

libro que está a punto de concluirse sobre la historia de la descentralización en México, la descentralización es un proceso político, económico y social muy complejo y sumamente costoso. Hasta el 2000, México había avanzado muy poco en la descentralización de los servicios de salud. En realidad, la mayoría de los investigadores de la descentralización mexicana coinciden en opinar que la primera fase de la descentralización (1983–1988) fracasó, que la presidencia de Salinas de Gortari (1988–1994) paralizó la descentralización —algunos afirmarían incluso que revirtió el proceso— y que en la segunda etapa o fase de la descentralización (1995–2003) se hicieron pequeños avances, aunque la Secretaría de Salud seguía controlando cerca de 75% del presupuesto sanitario. Es decir, a los 22 años de iniciarse el proceso de descentralización, se ha transferido muy poco poder decisorio. Para dar dinamismo y evitar el aumento de la inequidad que la descentralización empezaba a producir, era importante introducir cambios mayores.

En nuestro artículo no discutimos si la descentralización es deseable o no; solo indicamos que el Seguro Popular ha hecho mucho más difícil, por no decir imposible, que México descentralice sus servicios de salud en un futuro más o menos próximo. Nuestro análisis e interpretación del sistema de salud mexicano nos llevan a concluir que el país quizá no tiene los recursos necesarios para implementar el Seguro Popular, y quizá tampoco la capacidad logística. Ojalá estemos totalmente equivocados y el doctor González Pier tenga razón, y que para el año 2010, como ha augurado el equipo de políticos y técnicos que ocupan en estos momentos la Secretaría de Salud, todos los mexicanos tengan un seguro de salud completo. Pero, si nuestro análisis es correcto —y repetimos, ojalá no lo sea—, el Seguro Popular no pasará de ser un experimento

más en la historia de la salud en el país, pero un experimento muy costoso en dinero y por su impacto negativo en el avance de la descentralización.

Finalmente, debemos recordar que el modelo de salud conocido como “pluralismo estructurado” que el Ministro de Salud de México, el doctor Julio Frenk, desarrolló con el ex Ministro de Salud de Colombia, doctor Juan Luis Londoño, trágicamente fallecido, incluye como una de sus columnas básicas la competencia entre los prestadores de servicios. En el momento en que nosotros escribimos el artículo, la Secretaría de Salud estaba negociando la prestación de servicios a 14 000 familias afiliadas al Seguro Popular en un hospital privado, sin ánimo de lucro, en el estado de Chihuahua. Acabamos de confirmar que las negociaciones siguen abiertas y que este es el único caso en que el Seguro Popular ha intentado establecer contratos con el sector privado, aunque sí lo ha hecho con otras entidades públicas, especialmente en áreas donde no hay infraestructura pública estatal. En Colombia el pluralismo estructurado aumentó la oferta de servicios privados y debilitó la red pública (sobre todo de hospitales). Mientras el doctor Frenk no reforme su modelo, se puede pensar que seguirá propugnando dar cabida al sector privado. No pensamos que llegar a esta conclusión sea una imprecisión, sino más bien aplicar los principios clásicos de la lógica.

**Nuria Homedes, MD, PhD**

Profesora Asociada, Universidad de Texas–Houston, Escuela de Salud Pública  
nhomedes@utep.edu

**Antonio Ugalde, PhD**

Profesor Emeritus, Universidad de Texas–Austin, Departamento de Sociología  
augalde@mail.la.utexas.edu

## FE DE ERRATA

**Ugalde A, Homedes N. Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina (Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2005;17(3):202–209).**

La redacción llama la atención de los lectores a las siguientes erratas en la versión publicada del artículo señalado:

P. 208, referencias 17, 19, 21 y 22. Versión equivocada: “United Nations Agency for International Development”. Versión correcta: “United States Agency for International Development”.