

La atención a la salud materna en los Altos de Chiapas: Rendición de cuentas del Sistema de Protección Social en Salud

Mónica Carrasco Gómez*

RESUMEN

El artículo documenta la información sobre los mecanismos financieros para la ejecución del Sistema de Protección Social en Salud o “Seguro Popular” en Chiapas de 2014 a 2016, a la luz de los debates sobre la rendición de cuentas y lo estipulado en la Observación General 14 sobre el Derecho a la Salud y el Manejo de los Recursos en Salud. La metodología empleada fue la revisión de los marcos normativos, la solicitud de información sobre el ejercicio del recurso, entrevista a funcionario público del Régimen Estatal de Protección Social en Salud en 2016, y monitoreo a 40 unidades médicas acreditadas por el Seguro Popular en los municipios de Chenalhó, Pantelhó, Chalchihuitán, Zinacantán, Chamula, El Bosque y Mitontic durante el verano de 2017. Se concluye que en la práctica es difícil el acceso a la información pública sobre la ejecución de los recursos del Seguro Popular a pesar de que existe un marco legal de transparencia, y que esto puede constituir diversas omisiones respecto a las medidas necesarias para proteger el Derecho a la Salud de la población

PALABRAS CLAVE: Derecho a la Salud, Rendición de Cuentas, Seguro Popular

* Doctora en Ciencias de la Salud Pública en el área de Sistemas de Salud. Catedrática CONACYT asignada al CIESAS-SURESTE desde septiembre de 2014.

ABSTRACT

This article documents information about financial mechanisms for the implementation of Social Protection in Health System, or commonly known as “Seguro Popular” (Popular Insurance) in the state of Chiapas from 2014 to 2016, in light of the debates on accountability and statements on General Comment No. 14 on the Right to Health and the highest attainable standard of health. The methodology used was the review of regulatory frameworks, the request of information on the exercise of the recourse, an interview with a public official of the State Regime of Social Protection in Health in 2016, as well as the monitoring of 40 medical units accredited by the Popular Insurance in municipalities of Chenalhó, Pantelhó, Chalchihuitán, Zinacantán, Chamula, El Bosque and Mitontic during the summer of 2017. It is concluded that there is a difficulty in the access to information that, although there is a legal framework on transparency, in practice it is difficult to access to public information on the execution of resources of the Popular Insurance, considering there are several omissions regarding the necessary measures to protect the right to health of the population.

KEY WORDS: Right to Health, Accountability, Seguro Popular

Fecha de recepción: 13 de noviembre de 2017.
Fecha de aprobación: 2 de febrero de 2018.

Introducción

El debate sobre la rendición de cuentas parte por cuestionar la utilidad de ésta y otros mecanismos entre el Estado y los gobernados. Autores como Philippe C. Schmitter ven con escepticismo los mecanismos que vinculan a los ciudadanos con los gobernantes a través de los representantes. Él menciona que “la interacción entre las agencias y el Estado de acuerdo a algunas reglas legales o constitucionales preestablecidas terminan siendo pesos y contrapesos entre gobernantes y operan para ganar el vínculo vertical con los ciudadanos”. En este sentido afirma que “los servidores del Estado estarán permanentemente tentados a coludirse y proteger los intereses compartidos en lugar de exponerlos al escrutinio” (Schmitter, 2005).

Sin embargo, existen otros posicionamientos que apuntan a la renovación de la cultura política a través de las contralorías ciudadanas (Buscaglia, 2014). En este sentido, Peruzzotti ha documentado que importantes sectores de la ciudadanía se niegan a cumplir un papel meramente pasivo, limitado a la delegación electoral. Es así que con esta investigación se pretende enriquecer la discusión y promover la supervisión constante de nuestros servidores públicos en salud para asegurar que los comportamientos encuadren dentro de las normas de responsabilidad que dan legitimidad al vínculo representativo (Peruzzotti, 2006).

Esclarecer los procederes financieros resulta trascendente porque el Sistema de Protección Social en Salud o Seguro Popular es actualmente la principal fuente de financiamiento de los Servicios Estatales de Salud y porque en el marco del ejercicio efectivo del derecho a la salud es indispensable analizar si los recursos llegan a la población a la que están destinados. Lo anterior fue posible en

el marco del derecho a la información pública estipulado en el artículo 6to constitucional y con el apoyo de mecanismos de transparencia facilitados por el Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), a través de los que se pudo obtener información que debiera estar publicada electrónicamente.

En éste trabajo se realizó un diálogo entre las recomendaciones de la Observación General 14 (OG14) sobre el Derecho a la Salud (CESCR, 2000), específicamente lo referente a lo recomendado por la Organización de las Naciones Unidas sobre la disponibilidad y el manejo de los recursos en salud y hallazgos en la investigación sobre el manejo de recursos financieros del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en Chiapas durante el período de 2014 y 2016, así como del trabajo de campo realizado entre junio-agosto de 2017. Durante éste se realizó un monitoreo a través de entrevistas a personal auxiliar, médico y directivo sobre conocimientos, procedimientos, listas de cotejo para identificar abasto de las intervenciones sobre salud materna del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) en 39¹ centros de salud acreditadas por el Sistema de Protección Social en Salud de los Altos de Chiapas en los municipios de Chenalhó, Pantelhó, Chalchihuitán, Zinacantán, Chamula, El Bosque y Mitontic, que formó parte del proyecto “Mejorando la rendición de cuentas en salud materna en poblaciones vulnerables” del Observatorio de Mortalidad Materna, Cátedras CONACYT y CIESAS Sureste.

El Derecho a la Salud según la Observación General 14 (OG14), entraña libertades y derechos.

¹ De las 40 unidades médicas, se encontró cerrado el centro de salud “Las Limas” en Pantelhó y no se pudo monitorear.

“En relación a los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud”. Los elementos esenciales e interrelacionados del Derecho a la Salud son la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad. En este trabajo se abordará específicamente el tema de la disponibilidad, entendiéndola como:

Contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, el personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS (CESCR, 2000).

El Estado Mexicano aprobó la OG14 el 11 de agosto del 2000 (Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2000) comprometiéndose a garantizar el más alto nivel posible de salud a través de proteger, respetar y cumplir progresivamente el Derecho a la Salud y no admitir medidas regresivas en su perjuicio. En la reforma constitucional mexicana en materia de Derechos Humanos del día 10 de junio de 2011, la cámara de diputados dotó de rango constitucional a los tratados internacionales de derechos humanos en México y por lo tanto, desde 2011 se fortalece el estatus jurídico de los mismos (Saltalamacchia y Covarrubias,

2014); sin embargo, para su cumplimiento se requiere que las políticas estén alineadas con estas disposiciones internacionales (López, 2015). Al respecto, cabe mencionar que actualmente no existe una vinculación del SPSS con la OG14, ni en la Ley General de Salud (LGS), ni en el Reglamento de la LGS en materia de Protección Social en Salud.

En México se impulsó la reforma del sector salud en 1996, con la finalidad de brindar un sistema de protección a la salud de la población sin seguridad social en México. A partir de entonces se impulsa una política de mercantilización de los servicios de salud y programas de focalización para los pobres (Laurell, 2001). En este marco se crea el Sistema de Protección Social en Salud en el año 2003 como un mecanismo para brindar protección financiera al 55% de la población que no tenía Seguridad Social en ese momento, brindándole la “cobertura universal”, que consistió en ofrecer un paquete explícito de intervenciones que se encuentran en un Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que actualmente cubre 287 intervenciones con sus medicamentos (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2016a).

Para el funcionamiento del SPSS se separaron sus funciones de acuerdo al modelo de Pluralismo Estructurado (Londoño y Frenk, 1995): La **rectoría** quedó en manos de la Secretaría de Salud (SSA), es decir la planeación, la coordinación y la regulación; la función **financiera**, en manos de la Secretaría de Hacienda, en la recaudación de fondos federales que depende del número de afiliados y se complementa con una cuota estatal y familiar según nivel de ingreso; la administración de fondos y la compra de servicios es la función de **articulación** y son responsables dos nuevos organismos desconcentrados: La Comisión Nacional

de Protección Social en Salud (CNPSS) y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), la función de **provisión** de servicios de salud quedan en manos de los Servicios Estatales de Salud (SESA) o de la iniciativa privada.

Para cumplir con las funciones de rectoría hacia una integración funcional del sistema se generaron programas, acuerdos, convenios y en el caso del Seguro Popular, se establecieron los Acuerdos de Coordinación entre la federación y los estados, que al ser públicos permiten transparentar los procesos para el ejercicio de los recursos y sus resultados, lo que sienta las bases para la transparencia y rendición de cuentas, fundamental para el uso eficiente de los recursos y posibilitando así la contraloría social.

Para la provisión de estas intervenciones en la práctica se utiliza la infraestructura de los Servicios Estatales de Salud y se abrió la posibilidad para subcontratar a personal médico, farmacéuticas y empresas privadas con la finalidad de proveer de insumos y servicios para la atención de algunos de éstos padecimientos del CAUSES. Si bien el tema de la participación privada en la gestión pública es un tema en debate, no se abordará en el presente artículo.

Resultados

La distribución de los recursos cobra especial relevancia como un determinante de la salud. Según la OG14 “al distribuir de manera equitativa los recursos se puede ofrecer a la población en general los bienes, servicios y condiciones necesarias para que toda la gente pueda alcanzar el nivel más alto posible de salud”.

A partir de las recomendaciones de la Auditoría Superior de la Federación, se hizo una reforma

en 2014 al reglamento de LGS en un esfuerzo por transparentar el uso de recursos públicos y mejorar la calidad de atención, dándole mayor responsabilidad a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) para administrar y supervisar el ejercicio de recursos financieros, es decir cumpliendo la función de articulación.

La puesta en práctica de las nuevas disposiciones inició en 2015 y, durante junio de 2016 ante la situación de desabasto, los trabajadores de salud en Chiapas se fueron a huelga y en algunos hospitales a paro activo.

Entonces ¿Qué sucede con los recursos enviados de la federación por concepto de anexo IV² del Seguro Popular para Chiapas? ¿Por qué desde finales de 2015 y sobre todo en 2016 existe un desabasto de medicamentos en los centros de salud? ¿Por qué a pesar de las huelgas, paros activos y sus levantamientos, los centros de salud de los municipios más vulnerables siguen sin contar con los medicamentos que supuestamente están asegurados por el CAUSES en el primer nivel de atención?

² 1. Remuneraciones al personal ya contratado, directamente involucrado en la prestación de servicios de atención a los beneficiarios del Sistema; 2. Adquisición de medicamentos, material de curación y otros insumos necesarios para la prestación de servicios a los afiliados al Sistema; 3. Acciones de promoción, prevención y detección oportuna de enfermedades que están contenidas en el CAUSES; 4. Gasto operativo y para el pago de personal administrativo del REPSS; 5. Fortalecimiento de infraestructura de Unidades Médicas (FIUM); 6. Acreditación de los establecimientos médicos que prestan servicios al sistema, 7. Programas de Caravanas de la Salud; 8. Adquisición de Sistemas de Información y Bienes informáticos, 9. Pagos a terceros por Servicios de Salud; 10. Pago por servicios a Institutos Nacionales, Hospitales Federales y Establecimientos de Salud públicos; 11. Gasto operativo de UM participantes en la prestación del CAUSES.

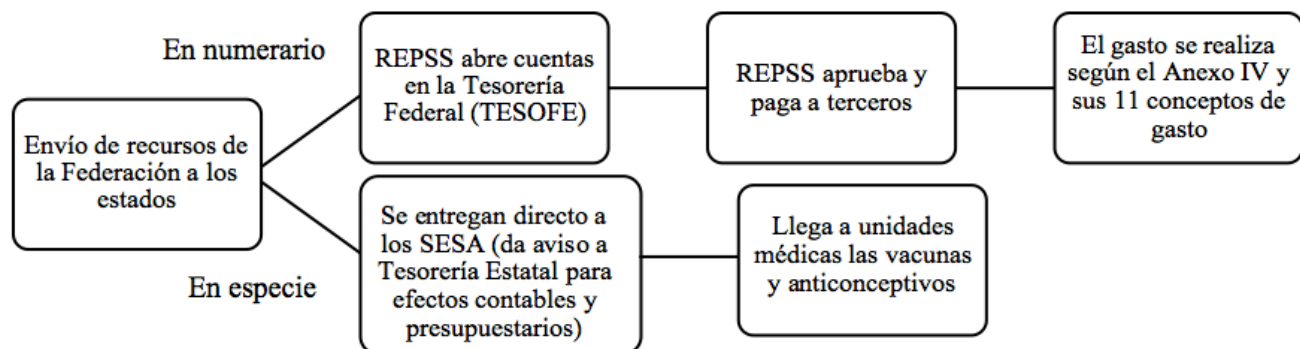
Para tratar de responder a éstos cuestionamientos, se indagó cómo es que se establecen las rutas para la distribución de los recursos. Podemos observar que en el anexo IV se estipula de manera clara el procedimiento de transferencia de los recursos de la federación a los estados.

Sin embargo, este proceso de envío de recursos del REPSS a las unidades médicas no se menciona en el anexo IV, por lo que la averiguación se realizó a través de entrevistas a funcionarios del REPSS. Después de varias solicitudes sólo un director aceptó la entrevista y aclaró que el envío de recursos está mediado por proyectos elaborados desde el Instituto de Salud del estado de Chiapas (ISECH) “con base en las necesidades de las unidades médicas” para que sean financiados por el REPSS; éste a su vez, paga a las empresas que van a surtir los medicamentos y posteriormente llega el medicamento a las unidades médicas, sea vía almacén jurisdiccional a los Centros de Salud microregionales, o vía farmacéuticas por distri-

buidoras para los hospitales básicos comunitarios o centros de salud con servicios ampliados (Entrevista con Director de Atención Médica del REPSS).

Es así que siguiendo un par de ejemplos podemos ver el manejo de los recursos del anexo IV. En la información obtenida del año 2014, Chiapas recibió por fuente de financiamiento del Anexo IV la cantidad de \$3,805,003,350. Pero en septiembre de 2015, no tenían realizadas las comprobaciones de esos recursos y se reportaba como no ejercido (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2015). A partir de la entrevista con el funcionario del REPSS quien nos indicó que ya tenían las comprobaciones, se replicó la misma solicitud en julio de 2016 y en efecto, se comprobaba que el recurso se había ejercido (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2016) en su totalidad. Empero, las cifras no concuerdan con lo reportado un año antes, esto es porque en la primera solicitud -septiembre de 2015- el total reportado

Figura 1. Rendición de Cuentas en el Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social en Salud. Chiapas 2015.



REPSS: Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. Los REPSS tiene que informar a la Secretaría de Salud en tres días hábiles montos, fechas e importe de rendimientos. SESA: Servicios Estatales de Salud. Terceros: farmacéuticas o distribuidoras privadas.

Fuente: Actualizado con la información publicada en: (Carrasco-Gómez y Argüello-Avenidaño, 2018)

era de \$3,855,267,918 pero en la segunda solicitud -julio de 2016- el total programado y ejercido fue \$3,786,450,054.94, es así que desaparecieron \$68,817,863.06.

Por lo tanto, se decidió indagar en qué se había gastado el dinero, por lo que se solicitaron los contratos trimestrales que reportó Chiapas al SPSS. Sin embargo solo fue posible acceder a los contratos del tercer trimestre del año 2014 a proveedores de servicios, los cuales van de los \$54.7 millones de pesos a Sociedades Anónimas, o 10.3 millones de pesos a Personas Físicas, y en menor cantidad se reportaron pagos a Instituciones Públicas, por ejemplo: 26 mil pesos al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y cantidades más pequeñas de hasta más de 18 mil pesos a personas físicas que se llaman “Z” o “Mu” (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2016b).

En este sentido, la OG14 dice que:

“Las violaciones de las obligaciones de proteger dimanar del hecho de que un Estado no adopte todas las medidas necesarias para proteger, dentro de su jurisdicción, a las personas contra las violaciones del derecho a la salud por terceros. Figuran en esta categoría omisiones tales como la no regulación de actividades particulares, grupos o empresas con objeto de impedir que esos particulares, grupos o empresas violen el derecho a la salud de los demás, la no protección de los consumidores y los trabajadores contra las prácticas perjudiciales para la salud, como ocurre en el caso de algunos empleadores y fabricantes de medicamentos”.

Después de una serie de recursos de inconformidad se obtuvo información sobre las farmacéuticas que distribuyeron en Chiapas durante el año

2015, entre las cuales se encontraban: SAVI DISTRIBUCIONES, propiedad de Javier Salazar, la cual se encontraba inhabilitada para vender a entidades de gobierno desde 2015 (Celis, 2016), NADRO SAPI DE CV, acusados por los Panama Papers de realizar una práctica monopólica absoluta al comprar a su principal competidor Marzam y cuyo dueño es Pablo Escandón Cusi, Presidente del Consejo Directivo de FUNSALUD (Hernández, 2016) que, cabe mencionar, son impulsores de la reforma de salud, y la DISTRIBUIDORA DISUR, cuyo dueño es Víctor Sánchez Anaya a quién, según fuentes periodísticas, el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Salud, sección Morelos, denunció en 2015 que el gobierno estatal había comprado a esta empresa vacunas contra el tétanos prácticamente caducas, pero la investigación nunca se realizó (Brito, 2017)

Aunque cabe mencionar que el Instituto de Salud de Chiapas (ISECH) tuvo contratos con empresarios locales para el abasto de medicamentos, éstos iniciaron una huelga en enero de 2016 por falta de pago (Estrada, 2016). En marzo de 2016, el secretario de Hacienda estatal inicia el pago de deudas a los empresarios locales reconociendo las deudas a 120 empresas, aunque se identificaron irregularidades que van desde el requerimiento de cobranza a pagos que ya se habían realizado hasta compras a sobre precios, facturas sin sellos, entre otras (Bautista, 2016). El secretario general de la sección 50 del Sindicato Nacional de Salud, informó que cancelaron contratos con DISUR y EXFARMA por incumplimiento de contrato (Informa, 2016). Sin embargo, en septiembre de 2016 el frente civil Empresarios Chiapanecos Organizados (ECHO), exigió al Instituto de Salud Estatal de Chiapas, (ISECH), el pago de 115 millones de pesos y la renuncia del titular Francisco Ortega Farrera (Mandujano, 2016). Ya en julio de 2017, el secretario de salud reconoció que al

menos 31 centros de salud del estado de Chiapas se encontraban cerrados, incluso días después de ser inauguradas, como por ejemplo Yajalón y Oxchuc. Según el diputado federal Guillermo Rafael Santiago Rodríguez, en 2015 hubo un desvío de 700 millones de pesos, detectado por la Auditoría Superior de la Federación en 2016, por concepto de Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), (Téllez, 2017).

En este sentido la OG14 señala que los “Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos”.

En el trabajo de campo en las localidades mencionadas fue posible observar que no todos pueden afiliarse al SPSS, debido a los requerimientos de una serie de trámites como tener acta de nacimiento, INE, CURP, o incluso a las mujeres embarazadas contar con un ultrasonido. Mucho depende de la voluntad del personal de salud, ya que en algunos Centros de Salud nos informaron que para atenderlos sin que represente problemas con el llenado de los formatos, los registran con el nombre de otro afiliado.

Sin embargo, la falta de disponibilidad también pudo observarse en algunos centros acreditados por el Seguro Popular que se encontraban sin funcionamiento el día de la visita como Las Limas, en Pantelhó. Al encontrar el Centro de Salud cerrado, los lugareños nos informaron que nunca lo abrían. También encontramos falta de disponibilidad en otras unidades médicas que no contaban con médico adscrito, ni pasantes, solo se encontraba el auxiliar de salud.

No es lo mismo predicar que dar

Entonces ¿Cómo se pueden entender estas carencias? ¿De qué manera influye que la población a la que atienden en estas unidades médicas no reciban los servicios justamente por estar enclavadas en municipios hablantes de lengua indígena o de muy alta marginación? En algunos centros nos mencionaron que los pasantes o médicos no eligen estos lugares por la dificultad de acceso y por tal motivo ni pasantes hay en algunas unidades médicas.

Al respecto, cabe mencionar que la OG14 establece que “Dentro de las obligaciones de los Estados por cumplir, se destaca las de velar porque los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados”.

En este sentido, como parte del marco legal y normativo de la interculturalidad elaborado por la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), se han elaborado diversos modelos para identificar y erradicar las barreras culturales y de género que dificulten el acceso a los servicios de salud. En el caso de la zona estudiada, que comprende los municipios con el mayor porcentaje de población hablante de lengua indígena, con los indicadores más altos en pobreza extrema y analfabetismo, menor índice de desarrollo humano, la adecuación cultural es indispensable debido a que se atiende constantemente a población monolingüe, no hablante de español. En este sentido, en Chiapas sí hubo presupuesto para pagar salarios a enlaces interculturales por parte del recurso del anexo IV del Seguro Popular.

Como parte del seguimiento a los recursos financieros, se obtuvieron las metas comprometidas,

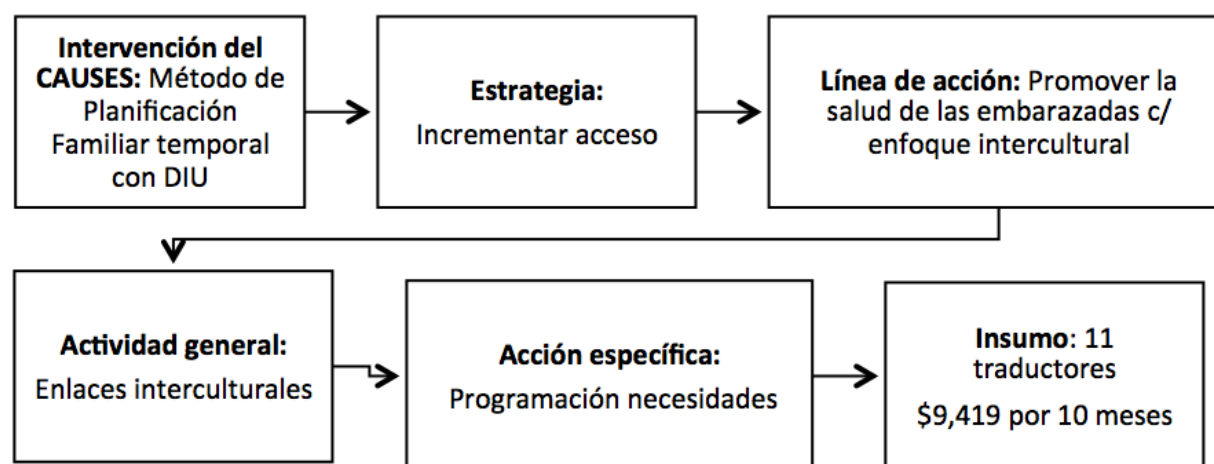
actividades generales, indicadores y presupuesto de manera desglosada por anexo IV para Chiapas en el año 2015, y específicamente para el Programa de Salud Materna y Perinatal, que muestra los tipos de intervención del CAUSES que fueron autorizados:

Si bien podemos observar que sí se destinaron recursos para 11 traductores contratados por meses, es cuestionable la cantidad de traductores interculturales en un estado con 30 municipios que tienen del 71% de población hablante de lengua indígena (Freyermuth, 2015). Bajo esta modalidad el personal está contratado por 10 meses y no sólo intérpretes, sino personal de salud. Lo que lleva a cuestionar que esta inestabilidad laboral no genera arraigo del personal de salud en la población asignada, ni tampoco pudiera representar una oportunidad laboral para cualquier tipo de personal y mucho menos especialistas. Ya en campo en junio-agosto 2017, pudimos observar que en 4 de las 40 unidades médicas no tenían

personal contratado hablante de lengua indígena local. Sin embargo, los que sí lo tenían, eran por arreglos con el comité de salud local, ya que ellos se encargaban de elegir a alguien de su comunidad para que apoyara como intérprete, y no por parte de los servicios de salud que se supone tienen presupuesto para ello.

Dentro de las obligaciones de los Estados, se establece que deben cumplir con la adopción de medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al Derecho a la Salud. Por lo tanto, tiene la obligación de proteger, ya sea adoptando leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y a los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; así también enfatiza que el Estado debe vigilar que la privatización del sector salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención a la salud; y controlar

Figura 2. Ruta de los recursos del presupuesto de 2015 del programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal del estado de Chiapas.



Fuente: Carrasco-Gómez (2016) con datos de la solicitud de información al ISECH 15032.

la comercialización del equipo médico y medicamentos por terceros.

Aquí cobra relevancia el ejercicio de los recursos con estos mecanismos de transferencia y toma de decisiones respecto a las necesidades de salud estatales. Con la información solicitada al INAI, fue posible observar que medicamentos como la “Ergometrina”, indispensable en las unidades médicas para atender una hemorragia, tuvieron precios diferenciados en 2014 y 2015, con distintas distribuidoras, pero también un precio totalmente distinto con la misma distribuidora DISUR, cuyo monto unitario fue de 3.70 pesos en 2014, y en ese mismo año con la misma distribuidora e igual proceso de adquisición, fuera de 509 y 674 pesos. Sin embargo, para ése año sólo se compraron en total 37 unidades de 50 ampollitas con 1 ml. (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2016c)

Lo mismo sucede con la compra de Oxitocina, para la que se observó que existieron diferencias

de precio con los mismos proveedores y en el mismo año de 3.70 a 129.38 pesos.

En el trabajo de campo realizado en verano de 2017 fue posible identificar que la crisis de desabasto de medicamentos de finales de 2015, el año 2016 y hasta ese momento, no se había solucionado por completo en todas las unidades, e incluso se dio de manera diferenciada. La mayoría seguía con desabasto, por ejemplo, siguiendo el caso de la Ergometrina, los Centros de Salud visitados con desabasto fueron: 2 en Mitontic, 2 en Pantelhó, 14 en Chenalhó, 2 en El Bosque. En los municipios en los que tenían Ergometrina como Zinacantán sólo había en 1 de 5 Centros de Salud y en Chamula en 1 de 14 Centros de Salud. En total, durante el año 2017, el desabasto de Ergometrina representó el 94% de 39 unidades médicas en los municipios de la región Altos de Chiapas, donde se dan uno de los mayores indicadores de mortalidad materna del país.

Cuadro 1. Adquisición de medicamentos, proveedores y montos unitarios

Año	Clasificación	Nombre del proveedor	Procedimiento de adquisición	Unidades compradas	Monto unitario	Monto total
2014	Atención Curativa	SAVI DISTRIBUCIONES S.A. DE C.V	Invitación al menos tres proveedores	6	\$ 679.09	\$ 4,074.54
2014	Prevención y promoción	DISTRIBUIDORA DISUR, S.A. DE C.V	Licitación Restringida	7	\$ 3.70	\$ 25.90
2014	Prevención y promoción	DISTRIBUIDORA DISUR, S.A. DE C.V	Licitación Restringida	17	\$ 509.29	\$ 8,657.00
2014	Prevención y promoción	DISTRIBUIDORA DISUR, S.A. DE C.V	Licitación Restringida	7	\$ 674.90	\$ 4,724.30

Fuente: Carrasco-Gómez Mónica elaborado con datos de la respuesta a solicitud de información de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2016

La Rendición de cuentas en la OG14 y en el SPSS

La OG14 designó una legislación marco, cuya estrategia y plan de acción “deben basarse en los principios de rendición de cuentas, la transparencia y la independencia del poder judicial, ya que el buen gobierno es indispensable para el efectivo ejercicio de todos los derechos humanos”

Y en efecto, en el mismo Seguro Popular existen obligaciones de transparencia que establecen que los REPSS, el SPSS en los estados y la Federación deberán publicar información sobre universos, coberturas, servicios ofrecidos, manejo financiero e informes; en caso de incumplimiento, la CNPSS informará a la Auditoría Superior de la Federación, la Secretaría de Función Pública y al

Órgano de Control Interno para efectos legales. Sin embargo, de acuerdo a nuestra búsqueda, esta información no estuvo disponible.

Retos y dificultades para acceder a la información

En esta experiencia se ha aprendido a fundamentar legalmente las solicitudes de información, a inconformarse ante las respuestas de la autoridad que niegan o declaran inexistente la información, a ganar recursos de inconformidad, e incluso se ha tenido que pagar por las copias. Pero ya obtenida la información resulta poco legible, esto por el tamaño diminuto de la letra. Por lo que es importante enfatizar que la información debiera estar disponible, en formato de datos abiertos (.xml o .doc) para agilizar el análisis.

Cuadro 2. Información que debería estar disponible en las páginas web del SPSS en los estados, caso Chiapas 2017.

Rubros a considerar	Estatus
Universo poblacional	No disponible
Cobertura (Red prestadora de proveedores de servicios estatales)	Disponible pero de difícil lectura
Servicios ofrecidos (Cartera de servicios otorgados por la red de prestadores de servicios)	No disponible
Manejo financiero (Informe trimestral de compra de medicamentos)	Disponible hasta 2014
Adquisición de medicamentos (Nombre del proveedor, clave y nombre del medicamento adquirido incluido en el CAUSES o en el FPGC)	Disponible hasta 2014 y no aparece nombre del proveedor
Acuerdo de Coordinación para la Ejecución del Sistema de Protección Social (ACESPSS)	Disponible hasta 2015
Número y tipo de las plazas existentes, movimientos que se realicen a dichas plazas	No disponible
Mecanismos de participación ciudadana	No disponible

Fuente: Carrasco-Gómez en colaboración con el Observatorio de Mortalidad Materna con datos de la página de internet del SPSS de Chiapas <http://www.seguropopularchiapas.gob.mx/principal/> Consultada el 6 de abril de 2017.

Además, para algunas ausencias de información se solicitaron entrevistas con funcionarios del Régimen Estatal de Protección Social en Salud, que en ese entonces encabezaba el actual Secretario de Salud, pero no fue respondida la solicitud. Posteriormente, volvimos a solicitarla y nos atendió otro funcionario. Aunque se solicitaron entrevistas los funcionarios federales de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, nunca nos dieron cita.

Conclusiones

Es evidente que el Estado no ha adoptado las medidas necesarias para proteger el derecho a la salud de la población. El no regular las actividades de particulares, pero también de los propios agentes del estado de Chiapas, así como el no pagar a los proveedores y no tener la información pública disponible, implica una “transparencia opaca” (Mendoza, 2015) que muestra la brecha entre lo que debería publicarse y la información disponible; es decir, no se cuentan con mecanismos que impidan el mal uso de los recursos públicos desde la federación, a nivel estatal, jurisdiccional y de unidades médicas.

La distribución de los recursos depende de diversos actores. Fue evidente la desaparición de 67 millones de pesos en las cifras reportadas en 2015, información obtenida en dos momentos con un período de 1 año entre cada solicitud. Pero en el nivel más cercano a la gente, se generan dinámicas complejas entre los reportes de las unidades médicas, el abasto o desabasto del almacén jurisdiccional y las redes del personal médico encargados de las unidades, pues es posible observar que en algunos centros de salud contaban con mayor personal e insumos que en otros, aunque prevalecía la carencia de insumos.

Si bien existe presupuesto para enlaces interculturales, no se encontró personal contratado para esa función, sino como personal de enfermería o limpieza, o auxiliares brindados por el comité de salud local, lo que genera dudas respecto a lo que se programa y ejecuta.

Lo que sí queda claro es que la población es la menos beneficiada. La pregunta sigue siendo ¿Quiénes se benefician con esta forma de administrar los recursos en salud? ¿Los empresarios o los tomadores de decisión, o ambos? Esto podría discutirse a la luz de los hallazgos sobre los beneficiarios de la mercantilización de los servicios de salud en América Latina, que son las empresas transnacionales y nacionales de Estados Unidos, las cuales incrementaron sus ganancias al extender sus mercados para financiar, prestar servicios bancarios y de salud (Castro y Singer, 2004).

La protección financiera del SP no ha logrado los resultados de mejorar la eficiencia en el manejo de los recursos, puesto que la falta de insumos sigue siendo una realidad en Chiapas, a pesar del aumento en los recursos para el estado. ¿Por qué se mantiene esta forma de administrar los recursos si es evidente que es ineficiente y a pesar de los diversos señalamientos de la Auditoría Superior de la Federación?

Retomando las ideas de Enrique Peruzzotti, se requiere conformar un equipo de vigilantes permanentes (Peruzzotti, 2006) para reflexionar sobre las diferentes formas de cómo se puede mejorar la calidad y eficiencia de la distribución de los recursos de las instituciones públicas de salud. También se requiere que la información derivada de esta vigilancia la puedan utilizar organizaciones de la sociedad civil como los comités de salud locales para demandar y hacer exigible su Derecho a la Salud. Lo anterior porque en el apartado

de recursos y rendición de cuentas, la OG14 menciona que toda persona o grupo que sea víctima de una violación del Derecho a la Salud deberá contar con recursos judiciales efectivos u otros recursos apropiados en los planos nacional o internacional. Además, deberán tener derecho a una reparación adecuada, que podrá adoptar la forma

de restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos.

Pero el gran reto es conseguir que la clase política y los representantes institucionales, quienes se niegan a procesar dichas demandas en pro del mejoramiento institucional, lo hagan.

Referencias bibliográficas

- Bautista, S. (2016, March 2). Hacienda inicia pago a deudas. *Diario de Chiapas*. Retrieved from <http://www.diariodechiapas.com/landing/hacienda-inicia-pago-a-deudas/>
- Brito, J. L. (2017, April 20). Denuncia PRD-Morelos a diputado panista por desvío de 200 mdp de la Ssa estatal. *Proceso*, p. 1. Retrieved from <http://www.proceso.com.mx/437875/denuncia-prd-morelos-a-diputado-panista-por-desvio-de-200-mdp-de-la-ssa-estatal>
- Buscaglia, E. (2014). *Vacíos de Poder en México: Cómo combatir la delincuencia organizada*. Debate.
- Carrasco-Gómez, M., & Argüello-Avendaño, H. E. (2018). Del dicho al hecho : El seguro popular, su presupuesto y la atención a la salud materna en Chiapas. *EntreDiversidades. Revista de Ciencias Sociales Y Humanidades, jul-dic*, 209–244. <https://doi.org/ISSN e: 2007-7610>
- Castro, A., & Singer, M. (2004). *Unhealthy health policy. A critical Anthropological Examination*. (M. S. Castro, Arachu, Ed.) (British Li). United Kingdom: Catalogación en la publicación de la Biblioteca del Congreso Política de salud poco saludable. Retrieved from www.altamirapress.com
- Celis, D. (2016). Vienen prebases de megalicitación. 22 Agosto. Retrieved from <http://www.dineroenimagen.com/2016-08-22/77011>
- CESCR, O. de N. U. (2000). *Observación general N°14. El derecho al disfrute al más alto nivel posible de salud*. <https://doi.org/http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2015). Solicitud de información número 1210200017015. Ciudad de México.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2016). Catálogo universal de servicios de salud.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2016). Compra de servicios. Tercer trimestre de 2014, por entidad, por proveedor, por contratos, por entidad-proveedor-padecimiento, montos proveedor-estado. Retrieved December 20, 2016, from http://sistemas.cnpss.gob.mx:7000/data_mart/index.php/dm_servicios/index/201403
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2016). Solicitud de información número 121020014716. Ciudad de México.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud, U. de T. (2016). Solicitud de información:1210200018016. Ciudad de México.
- Estrada, H. (2016, February 10). Gobierno de Chiapas ¿en guerra con acreedores? *El Estado*. Retrieved from <http://www.agenciaelestado.com.mx/gobierno-de-chiapas-en-guerra-con-acreedores-en-la-mira/#>
- Freyermuth Enciso, M. G. (2015). Índice de Vulnerabilidad. Chiapas, México.

- Hernández, E. (2016, October 19). Distribuidora Nadro, en la mira por monopolio de medicinas en México. *Fobes, México*. Retrieved from <https://www.forbes.com.mx/distribuidora-nadro-en-la-mira-por-monopolio-de-medicinas-en-mexico/>
- Informa, 3 minutos. (2016, May 25). Cancelan contratos a proveedores del sector salud en Chiapas. *3 Minutos Informa*. Retrieved from <http://3minutosinforma.com/cancelan-contratos-a-proveedores-del-sector-salud-en-chiapas/>
- Londoño, Juan Luis; Frenk, J. (1995). *Structured pluralism: towards a new model for health systems reform in Latin America*. Washington D.C.
- López Arellano, O. L. M. S. M. A. A. (2015). El derecho a la salud en México. In S. López Arellano, Olivia & López Moreno (Ed.), *El derecho a la salud en México* (Primera ed, pp. 51–82). Ciudad de México.
- Mandujano, I. (2016, September 7). Proveedores del gobierno de Chiapas exigen el pago de. *Proceso*. Retrieved from <http://www.proceso.com.mx/454132/proveedores-del-gobierno-chiapas-exigen-pago-115-mdp>
- Mendoza Pérez, J. (2015). Transparencia opaca en los gobiernos municipales: una difícil transición hacia una política pública. In J. M. Mendoza Pérez, Juan; Martinelli (Ed.), *Reformas Estructurales: Privatisación y Despojo Social* (pp. 99–128). México, D.F: Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.
- Peruzzotti, E. (2006). La política de accountability social en América Latina. In E. Isunza Vera & Olvera J. Alberto (Eds.), *Democratización, rendición de cuentas y sociedad civil participación ciudadana y control social* (1a edición, pp. 245–263). México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Porrúa, Miguel Angel Libro-editor Miguel Ángel Porrúa.
- Saltalamacchia, Natalia & Covarrubias, A. (2014). La dimensión internacional de la reforma de derechos humanos: antecedentes históricos. In PORRUA/UNAM (Ed.), *La reforma Constitucional de Derechos Humanos* (4ta edición, pp. 1–38). Ciudad de México.
- Schmitter, P. (2005). Las virtudes ambiguas de la rendición de cuentas. *Metapolítica*, 61–73.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2000). Instrumentos internacionales aprobados. Retrieved January 30, 2018, from <https://www.scjn.gob.mx/derechos-humanos/derechos/158/231/instrumentos-internacionales>
- Téllez, M. (2017, July 14). Chiapas, a punto del colapso sanitario. *Reporte Nivel 1 Uno*, pp. 0–3. Retrieved from <http://www.reporteniveluno.mx/2017/07/14/chiapas-a-punto-del-colapso-sanitario/>