Información Médica Integrada y Sistema de Vigilancia de Enfermedades en los Centros de Salud Primaria en India

Investigadores/as:

Iqbal Dhaliwal

Rema Hanna

Sector(s): Salud, Economía Política y Gobernabilidad

Ubicación: Karnataka, India

Muestra: 350 centros de salud primaria en cinco distritos

Grupo objetivo: Health care providers

Resultado de interés: Service provider performance

Tipo de intervención: Digital and mobile Community monitoring

Número de registro del AEA RCT Registry: AEARCTR-0000040

Datos: Download dataset (45.5 MB)

Research Papers: The devil is in the details: The successes and limitations of bureaucratic refo...

Socios Implementadores: Government of Karnataka, National Rural Health Mission of Karnataka, USAID Development Innovation Ventures

Problema de política pública

El gobierno es el principal proveedor de servicios de salud en muchos países en desarrollo. Sin embargo, a pesar de presupuestos grandes y una red extensa de sistemas de salud pública, los resultados de salud en estos países todavía son muy malos. La evidencia sugiere que sistemas malos de rendición de cuenta permiten una tasa extremadamente alta de absentismo laboral y de malversación de recursos, lo cual lleva a que los sistemas de salud no funcionen bien. Intervenciones anteriores se han enfocado en mejorar la asistencia laboral del personal de salud, pero éstas no han tenido éxito debido a la falta de rendición de cuentas. Sin embargo, un sistema nuevo que combina tecnología para monitorear asistencia y malversaciones, junto a un sistema de incentivos y penalidades, podría tener éxito en mejorar los servicios de salud.

Contexto de la evaluación

India tiene una red de más de 22,000 centros públicos de atención primaria de salud (PHC, por sus siglas en inglés), los cuales proveen servicios básicos como vacunaciones y consultas pre-natales a los pobres. Pero, a nivel nacional, el personal de salud en India está ausente, en promedio, un 43 por ciento del tiempo. Como consecuencia, muchos ciudadanos que llegan a estos centros, no reciben atención médica y se ven forzados a visitar a proveedores de salud no calificados o que no han sido capacitados. Otro problema es que muchos materiales y dinero son perdidos o malversados, lo cual pone una presión grande en los presupuestos limitados del sistema. Para 2005, la Comisión de Planificación de India estimó que sólo el 27 por ciento de las transferencias a los pobres llegaban a los beneficiados. Finalmente, datos epidemiológicos de mala calidad pueden complicar la planificación del sistema de salud. Información sobre enfermedades emergentes en áreas rurales frecuentemente no son

recolectadas o no están disponibles hasta muy tarde ya que los mecanismos de recolección de datos dependen de reportes en papel que se realizan con poca frecuencia. La falta de información a tiempo real y digitalizada hace difícil recibir, procesar y analizar información crítica sobre epidemias. Esto, a su vez, hace que el diseñar una respuesta efectiva y rápida a una emergencia sea difícil de hacer. Estos tres problemas normalmente contribuyen a resultados malos de salud que persisten a pesar de la amplia red de servicios de salud.



A health clinic in India

Photo: Srini Vasudevan | J-PAL

Detalles de la intervención

El Sistema de Información Médica Integrada y de Supervisión de Enfermedades (IMIDSS, por sus siglas en inglés) del Gobierno de Karnataka busca enfrentar los problemas de ausencia laboral, malversación de recursos y malos datos epidemiológicos mejorando la comunicación y rendición de cuentas con tecnología. Se euipó a centros de salud en cinco distritos con aparatos de bajo costo que contenían un procesador computarizado, un sistema de GPS, una cámara, un sistema de registro de información biométrica (como huellas digitales) y con transmisión inalámbrica de datos. Estos aparatos fueron utilizados para:

- Registrar la asistencia de los doctores y otro personal médico usando huellas digitales.
- Registrar detalles sobre beneficios en efectivo dados a pacientes junto a fotografías e información biométrica de los beneficiarios.
- Registrar estadísticas sobre el número de pacientes atendidos y las enfermedades tratadas.

Esta información se enviaba inmediatamente vía una red inalámbrica a las oficinas centrales del departamento de salud en Bangalore, donde era analizada y procesada por el distrito. Esta intervención fue complementada por un sistema extenso de

incentivos y de penalidades que buscaban mejorar el comportamiento del personal médico. Se implementaron tanto incentivos positivos, como premios financieros y no-financieros, así como los incentivos negativos, como suspensiones, reducción de salario o de días de vacación.
La mitad de los centros de salud fueron aleatoriamente escogidos para recibidir el IMIDSS, mientras que la otra mitad sirvió como grupo de comparación.



Resultados y lecciones de la política pública

Se han realizado encuestas de línea de base y se están realizando varias encuestas de seguimiento. Los resultados finales estarán disponibles próximamente.

Dhaliwal, Iqbal, and Rema Hanna. ‰ÛÏDeal with the Devil: The Successes and Limitations of Bureaucratic Reform in India.‰Û NBER Working Paper No. 20482, September 2014.