

## RESPUESTA

*Editor:* Primero que nada queremos agradecer al doctor Eduardo González Pier sus comentarios a nuestro artículo. Efectivamente, antes de que el Seguro Popular se lanzase oficialmente en México en 2004, y tal como se recomienda en los libros de texto, se había lanzado como programa piloto en varios estados de la nación. En nuestro artículo solamente presentamos, por razones de espacio, la fecha oficial, y no consideramos que ello sea una imprecisión.

Sin duda, el Seguro Popular representa una fuente de ingresos muy elevada para los estados mexicanos. Según hemos averiguado, el gobierno federal contribuye con un subsidio de 2 800 pesos mexicanos anuales por familia, lo que sin duda lo hace muy atractivo. Lo que nosotros hemos destacado es que las cuotas de recuperación representaban la fuente más importante de fondos discrecionales para las secretarías de salud estatales, y en algunos casos para las jurisdicciones, los hospitales y los centros de salud. La contribución de la mayoría de los estados a los presupuestos de salud es mínima, en parte porque tienen muy poca capacidad legal impositiva. Los fondos que se recababan a través de las cuotas de recuperación permitían, entre otras cosas, que los administradores ofrecieran incentivos a sus trabajadores, que se hicieran las reparaciones de equipo y de infraestructura que fueran necesarias de forma expedita, y que se comprasen los materiales y los medicamentos necesarios. Algunos estados, como Nuevo León, habían invertido años y recursos en montar un sistema de administración de las cuotas de recuperación que otorgase cierta autonomía a los jefes de jurisdicción y que a la vez garantizase el buen uso de estos recursos. El Seguro Popular, al eliminar las cuotas de recuperación, elimina la mayor, y en muchos casos única fuente de recursos de uso discrecional de las secretarías estatales de salud. Si la descentralización se entiende como una transferencia de capacidad decisoria, queda claro que una disminución relativamente alta de los recursos discrecionales significa una pérdida de poder decisorio y, en definitiva, una marcha atrás en el proceso de descentralización.

Por otra parte estamos totalmente de acuerdo con el doctor González Pier en considerar que las cuotas de recuperación constituyen una forma regresiva de financiar los servicios de salud y estamos a favor de un sistema de financiamiento público. Sin embargo, en las entrevistas de profundidad en varios de los estados fronterizos con Estados Unidos los entrevistados (representantes de partidos políticos, prestadores de servicios, representantes de sindicatos, trabajadores de las secretarías estata-

les de salud) consideraban que el sistema de cuotas era justo y necesario.

El Seguro Popular es un programa diseñado por la Federación que los estados deben implementar, tal como indica la Federación, y por tanto es un programa vertical. Ningún estudioso de la descentralización aceptaría que una institución está descentralizada cuando las instancias inferiores se limitan a implementar programas diseñados por el centro, sin posibilidad de decidir lo que se debe implementar o de introducir cambios. En un sistema de salud descentralizado se podría haber esperado que el nivel federal transfiriera recursos a los estados y, tras establecer cierto control para evitar la desviación de fondos, dejara que los estados decidieran cómo utilizar esos recursos. Es probable que en lugar de invertir en un programa basado en el aseguramiento (difícil y costoso de administrar), algunos estados hubieran preferido adoptar otras estrategias para ampliar la cobertura de los servicios, tal como hizo el Distrito Federal al apostar por la entrega gratuita de medicamentos. De hecho, en el caso de México, sería interesante estudiar si el Seguro Popular es la forma más eficiente de ampliar la cobertura, ya que tiene un costo administrativo elevado y 94% de las familias afiliadas (1,9 millones) a mayo de 2005 están exentas del pago de cuotas dado su nivel de pobreza. Tampoco queda claro si todos los estados hubieran seleccionado las 76 intervenciones (ahora 110) y los programas de detección y tratamiento de cáncer incluidos en el Seguro Popular, o si hubieran preferido invertir en otro tipo de intervenciones, incluidas las de salud pública.

Por todo lo mencionado anteriormente es difícil concluir que el Seguro Popular da continuidad al proceso de "descentralización de la Secretaría de Salud." En el diseño e implementación del Seguro Popular no se ha tenido en cuenta la evolución de los estados descentralizados, ya que ha sido una imposición desde el nivel federal. Muchos estados se resistieron a firmar el acuerdo, a pesar de que, como bien dice el doctor González Pier, el programa representa un aumento de fondos importante para ellos. Hasta hace solo unas semanas, el Distrito Federal había rehusado participar en el programa. Los avances que habían hecho los diferentes estados en su proceso de descentralización se han visto interrumpidos por la implementación del Seguro Popular, que no construye sobre lo que cada estado había hecho sino que en el mejor de los casos se convierte en una tarea adicional, y en otros sustituye a los esfuerzos que los estados iban realizando.

Es posible que un país del tamaño físico y demográfico que tiene México necesite descentralizar sus servicios de salud. Como hemos escrito en un

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”.