

¿NUEVO FEDERALISMO? CASO DEL SECTOR SALUD

ENRIQUE RABELL GARCÍA
Universidad Autónoma de Querétaro
erabell@mail.com

La descentralización ha sido una de las políticas públicas de mayor peso para crear un nuevo federalismo en México. El estudio organizacional del sector salud en el estado de Querétaro permite apreciar los efectos de esta política. En particular, este proceso obligó a los estados a la creación de un organismo paraestatal para recibir las nuevas competencias. Por tanto, la hipótesis consiste en que dicha obligación ha creado incentivos negativos. Al efecto se realiza un estudio multidisciplinario mediante análisis jurídico, organizacional y administrativo. Los resultados son mixtos, ya que la creación de la nueva entidad ha introducido flexibilidad, pero al tener a los mismos funcionarios en dos dependencias diferentes ha creado problemas de mando, jerarquía y competencias.

Palabras clave: federalismo, administración pública y políticas públicas.

NEW FEDERALISM? IF THE HEALTH SECTOR IN MEXICO

Decentralization has been one of the most important public policies in order to develop a new federalism in Mexico. The organizational study about the health public sector within the state of Queretaro aims to show the effects of such policies. The strategy consisted in the creation of autonomous entities in order to receive the new responsibilities. So, the hypothesis mentions that the state entities established creates negative incentives. The analysis conducts a multidisciplinary perspective with legal, organizational and, administrative techniques. The results demonstrate partial conclusions in the sense that the state autonomous entities have introduced flexibility but, the establishment of the same personnel within two different public entities has created problems related to command, rank and, responsibilities.

Keywords: federalism, public administration, public policy.

INTRODUCCIÓN

La descentralización en México ha sido una de las políticas públicas de mayor peso para contar con un nuevo federalismo. Al respecto surgen como interrogantes la efectividad de estas medidas, así como constatar el grado de fortalecimiento alcanzado. El estudio de un caso en particular, en este caso los servicios del sector salud en el estado de Querétaro, permitirá apreciar los efectos de esta política. Según datos del INEGI, son 549,106 habitantes los que le corresponden atender al sector salud estatal, lo cual representa un 40% del total de la población estatal para el año 2010.¹

Distintas teorías y arreglos organizacionales señalan cuál debería ser la estructura administrativa adecuada para atender ese sector. En un entorno ideal, dicha estructura se ajustaría a la población y servicios otorgados. Sin embargo, este caso presenta además, como variables de peso, las propias reglas del sistema federal, el antecedente centralista de la Nación, así como las normas y convenios propios que se han impulsado para efectuar dicha descentralización.

La descentralización obligó a los estados a la creación de un organismo paraestatal para recibir las nuevas competencias transferidas a los estados en forma paralela al propio sector central de los estados. Por tanto, la hipótesis del presente trabajo consiste en que la obligación de crear estas estructuras paraestatales ha creado incentivos para tener una administración y organización ineficientes en el sentido de duplicar recursos, políticas y conflictos frente al propio sector central del estado. Al efecto se realizará un estudio de caso en el cual la técnica a utilizar consistirá en confrontar dicha hipótesis mediante análisis jurídico, organizacional y administrativo, con la finalidad de poder apreciar, desde este enfoque multidisciplinario, si la actual estructura orgánica es óptima.

En ese orden de ideas, las partes del presente estudio son el marco teórico, el cual comprende diversas teorías relacionadas a la estructura administrativa ideal; los antecedentes relativos al desarrollo del sector salubridad en Querétaro a partir de la descentralización; el estudio jurídico del caso en particular; el apartado relativo al análisis organizacional, el cual verificará si la estructura actual se ajusta

¹ Cálculos hechos con datos INEGI (2013, julio). *Población derechohabiente a servicios de salud, 2010*, de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=22>.

a los lineamientos teóricos; el apartado relativo a la cultura organizacional que comprende el estudio del organigrama real de la dependencia así como de las prácticas relativas al control, mando y jerarquía; y, las conclusiones que consisten en los comentarios de los resultados frente al problema planteado, así como una propuesta de política pública.

1. MARCO TEÓRICO

Los antecedentes teóricos permiten comprender la aplicación de los modelos burocráticos en el contexto del federalismo en México, en especial en un sector muy técnico como es el de salubridad. Al efecto se presentarán en forma sucinta los modelos y etapas de mayor importancia para relacionarlos al estudio.

La primera estructura burocrática corresponde al modelo clásico piramidal que históricamente siempre ha estado presente en grandes organizaciones, siendo Max Weber uno de los primeros teóricos en detallarlo y relacionarlo al sector público al dividir las tareas políticas de las administrativas. Sus características principales consisten en que la base, que representa a los trabajadores de más bajo nivel y con mayor número, le reporta al siguiente nivel y así sucesivamente hasta el mando central en la cúspide de la pirámide. Las competencias hacia el nivel inferior son: nombramiento, instrucciones, disciplina, resolución de conflictos y despido (Weber, 1978).

Las principales ventajas de este tipo de organización consisten en que es posible manejar y procesar en forma eficiente una gran cantidad de recursos y procesos, así como la existencia de una mayor disciplina y claridad en el mando. Entre sus desventajas se pueden citar la inflexibilidad ante cambios repentinos y la excesiva especialización.

A este primer modelo burocrático le corresponde el primero en la administración pública conocido como modelo ortodoxo, teniendo como uno de sus principales teóricos a Woodrow Wilson (1887). El modelo al profesionalizarse evolucionó con las siguientes características: control federal sobre las actividades de planificación y coordinación; ocupación de cargos clave por profesionales especializados; énfasis en la capacidad gerencial de los funcionarios; limitación de la esfera política en la administración; responsabilidades de la base hacia el vértice; énfasis

en los ciudadanos y los clientes; e, incremento de los programas de reclutamiento. (falcao,1997:5)

Ante la crisis del estado de bienestar, se impone el modelo del estado liberal bajo las premisas siguientes: reducción del tamaño del estado; descentralización y desconcentración; desreglamentación; fuerte liderazgo político desde el vértice hacia la base; políticas públicas mediante programas; ocupación de cargos clave por personas con agenda partidista; papel tecnocrático del servidor público; y, empleo de técnicas de administración con fundamento en la eficiencia. (falcao,1997:6)

En este último punto destaca el gerencialismo puro de Inglaterra basado en la racionalización presupuestaria, la evaluación del desempeño, la administración por objetivos, la descentralización y la delegación de autoridad, (pollit,1990)teniendo el *Public Management*, o Nueva Gerencia Pública de versión norteamericana, como la siguiente etapa administrativa en la cual se agregan técnicas de administración privada propias de la lógica de mercado. Sus reformas son los concursos públicos, la evaluación como sistema de incentivos, el estímulo a la competencia, la gestión de programas y proyectos con los clientes, la privatización de servicios y exenciones fiscales, así como el servicio profesional de carrera, entre otras. (obsborne, y gaebler,1994; barzelay, 2001).

Destaca de estas contribuciones el modelo burocrático clásico, el cual sin duda ha sido el principal en la lógica de los servicios públicos, tanto por la propia restricción del estado de derecho como por la naturaleza de los servicios públicos de gran escala como lo es el caso de la salubridad. Pero, al mismo tiempo, se han agregado características de los otros modelos en el intento de profesionalizar los servicios y como política propia por descentralizar el estado federal, lo que dio paso a la creación de la entidad paraestatal que brinda los servicios en cuestión, buscando al mismo tiempo una lógica del nuevo “*management*”, así como la política de un nuevo federalismo.

2. ANTECEDENTES

Los antecedentes cubren una síntesis federal y otra relativa al estado de Querétaro. En particular, la federación mexicana se caracterizó durante la mayor parte del siglo XX por el centralismo. En el caso del sector salubridad, los servicios se

otorgaban por la seguridad social federal (como IMSS o ISSSTE) para empleados formales, el sistema del Distrito Federal, el sector privado y la Secretaría de Salud federal con un papel subsidiario a los anteriores.

Durante el sexenio del Presidente Miguel de la Madrid (1982-1988) se inicia el proceso para descentralizar los servicios de la Secretaría de Salud como consecuencia de las reformas constitucionales en la materia y la intención de mejorar la calidad del servicio y unificarlo a lo largo de la Nación. Al efecto, se promulga una nueva Ley General de Salud en 1984, enfocada hacia los servicios médicos a la población abierta. La reforma contempló que la Secretaría federal mantuviera las competencias de planeación, normativas y de control, delegando a los estados la administración del sistema. Sin embargo, en esta primera etapa solo catorce estados firmaron los acuerdos respectivos y los demás no accedieron en oposición a las reformas a la seguridad social (IMSS) de 1987 y la situación financiera relativa al sector (ver: González, et. al., 1989).

Como consecuencia de las disparidades del proceso, la descentralización fue detenida. En este contexto, el Presidente Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) centralizó los esfuerzos previos con el propósito de establecer condiciones similares en los estados y operar el programa Solidaridad en 1989. En el sexenio del Presidente Ernesto Zedillo (1994-2000), la descentralización vuelve como política. En esta ocasión se firma el “Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud”, para transferir los servicios federales en agosto de 1996. A continuación se procedió a la firma de los acuerdos con cada una de las entidades federativas para formalizar dicha transferencia. A partir de este momento, el Consejo Nacional de Salud se convierte en la instancia de mayor importancia para coordinar los tres niveles de gobierno (Sales, 2012: 7-8).

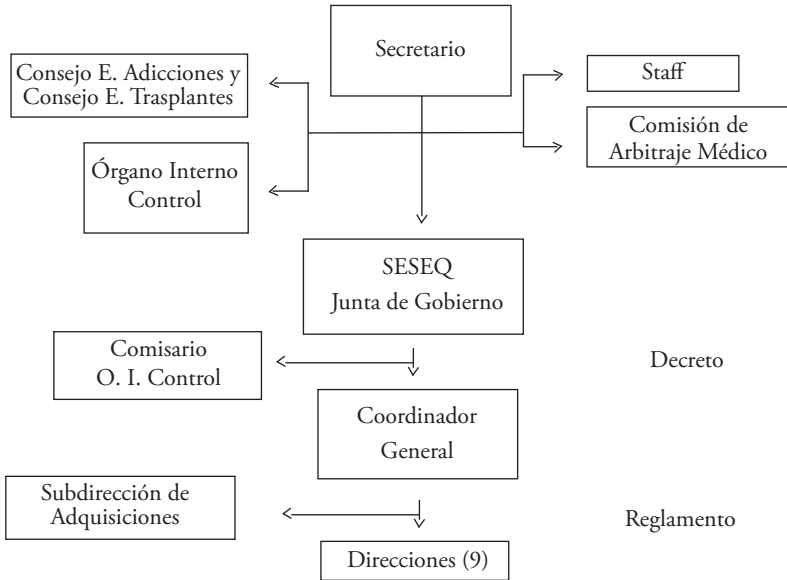
En los acuerdos se establece la obligación a los estados de crear un nuevo organismo descentralizado con la finalidad de agrupar todos los recursos, tanto humanos y como materiales, quedando los trabajadores bajo el nuevo organismo sin importar su origen. En una segunda instancia se otorgaron los recursos financieros a un fondo estatal específico para facilitar los depósitos directos. En esta segunda etapa se aprecia un mayor esfuerzo por descentralizar en forma efectiva estos servicios. Sin embargo, los antecedentes, los tipos de apoyos federales y los diferentes tipos de sistemas estatales que ya existían, han ocasionado procesos y niveles distintos de atención (Cabrera, Flamand, Santizo y Vega, 1997).

En una última etapa, las reformas continuaron bajo la presidencia de Vicente Fox (2000-2006), con la finalidad de hacer eficientes los servicios, fortalecer las entidades y buscar el acceso universal y homogéneo de los servicios. Al efecto, se reforma la Ley General de Salud, la cual entró en vigor en enero del 2004, creando el esquema del Sistema de Protección Social en Salud, como parte de las políticas contenidas en el Plan Nacional de Salud de dicho sexenio. Por su parte, Homedes y Ugalde señalan que no se han dado buenos resultados por la pérdida de recursos, las desigualdades entre los estados han aumentado y las políticas han sido ambivalentes. Por ejemplo, Oportunidades, IMSS-Solidaridad y el nuevo Seguro Popular, al ser administrados centralmente, han dejado a los servicios estatales con poco margen de maniobra. Sin embargo, el Consejo Nacional de Evaluación cita como beneficios la disminución de los gastos catastróficos y la afiliación al Seguro Popular que ha beneficiado a los grupos más vulnerables (Sales, 2012: 11-12).

En estado de Querétaro se creó el organismo descentralizado denominado “Servicios de Salud del Estado de Querétaro” (SESEQ), el cual tiene bajo su responsabilidad y operación todos los servicios de salud para la población abierta y sin afiliación.² La secretaría estatal, a pesar de contar con responsabilidades formales, no realiza ningún servicio o programa al público, por lo que existe una situación peculiar en cuanto a la estructura orgánica tradicional de la administración pública, en el sentido de que hay un sector central o secretaría que no ejerce responsabilidades en relación a servicios y únicamente una sola entidad paraestatal que ejerce todos los servicios en esta materia.

² Decreto del Ejecutivo publicado en el periódico oficial del gobierno del estado de Querétaro “La Sombra de Arteaga”, en noviembre de 1996.

Cuadro 1
Secretaría de Salud y SESEQ, mayo de 2011



Fuente: Gobierno del estado de Querétaro (2007, mayo 11). *Reglamento Interior “SESEQ”*.

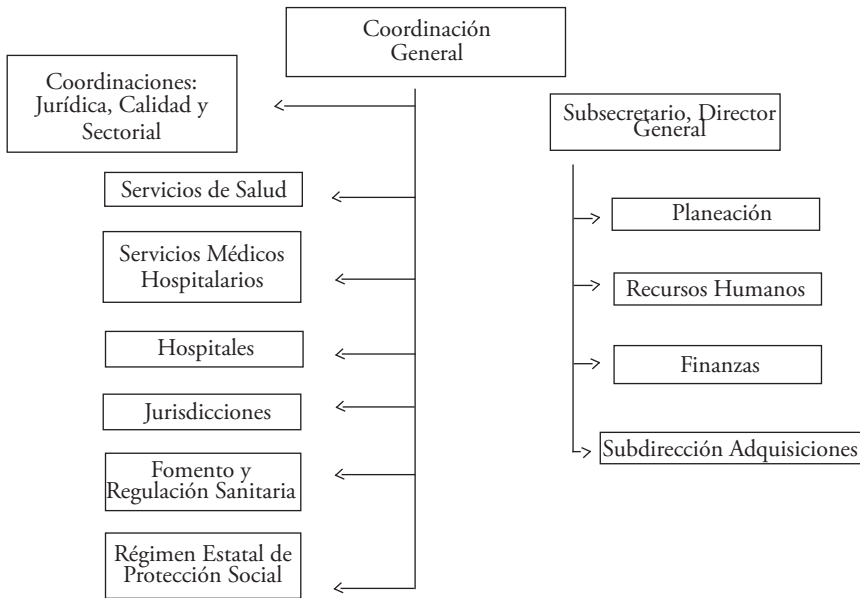
Querétaro: La Sombra de Arteaga

A partir de la creación de “SESEQ”, la organización del sector salud estatal constaba en dos estructuras. En primer término la Secretaría, que contaba únicamente con la figura del Secretario de Salud o Secretaría como unidad orgánica, sin tener ninguna otra unidad administrativa. Y, en segundo término, la estructura de “SESEQ” que presentaba la Junta de Gobierno, la Coordinación General y sus direcciones.

En 2007 se realiza la primera reordenación orgánica al sector salud. Mediante el periódico oficial del gobierno del estado de Querétaro “La sombra de Arteaga”, de fecha 11 de mayo del mismo año, se publica el Reglamento Interior de “SESEQ”, en el cual se puntualizan las competencias y funciones propias, además de precisar el número de direcciones y contemplar la figura de Secretario Técnico de la Junta de Gobierno, quedando el organigrama conforme al cuadro 1.

En razón de su especialización, las direcciones son: servicios de salud; servicios médicos hospitalarios; hospitales; jurisdicciones; y fomento y regulación sanitaria. En materia administrativa, planeación; recursos humanos; finanzas; y régimen estatal de protección social. Todas las direcciones están bajo la coordinación general. La subdirección de adquisiciones queda conformada, de manera especial, por los integrantes del comité de adquisiciones.

Cuadro 2
SESEQ, direcciones, diciembre de 2011



Fuente: Gobierno del estado de Querétaro (2011, diciembre 30).

Querétaro: La Sombra de Arteaga

A raíz de nuevas reformas administrativas que surten efectos en 2012, se adiciona al Reglamento Interior de la Secretaría, la figura de Subsecretario de Salud y, además, el mismo funcionario queda como Secretario Técnico de la Junta de Gobierno de “SESEQ” y Director General de Administración para las direcciones

en estas materias.³ Aunque resulta obvio el ahorro de personal o plazas, con este cambio se complica la cultura organizacional en cuanto a las jerarquías y competencias entre órganos de la Secretaría y de SESEQ, lo cual se aprecia en la forma de organización real de SESEQ, en el cuadro 2.

En relación al servicio, los datos más recientes muestran que el sector salubridad se encontraba dividido en 2010, para una población estatal de 1,351,726 habitantes, en: 53.6% para el IMSS, 5.6% para el ISSSTE y 40.6% bajo el gobierno estatal; aunque en estos dos últimos podríamos descontar aquéllos que solo utilizan el sector privado, contando con 1,095 personal médico el IMSS, 218 el ISSSTE y 1,387 personal en los servicios estatales de salud. He ahí la gran importancia que tiene el sector salud del estado en estos servicios.⁴

3. ESTUDIO JURÍDICO

Los ordenamientos jurídicos que regulan los servicios de salud y dan sustento al organigrama formal son los siguientes: Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado de Querétaro (dic. de 08); Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Querétaro (dic. del 97); el Decreto de Creación de SESEQ (nov. del 96); el Reglamento Interior de la Secretaría (dic. de 2011); el Reglamento Interior de SESEQ (mayo de 2007); y el Manual de Organización de la SESEQ.

En relación al estudio en cuestión, destacan las siguientes normas:

- a) Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado. La facultad reglamentaria del Ejecutivo en las dependencias y organismos (a. 9), así como la facultad de nombramientos (a. 10). Además, el artículo 28 que señala las competencias de la Secretaría de Salud y de coordinación del Sistema de Salud.
- b) Ley de Entidades Paraestatales del Estado de Querétaro. Señala que las entidades paraestatales serán dirigidas por un órgano de gobierno y un director general (a. 22); la forma de integrar el órgano de gobierno (a.

³ Reforma publicada el 30 de diciembre de 2011 en el periódico oficial “La Sombra de Arteaga”.

⁴ Datos: INEGI (2013, julio), op. cit.

23); y la designación del director por el Gobernador del Estado, órgano de gobierno o conforme al decreto de creación.

- c) Decreto de “SESEQ”. Establece competencias del organismo (a. 2); el órgano de gobierno y coordinador general (a. 5); la integración de la Junta de Gobierno (a. 6); competencia de la Junta (a. 7) y las facultades del Coordinador nombrado por el Gobernador (arts. 9 y 10).
- d) Reglamento Interior de la Secretaría. Reconoce la titularidad del Secretario (a. 2); la creación de una Subsecretaría de Administración y Finanzas, así como un órgano interno de control (a. 3); las facultades del Secretario (a. 6); y las facultades del subsecretario, entre ellas ser el Secretario Técnico de la Junta de Gobierno de SESEQ (a. 8).
- e) Reglamento Interior de SESEQ. Reconoce la Junta de Gobierno y al Coordinador General (a. 3); la integración de la Junta de Gobierno, siendo su presidente el Gobernador (a. 5); el nombramiento del Secretario Técnico de la Junta por el titular del organismo y con aprobación de la Junta (a. 9); las facultades del Coordinador General (a. 11); así como el establecimiento de nueve direcciones y una subdirección (a. 13).

Los problemas jurídicos que se presentan en relación a la organización del sector salud son los siguientes:

1. La Ley de la Administración Pública Paraestatal del Estado de Querétaro señala que los organismos descentralizados se integran por un órgano de gobierno y un Director General (artículos 18). Sin embargo, el decreto de creación de SESEQ (nov. del 96), habla de Junta de Gobierno y Coordinación General (artículo 5), así como el propio reglamento interior de la misma “SESEQ” (artículo 3). Hay discrepancia en cuanto a la denominación.

2. No hay claridad en cuanto a la figura del Subsecretario. La facultad del nombramiento no es clara; corresponde al Secretario, según artículo 6 fracción IX del reglamento interior de la Secretaría, o al Gobernador, conforme al artículo 10 de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo del Estado. En cuanto a su función como Secretario Técnico, el Decreto de Creación de “SESEQ” no contempla esta figura. Sin embargo, el artículo 8, fracción XVIII del reglamento interior de la

Secretaría, sí contempla la figura de Secretario Técnico; así como el artículo 9 del reglamento interior de “SESEQ”, que establece la facultad del titular del organismo (Gobernador) con aprobación de la Junta, para nombrarlo, creándose el problema de si un reglamento interior de una Secretaría puede incluir funcionarios o cargos dentro de organismos descentralizados, ya que esto correspondería al Decreto de Creación, particularmente en lo que se refiere a la Junta de Gobierno.

3. La inclusión en el reglamento interior de la Secretaría, de la figura del Subsecretario de Salud, y además, como Secretario Técnico de la Junta de Gobierno de “SESEQ” y Director General en cuestiones administrativas.

Estos temas impactan directamente en la relación institucional entre la Secretaría y “SESEQ”, además de complicar los mandos y jerarquías al interior de la última dependencia al contar con Coordinador General y Director General al mismo tiempo.

4. ANÁLISIS FORMAL DE LA ORGANIZACIÓN

El análisis se presenta desde dos perspectivas, una formal y otra mediante los estudios de cultura organizacional. El primer estudio se encamina a la estructura orgánica formal en relación a las responsabilidades legales de la administración pública. En el segundo caso se busca conocer cuál es el arreglo o prácticas reales de las relaciones de autoridad, mando, jerarquía y procedimientos principales que impactan su eficiencia.

En el aspecto formal destacan la participación de funcionarios del sector central dentro del ente descentralizado, con diferente grado de participación, así como una estructura orgánica que no es piramidal. En particular, se presentan los siguientes puntos de atención:

1. El Secretario no tiene mando administrativo como tal, ya que la Secretaría no tiene responsabilidades o servicios y dentro de “SESEQ” solo forma parte de la Junta de Gobierno.
2. No se justifican las funciones (administrativas, financieras, etc.) de la Subsecretaría en razón de que no hay estructura orgánica, ni responsabilidades

que administrar respecto de la Secretaría de Salud. Y, además, el Subsecretario sí tiene mando administrativo dentro de “SESEQ” como director administrativo.

3. Respecto del organigrama de “SESEQ”, el Coordinador es responsable de ejecutar y administrar las decisiones de la Junta de Gobierno y tiene bajo su mando nueve direcciones. Sin embargo, la Dirección General coordina tres direcciones en materia administrativa, lo cual crea las siguientes situaciones:

- a) El tramo inferior es demasiado grande para la responsabilidad de una sola área (Coordinador) en razón de los retos del tiempo, responsabilidades y coordinación de estas direcciones y los servicios que otorgan.
- b) La estructura orgánica crea el incentivo para darse conflictos de mando y jerarquía entre la Coordinación y la Dirección General.
- c) Al ser tantos directores y no haber tiempo, políticas o procedimientos para la coordinación adecuada, en la práctica los directores tienen que tomar muchas decisiones relevantes sin la supervisión o conocimiento del Coordinador o superior.
- d) Falta de coordinación adecuada entre los directores en problemas o asuntos que son de competencia común.
- e) Falta de tiempo y coordinación para resolver conflictos entre direcciones y asignar responsabilidades en forma clara.
- f) Dificultad del Coordinador para conocer tramos inferiores (departamentos, unidades, etc.) en razón de la carga de trabajo con los directores que le impiden conocer en forma personal los resultados de los servicios y programas al público.

4. Al comparar las direcciones, hay algunas que tienen una responsabilidad muy importante o amplia e impactan directamente sobre la eficiencia de la dependencia, mientras que otras tienen menores responsabilidades. Ejemplo de ello es la propia Dirección General con mayores responsabilidades. Sin embargo, todas tienen el mismo rango y por tanto la misma atención, relación y jerarquía frente al Coordinador.

5. CULTURA ORGANIZACIONAL

La cultura organizacional es una suma determinada de valores y normas que son compartidos por personas y grupos en una organización. Hellrieger y Slocum (1974: 255) la definen como el “conjunto de atributos que pueden ser percibidos acerca de una organización en particular y/o sus subsistemas, y que puede ser inducido por la forma en que la organización interactúa entre sus miembros y su ambiente”. A efecto de ser útil dicho concepto, Litwin y Stinger proponen, a partir de las variables más relevantes, nueve dimensiones: estructura, responsabilidad, recompensa, desafío, relaciones, cooperación, estándares, conflictos e identidad (Litwin y Stinger, 1978). Estos aspectos fueron tomados como base para las entrevistas de campo y para la aplicación de un cuestionario de clima organizacional.

Las entrevistas fueron aplicadas con el propio Secretario de Salud, staff del Secretario, así como con algunos directores, para conocer en una primera instancia los principales procesos, procedimientos y prácticas administrativas. Los resultados de tales entrevistas, diferentes a los resultados ya vistos, fueron:

1. Al tener el Subsecretario tareas administrativas o directivas de la “SESEQ”, se crea un conflicto de competencia en razón de que “SESEQ” es administrada por un Coordinador General. El conflicto competencial no es solamente un asunto político de qué funcionario tiene más jerarquía, sino que impacta en los siguientes puntos:

- a) En la legalidad de todas las actuaciones administrativas y financieras;
- b) Incertidumbre de mando, control y disciplina en los niveles inferiores (direcciones en este caso) en relación a quién obedecer;
- c) Se duplican los trámites y procesos administrativos en razón del actuar tanto del Subsecretario como del Coordinador General.

2. Los diferentes niveles o rangos de las coordinaciones, direcciones e inclusive subdirecciones (como es el caso de “adquisiciones”) crean problemas de unidad de mando, alteración de procedimientos, así como confusión en la base sobre las responsabilidades y funciones a realizar.

Se aplicó desde niveles de subsecretario, secretarios técnicos y similares, directores y subdirectores, completando 40 respondidos de un universo de 45 funcionarios en esos rangos. Del estudio 60, el % es masculino y el mismo porcentaje cuenta con educación de licenciatura, destacando un 15% con nivel inferior. En tanto, el 50% posee una experiencia media en el puesto de 1 a 2 años, aumentando los porcentajes en cuanto a la experiencia dentro de la dependencia, lo cual denota cierta movilidad.

Sobresale que el 25% de las actividades realizadas no están contempladas dentro del manual de organización. Desde el punto de vista normativo y de estricta legalidad, esto sería una desviación, pero, en consideración de cuestiones o problemas que aparecen, esto denota cierto grado de flexibilidad para adaptarse a tales cuestiones.

La dinámica de las actividades que se realizan presenta un modelo no tan burocrático en el sentido de funciones específicas por área, ya que el 45% de los entrevistados manifestaron que realizan de 2 a 5 funciones en forma grupal y el 40% contestó que de 6 a 9 responsabilidades son compartidas. Sin embargo, este resultado también indica posibles problemas por no tener una delimitación clara y precisa de funciones. Hay una ligera relación de este resultado con el número de grupos colegiados en que se participa, ya que su razón de ser es el trabajo en grupo cuando hay responsabilidades compartidas. Los grupos colegiados comprenden desde reuniones de gabinete, comités, junta de sector, etc. Al efecto, el 44% manifestó que participaba en 2 grupos colegiados y un 16% en 3 o 4 grupos.

Las mayores “desviaciones” de la normatividad se aprecian con más claridad en el número de personas a quienes se reporta. El 40% de los funcionarios les reporta a 2 personas y el 10% a tres personas. Esto demuestra que en muchos procedimientos o trámites no existe una línea clara de mando y se presta a confusiones, lo que se relaciona con el dato de aquellos acuerdos, convenios o tratos similares que se realizan a la semana sin documento formal que lo respalde. El 50% de la muestra manifestó que realiza de 5 a 10 y el 30% más de 10 acuerdos. Además, el 80% contestó que recibe de 5 a 10 instrucciones verbales diarias, aunque se consideren de muy poca responsabilidad desde el punto de vista normativo. A su vez, el 70% espresó que da entre 5 a 10 instrucciones verbales diarias a sus colaboradores inferiores.

En cuanto a la carga de trabajo, el 70% contestaron que tiene entre 8 y 10 competencias y solo un 10% más de 10 responsabilidades. De estas responsabilidades o competencias, el 60% consideró que entre 6 a 10 eran exclusivas de su propia área y el 60% opinó que entre 2 a 5 funciones eran compartidas con otras áreas o dependencias. Lo anterior que denota además de la carga de trabajo propia, un gran número de actividades que son ejercidas o aplicadas por al menos 2 áreas diferentes.

En síntesis, si bien es cierto que en ninguna organización podría existir una aplicación perfecta del manual de organización y normatividad en general, en el presente caso se encontraron importantes desviaciones que impactan directamente sobre la eficiencia de “SESEQ”, ya que se aprecian muchas actividades que son ejercidas por diversas áreas y que no existe en muchas ocasiones una línea clara de mando. Las actividades compartidas o colegiadas no son negativas, sino el hecho de que no exista una coordinación clara de ellas, lo cual acarrea duplicación de esfuerzos, puntos de vista o procedimientos con mayor complejidad, tanto en lo interno como frente a las personas que acuden a las diversas áreas y servicios de “SESEQ”.

CONCLUSIONES

El propósito del presente estudio consistió en analizar un aspecto del federalismo en México, a través de la política de la descentralización en los servicios del sector salud en el caso particular de Querétaro. Al efecto se estableció como hipótesis que la creación de entidades paraestatales produjo los incentivos para tener una administración y organización ineficientes.

Los resultados en el ámbito administrativo y legal fueron los problemas por la creación del cargo de Subsecretario de Salud y, al mismo tiempo, su inclusión como Secretario Técnico de la Junta de Gobierno y Director General dentro de “SESEQ”, creando problemas por la interpretación de sus competencias. Situación que se reflejó en el organigrama real, en el cual se muestra cómo las direcciones están divididas entre la Coordinación General y el Director Administrativo, a pesar de que la normatividad diera a entender que todas las direcciones están bajo la Coordinación. Tanto las entrevistas como los resultados de los cuestionarios muestran claramente la confusión que existe por este tipo

de arreglo institucional, que ha motivado una disminución clara del mando, jerarquía y control. Esto demuestra, en el presente caso, que a mayores niveles de diferenciación, especialización e interdependencia, mayores el grado de complejidad e incertidumbre (Oszlak, 2006: 11).

Desde el punto de vista teórico es claro el alejamiento del modelo burocrático tradicional, a pesar de considerar la variable del estado de derecho para la administración pública, apreciándose con esta política la ideología del *Public Management* o Nueva Gerencia Pública al intentar contar con un modelo más flexible, profesional y de administración planificada y por objetivos. Con ello se produce lo que se ha denominado una doble irracionalidad, ya que por un lado se exige el cumplimiento subordinado a normas y, por el otro, realizar una gestión dinámica de acuerdo a acciones estratégicas coyunturales (Shein, 1984: 47).

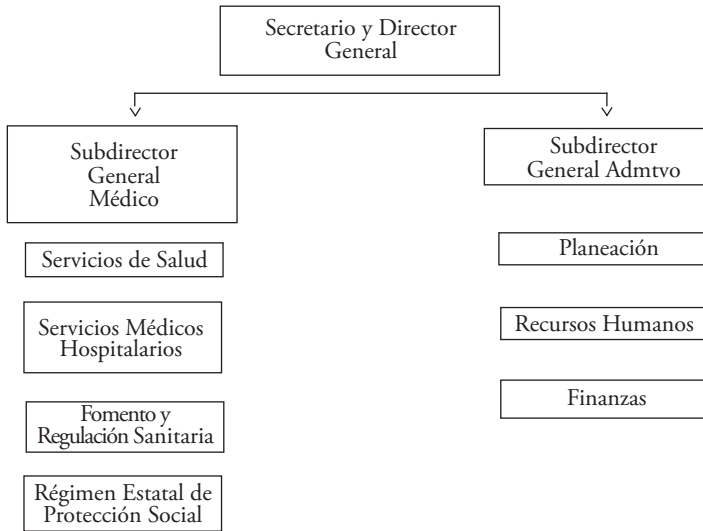
Sin embargo, dicho esfuerzo no ha redituado lo que se espera por el deficiente diseño organizacional de incluir al Subsecretario como funcionario con presencia y mando en dos posiciones de “SESEQ”. Por tanto, la hipótesis se confirma solo de manera parcial, ya que la deficiencia no es tanto por la creación de la entidad descentralizada, sino por la estructura organizacional que combina en forma inadecuada a funcionarios de ambas dependencias.

Por ende, con la finalidad de generar una sana discusión de política pública, se propone una nueva organización que tenga por finalidad disminuir los problemas ya citados, siendo las características principales:

1. Unificar el mando superior en la figura del Secretario de Salud. Esto es, que no exista una duplicación de funciones administrativas del Secretario y Coordinador General, siendo la misma persona para ambos puestos, bajo la denominación de Secretario y Director General, este último nombre en atención a la Ley de la Administración Pública Paraestatal del Estado de Querétaro (ver cuadro 3).
2. En razón de que todos los servicios los otorga “SESEQ”, la desaparición de la figura de Subsecretario de Salud, la cual no tiene razón de ser.

3. Establecer como staff del Secretario y/o Director General, las áreas “Jurídica” y de “Adquisiciones”, en virtud del volumen de trabajo e importancia que tienen en cuestiones técnicas en “SESEQ”.
4. En atención a los sectores funcionales y técnicos, crear dos coordinaciones de área bajo la denominación de subdirectores generales, para atender el sector “Médico” y el sector “Administrativo” en “SESEQ”.
5. Desaparecer del organigrama principal, así como del reglamento interior de “SESEQ”, las áreas de “Jurisdicciones” y la de “Hospitales” en su carácter de dirección, ya que dependen en lo funcional de las direcciones de Servicios de Salud y Servicios Médicos Hospitalarios respectivamente.

Cuadro 3
SESEQ, propuesta



Fuente: Elaboración propia.

REFERENCIAS

- Barzelay, M. (2001). "La nueva gerencia pública. Un ensayo bibliográfico para estudiosos latinoamericanos". *Reforma y Democracia* n° 19.
- Cabrero, E.; Flamand L.; Santizo, C.; Vega A. (1997). "Claroscuros del nuevo federalismo mexicano". *Gestión y Política Pública*, vol. VI, n° 2, pp. 329-387.
- Falcao, H. (1997). "Administración pública gerencial y burocracia. La persistencia de la dicotomía entre política y administración". *Reforma y Democracia* n° 9.
- Gonzalez-Block M; Leyva R; Zapata O; Loewe R; Alagon J. (1989). "Health Services Decentralization in México: Formulation, Implementation, and Results of Policy", *Health Policy and Planning*. vol. 4, n°4, pp. 301-315.
- Hellrieger, D.; Slocum J. (1974). "Organizational Climate: Measures, research and Contingencies". *The Academy of Management Journal*. vol. 17, n°. 2, pp. 255-280.
- INEGI (2013, julio). *Población derechohabiente a servicios de salud, 2010*, de <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx?e=22>.
- Litwin, G.; Stinger H. (1978). *Organizational Climate*. New York: Simon and Schuster.
- Osborne, D. y Gaebler, T. (1994). *Reinventando o Governo*. Brasilia: MH Comunicación.
- Oszlak, O. (2006). "Burocracia Estatal: Política y Políticas Públicas". *POSTdata Revista de Reflexión y Análisis Político*. n°11, pp. 11-56.
- Pollit, C. (1990). *Managerialism and the Public Services*. Oxford: Basil and Blackwell.
- Rabell García, E. (2010). *Federalismo Fiscal en México*. Santiago de Querétaro: CONCYTEQ.
- Sales, Francisco J. (2012). *A 30 años de la descentralización de los Servicios de Salud*. México: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, Documento de Trabajo núm. 140.
- Schein, E. (1984). "Coming to a new awareness of organizational culture", *Sloan Management Review*, vol. 25, n°2, pp. 3-16.
- Weber, M. (1978). *Economy and Society*. Berkeley: University of California Press.
- Wilson, W. (1887). "The Study of Administration", *Political Science Quarterly*. vol. 2, n°. 2, pp. 197-222.

ANEXO I

Cuestionario sobre cultura organizacional

El presente cuestionario forma parte de un estudio sobre cultura organizacional que promueve la propia dependencia, con la finalidad de conocer las prácticas administrativas y, eventualmente, poder introducir mejoras a la organización, respetando en todo momento la confidencialidad de los datos que se obtengan.

Datos relevantes

Puesto o posición:

Sexo:

Personas que dependen directamente de usted:

Título(s) profesional:

Experiencia en el puesto actual:

Experiencia en la dependencia:

Lea atentamente y conteste lo que se le pida.

1.- Cite brevemente las tres actividades, funciones o facultades de mayor importancia que desempeña:

1. _____

2. _____

3. _____

2.- ¿Con cuántas personas de su mismo nivel o jerarquía tiene responsabilidades o funciones compartidas?

3.- ¿En cuántos grupos colegiados participa usted?

4.- ¿A cuántos funcionarios, directivos o personas de nivel superior tiene que reportar sus actividades?

5.- De su tiempo total, ¿cuánto tiempo dedica a las personas bajo su mando en %?

6.- ¿Cuánto tiempo dedica a las personas de su mismo nivel?

7.- ¿Cuánto tiempo dedica a funcionarios o directivos de nivel superior?

8.- ¿Cuántos acuerdos, convenios, trámites, etc., realiza a la semana sin que exista un documento oficial que lo respalde?

Ninguno _____

Muy pocos _____

Entre 5 y 10 _____

Más de 10 _____

9.- ¿Cuántas instrucciones verbales recibe al día?

Ninguna _____

Muy pocas _____

Entre 5 y 10 _____

Más de 10 _____

10.- ¿Cuántas instrucciones verbales otorga o da al día?

Ninguna _____

Muy pocas _____

Entre 5 y 10 _____

Más de 10 _____

11.- ¿Conoce el manual de organización?

12.- ¿Cuántas facultades tiene en su puesto?

13.- En sus actividades, ¿cuántos asuntos o funciones dependen exclusivamente de usted y su área?

1 _____

Entre 2 y 5 _____

Entre 6 y 10 _____

Más de 10 _____

14.- En sus actividades, ¿cuántos asuntos o funciones competen a su área con otra(s)?

1 _____

Entre 2 y 5 _____

Entre 6 y 10 _____

Más de 10 _____

Por su atención y tiempo, muchas gracias.

