



Revista Venezolana de Gerencia

ISSN: 1315-9984

rvgluz@yahoo.es

Universidad del Zulia

Venezuela

Valero Ulacio, Johan M.

Programa Barrio Adentro I: una estrategia de gestión pública en el estado Zulia

Revista Venezolana de Gerencia, vol. 17, núm. 59, julio-septiembre, 2012, pp. 529-547

Universidad del Zulia

Maracaibo, Venezuela

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29024166009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Programa Barrio Adentro I: una estrategia de gestión pública en el estado Zulia*

Valero Ulacio, Johan M.**

Resumen

Con el marco constitucional iniciado en Venezuela a fines de 1999, la administración en salud pública inicia un período de transformación de la democracia representativa a la democracia participativa. El presente artículo tiene como objetivo analizar la gestión del programa Barrio Adentro I, en la Parroquia Francisco Eugenio Bustamante, Municipio Maracaibo del Estado Zulia, durante el período 2003-2009. La investigación es de tipo descriptiva y exploratoria, con diseño de campo y transeccional, se aplicó una entrevista semi-estructurada a informantes clave de la coordinación del programa barrio adentro en la región Zuliana. Asimismo, se utilizaron fuentes de información documental para la interpretación de los datos. En relación a los resultados, la toma de decisiones, se hace de forma centralizada bajo las directrices del Ministerio del Poder Popular para la Salud, con la intervención de los coordinadores regionales y su equipo de trabajo; en cuanto a la administración de personal, se basa en la categoría de concursos de credenciales para aspirar a cargos, siendo estos presentados a la instancia central, la cual deja en evidencia una orientación tecnocrática; la prestación de los servicios se hace por medio de la transferencia que el Gobierno Central ejecuta a través de las coordinaciones de cada región, manteniendo al mismo tiempo una dirección burocrática populista. En conclusión, se determina que la gestión del programa se basa en criterios burocráticos populistas con algunos rasgos del modelo tecnocrático en relación a la administración de personal.

Palabras clave: Salud pública, misión barrio adentro, gestión pública, Venezuela.

Barrio Adentro Program I: A Public Management Strategy in the State of Zulia

Abstract

Within the constitutional framework initiated in Venezuela at the end of 1999, the public health administration began a period of transformation from representative to participative democracy. The

Recibido: 05-12-11. Aceptado: 22-06-12

* El presente artículo forma parte de los resultados de la Investigación titulada "Gestión del programa Barrio Adentro I en la Parroquia Francisco Eugenio Bustamante, Municipio Maracaibo del Estado Zulia, período 2003-2009" para optar al título de Msc. Scientiarum en gerencia pública. Se agradece a la profesora María Teresa Rincón B. por las sugerencias realizadas.

** Sociólogo, Docente e Investigador, Msc. en gerencia pública, candidato a Doctor en Ciencias Sociales mención gerencia, Universidad del Zulia. e-mail: ulacio907@hotmail.com

objective of this article is to analyze management of the Barrio Adentro I program in the Francisco Eugenio Bustamante Parish, Maracaibo Municipality, Zulia, from 2003 to 2009. Research is of the descriptive, exploratory type with a trans-sectional, field design. A semi-structured interview was applied to key informants in coordination for the Barrio Adentro program in the Zulia region. Likewise, documentary information sources were used to interpret data. In relation to results, decision making is accomplished in a centralized manner under the directives of the Ministry of Popular Power for Health, with intervention of the regional coordinators and their work teams; personnel administration is based on credential competitions among those who aspire to a position, which are presented to the central agency, demonstrating a technocratic orientation; services are rendered through transference executed by the Central Government through the coordinators in each region, maintaining, at the same time, a populist bureaucratic directorate. In conclusion, it was determined that program management is based on populist bureaucratic criteria and some traits of the technocratic model in relation to personnel administration.

Key words: Public health, Barrio Adentro Mission, public management, Venezuela.

1. Introducción

La crisis económica de los ochenta trajo consigo medidas de ajuste que redefinieron la acción estatal conocidas como la Reforma de los Estados, dando paso, entre otros, a los procesos de privatización, descentralización y focalización. Sin embargo, luego de más de veinte años, y a pesar de los planteamientos y acciones realizadas a través de la reforma en América Latina, un gran porcentaje de la población continúa excluida y las políticas económicas neoliberales desarrolladas a través de los programas de ajuste estructural no produjeron los resultados esperados, ni en lo económico ni en lo social; al contrario, se mantuvieron las deficiencias que las originaron, se produjo un aumento de la pobreza, el desmejoramiento de los ingresos, el acrecentamiento de las inequidades y la acentuación de las desigualdades sociales (Parra y La Cruz, 2003).

Venezuela, no escapa de la realidad de este período, debido en gran medida al desgaste que mostraban las viejas estructuras políticas en el poder, caracte-

rizadas por la ineficiencia, la corrupción y el clientelismo en muchas de sus organizaciones públicas. Este panorama sombrío no podía dar respuestas a las demandas del colectivo social que a su vez acumulaban necesidades con mayores niveles de complejidad. En medio de este escenario surge la figura de Hugo Chávez con una propuesta de cambios y transformaciones en todas las esferas de la sociedad, desde lo político, económico, social y cultural. Es decir, un proyecto político-social alterno.

En primera instancia propone un proceso constituyente que redactaría una nueva Constitución de la República, esta fue aprobada en diciembre de 1999; en palabras de Guédez (2009: 50) "en ella se encuentran plasmadas las bases jurídicas del nuevo proyecto nacional que implica el desarrollo de un proceso de refundación a nivel de las estructuras políticas, institucionales y económicas del país como una reacción contra el neoliberalismo que invade todas las esferas sociales y políticas".

Con el diseño de esta nueva carta magna, se busca una nueva relación Es-

tado-Sociedad. Se define al Estado como democrático, social y de derecho en la búsqueda de una sociedad más democrática, participativa y protagónica. El principio de equidad, es entendido como igualdad de oportunidades y máxima expresión de la justicia social, y se convierte en uno de los ejes de la actual política gubernamental, dirigido a la creación de los espacios que permitan la inclusión de aquellos sectores de la población que dejaron de recibir los beneficios de las políticas públicas o los alcances de la gestión gubernamental y que fueron, en unos casos insuficiente, en otros ineficiente o ambos a la vez.

Los artículos 83, 84 y 85 de la Constitución Bolivariana de Venezuela (Asamblea Nacional Constituyente-ANC, 1999) señalan, en primer término, a la salud como un derecho social, una responsabilidad del Estado en corresponsabilidad con los ciudadanos; en segundo término, se plantean los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad, y en tercer término se habla de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), definido como intersectorial, descentralizado y participativo. Los actuales preceptos de la Constitución de 1999 orientados a la igualdad y la justicia, para disminuir las inequidades y brechas sociales dieron lugar para que el gobierno bolivariano venezolano incorporara una innovadora modalidad de hacer políticas públicas, al utilizar como estrategia las misiones.

Posteriormente, estas medidas implementadas por el gobierno para el área social atravesaron por un período de dificultad, en vista de la crisis de gobernabilidad y el creciente ambiente de conflicto e incertidumbre producido por los grupos

políticos adversos al gobierno, creando una crisis política e institucional que comenzó con el intento de golpe de abril de 2002 y terminó con el paro petrolero de diciembre de 2002 a febrero de 2003; esto provocó que se abriera más la desigualdad y desequilibrio social.

Para tal efecto, y una vez culminado el paro, se ubica el segundo sub-período, donde el gobierno introduce modificaciones parciales a la estrategia anti-pobreza y anti-exclusión social que venía ejecutando, diversificándola con la incorporación de otros programas; sin dejar sin efecto los de tipo asistencial compensatorio del primer sub-período antes mencionado 1999-2002. Las iniciativas del gobierno giran en torno al fortalecimiento de la seguridad alimentaria, plan nacional de abastecimiento alimentario; merca, megamercados populares, Proal, entre otros. Para enfrentar la exclusión social aparecen las Misiones Robinsón, Ribas, Sucre, Vuelvan Caras y los programas de atención primaria en salud con la misión Barrio Adentro (Alvarado, 2004).

Las políticas sociales implantadas durante el período de ajuste neoliberal (1988-1998) y posterior ascenso al poder del presidente Chávez, iniciadas a partir de 1999 hasta la presente no han logrado suplir las necesidades de la población, se dice que una parte del problema es debido a la escasez de recursos, lo cual no es cierto en algunos casos, ya que el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (citado por Kliksberg, 1994) señala que hay países que han diseñado programas y políticas aún teniendo una economía poco productiva; pero se puede afirmar que el problema radica en la ausencia de compromiso político de los

entes encargados. También es debido a que dichas políticas no pasan por un proceso de evaluación que permita determinar las deficiencias que se puedan presentar durante su ejecución.

Esto provoca la coexistencia de dos modelos de atención y prestación de servicios de salud: la red convencional, representada por las instituciones que conforman la administración pública y las misiones, desarrollándose de manera paralela, siendo éstas últimas las columnas fundamentales en las cuales reposa la denominada nueva institucionalidad (Guédez, 2009). La nueva forma de gestión de las políticas públicas implantada por el ejecutivo, establece, de manera pragmática, una estructura paralela a la burocracia estatal, donde se incorporan nuevos actores, se establecen nuevas modalidades laborales, de remuneración y de prestación de servicios públicos diferentes a las existentes.

La "misión barrio adentro" forma parte de este modelo de gestión en salud que adelanta el gobierno nacional con el propósito de prestar servicios públicos en salud a todos los ciudadanos y ciudadanas en todo el territorio nacional, promoviendo los principios de equidad e igualdad en el acceso a los servicios públicos en salud.

2. Modelos de gestión: consideraciones teóricas

Por gestión se entiende el conjunto de diligencias que se realizan para desarrollar un proceso o para lograr un producto determinado. Se asume como dirección y gobierno, actividades para hacer que las cosas funcio-

nen, con capacidad para generar procesos de transformación de la realidad. Con una connotación más actualizada o gerencial es planteada como una función institucional global e integradora de todas las fuerzas que conforman una organización. En ese sentido, hace énfasis en la dirección y en el ejercicio del liderazgo (Restrepo, 2009: 2).

Por tanto, la gestión va a ser entendida como el proceso en el cual la organización, desde sus niveles directivos coordina todas las acciones encaminadas a obtener buenos resultados. En la investigación se describirán las acciones pertinentes que toman los coordinadores del programa barrio adentro, para dar respuestas a las demandas de los ciudadanos y al personal adscrito al programa.

2.1. Toma de decisiones en los modelos de gestión

Tal como se expresa en la teoría burocrática de Weber (1976), uno de los rasgos de este modelo en cuanto a la toma de decisiones es la división del trabajo, donde se manejan grandes estructuras organizativas. Esta división atiende a una racionalidad, para alcanzar los objetivos y la eficiencia de la organización. En donde se asume, que cada empleado está subordinado por las directrices de su jefe inmediato, estas estructuras impiden de cierta forma el libre ejercicio de los cargos desempeñados. Esto hace que la toma de decisiones no se efectúen de forma flexible impidiendo el consentimiento y compromiso de los empleados dentro de la organización.

En el modelo burocrático los funcionarios, además, están sujetos al prin-

cipio de jerarquía administrativa de manera rigurosa, en tanto que sus atribuciones se entienden vinculadas al cumplimiento de obligaciones que son vigiladas y controladas por superiores jerárquicos. No desarrollan sus tareas de manera independiente ni, en consecuencia, se pone el acento en los resultados que se esperan de su quehacer, sino que se espera de ellos tanto la obediencia a las funciones que deben desempeñar como a las instrucciones de los jefes burocráticos cuyo ámbito de responsabilidad es mayor. Desde este punto de vista, las funciones que cada uno desarrolla representan, al mismo tiempo, una escala de obligaciones y responsabilidades: una jerarquía, que compromete a la burocracia en su conjunto (Erras, 2001).

En este modelo la jerarquía administrativa se basa en la norma y los reglamentos para mantener el orden dentro de la organización, ningún cargo queda sin control ni supervisión por parte los altos funcionarios, por lo tanto, todos están dispuestos por niveles que encierran privilegios y obligaciones, definidos mediante normas limitadas por quien detenta mayor autoridad.

En cuanto al modelo burocrático populista estuvo marcado por grandes estructuras organizativas de poder, dirigidas por hombres de partidos y empresarios; es decir, políticos y empresarios que han intervenido en las prácticas administrativas desde las instancias que toman decisión en el aparato público. "Conjuntamente con grupos de presión organizados; algunos de ellos subordinados por los partidos políticos" tal como lo expresa Ochoa y Fuenmayor (2006:149). Estas estructuras se encuentran caracteriza-

das por altos niveles jerárquicos y numerosos departamentos propios del modelo Weberiano, generando así un desarrollo muy centralizado en los procesos de decisión.

Por su parte, los hombres de partidos dominantes en el poder lo constituye la burguesía, estos fueron los actores de decisión que dominaban desde las instancias del aparato público. Estos tomaron la dirección como unos pocos grupos organizados, grupos de presión institucionales y asociacionales, en el caso Venezolano, los empresarios de la Federación Venezolana de Cámaras y Asociaciones de Comercio y Producción (conocida como Fedecamaras), así como también la Central de Trabajadores de Venezuela (CTV) y las Fuerzas Armadas por medio del alto mando militar (Rey, 1991). Igualmente, los partidos políticos se ubicaron en niveles altos del aparato público para ejercer el proceso de toma de decisiones y su influencia siempre estuvo presente en todo el aparato administrativo.

En relación al modelo tecnocrático, se percibe que el predominio del modelo ideal de Weber se ve altamente identificado en relación a la división horizontal y vertical del trabajo, muy rígida. En este caso el proceso de dirección, decisión y control fue asumido, como señala Ochoa (1993) por el propietario del capital con cierta participación de técnicos en el control, situación que fue cambiada con el proceso de expansión de la gran empresa. Es por ello, que se puede decir que el proceso de toma de decisiones está basado en la incorporación de elementos técnicos con racionalidad económica, el cual desplaza los elementos de tipo políti-

co y social dentro de los procesos de toma decisión.

Los técnicos, mencionados en el párrafo anterior, son aquellos que han obtenido la capacidad de dirigir dentro de las organizaciones, es decir, aquellos intelectuales; que por esa condición se han ubicado en las empresas como directores, presidentes, gerentes u otro cargo que detente poder de decisión. “Los tecnócratas desplazan a los políticos de la dirección para dar paso a la ciencia, la tecnificación, la eficiencia y en general a la modernización del aparato público” (Ochoa, 1993: 20).

En este período de la tecnocracia el gobierno venezolano buscó ubicar en los altos niveles de dirección a técnicos provenientes del sector privado, donde se gestaron muchas reformas como fue el caso de la reducción del aparato público por medio de la privatización y la transferencia de funciones sociales a instituciones de la sociedad civil.

Se concibe que la toma de decisiones en el modelo de la nueva gestión pública promovida a inicios de los noventas por el gobierno venezolano existían nuevas estructuras organizacionales inspiradas en la nueva gestión del sector privado, las cuales modificaron la forma burocrático-piramidal de administración, flexibilizando la gestión, disminuyendo los niveles jerárquicos y por consiguiente, aumentando la autonomía de decisión de los gerentes. Con estos cambios, se pasa de una estructura basada en normas centralizadas a otra sustentada en la responsabilidad de los administradores, avalados por los resultados efectivamente producidos; procurando responder con mayor rapidez a los grandes cambios am-

bientales que acontecen en la economía y en la sociedad contemporánea.

De esta manera se puede expresar que la nueva gestión pública acoge un aspecto esencial del modelo burocrático Weberiano: “la profesionalización” agregando nuevos conceptos como “flexibilización organizacional”, “red de relaciones más democráticas” y un “modelo contractual y competitivo de acción estatal”, a partir del cual se aumenta la eficiencia y la efectividad de las políticas de gestión, para así, tratar de cambiar los incentivos institucionales del sistema, de modo de transformar las reglas burocráticas más generales, lo que permitiría a los administradores públicos adoptar estrategias y técnicas de gestión más adecuadas en el marco de la descentralización (CLAD, 1998).

2.2. Administración de personal en los modelos de gestión

Los funcionarios del modelo típico Weberiano se conciben como personas individuales que, sin embargo, se incorporan a la administración pública en tanto que miembros de un cuerpo burocrático con atribuciones y obligaciones directamente emanadas de la norma jurídica. En este sentido, su participación en los quehaceres públicos solamente se refiere a su ámbito profesional y al tiempo que dedican a desarrollar sus funciones que, en todo caso, es distinto al que ocupa para ejercer su libertad como persona humana. Es decir, el funcionario es libre, pero al mismo tiempo está sujeto a las obligaciones del cargo que ocupa, mientras efectivamente está en cumplimiento de esas funciones otorgadas por el Estado (Weber, 1976).

De ese cuerpo de funcionarios se espera, además, un cuadro de competencias fijo y claramente establecido en las normas jurídicas que rigen su funcionamiento. Pero estas competencias no se refieren, en el léxico propio de la visión de este modelo, a las cualidades profesionales de quienes ocupan los cargos sino al principio de legalidad, según el cual los funcionarios públicos solamente pueden hacer aquello que expresamente les está atribuido por la norma jurídica.

Este principio ha caracterizado la versión peyorativa de la burocracia, incapaz de salvar situaciones o tomar decisiones de obvia resolución, cuando éstas no corresponden con el grupo de funciones específicamente otorgadas a ellos. Si se trataba de acotar la discrecionalidad con la que solían actuar los principios acuñados por el liberalismo, su resultado fue esta nueva concepción de legalidad que es, simultáneamente, un principio de sujeción a la letra de las atribuciones y de las obligaciones establecidas (Erras, 2001).

La burocracia opera por contrato, es decir, no se espera de quienes lo suscriben sino el cumplimiento puntual de las cláusulas que están establecidas en su contenido. Dado que no se trata de una relación que rebase los tiempos dedicados a las tareas profesionales, el continente jurídico de la relación está en los pactos que se desprenden de ese contrato y se suspenden, a la vez, tan pronto como el contrato queda vencido. De ahí la importancia de las relaciones laborales: el Estado y su burocracia se vinculan en tanto que los contratos definen los contenidos, las características y la duración de esa relación. Y en ellos, ambas partes fijan sus condiciones: el burócrata el salario que aceptará a cambio de dedicar

su tiempo al cumplimiento de la función pública, y el Estado las normas a las que sujetará el trabajo que ha decidido contratar.

En este sentido, la relación laboral en la que se sostiene el contrato entre el burócrata y el Estado parte del supuesto de una calificación profesional en la que se fundamenta su nombramiento como funcionario público. Dado que la lealtad individual ha sido desplazada, las razones en las que se funda la contratación son estrictamente profesionales, entendidas como las aptitudes y las habilidades que se esperan de ese funcionario.

A su vez, estas pueden ser asumidas como el producto legítimo de una cierta formación previa, acreditada mediante diplomas y certificados que el Estado reconoce como válidos para sostener que la persona contratada cuenta con los conocimientos necesarios para desempeñar su función, o bien como el producto de exámenes y pruebas a través de las cuales la persona individual debe demostrar que en efecto cuenta con las calificaciones indispensables para ocupar el cargo al que aspira (Rincón, 2006).

Por su parte, Weber (1976: 718-722) señala que "el burócrata es seleccionado de acuerdo a sus méritos y con base a pruebas especiales, la ocupación del cargo es considerada como la aceptación de un deber específico de fidelidad al mismo; lo cual le daba garantía de una existencia futura asegurada, esto es debido a que el funcionario tiene la perspectiva de ser ratificado o removido del cargo por su superior". El empleado es retribuido por un sueldo fijo, ubicado dentro de un escalafón y con posibilidades de ascenso ajustado al tiempo de servicios y las ne-

cesidades de la organización y finalmente una vez cumplido su tiempo de servicio, el funcionario recibe una pensión de por vida, por los servicios prestados a la organización.

En cuanto al modelo burocrático populista, los funcionarios de la administración pública son funcionarios de carrera, en donde los procesos de reclutamiento, selección, ingreso, promoción, son debidamente centralizados y se encuentran generalmente dentro de las funciones del cargo desempeñado, es decir los manuales de cargos, también se encuentran aquellos funcionarios que son removidos por considerárseles personas de confianza a la organización.

Para el reclutamiento se hacía en base a la presentación de pruebas y exámenes objetivos y no por criterios de otra índole, como pueden ser la amistad o partidos políticos. La ubicación y traslado se hace en base a criterios técnicos y los funcionarios actúan como profesionales asalariados, considerando su trabajo como una carrera (Ochoa *et al.*, 1996).

En la tecnocracia, el proceso de administración de personal se caracteriza por el ascenso de los técnicos al poder de decisión, el cual Ochoa (1995) llama fenómeno tecnocrático. Se pueden distinguir dos elementos vinculados, uno de ellos son los tecnócratas y el otro la organización tecnocrática; en relación al primero menciona que el término tecnócrata es utilizado para referirse a hombre con conocimiento técnico, es decir que teniendo un saber previo de algún área se encuentra en capacidad de actuar y aconsejar sobre procesos orientados a la toma de decisión. Sin importar la ubica-

ción que desempeña dentro de la organización (Ochoa, 1995: 21).

El proceso de selección y ascenso de los funcionarios se hace tomando en cuenta los méritos, lo cual es conocido como meritocracia. La capacidad es el criterio por medio del cual se selecciona el personal, es decir, que con la ubicación de los funcionarios en los cargos está determinada por los objetivos de la organización. Según Ochoa (1995: 58-59) "no se refiere a la capacidad de conocimientos, sino aquella que va a contribuir a lograr los objetivos e intereses de la institución".

El reclutamiento y selección de personal esta aplicado a sustituir a los partidos políticos como intermediarios, y se da mayor consideración a la empresa privada justificando la transparencia que existía en este sector, los cuales basaban sus lineamientos en la meritocracia y la capacidad al frente de los intereses de la organización.

En la nueva gestión pública (NGP), la administración del talento humano tiene como base la gestión a través de metas cuantitativas definidas a priori y posteriormente evaluadas en el llamado "contrato de gestión" el cual también debe definir qué hacer después de la evaluación, en términos de sanciones, premios u otras formas de corregir los errores. De esta manera, el contrato de gestión constituye un instrumento que permite tanto una estimación más rigurosa de la eficiencia, de la eficacia y de la efectividad, con el fin de corregir eventualmente un mal desempeño (Chiavenato, 2002).

Dada la modificación de la estructura organizativa piramidal del modelo burocrático, se da la necesidad de formar funcionarios públicos responsables orientados a las metas, conscientes de la misión

de su organización; y la mejor forma de lograrlo es delegando poder, introduciendo un nuevo elemento de autonomía y empoderamiento gerencial llamado *empowerment* según lo expresa Chiavenato (2002) implica el fortalecimiento de las personas que trabajan en equipos que les dan responsabilidad total en las metas y los resultados, y total libertad en la toma de decisiones.

De esta manera, este mecanismo altera la forma de la gestión y la cultura organizacional de los integrantes de la burocracia, haciendo sentir a los integrantes de la misma un alto grado de motivación marcado por el aumento del poder individual de decisión y de la responsabilidad ante los objetivos de su organismo público.

Debido a que la administración pública está basada en los resultados, tendrá que realizar fuertes inversiones en la construcción de instituciones y en el entrenamiento de personal calificado, de modo de posibilitar la evaluación del desempeño, tanto organizacional como individual. Este es un punto central de la reforma gerencial del Estado. En este sentido, el CLAD (1998) plantea la implementación de sólidos sistemas de evaluación del desempeño con el objeto de evaluar periódicamente el rendimiento de la gestión pública.

Con respecto a la evaluación del desempeño Chiavenato (2002) expresa, que dentro de un sistema de evaluación, debe existir un elemento imprescindible en el desarrollo del personal dentro de las organizaciones, la retroalimentación del personal, el cual, da a conocer el desenvolvimiento y su actuación, y ofrece a las organizaciones una idea de sus potencia-

lidades; haciendo que la evaluación del desempeño sea un proceso conjunto y de importancia compartida en el marco del desarrollo de la gestión pública.

Dentro del tema de intervención de controles, este nuevo modelo, expone nuevos modelos gerenciales de control. En lo primordial, el mismo deja de ser el control burocrático que buscaba estimar, si todos los procedimientos se habían cumplido en forma correcta, para preocuparse más por las ganancias de eficiencia y efectividad de las políticas. De esta manera el CLAD (1998) propone la implementación de nuevos sistemas de control expresados en:

- Control de resultados, realizado a partir de indicadores de desempeño estipulados de forma precisa en los contratos de gestión.
- Control contable de costos, que abarcará no sólo el control de los gastos realizados, sino también el descubrimiento de formas más económicas y eficientes de hacer cumplir las políticas públicas.
- Control por competencia administrada, o por cuasi-mercados, en los cuales las diversas agencias buscan ofrecer el mejor servicio a los usuarios.
- Control social, por medio del cual los ciudadanos evaluarán los servicios públicos o participarán en la gestión de los mismos.

De esta manera puede expresarse que con nuevos estímulos en el ambiente de trabajo, dado el modelo gerencial de gestión y a la introducción de nuevos conceptos organizacionales de gestión, los funcionarios se volverán más autónomos y responsables (*Empowerment*) y no se-

rán piezas de un engranaje sin vida. Ciertamente, se introduce al recurso humano dentro de las organizaciones, pero éstos tendrán que ser más entrenados y bien remunerados, para asumir la obligación de responder precisamente a las metas de los contratos de gestión y a las demandas del ciudadano (usuario). Para una parte del funcionariado, los contratos de trabajo serán flexibilizados, pero la dignificación de la función pública seguirá siendo un objetivo del Estado.

2.3. Prestación de servicios en los modelos de gestión

En cuanto a la prestación de servicios se puede señalar que el Estado venezolano durante los años noventa no dio respuestas a las demandas sociales debido a su orientación a las reglas y normas universales desarrolladas por la administración pública burocrática, esto permitió la puesta en práctica de un modelo auto referencial, donde las acciones del gobierno giraban en torno a su propia legitimación del poder; se contempla la prestación del servicio por parte del Estado, pero contradictoriamente el ciudadano no es tomado en cuenta, por tratarse de un modelo que busca su propia relegitimación, por cuanto se basa en el funcionamiento de la organización de todo el sistema burocrático, sin satisfacer las demandas de los usuarios, quienes fueron a su vez desplazados (CLAD, 1998).

En lo concerniente a los servicios de salud, la prestación de éstos en el modelo burocrático populista se hace de una manera desmesurada en lo que a prestación de servicios se refiere, lo cual genera un gasto público exacerbado de los ingre-

sos para este sector. Durante la adopción de este modelo no se tomó en cuenta las necesidades y demandas de la población, lo cual no permitió tener un control sobre los beneficios que la población recibía. Conduciéndose a una distribución de ingreso regresiva, donde se beneficiaban pocos sectores de la población (Ochoa y col., 1996).

En este proceso la participación del Estado venezolano en cuanto a la producción de bienes y servicios se aprecia muy reducida, más bien se privatizan algunas áreas de la vida social, como lo fue la educación y la salud. Esto llevó a que en muchos casos se comenzara a cobrar por los servicios públicos, es decir, se transfiere el financiamiento de los servicios por parte de los ciudadanos. Por medio de seguros privados y la aparición de las pólizas de seguros, para garantizar una atención de servicios más acentuada en el área salud. Esto genera un descontento en las clases sociales, ya que rompe con los principios constitucionales de la gratuidad y equidad de los servicios públicos.

En la nueva gestión pública, mediante la aplicación de esta nueva reforma gerencial se busca fundamentalmente, el aumento de la eficiencia, efectividad y la democratización del Poder Público, y a partir de allí fortalecer la capacidad del Estado para promover el desarrollo económico y social.

Para ello, el CLAD (1998) expresa que la revigorización del Estado latinoamericano hará que se centre y gane efectividad en la promoción de la educación, la salud y la vivienda, programas de renta básica, de desarrollo científico-tecnológico y de comercio exterior.

La implantación exitosa del modelo gerencial capacitará al Estado para ofrecer fundamentos macroeconómicos estables, creando condiciones para la elevación de la inversión privada nacional y multinacional, creando situaciones definidas para aumentar la competitividad internacional de los países de América Latina; desarrollando así un modelo esencialmente democrático de manera tal que presupone transparencia en la administración pública, amplía el espacio del control social y transforma lo público, (y no el mercado autosuficiente) en el concepto orientador de la reforma, renovando el papel de la democracia representativa y de la afirmación de los derechos humanos, inclusive de los “derechos republicanos” en la protección del patrimonio público.

La prestación de los servicios se incorpora al ciudadano y al sector privado como fuentes de financiamiento, el ciudadano se convierte en usuario-cliente de los servicios ya que tienen que cancelar tarifas para cubrir los gastos y generar ganancias por los servicios demandados, esto implica la privatización de los servicios y genera en la población exclusión en la prestación de los servicios (CLAD, 1998).

3. Rasgos de los modelos de gestión en el Programa Barrio Adentro I

De acuerdo con Rodríguez, entrevista (2010) el proceso de toma de decisiones, en la Coordinación Regional de Barrio Adentro I en el estado Zulia, se encuentra conformado por un Coordinador designado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, quien cumple la fun-

ción de decidir en materia operativa, asistencial, docente y logística en relación al programa; y otro adjunto, encargado de suministrar la información a tiempo justo sobre las distintas problemáticas que se presenten al momento de tomar decisiones de organización, muchas de estas relacionadas a los consultorios de salud en la comunidades, a los casos de cirugías que se programen por medio del convenio Cuba-Venezuela, y a brindar asistencia a los coordinadores de los comités de salud de las distintas parroquias del Municipio Maracaibo.

Muchas de estas decisiones son tomadas en reuniones semanales o extraordinarias, en relación a la coordinación nacional se realizan de manera mensual, con cada una de las coordinaciones de cada región del país, estas reuniones están orientadas a revisar los logros en materia de atención, seguimiento y solución de problemas (Rodríguez, entrevista 2010).

Dicha coordinación regional se encuentra adscrita directamente al Viceministro de Salud, lo cual lleva a determinar que la toma de decisiones se realiza de forma centralizada enfocado en el nivel directivo, y estos a su vez deciden en base a los criterios o alternativas presentadas por parte de las comisiones de trabajos que se desarrollan dentro de la coordinación regional. Sin embargo, quien toma la decisión final es el coordinador regional, y este a su vez reporta a la coordinación nacional para su decisión final.

Las coordinaciones se encuentran conformadas como sigue: 1) convenio Cuba-Venezuela, está se encarga de tramitar los casos clínicos de pacientes que de acuerdo a la patología que presenten requieren ser tratados en Cuba, 2) la co-

ordinación de odontología encargada de la supervisión, control y evaluación del desempeño de los médicos odontólogos venezolanos ubicados en las parroquias de los municipios del estado Zulia, 3) coordinación académica del postgrado de medicina integral comunitaria, encargada de llevar el control de los médicos venezolanos que trabajan en el programa promoviendo el sentido de pertenencia y una visión humanística, con el propósito de mejorar las condiciones de salud en las comunidades, 4) coordinación de los comités de salud que según (Chan, entrevista 2010) es la expresión de una organización comunitaria, donde se tratan temas de salud, recreación, cultura, deporte y servicios públicos en las comunidades, 5) coordinación de comunicaciones; que busca promover y proyectar la visión del programa Barrio Adentro dentro de las comunidades y todo el Estado Zulia, difunde las actividades que promueve en materia de salud el programa. Y por último, 6) coordinación de infraestructura, que se encarga de supervisar y ejecutar las obras en relación a los consultorios populares y el acondicionamiento del mismo.

El proceso de toma de decisiones se encuentra ubicado desde un nivel jerárquico, propio del modelo burocrático Weberiano, es decir, que este se encuentra centralizado por el Estado a través del viceministro de salud, dejando en evidencia la marcada orientación burocrática en la toma de decisiones, en donde las estructuras se encuentran caracterizadas por altos niveles jerárquicos y numerosos departamentos propios del modelo Weberiano, generando así un desarrollo muy centralizado en los procesos de decisión

(Ochoa y Fuenmayor, 2006). Dicho proceso “se realiza mediante una lista de candidatos seleccionando a la (s) persona (s) que satisface (n) mejor los criterios exigidos para ocupar el cargo disponible, considerando las actuales condiciones del mercado” (Chiavenato, 2002: 111).

Para proceder a identificar los mecanismos de incorporación y selección de personal asistencial en la Misión Barrio Adentro, se determina que este proceso se realiza por medio de concursos de credenciales que son evaluados en dicha coordinación, una vez introducido los documentos probatorios y en base a los requisitos exigidos por medio de una solicitud en planilla, son evaluados y aprobados según sea el caso con visto bueno, para ser emitidos a la coordinación nacional del programa; quienes emitirán una decisión final en relación a los ganadores de los concursos (Rodríguez, entrevista 2010).

Esto deja en evidencia la marcada orientación del modelo burocrático, donde el proceso de selección y ascenso de los funcionarios se hace tomando en cuenta los concursos de credenciales para aspirar un cargo fijo, esto a su vez dependen de del desempeño (Ochoa *et al.*, 1996). Por otra parte, la capacidad de los empleados es un criterio por medio del cual se selecciona el personal, introduciéndose elementos propios del modelo tecnocrático. El principal criterio de selección en Barrio Adentro es la adopción a los requisitos exigidos para la incorporación; uno de ellos, es estar realizando el postgrado de medicina general integral, en las universidades públicas del Estado, como es el caso de la Universidad Bolivariana de Venezuela.

Hay que señalar que al inicio de la misión en el año 2003, se incorporaron

médicos de la República de Cuba, como parte del Convenio Cuba-Venezuela, en donde se ofreció de manera gratuita, los servicios médicos, especialistas y técnicos de salud, para prestar sus servicios en zonas donde no se disponía de personal, que estuviese dispuesto a trabajar en estas zonas con sentido de pertinencia y comprometido con los cambios expresados dentro del marco constitucional, este tipo de selección no fue dado por el gobierno venezolano.

Es necesario señalar que debido a las disputas generadas en el gremio médico venezolano y otras razones de índole político, muchos de estos médicos fueron sustituidos por personal venezolano, y seleccionados bajo los criterios antes señalados con el propósito de captar personal comprometido al cambio del modelo de salud pública y con sentido de pertinencia (Guédez, 2009).

Entendida la contratación como el acuerdo que se establece entre el patrono y el empleado como pagos de sus servicios prestados a una organización, en relación al personal asistencial de la Misión Barrio Adentro este proceso se realiza por medio de personal contratado y fijo, y en base a su desempeño continua contratada o se deja fijo, todo este proceso se sigue bajo los lineamientos del Ministerio del Poder Popular para la Salud (Rodríguez, entrevista 2010).

Por otra parte, la remuneración, como el proceso que incluye todas las formas de pago o compensaciones dadas a los empleados, derivadas de su empleo, se encuentra basada en tres componentes la remuneración básica, que es el salario dado de manera mensual o por horas, el segundo los constituye los incenti-

vos salariales, que son diseñados para recompensar al empleado por su buen desempeño (bonos, participación por resultados), y el tercer componente son los beneficios también conocidos como remuneración indirecta, estos son concedidos a través de vacaciones, seguros de vida, entre otros (Chiavenato, 2002).

En relación al Programa Barrio Adentro la remuneración es regida por el contrato laboral, se garantiza además buen ambiente de trabajo y el pago es realizado por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (Rodríguez, entrevista 2010).

La capacitación se realiza ofreciendo estudios de mejoramiento tales como diplomados y postgrado; tal es el caso del Programa de Medicina Integral Comunitaria que se ofrece en nivel de Pregrado, el cual "tiene una duración de seis años y se caracteriza por la integración de cuatro ciclos formativos; el ciclo básico, el preclínico, el clínico y el internado como práctica de profesionalización que favorece la educación continua del médico y de la médica" (Organización Panamericana de la Salud-OPS, 2006:73) el eje integrador es la atención de la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, y su escenario formativo es el consultorio popular de Barrio Adentro. El objetivo es que sus egresados desarrollen competencias diagnósticas y terapéuticas con la capacidad de ofrecer atención médica integral a través de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de todos los ciudadanos.

Asimismo, se encuentra el Programa de formación de postgrado en Medicina General Integral (MGI), "que busca la capacitación y adiestramiento del personal ad-

crito al programa, promoviendo el sentido de pertenencia y un enfoque médico más humanista y con justicia social, orientado a dar respuestas a las necesidades más sentidas en salud de las comunidades" (Rodríguez, entrevista 2010). Este programa se encuentra orientado a un nuevo modelo pedagógico basado en la atención primaria en salud. El espacio de aprendizaje es el consultorio popular, con rotaciones en las clínicas populares y en establecimientos de la red hospitalaria.

Este proceso de capacitación surge al año de haber comenzado el programa barrio adentro, se concibe como una estrategia para lograr el alcance de las competencias profesionales necesarias (conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y valores) para desempeñarse en los establecimientos de atención primaria en salud del Sistema Público Nacional de Salud. "Cada residente tiene asignado un tutor especialista en MGI con experiencia como docente que trabaja en el consultorio popular. Realiza guardias en los servicios de urgencia de los hospitales, ambulatorios y centros médicos integrales y tiene la posibilidad de llegar a un diagnóstico de certeza a través de la disponibilidad de los medios de la más alta tecnología disponibles en los centros de alta tecnología" (OPS, 2006: 78).

Asimismo, se cuenta con el personal de formación de odontología general integral, sus principios están dirigidas a la promoción, prevención, curación y rehabilitación bucal que logren la disminución de la morbilidad bucal en la persona, la familia, la comunidad y el ambiente, apoyado en la participación comunitaria, con el fin de elevar la calidad de la atención y la satisfacción de la población. "El objetivo

principal es garantizar una atención primaria integral a todos los ciudadanos y ciudadanas del territorio nacional, ofertando las acciones programáticas mediante la participación y corresponsabilidad social en los procesos locales, que permitan la detección e intervención en los problemas de salud de forma eficaz y oportuna" (OPS, 2006: 78).

También se presenta, el programa de formación de enfermería, que en un principio fueron conformados por defensores y defensoras de la salud, estas personas se capacitaron para generar procesos participativos en actividades de promoción y prevención de salud dentro y fuera del consultorio popular (OPS, 2006: 80). En relación a la parroquia este personal está encargado de promover la salud en las comunidades se reúne periódicamente para identificar las necesidades de cada sector y buscar las soluciones más efectivas (Chan, entrevista 2010).

Con respecto la infraestructura para la prestación de los servicios de la Misión Barrio Adentro, esta se realiza a través de los consultorios populares ubicados dentro de las comunidades; y que constituye el punto de contacto de ésta con el sistema público nacional de salud. Dichos consultorios populares son estructuras físicas, diseñadas y construidas para expandir y mejorar la atención a las comunidades. Los puntos de consulta son ambientes físicos existentes en las comunidades que son acondicionados y dotados para brindar atención médica gratuita para toda la población. Ambos cuentan al menos con un médico o médica especialista en medicina integral o familiar, un agente, promotora o promotor de salud y una organización social de

apoyo como los comités de salud (OPS, 2006: 53).

La cancelación de los servicios públicos de los consultorios populares como lo son electricidad, agua potable, gas entre otros, estos son cubiertos por financiamiento del Estado venezolano a través de PDVSA, en la región zuliana. Las instalaciones físicas y los mobiliarios que se utilizan para la ejecución de las labores; son adquiridos por medio de donaciones del gobierno nacional y empresas del sector público y en algunos caso por parte de la comunidad (Chan, 2010).

Como se puede evidenciar la atención del servicio se realiza dentro de los consultorios populares ubicados estratégicamente en los sectores de las parroquias, se promueve una atención primaria en salud, la cual implica alcanzar un adecuado estado de bienestar físico, mental y social en personas, familias y comunidades con una amplia participación de los actores sociales tanto intra como extra-sectoriales, a través de acciones de promoción, prevención y diagnóstico temprano y rehabilitación (Álvarez, 2001). Desde el punto de vista social incluye la atención integral a grupos vulnerables; niños, ancianos, adolescentes, mujeres y discapacitados. Se orienta a atender el deterioro de la calidad de vida y la salud de la población, especialmente la excluida que no tenga acceso a la prestación de servicios de atención integral (Valero, 2005).

En relación al procedimiento de las consultas éste se realiza dentro del consultorio y se atiende al paciente por orden de llegada, se establece una lista y se le asigna un número, como se menciona en el párrafo anterior se tiene como principio ofrecer una atención primaria en salud,

de manera que la patología clínica sea atendida desde su origen, lo cual muestra una atención preventiva mas no curativa (Chan, entrevista 2010). Asimismo, se atiende cualquier tipo de emergencia que se presente a los pacientes y de no poder dar respuesta se refiere a un centro de salud cercano o centros de atención integral cercano a la comunidad, para garantizar la atención inmediata del mismo.

La atención médica primaria implica actividades de prevención y promoción a la salud, que están dadas en visitas directas a los hogares, conocida como "terreno", charlas y conferencias educativas sobre alguna temática como por ejemplo, el caso del dengue, jornadas de vacunación, se realizan actividades deportivas, sociales y recreacionales, igualmente se ofrece la atención especializada que son consultas en el área de odontología y oftalmología y los ingresos hospitalarios en caso de ser necesarios a los centros de salud (Chan, entrevista 2010).

El proceso administrativo de financiamiento del servicio se realiza a través del gobierno central, el suministro de medicamentos se recibe del gobierno cubano y este es distribuido a nivel nacional en todas las coordinaciones regionales de cada Estado del país (Rodríguez, entrevista 2010). El paciente no debe cancelar nada por el servicio prestado, de manera que se de cumpliendo al mandato constitucional de gratuidad y equidad en la prestación de los servicios públicos.

En las consultas los medicamentos se entregan según el criterio de diagnóstico establecido hacia el paciente y generalmente se entrega el tratamiento completo para que el paciente mejore su condición de salud, asimismo este recibe

atención continua para hacer seguimiento de su mejoría, este seguimiento se realiza por la colocación de una consulta sucesiva y por medio de las consultas en terreno que realizan los médicos como parte de su trabajo de promoción (Chan, entrevista 2010).

La prestación del servicio se hace de manera focalizada a los grupos sociales dentro de la comunidad, el Estado invierte en su financiamiento adquiriendo medicamentos de Cuba, esto de cierta forma genera un gasto para el Estado en el sector Salud de "aproximadamente Bs. 6.222 millones" (Instituto Nacional de Estadística-INE, 2010), pudiendo hacerse con medicamentos elaborados dentro del país implicando un menor gasto de los ingresos, pudiendo utilizar dichos recursos en la culminación de algunos consultorios y en la dotación y acondicionamiento de otros, esta orientación en la distribución de ingreso permite señalar la marcada orientación del modelo burocrático populista (Ochoa y col., 1996).

La prestación del servicio del programa Barrio Adentro en la parroquia Francisco Eugenio Bustamante, se puede señalar que está encaminada en ofrecer un servicio de calidad, y atención primaria en salud, dirigida a mejorar las condiciones de vida de todos los ciudadanos y ciudadanas de los sectores de esta parroquia. En el consultorio se observó el compromiso de los médicos y médicas, y enfermeras, en brindar una atención oportuna a los pacientes y darle respuestas a sus necesidades.

4. Conclusiones

Con respecto a la gestión del programa Barrio Adentro I en la parroquia

Francisco Eugenio Bustamante del estado Zulia, durante el periodo 2003-2009, se determina lo siguiente:

El proceso de toma de decisiones se hace de manera centralizada, identificando la presencia de lineamientos propios del modelo burocrático populista de organización, debido a que desde su origen el programa Barrio Adentro ha sido coordinado y dirigido bajo las directrices del gobierno nacional, bajo las políticas del Ministerio del Poder Popular para la Salud, los coordinadores regionales son nombrados por el viceministro de salud, estos cumplen la función de decidir en materia operativa, asistencial, docente y logística en relación a las directrices del programa, estas decisiones son tomadas en reuniones con los coordinadores parroquiales y se analizan según sea el caso.

Las decisiones son tomadas desde la coordinación regional, y son estos los que ejecutan las acciones a seguir, a pesar que las comunidades tienen poder de decidir sobre las problemáticas y demandas sentidas dentro de su comunidad, estas son llevadas a la coordinación regional donde se finiquita la decisión. Este proceso deja en evidencia que las decisiones son tomadas desde un nivel jerárquico centralizado que descansa en elementos propios del modelo burocrático populista.

El proceso de administración del personal, específicamente su ingreso se realiza mediante concursos de credenciales y los comités de salud de cada parroquia se encargan de postular al personal de enfermería, estos son sometidos a criterios probatorios de las credenciales y en base a recomendaciones previas para optar al cargo, dejando en evidencia la orientación tecnocrática, la cual implica

ascender o promover a funcionarios tomando en cuenta la capacidad como criterio de selección. El proceso de contratación se realiza empleando la modalidad de fijo o contratado y dependiendo de su desempeño la persona podrá continuar en su puesto de trabajo. Este proceso lo realiza el coordinador regional de la Misión Barrio Adentro en el Zulia.

La remuneración es regida por contrato laboral con todos los derechos establecidos en la ley, se garantiza todos los derechos, buen ambiente de trabajo y espacio físico. La capacitación se desarrolla ofreciendo estudios de mejoramientos continuos como diplomados, seminarios, y postgrados como es el caso del programa de medicina general integral. Un criterio para su posterior participación en algún centro de salud promovido por el Estado a través de la Misión Barrio Adentro, es estar cursando el programa de postgrado, o alguna actividad académica que lo vincule con la misión o el trabajo comunitario en materia de salud.

La prestación de los servicios en la Misión Barrio Adentro I, promueve la atención primaria en salud, cumpliendo así con los principios del sistema público nacional de salud que aún se encuentra en revisión, dicha atención va mas allá de atender el síntomas del paciente; sino también ir al diagnóstico definitivo y su mejoría total, este tipo de servicios busca atender la enfermedad desde su inicio y mantener un control con el paciente hasta que éste mejore su situación de salud.

La prestación del servicio cuenta con una infraestructura diseñada acorde a las necesidades de las comunidades, estos son los consultorios populares que

se construyen en los sectores que requieren mayor nivel de atención pública en salud. La administración del financiamiento de los servicios se realiza por recursos del Estado; el paciente no cancela por los servicios ofrecidos.

El suministro de medicamentos se realiza según la patología del paciente, el tratamiento se recibe para el tiempo que sea prescrito de forma gratuita y personalizada, el Estado es el ente de financiamiento para el pago de medicamentos y lo hace por medio del convenio entre Cuba y Venezuela.

A pesar de algunos desajustes en la ejecución del programa y su marcada orientación del modelo burocrático populista, está encaminado en cumplir los principios constitucionales de ofrecer servicios de salud de manera gratuita, e igualdad de derechos. Sin embargo, todo ello depende de que el Estado continúe cumpliendo con sus deberes con los ciudadanos, y de esta forma se consoliden los principios del sistema público nacional de salud, señalados en nuestra constitución de manera que se alcance una efectividad total en la calidad de los servicios públicos de salud.

Referencias bibliográficas

- Alvarado, Neritza (2004). Gestión social y pobreza en Venezuela Balance y Perspectiva. Ponencia presentada en el Congreso Internacional de Gerencia en América Latina. Caracas, Venezuela.
- Álvarez, Roberto S. (2001). **Temas de Medicina General Integral Volumen I. Salud y Medicina**. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, Cuba.

- Asamblea Nacional Constituyente (ANC) (1999). **Constitución de la República Bolivariana de Venezuela**, gaceta oficial N°36.860.
- Centro Latinoamericano de Administración y Desarrollo CLAD (1998). **Una Nueva Gestión Pública para América Latina**. Caracas, Venezuela.
- Chiavenato, Idalberto (2002). **Gestión del talento humano: el nuevo papel de los recursos humanos en las organizaciones**. Bogotá, Colombia. Editorial McGraw-Hill.
- Erras, Carolina (2001). **Modelos Burocráticos de Organización**. Disponible en: <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/ger/mobuor.htm>. Fecha de Consulta, 15-01-2010.
- Guédez, Ivonne (2009). **Misión Barrio Adentro I: Cinco Años del Modelo de Atención Primaria en Salud de la República Bolivariana de Venezuela**. En: Revista de Salud Pública, (XIII) 1; 49-59, Junio. Pp. 49-59.
- Kliksberg, Bernardo (1994). El problema social en América Latina: Dilemas e interrogantes. En: Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales N ° 1 (enero-marzo).
- Instituto Nacional de Estadística (INE) 2010. **Indicadores del Gasto Público en Venezuela**. Disponible en: www.ine.gob.ve. Fecha de consulta: 03-03-2010.
- Ochoa H., Haydée (1993). **Consideraciones en torno al fenómeno de la tecnocracia**. En: revista Cuestiones Políticas N°11. Facultad de Ciencias Jurídicas y Políticas. Pp 17-39.
- Ochoa H., Haydée (1995). **Tecnocracia y Empresas Públicas en Venezuela (1948-1991)**. Editorial de la Universidad del Zulia (EDILUZ).
- Ochoa H., Haydée; López, Mirtha y Rodríguez, Isabel (1996). **Administración pública y populismo en Venezuela**. En: Revista Venezolana de Gerencia, N° 1 Vol 1 Junio. Maracaibo, Estado Zulia. Pp. 39-58.
- Ochoa H., Haydée y Fuenmayor, Jennifer (2006). **Ni tecnocracia ni populismo: hacia una nueva gestión pública para la transformación en Venezuela**. En: El Poder de los Expertos para comprender la democracia. Centro de Estudios de la Empresa, FA-CES, Universidad del Zulia. Pp. 145-189.
- Organización Panamericana de Salud OPS (2006). **Barrio Adentro: Derecho a la Salud e inclusión social en Venezuela**. Centro de Documentación e información, Caracas, Venezuela.
- Parra, Matilde y La Cruz Tito (2003). **Proyecto Observatorio Social. Seguimiento activo a los programas sociales en Venezuela. Caso de los Multihogares de Cuidado Diario**. Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales.
- Restrepo, Guillermo (2009). **El concepto y Alcance de la Gestión Tecnológica**. Disponible: http://ingenieria.udea.edu.co/producciones/guillermo_r/concepto.html. Fecha de Consulta, 15-02-2010.
- Rey, Juan Carlos (1991). **La Democracia Venezolana y la crisis del sistema populista de conciliación**. En Revista de Estudios Políticos. N° 74. España.
- Rincón B., María Teresa (2006). **Gestión de los servicios de salud promovidos por la gobernación del estado Zulia, periodo 2000-2005** (Trabajo de ascenso). Universidad del Zulia, Facultad de Ciencias Económicas y Sociales.
- Valero, Jhoan M. (2005). **Evaluación desde la perspectiva del beneficiario del programa Barrio Adentro en el Sector los Altos II de la Parroquia Francisco Eugenio Bustamante del Mu-**

nicipio Maracaibo del Estado Zulia en el período 2004-2005. Trabajo de grado para optar el título de Sociólogo. Universidad del Zulia.

Weber, Max (1976). **Economía y Sociedad. Esbozo de Sociología Comprensiva.** Decimocuarta reimpresión en español. Fondo de Cultura Económica. México.

Entrevistas

Chan, Ledys (2010). **Coordinadora Parroquial de los Comités de Salud,** Parroquia Francisco Eugenio Bustamante. Maracaibo, 21-05-2010.

Rodríguez, Dorys (2010). **Delegada de la Coordinadora Nacional de Barrio Adentro.** Maracaibo, 18-05-2010.