios de salud públicos. Esta experiencia está ampliamente reconocida como un fenómeno global e incluye procesos en países de ingresos altos, bajos y medios. Es visto como un fenómeno que aumenta y garantiza ganancias en un mercado global turbulento en el que el financiamiento público sigue siendo la base de ganancias más segura para los proveedores privados (Pollock y Price 2002; Sen 2003). Es también evidente a partir de la experiencia en India y en otros lugares tiene que un sistema paralelo de provisión en el que un sector está bien posicionado para captar ganancias, mientras que el otro recibe poco, contribuye a un decaimiento crónico en lo público, lo cual también incide destructivamente en la construcción de un espacio social democrático en función de menos desigualdades entre sectores, pero, especialmente, en el sector salud, fuente principal de miedos y deudas.

## Agradecimientos

Este estudio no podría haber sido llevado a cabo sin la dedicación de todos los científicos involucrados en su diseño e implementación. Gracias especiales a los coordinadores del trabajo de campo en los tres estados y los analistas de datos en ISI y a I Qadeer por sus detallados comentarios a la versión original. El primer autor acepta toda responsabilidad por cualquier error en su recopilación.

## Notas.

1. La clasificación de estatus vulnerable dependió de una variedad de atributos. La definición de estatus de vulnerabilidad fue atribuida a un hogar, en vez de un individuo. La definición de Vulnerable y No-Vulnerable sólo se trabajó en la muestra de Bengala Occidental y Tamil Nadu solamente y debía incluir dos de los siguientes criterios: Vulnerable: gastos mensuales por hogar per cápita < Rs 500 para áreas rurales, < Rs 750 para áreas urbanas, y < Rs 1000 para Kolkata y Chennai. Que la vivienda sea Kutcha (no hecha de ladrillo) o de paja. Que el Grupo Social sea SC, ST, or OBC. N—vulnerable: Hogares que no cumplían con los criterios anteriores.

2. Fecha de la encuesta: 1999.

3. La auto-evaluación puede subestimar condiciones de morbilidad para situaciones crónicas y otras enfermedades no comúnmente conocidas o diagnosticadas, especialmente entre los menos educados y más vulnerables.

4. Índice de hogar: las características de hogar fueron combinadas que incluye valores compuestos de pobreza, alta fertilidad, bajo ingreso, bajo nivel educativo, mayor tamaño de hogar, mayores proporciones de dependencia residencias predominantemente rurales y empleo agrícola provisto por esos hogares con un bajo puntaje. Cada uno de esos atributos fue otorgado puntajes que luego generaron las categorías de índice alto, mediano y bajo. Éstas fueron usadas en los análisis para examinar, en particular, los gastos médicos y el endeudamiento.

## Referencias

- Abhiyan, J. S. 2006, *Health System in India: Crisis and Alternatives* Delhi, India, Booklet 2.
- Bannerjee, S. Sen K (2017) Implementation and Challenges of RSBY in West Bengal: an exploratory study set in historical context, IJHPM, Wiley and Sons, Chichester, UK ( in process)
- Baru, R. & Bisht, R. 2010, *Health Service Inequities as Challenge to Health Security*, Oxfam, India, New Delhi, India, 1V.
- Basu, R. 2010, *Rashtriya Swasthya Bima Yojana: Pioneering Public-Private partnershPI in Health Insurance*, Jamia Millia University, Delhi India, Delhi, India, N/A.
- Bhandari, L. 2010. The Impoverishing Effect of Healthcare Spending in India: new methodology and findings. *Economic and Political Weekly, India*, XLV, (16) available from: <http://www.epw.in/special-articles/impoverishing-effect-healthcare-payments-india-new-methodology-and-findings.html> Accessed 1 January 2014.
- Bhat, R. 2006, *Finianial Health of Private Sector Hospitals in India*, IIM, Ahmedabad,India, WP. 2006-01-01.
- Butala, N. & NorthbIRDge, C. 2010, *Hyderabad Hospital Report*, NorthbIRDge Capital.
- Chatterjee, P. 2010. India tries to break the cycle of health care debt. *Bulletin of the World Health Organisation*, 88, 486-487 available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/7/10-020710/en/> Accessed 1 January 2014.
- Dasgupta, R., Nandi, S., Kanungo, K., Nandy, M., Neog, R., & Muruga, G. What the good doctor said:a critical examination of design issues of the RSBY through provider perspectives. *Journal of Social Change* 43,[2], 227-243. 1-1-2013. 11-12-2013.
- Ref Type: Journal (Full)
- Devarajan, S. & Shah, S. 2004. Making Public Services Work for the Poor in India. *Economic and political weekly*, XXXIX, (Special Issue, No.9) 907-919 available from: <http://www.indiaenvironmentportal.org.in/files/services.pdf> Accessed 1 January 2006.
- DilPI, T. R. & Duggal, R. 2002, *Incidence of Non-Fatal health Outcomes and Debt in Urban India*, CEHAT, India.
- Dror, D. & Vellakkal, S. 2012. Is RSBY India's Platform to Implementing Universal Hospital Insurance? *Indian Journal of Medical Research*, 135, (1) 56-63 available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3307185/> Accessed 1 January 2013.
- Economic Research Foundation 2006, *Resources for Equitable Growth*, ERF, New Delhi, India.
- Ergler, C., Sakdopolrak, P., Bohle, H., & Kearns, R. 2013, "From effective cure to affective care:access barriers entitlements to health care among urban poor in Chennai, India," *In Geographies of Development and Health*, K. Luginaah, ed., Farnham,Kent, UK: Ashgate, pp. 1-26.
- Ernst and Young Partners (India) 2012, *Universal Health Care for India:Demystifying Financing Needs*, Ernst and Young and FICCI, India, Delhi, India.
- Gangoli, L., Duggal, R., & Shukhla, A. 2005, *Review of Healthcare in India*, Centre for Enquiry into Allied Themes, Mumbai.
- Ghosh, S. 2014. Equity in the Utilisation of Healthcare Services in India: Evidence. *International Journal of Health Plannning and Management (IJHPM)*, Volume 2 Issue One-1(2), (2014(1)) 29-38 available from: [http://ijhpm.com/?\\_action=articleInfo&article=2804](http://ijhpm.com/?_action=articleInfo&article=2804) Accessed 2 February 2014.

- Gopakumar, K.e.a. 2004. The State of India's Public Sector. *Economic and political weekly*, XXXIX, (9) available from: <http://www.epw.in/special-articles/state-indias-public-services.html> Accessed 1 January 2006.
- Jacobs, e.a. 2010. From public to private and back again:sustaining a high level service during transition of management authority, a Cambodian case study. *Health Policy and Planning*, 25, (3) 197-2008 available from: <http://www.deepdyve.com/lp/oxford-university-press/from-public-to-private-and-back-again-sustaining-a-high-service-nTxIOnLLyl> Accessed 1 January 2011.
- Leone, T., James, K., & Padmadas, S. 2012. The burden of maternal healthcare expenditure in India: a multilevel analysis of national data. *Maternal and Child Health Journal*, 17, (9) 1622-1630 available from: [http://link.springer.com/article/10.1007\\_percent2Fs10995-012-1174-9](http://link.springer.com/article/10.1007_percent2Fs10995-012-1174-9) Accessed 2 February 2014.
- Levesque, J.-F., Haddad, S., Narayana, D., & Fournier, P. 2006. Outpatient care utilization in urban kerala, India. *Health Policy and Planning*, 21, (4) 289-301 available from: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/21/4/289.full> Accessed 26 February 2014.
- Liu, X., Hotchkiss, D., & Bose, S. 2014. The effectiveness of contracting out primary health care services in developing countries:a review of the evidence. *Health Policy and Planning*, 23, (1) 1-13 available from: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/23/1/1.full> Accessed 1 January 2008.
- Ministry of Labour and Employment of the Government of India. RSBY. 1-1-2014. New Delhi, Ministry of Labour and Employment. 1-1-2014.
- Ref Type: Online Source
- Mohanty, S. & Srivastava, A. 2013. Out of pocket expenditure on institutional deliver in India. *Health Policy and Planning*, 28, (3) 247-262 available from: <http://heapol.oxfordjournals.org/content/28/3/247.abstract> Accessed 1 February 2014.
- Mondal, S. 2013. Health care services in India: a few questions on equity. *Scientific Research*, 5, (No.1)53-61 available from: <http://dx.doi.org/10.4236/health.2013.51008> Accessed 1 January 2014.
- Narayana, K. 2003. Changing Health Care System. *Economic and political weekly*, 38, (22-29 March) 1230-1241 available from: <http://www.jstor.org/discover/10.2307/4413374?uid=2&uid=4&sid=21103606586857> Accessed 1 February 2012.
- NeBORander, W. 1997. *Private Sector Growth in Asia: Introduction* New York, John Wiley and Sons.
- Nigam, R. Inequality in India: Income, access to healthcare and education. Infoexchange January2005[News and Features], 1-4. 1-1-2005. 1-1-2010.
- Ref Type: Magazine Article
- Pollock, A. 2004. *NHS PLC: The Privatisation of our Health Care* London, Verso Books.
- Pollock, A. & Price, D. 2002. Market Forces in Public Health. *The Lancet*, 359, (9315) 1363-1364 Accessed 1 January 2009.
- Qadeer, I. 2013. Universal Health Care: the trojan horse of neo liberal policy. *Social Change*, 43, (2) 149-164 available from: <http://sch.sagepub.com/content/43/2/149.full.pdf+html> Accessed 1 January 2014.
- Qadeer, I., Sen, K., & Nayar, K. R. 2001, "Introduction.," In *Public Health and the Poverty of Reforms*, First ed. New Delhi, India: Sage Publications, pp. 27-36.
- Rao, P. 2012. The Private Health Sector in India: A Framework for Improving the Quality of Care. *ASCI Journal of Management*, 41, (2) 14-39 available from: [http://journal.asci.org.in/Vol.41\(2011-12\)/41\\_2\\_phrao.pdf](http://journal.asci.org.in/Vol.41(2011-12)/41_2_phrao.pdf) Accessed 1 February 2014.
- Selvaraj, S. & karam, A. 2012. Why Publicly financed health insurance schemes in are ineffective in providing financial risk protection- Special Article. *Economic and political weekly*, XLV11, (11) 60-68 available from: [http://uhc-india.org/uploads/HI\\_EPW.pdf](http://uhc-india.org/uploads/HI_EPW.pdf) Accessed 1 January 2013.
- Sen, K and Gupta, S(2017) "Being Poor: Challenges of Implementing Rashriya, Swasthya Bima Yojana in West Bengal- masking poverty and entitlement". *Social Change*, Council for Social Development, Sage India ( in press)
- Sen, K. 2003, "Introduction: Restructuring health services - public subsidy of private provision," In *Restructuring health services: Changing contexts and comparative perspectives*, K. Sen, ed., New York, U.S.A.: Zed Books, p. 17.
- Sen, K. & Koivusalo, M. 1998. Health care reforms and development countries: a critical overview. *Int JHealth Plann Management*, 13, (3) 199-215 Accessed 9 January 2009.
- Shahrawat, R. & Rao, K. 2012. Insured yet vulnerable:out-of-pocket payments and India's poor. *Health Policy and Planning*, 27, (3) 213-221 available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21486910> Accessed 1 February 2014.



- Srinivasan, S. 2005, *Health: Background & Perspective*, "Infochange", Mumbai, India. On line.
- Thakur, H (2016) Study of Enrolment and Utilization of Rashtriya Swasthya Bima Yojana (India's National Health Insurance Programme) in Maharashtra. *Front. Public Health*. Vol.3. issue 282. Pp.1-13
- The Economist 2010, *Health Insurance: Clear Diagnosis, uncertain remedy*, The Economist, London, United Kingdom.
- Unger, J.-P., De Paepe, P., Ghilbert, P., Soors, W., & Green, A. 2006, *Integrated care: a fresh perspective for international health policies in low and middle-income countries* 6.
- Yeravedkar, R., Yeravedkar, G., Tutakne, M., hatia, N., & uralidhar, T. 2013. Strengthening of primary health care:key to dleiver inclusive health care. *Indian Journal of Public heath*, 57, (2) 59-64Accessed 1 January 2014.

**Recibido:** 25 de mayo de 2016.

**Aceptado:** 23 de julio de 2016.

**Conflicto de intereses:** ninguno.



**Medicina Social**

Salud Para Todos