

Evaluación desde la perspectiva del beneficiario del capital social en el programa Misión Barrio Adentro

Sorayda Rincón González* y Norbis Mujica Chirinos**

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo general evaluar, desde la perspectiva de los beneficiarios, el capital social en el Programa Misión Barrio Adentro en las comunidades de El Callao de la parroquia Domitila Flores del municipio San Francisco y de la Urb. La Paz segunda etapa, de la parroquia Cecilio Acosta del municipio Maracaibo del Edo. Zulia. Se utilizó el enfoque teórico de Siempro (1999) para definir la variable evaluación desde la perspectiva de los beneficiarios como un proceso integral entre el programa y sus beneficiarios, que permite evaluar aspectos de la planificación y ejecución de un programa, incorporándose la participación de sus beneficiarios como un aspecto fundamental. Se realizó un estudio evaluativo, descriptivo transeccional de campo y se elaboró una entrevista estructurada, luego se validó el instrumento para ser aplicado a una muestra de 393 jefes de familias beneficiarias en las dos comunidades. En cuanto a los resultados obtenidos, se concluyó que no existe capital social en estas comunidades, generado a partir de la ejecución de la misión Barrio Adentro, a pesar que se han profundizado las relaciones de confianza, solidaridad, reciprocidad, las normas cívicas, los valores éticos, entre los médicos y los pacientes en los consultorios y los CDI de la misión; este trato no ha influenciado a la comunidad, donde esos indicadores registran valores mínimos.

Palabras clave: Evaluación, perspectiva de los beneficiarios, barrio adentro, capital social, misiones sociales.

* Socióloga egresada de la Universidad del Zulia (LUZ). Magister en Planificación y Gerencia de C Y t (LUZ). Doctora en Ciencias Gerenciales de la Universidad Rafael Belloso Chacín (URBE). Profesora Titular de la Escuela de Sociología de LUZ. Investigadora del Centro de Estudios de la Empresa, FCES, LUZ. Acreditada al Programa de Promoción del Investigador (PPI) Nivel II de la ONCTI. Correo electrónico: sorarincon@hotmail.com

** Licenciado en Comunicación Social, mención Periodismo Impreso, de La Universidad del Zulia (LUZ). Especialista en Política Social, Centro de Estudios del Desarrollo (CENDES) de la Universidad Central de Venezuela (UCV). Candidato a Doctor en Ciencias Sociales. LUZ. Investigador del Centro de Estudios de la Empresa Profesor Asistente de la Escuela de Administración y Contaduría Pública y Escuela de Sociología de la FCES, LUZ. Acreditado al Programa de Promoción al Investigador (PPI) Nivel II de la ONCTI. Correo-electrónico: norbism@yahoo.com

Evaluation of Social Capital from the Perspective of the Beneficiary in the Program Mission Barrio Adentro (Inside the Neighborhood)

Abstract

The general objective of this investigation is to evaluate the social capital of the Program Mission *Barrio Adentro* from the perspective of the beneficiaries in the communities of El Callao in the Domitila Flores Parish of the Municipality of San Francisco and in Urbanization La Paz, second stage, in the Cecilio Acosta Parish of the Municipality of Maracaibo, State of Zulia. The theoretical approach of Siempro (1999) was used to define the evaluation variable from the perspective of the beneficiaries as an integral process between the program and its beneficiaries that permits evaluating aspects of the planning and execution of a program, incorporating the participation of its beneficiaries as a fundamental aspect. An evaluative, descriptive, trans-sectional field study was performed and a structured interview was created; the instrument was validated and applied to a sample of 393 heads of beneficiary families in the two communities. In terms of the results obtained, it was concluded that social capital does not exist in these communities, generated starting from the execution of the *Barrio Adentro* Mission, in spite of the fact that relationships have been deepened in terms of confidence, solidarity, reciprocity, civic norms, ethical values, among the doctors and patients in the consulting offices and the CDI of the mission; this treatment has not influenced the community, where those indicators registered minimum values.

Key words: Evaluation, beneficiaries' perspective, *barrio adentro*, social capital, social missions.

Introducción

La política social, definida como la acción del Estado destinada a satisfacer necesidades de la población en las áreas de salud, educación, vivienda, entre otras, implementadas en Venezuela en los distintos periodos presidenciales desde comienzo de la democracia, parecen que no han dado los resultados esperados en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población y sobre todo en la disminución de la pobreza.

En las distintas estrategias de desarrollo implantadas en Venezuela la política social ha tenido características específicas: en la estrategia desarrollista, la política social se presenta como una actividad permanente e inherente a la concepción misma del Estado, que se ve obligado a garantizar a la población una condición digna de existencia para todos, por lo tanto la política social tiene como característica fundamental ser populista, asistencialista y universalista, sin embargo, no logró alcanzar su objetivo fundamental, el cual era dotar a la población de los servicios

básicos para garantizar su acceso al desarrollo económico y al bienestar, y el resultado obtenido fue la agudización de la pobreza.

En 1989 con la aplicación del programa de Ajuste Estructural, se implementó una estrategia Neoliberal en Venezuela, en la cual la política social adquiere tres características básicas: compensatoria; su aplicación está limitada a compensar los efectos regresivos del ajuste económico, focalizada, dirigida a la población socialmente más vulnerable y transitoria; su aplicación estaría determinada mientras durara los efectos del ajuste económico. A pesar de tener grandes diferencias con la política social tradicional, tampoco generó cambios en la superación de la pobreza.

A principios de 1996 se realiza en Venezuela el nuevo ajuste económico llamada la Agenda Venezuela, que no propone en el área de lo social orientaciones distintas a las propuestas por la estrategia neoliberal, la política social sigue siendo de carácter compensatorio, aplicando programas que compensen rápidamente los efectos del ajuste económico sobre la población más vulnerable, pero tampoco ofrece respuesta al aumento de la pobreza.

Luego de la llegada al poder del Teniente Coronel Hugo Rafael Chávez, en 1998 la política social en Venezuela puede subdividirse en varios momentos. El primer momento 1998- 2000, la política social fue expansiva en gasto y centralizada en estructura, siendo los programas compensatorios la estrategia fundamental de intervención social y ataque a la pobreza. Entre el 2000 y el 2001, el segundo momento, la política social continúa centrada en los programas compensatorios alrededor del Fondo Único Social y el plan Bolívar 2000. El tercer momento, en el año 2002, se priorizan aún más las áreas de atención, los programas que lo componen y las poblaciones objetivos. A finales del año 2002 y en el primer trimestre del 2003, se da inicio al cuarto momento de las políticas sociales en el periodo del presidente Hugo Chávez, que aspira revertir las consecuencias del paro empresarial y petrolero, es aquí donde las misiones se convierten en el centro de lo que será la política social del gobierno.

Las misiones como ejes fundamentales de la política social surgen en el año 2003, con el propósito de disminuir los problemas sociales de los sectores populares en las áreas de educación, salud, alimentación, empleo y vivienda; y sobre todo reducir la pobreza, sin embargo, continúan siendo una serie de programas sociales de corte básicamente asistencialista y focalizados.

A pesar de que las estadísticas que maneja el gobierno venezolano, demuestra un mejoramiento progresivo de los indicadores de la pobreza en Venezuela, siguen siendo disminuciones muy tímidas frente al uso intensivo de los recursos fiscales provenientes de los excedentes de la renta petrolera, que se utilizan para financiar los programas sociales. Es por ello, que estas políticas no han logrado contener de manera significativa el desempleo, la pobreza y el deterioro de los ingresos.

Las misiones sociales, como parte fundamental de la política social implementada por el actual presidente, sigue adoleciendo de graves problemas que ya en periodos anteriores se venían presentando, que merman la eficiencia de la misma y que de cierta forma han impedido superar los niveles de pobreza crítica que aun sufre una gran parte de la población venezolana.

Entre los muchos problemas que ha adolecido la política social en Venezuela, esta investigación pretende resaltar la carencia de evaluaciones sistemáticas de la acción del Estado en lo social. Ante la escasez de recursos es necesario hacer evaluaciones de los programas en ejecución, de comprobar que los recursos utilizados efectivamente han contribuido al cambio en las condiciones de vida de la población más vulnerable y de no ser así realizar los cambios necesarios para aumentar su efectividad.

Es por esa razón que este trabajo, propone como una de las formas de evaluación más eficiente aquella que se origina a partir de la perspectiva de los beneficiarios, de sus opiniones sobre los programas sociales o las misiones implementadas en el actual gobierno, con la finalidad de saber si éstas están logrando los objetivos planteados en las mismas.

La presente investigación se plantea evaluar desde la perspectiva del beneficiario la Misión Barrio Adentro en relación a la creación de capital social en dos comunidades del Municipio Maracaibo del Estado Zulia.

Esta investigación pretende ser un esfuerzo que se convierta en un punto de partida que demuestre la importancia de la evaluación desde la perspectiva del beneficiario de las misiones sociales en Venezuela y que sea su voz la que permita perfeccionarlas para avanzar hacia una sociedad más incluyente y democrática.

Evaluando desde la Perspectiva de los Beneficiarios

La evaluación desde la perspectiva de los beneficiarios, también denominada participativa, busca evaluar aspectos o problemas del programa relacionados con la planificación, ejecución y logro de resultados, desde la perspectiva de los beneficiarios, incorporando su participación como aspecto central.

Para Siempro (1999), esta herramienta de evaluación de la ejecución del programa, incorpora la perspectiva de las poblaciones beneficiarias en el proceso de análisis de las fortalezas y debilidades de los programas y de los impactos que generan en las condiciones de vida de esas poblaciones.

Son beneficiarios directos los que obtienen las prestaciones directamente del proyecto (las comunidades) y beneficiarios indirectos aquellos que entran en contacto con las prestaciones a través de uno o más intermediarios (Musto, 1975).

La evaluación participativa, persigue minimizar la distancia existente entre el evaluador y los beneficiarios directos. Las potencialidades

de la participación son importantes en el éxito de un proyecto, que la población objetivo participe, es decir los beneficiarios directos, tanto en el diseño como en su implementación, permite mejorar la consecución de los objetivos del mismo (Cohen y Franco, 1988).

En los proyectos sociales, la participación de los beneficiarios directos es todavía más importante, supone que su administración establezca relaciones horizontales con los usuarios para viabilizar procesos de reajustes permanentes entre las metas y las formas previstas para alcanzarlas, requiere el fortalecimiento de la capacidad de gestión a nivel local. La comunidad debe no sólo percibir el problema sino también, debe tener la capacidad para transformar su realidad (Cohen, 1994).

La transformación de esta realidad local, pasa necesariamente porque surja un tipo de compromiso social para que estos proyectos se realicen a través de elementos como la solidaridad, la confianza, la cooperación voluntaria, el sentido del deber ser y la responsabilidad compartida.

La aplicación de evaluaciones participativas, ha permitido que los beneficiarios directos incorporen la noción de sustentabilidad a los proyectos sociales, la cual está asociada a la formación y desarrollo de capacidades para la auto organización entre los destinatarios o la comunidad, genera información y facilita la toma de decisiones sobre aspectos relacionados con la adecuación entre el programa y las necesidades de la población, los efectos que el programa tiene sobre las condiciones de vida de los beneficiarios, los niveles, grados y características de la participación de los beneficiarios en el programa, el logro de los resultados, el impacto generado y los principales problemas, prioridades y demandas identificadas desde la percepción de los beneficiarios (Siempro, 1999).

Para ello, el fortalecimiento de la comunidad, como destinatario directo del programa se lograra mediante la potenciación de los componentes no visibles del desarrollo entendidos como capital social, los cuales van a determinar la apertura y ampliación de la acción ciudadana.

Acerca del Capital Social

Analizando el termino de capital social, Coleman (1990) citado por Klikssberg (1999), expone que el mismo no es una sola entidad, más bien es una variedad de entidades que tienen dos características en común: todas radican en algún aspecto de la estructura social y facilitan ciertas acciones de los individuos que están dentro de la estructura; se presenta tanto en el plano individual como en el colectivo, tiene que ver con el grado de integración social de un individuo y con su red de contactos sociales, implica relaciones, expectativas de reciprocidad y comportamientos confiables. El capital social es productivo, tornando posible la realización de ciertos objetivos que serian inalcanzables sin su existencia.

Otro autor, Putman (1994), define el concepto de capital social apoyado en la categoría de comunidad cívica; esta comunidad está provista de un amplio capital social como redes de compromiso cívico, normas de

reciprocidad y la confianza social que facilitan la coordinación y la cooperación para el beneficio mutuo. Lo importante del concepto de este autor es la inclusión de la importancia de la confianza social y su influencia en el desarrollo económico, ya que cuando ésta existe en una región, hace posible la realización de acciones cooperativas que resultan beneficiosas para toda la comunidad. La confianza es un componente esencial del capital social y proviene de dos fuentes relacionadas: las normas de reciprocidad y las redes de compromiso cívico. A mayor nivel de confianza en la comunidad, mayor probabilidad de cooperación y la cooperación en si genera confianza.

Para Baas (1998) citado por Klikssberg (1999) el capital social tiene que ver con las normas de gobierno y con expresiones culturales y comportamientos sociales que hacen que la sociedad sea más cohesiva y represente más que una suma de individuos. Puede ser visto como un fenómeno subjetivo, compuesto de valores y actitudes que ayuden a la gente a superar relaciones conflictivas y competitivas, para establecer lazos de cooperación y ayuda mutua.

También Joseph (1998), citado por Klikssberg (1999), define el capital social como un vasto conjunto de ideas, ideales, instituciones y arreglos sociales a través de los cuales las personas encuentran su voz y movilizan sus energías para causas publicas

Portes y Sensenbrenner (1993), citado por Pizzorno (2003), propone una ambiciosa estructura teórica, bastante articulada y compacta, que hace derivar las formas de capital social de cuatro fuentes: interiorización de valores, intercambio de reciprocidades, solidaridad colectiva, conciencia de clase y confianza impuesta.

La concepción original que sobre capital social introduce Boudieu (1985), citado por Durston (2000), como los recursos que derivan de la posesión por parte de un actor social de relaciones de mutuo conocimiento o reconocimiento y que es perfeccionada por Coleman (1990), citado por Pizzorno (2003), que se refiere al conjunto de relaciones sociales que posee un individuo para la consecución de determinados fines suponen que el capital social, está constituido por las relaciones sociales que posee un individuo y no conforma entonces más que un conjunto de recursos que este puede utilizar, junto con otros, para la mejor persecución de sus propios fines.

Los autores citados anteriormente, insisten en que el carácter intangible del capital social es inherente a la estructura de sus relaciones, para poseerlo una persona debe relacionarse con otros y el verdadero origen de su beneficio son éstos y no ella. Es la acumulación de obligaciones de otros de acuerdo a las normas de reciprocidad. Tanto la solidaridad como la reciprocidad son los elementos claves que se manejan en la definición de capital social que sustentan estos autores (Durston, 1999).

En esta misma orientación, Klikssberg (2001) define el capital social como un potente campo de exploración y aprendizaje, cuya fuerza

principal está en su estrecha vinculación con la vida cotidiana de la gente; cobija cuatro áreas diferentes pero interrelacionadas como son: El clima de confianza, la capacidad de asociatividad, la conciencia cívica y los valores éticos.

Vemos cómo, en los conceptos expuestos anteriormente por diversos autores, cada uno aporta elementos a la definición de capital social; sin embargo, la discusión actual sobre capital social revela, que aun cuando existe consenso entre ellos de que es muy importante para el desarrollo, no hay acuerdo en la definición, ni en la manera cómo se puede materializar y medir empíricamente.

A este respecto, Trigilia (2003) afirma que el capital social se ha vuelto un tema de gran actualidad en las ciencias sociales, sin embargo, se trata de un concepto que debe ser manejado cuidadosamente para valorizar su potencialidades y evitar posibles efectos indeseados, aún más por su creciente difusión y el uso ambiguo e impreciso de este concepto.

Se entiende entonces, que el capital social no es una receta, ni siquiera un marco teórico consensuado, sino un debate en marcha, transdisciplinario y holístico, que podría ampliarse o restringirse de acuerdo al contexto específico al que será aplicado.

Es según Piselli (2003), es un concepto situacional y dinámico, que no se refiere a un objeto específico, que no debe ser encasillado en definiciones rígidas, sino que debe ser interpretado, en relación con los actores, con los fines que persiguen y con el contexto en el que actúan. Corresponde al investigador seleccionar el punto de vista desde el cual se llevara a cabo la observación. Por esto el capital social se refiere a un conjunto infinito y no delimitable de fenómenos.

A este respecto Portes (1999), ofrece una visión crítica relacionada con la ampliación, que como se ve, ha tenido el concepto; a este respecto afirma que la ambigüedad, la pluralidad y también la contradicción de las formas que asume han llevado a algunos actores a estigmatizarlo por su vaguedad e imprecisión.

Así, afirma que las aplicaciones cada vez más diversas someten a una severa prueba el significado original del término y su valor heurístico ya que el capital social se ha aplicado a tantos hechos y en contextos tan diferentes que pierde cualquier sentido distintivo que pueda tener.

Es importante a este respecto identificar la definición de capital social que para los fines de este trabajo se integra mejor con el ámbito en el cual será usado; a este respecto los autores de esta investigación, se identifican más con los conceptos sociológicos del término de capital social (ver Boudieu 1985, citado por Durston, 2000; Coleman, 1990, citado por Pizzorno, 2003; Durston, 1999; Portes y Sensenbrenner, 1993, citado por Pizzorno, 2003), en las cuales se coincide y se hace hincapié en que las formas del capital social se derivan de las siguientes fuentes fundamentales: Confianza social, solidaridad y la reciprocidad, normas cívicas, los valores éticos y la asociatividad que son producidas y reproducidas.

das para formar una diversidad de estructuras de redes interpersonales en una comunidad determinada que facilitan la acción y la cooperación en beneficio mutuo.

Sin embargo, no se comparte la idea de que el comportamiento participativo sea parte de las dimensiones del capital social como afirma Putman (1994), más bien se cree que ese elemento sería una consecuencia posible del desarrollo del capital social en una comunidad. A este respecto Trigilia (2003), rebate la tesis de Putman (1994), en la cual se le da una importancia preponderante a la cultura cívica que se presenta en regiones de Italia y que se mide sobre todo en referencia a la participación en asociaciones, partiendo de la idea de que la participación amplía los horizontes de los individuos y contribuye a superar una visión individualista y desconfiada hacia los demás.

Como se ve el capital social es identificado con las *civiness* y con elementos tales como la participación asociativa que tiende a producirla y mantenerla; sin embargo el autor se pregunta si es útil la identificación directa del capital social con la participación asociativa y abierta a la cooperación entre los ciudadanos o si esta extensión del concepto corre el riesgo de menoscabar su precisión analítica y el valor agregado que puede ofrecer para el estudio de las dinámicas sociales.

En este sentido es indiscutible que el capital social produce participación pero no necesariamente es parte de sus dimensiones de análisis. Durston y López (2006), sustentan esta misma afirmación cuando opinan que el capital social es el conjunto de relaciones de confianza y cooperación, pero no necesariamente produce altos niveles de participación ni sociedades civiles altamente democráticas, así plantea claramente que las relaciones, normas e instituciones de confianza, reciprocidad y cooperación son recursos que pueden contribuir al desarrollo productivo y al fortalecimiento de la democracia, no se plantea que siempre lo harán.

En este mismo sentido, Norris (2002), citado por Ortega (2005), afirma que contrario a Putman (1994) es la confianza social la que crea la relación entre capital social y escalas de involucramiento político, no la membresía asociativa; pertenecer a organizaciones voluntarias y asociaciones comunitarias fortalece y facilita el interés en los asuntos públicos, pero no es necesariamente un factor clave para entender el capital social.

Por otro lado, Krishna y Shrader (1999), afirman que a pesar que los estudios del capital social han generado una infinidad de conceptos, casi ninguno de ellos han desarrollado y utilizado alguna herramienta de evaluación que de manera precisa lo mida. Sin embargo, a pesar de querer medir el mismo concepto, las pocas herramientas que han sido creadas difieren sustancialmente unas de las otras, es por ello que los investigadores podrían elegir entre ellas o desarrollar nuevas herramientas con base en su propio diseño.

Las autoras, citadas anteriormente se preguntan ¿podrá encontrarse alguna medición de capital social que sea universalmente válida a

través de los países y los contextos culturales?; la respuesta indica que la escala de capital social debe ser construida separadamente para cada contexto y que los instrumentos deben ser diseñados identificando las categorías de análisis relativas a las dimensiones del capital social seleccionadas para cada caso particular, estos deben ser flexibles en su aplicación pero rigurosos en su análisis, combinando metodologías para un amplio rango de evaluaciones entre redes y normas.

De esta manera, las mismas autoras proponen una herramienta de evaluación, en la que el capital social está dividido en dos niveles; macro y micro. El macro nivel incluye: reglas de la ley, marcos legales, régimen político, nivel de descentralización y nivel de participación en el proceso de formulación de políticas y el micro nivel conformado por dos tipos de capital social el cognitivo y el estructural.

El cognitivo conformado por valores, conductas, actitudes y normas sociales; los valores incluyen confianza, solidaridad y reciprocidad y el estructural incluye la estructura organizacional horizontal, la toma de decisiones colectivas y transparentes, la responsabilidad de los líderes y las prácticas de acción colectiva y sostenibilidad de esfuerzos.

Si partimos de esta herramienta de medición del capital social, este trabajo, se enfoca en el micro nivel y más específicamente en el capital social cognitivo que se genera a partir de la implementación del programa Misión Barrio Adentro con las dimensiones seleccionadas y explicadas a continuación.

Los resultados de la Investigación

Los resultados de la investigación se exponen a través del análisis e interpretación de los resultados obtenidos durante el desarrollo del trabajo de campo, en el cual se encuestaron, mediante la aplicación de un cuestionario, a 393 jefes de familias beneficiarias del programa Barrio Adentro en dos comunidades del Estado Zulia.

Estas dos comunidades, se seleccionaron por ser bastante diferentes una de la otra, ya que la de El Callao no tiene servicios públicos de manera generalizada, sino algunos pequeños sectores, las carreteras no están asfaltadas, no existen aceras y brocales y las viviendas son fundamentalmente ranchos; mientras que la Urb. La paz, es una zona residencial consolidada, las viviendas son casas o apartamentos, tienen todos los servicios públicos y calles asfaltadas, con aceras y brocales.

Los datos obtenidos se analizaron en función de los indicadores de la variable capital social y donde la síntesis de los resultados para cada ítem se presenta utilizando tablas con frecuencias absoluta y relativa, calculadas para cada uno de los reactivos contenidos en el cuestionario.

En relación a la variable capital social en su primer indicador confianza social, el análisis de la Tabla 1 relacionada a la confianza de los usuarios en los conocimientos y el diagnóstico del médico del pro-

grama Barrio Adentro, se observa que 42 personas el 10.69% respondió que muy poco; 18 el 4,58% opinó que poco; 66 el 16.79 ,ni mucho ni muy poco; 104 el 26,46%, mucho; 163 el 41.48%, en una gran proporción, lo que indica que la mayoría de los encuestados confía en los conocimientos y el diagnóstico del médico.

Variable: Capital Social

Indicador: Confianza Social

Ítems N°1. ¿Cree Ud. En los conocimientos y el diagnóstico que realiza el médico que lo atiende en la consulta?

Tabla 1
Confianza en los Conocimientos y el diagnóstico del Médico (n=393)

Opción	Cantidad	%
1. Muy Poco	42	10,69
2. Poco	18	4,58
3. Ni mucho ni muy poco	66	16,79
4. Mucho	104	26,46
5. En una gran proporción	163	41,48
Total	393	100,00

Fuente: Rincón y Mujica (2008).

Ítems N°2. ¿Cree Ud. Que puede confiar su salud y la de su familia al personal médico que lo atiende en el programa B.A?

Tabla 2
Confianza de su salud y de su Familia (n=393)

Opción	Cantidad	%
1. Muy Poco	41	10,43
2. Poco	29	7,38
3. Ni mucho ni muy poco	64	16,28
4. Mucho	108	27,48
5. En una gran proporción	151	38,42
Total	393	100,00

Fuente: Rincón y Mujica (2008).

La Tabla 2 muestra los resultados obtenidos en relación a la creencia de los usuarios de que pueden confiar su salud y la de su familia al médico del programa B.A, 41 personas que representan el 10.43% de los encuestados, respondieron muy poco, 29, el 7,38%, poco; 64 el 16,28%, ni mucho ni muy poco; 108 el 27,48, mucho y 151 el 38,42, en una gran

proporción, resultados estos que evidencian que la mayoría de las personas creen que pueden confiar su salud y la de su familia al médico que labora en el programa.

Ítems N°3 ¿Cree Ud. que los miembros de su comunidad confían en los médicos que atiende en la consulta del programa B.A?

Tabla 3
Confianza de la Comunidad en los Médicos (n=393)

Opción	Cantidad	%
1. Muy Poco	20	5,09
2. Poco	15	3,82
3. Ni mucho ni muy poco	100	25,45
4. Mucho	132	33,59
5. En una gran proporción	126	32,06
Total	393	100,00

Fuente: Rincón y Mujica (2008).

Los resultados obtenidos en la Tabla 3, relacionados con la pregunta acerca de si la comunidad confía en los médicos que atiende la consulta de programa B.A, 20 personas, el 5,09%, respondió que muy poco; 15 el 3,82%, poco; 100 el 25,45%, ni mucho ni muy poco; 132 el 33,59%, mucho y 126 el 32,06%, en una gran proporción, por lo que se puede inferir que la mayor proporción de personas respondieron que creen que los miembros de su comunidad confían mucho y en una gran proporción en el médico.

Ítems N°4. ¿Suponga que sufre un grave problema de salud de manera imprevista le pediría a su familia que lo lleve a:

Tabla 4
Preferencias de Atención (n=393)

Opción	Cantidad	%
1. Consulta del Médico BA	52	13,23
2. Emergencia CDI	182	46,31
3. Emergencia Hosp. Pub.	81	20,61
4. Emergencia Hosp. Priv.	49	12,47
5. No Sabe	29	7,38
Total	393	100,00

Fuente: Rincón y Mujica (2008).

La Tabla 4, indica que los resultados obtenidos en relación a la preferencia de atención de las personas en caso de sufrir un grave problema de salud de manera imprevista, así se observa que, 52 personas, el 13,23%, seleccionaron la consulta del médico B.A, 182 el 46,31%, la emergencia del Centro de Diagnostico Integral, 81 el 20,61%, la emergencia de los hospitales públicos; 49 el 12,47, la emergencia de los hospitales privados y 29, el 7,38 respondió que no sabe, de esta manera la mayoría de las personas opinó que los llevaran a la emergencia del Centro de Diagnóstico integral en caso de un problema de salud imprevisto.

Indicador: Solidaridad y Reciprocidad

Ítems N°5 ¿Apoyaría Ud. alguna decisión que involucre la desaparición del programa B.A en su comunidad?

Tabla 5
Desaparición del programa B.A. (n=393)

Opción	Cantidad	%
1. Si	20	5,09
2. No	254	64,63
3. No Sabe	119	30,28
Total	393	100,00

Fuente: Rincón y Mujica (2008).

La Tabla 5, muestra los resultados obtenidos al preguntar sobre si apoyaría alguna decisión que involucre la desaparición del programa B.A, 20 personas el 5,09% respondió que si, 254 el 64,63% que no y 119 el 30,28% que no sabe; es importante notar en esta tabla, que aunque la mayoría no apoyaría ninguna decisión que involucre la desaparición del programa B.A, 119 personas el 30,28%, respondió de manera dudosa a la pregunta.

Ítems N°6. ¿Apoyaría Ud. alguna decisión que afecte al médico que labora en el programa B.A en su comunidad?

Tabla 6
Decisión que afecte al médico (n=393)

Opción	Cantidad	%
1. Si	15	3,82
2. No	268	68,19
3. No Sabe	110	27,99
Total	393	100,00

Fuente: Rincón y Mujica (2008).

Las respuestas obtenidas en la pregunta relacionada con que si apoyaría alguna decisión que afecte al médico que labora en el programa B.A, contenidas en la Tabla 6, muestran que solo 15 personas, el 3,82% respondieron afirmativamente; mientras que 268 el 68,19 contestaron negativamente y 110 el 27,99%, no saben, así, la mayoría no apoyaría ninguna decisión que afecte al médico.

Ítems N°7. ¿Se siente Ud. Agradecido con el médico por las atenciones recibidas por Ud. o su familia?

Tabla 7
Agradecimiento con el médico por parte de los pacientes (n=393)

Opción	Cantidad	%
1. Si	356	90,59
2. No	10	2,54
3. No Sabe	27	6,87
Total	393	100,00

Fuente: Rincón y Mujica (2008).

En las respuestas obtenidas en la Tabla 7, 356 personas el 90,59% de los entrevistados respondió que si se siente agradecido con el médico por las atenciones recibidas, solo 10 personas el 2,54% respondieron que no y 27 personas el 6,87%, que no sabe; lo que demuestra que existe en la mayoría de los entrevistados un sentimiento de agradecimiento para con el médico que trabaja en el programa B.A

Ítems N°8. ¿Estaría Ud. dispuesto a ayudar o colaborar con el médico en cualquier situación en que este lo necesite?

Tabla 8
Disposición a ayudar o colaborar con el médico (n=393)

Opción	Cantidad	%
1. Si	265	67,43
2. No	86	21,88
3. No Sabe	42	10,69
Total	393	100,00

Fuente: Rincón y Mujica (2008).

En relación a la respuestas obtenidas por los entrevistados, en la Tabla 8, se observa que 265 personas, que representan el 67,43%, afirman que si estarían dispuestos a colaborar o ayudar al médico en cualquier situación que éste lo necesite; 86, el 21,88 contesto de manera negativa, mientras que 42 personas, el 10,69% no sabe; por lo tanto pode-

mos decir que una gran mayoría estaría en disposición de ayudar o colaborar con el médico.

Ítems N°9. Si sufriera un grave problema económico. Cuántas personas de su comunidad estarían dispuestas a ayudarles que no sean parte de su familia?

Tabla 9
Solidaridad entre la comunidad (n=393)

Opción	Cantidad	%
1. Nadie	243	61,83
2. Una o dos personas	98	24,94
3. Tres o Cuatro personas	21	5,34
4. Cinco o Más personas	31	7,89
Total		393

Fuente: Rincón y Mujica (2008).

La Tabla 9, muestra que las respuestas obtenidas a la pregunta realizada, 243 personas, el 61,83% respondió que nadie, 98 personas, el 24,94%, respondió que 1 o dos personas, 21 personas, el 5,34%, tres o cuatro personas y 31 personas, el 7,89%, respondió que 5 o más, lo que indica que los niveles de solidaridad entre la comunidad son muy bajos.

Indicador: Normas Cívicas

Ítems N°10. ¿Cree Ud. Que los consultorios y sus equipos son cuidados tanto por los médicos como por los usuarios?

Tabla 10
Cuidado de los consultorios y los equipos (n=393)

Opción	Cantidad	%
1. Si	280	71,25
2. No	25	6,36
3. No Sabe	88	22,39
Total	393	100,00

Fuente: Rincón y Mujica (2008).

En la Tabla 10, en donde se pregunta si los consultorios y sus equipos son cuidados tanto por los médicos como los usuarios, las respuestas obtenidas reflejan que 280 personas, el 71,25% contestó que sí, 25, el 6,36%, que no; y 88 el 22,39% no sabía o no contestaron, lo que permitiría concluir que los consultorios y los equipos son cuidados tanto por los médicos como por los usuarios.

Ítems N° 11. ¿Observa Ud. en las instalaciones normas publicadas en cartelones, afiches o carteleras sobre el comportamiento de los usuarios dentro de las instalaciones?

Tabla 11
Publicación de normas de comportamiento dentro de las instalaciones (n=393)

Opción	Cantidad	%
1. Si	258	65,65
2. No	33	8,40
3. No Sabe	102	25,95
Total	393	100,00

Fuente: Rincón y Mujica (2008).

Las respuestas obtenidas a la pregunta si existen normas publicadas en cartelones, afiches o carteleras sobre el comportamiento de los usuarios dentro de las instalaciones, la Tabla 11 da cuenta que 258 personas, el 65,65% afirman que si, 33 el 8,40% contestaron que no, mientras que 102, el 25,95 no sabe. Lo que permitiría afirmar que la mayoría observa que si se publican las normas.

Indicador: Valores éticos

Ítems 12. ¿Cree Ud. Que el personal que trabaja en el programa B.A atiende por igual a partidarios del Gobierno y de la oposición?

Tabla 12
Igualdad en la atención (n=393)

Opción	Cantidad	%
1. Si	280	71,25
2. No	29	7,38
3. No Sabe	84	21,37
Total	393	100,00

Fuente: Rincón y Mujica (2008).

La Tabla 12 da cuenta del primer ítems relacionado con el indicador valores éticos; al respecto las respuestas obtenidas a la pregunta si el personal que trabaja en el programa B.A atienden por igual a partidarios del gobierno y de la oposición, 280 personas, el 71,25% respondió que si, 29, el 7,38% que no y 84 el 21,37% no sabe, lo que demuestra que según la mayoría existe igualdad en la atención brindada por el programa.

Ítems N° 13. ¿El personal que labora en el programa le ha preguntado alguna vez sus preferencias políticas antes o durante la atención?

Tabla 13
Preferencias políticas (n=393)

Opción	Cantidad	%
1. Si	37	9,41
2. No	300	76,34
3. No Sabe	56	14,25
Total	393	100,00

Fuente: Rincón y Mujica (2008).

En relación a las respuestas obtenidas en la Tabla 13, dan cuenta de que 37 personas el 9,41% de los entrevistados respondieron de manera positiva a la pregunta si el personal que labora en el programa le ha preguntado alguna vez sus preferencias políticas antes o durante la atención, 300 personas, el 76,34% respondieron que no y 56 personas, el 14,25% no sabe al respecto.

Ítems N° 14. ¿Cree Ud. Que Existe corrupción de algún tipo en los médicos o administradores del Programa B.A en su comunidad?

Tabla 14
Corrupción en médicos y administradores del programa (n=393)

Opción	Cantidad	%
1. Muy Poco	149	37,91
2. Poco	55	13,99
3. Ni mucho ni muy poco	170	43,26
4. Mucho	13	3,31
5. En una gran proporción	6	1,53
Total	393	100,00

Fuente: Rincón y Mujica (2008).

La Tabla 14, muestra los resultados obtenidos a la pregunta si cree que existe corrupción en los médicos o administradores del programa B.A en su comunidad, a este respecto, 149 personas, el 37,91% contestaron que muy poco; 55 el 13,99%, poco, 170, el 43,26%, ni mucho ni muy poco; 13 el 3,31% mucho; 6 el 1,53%, en una gran proporción, lo que demuestra que el mayor porcentaje se ubica en la opción ni mucho ni muy poco; es decir que al parecer no hay seguridad en que no exista corrupción en los médicos o administradores del programa.

Ítems N° 15. ¿Cree Ud. que dentro de los comités de salud se enseñan a la comunidad valores éticos como la cooperación, la igualdad, la ayuda mutua, la colaboración, la solidaridad en contraposición con el individualismo, la competencia, etc.?

Tabla 15
Enseñanza de valores éticos (n=393)

Opción	Cantidad	%
1. Si	152	38,68
2. No	44	11,20
3. No Sabe	197	50,13
Total	393	100,00

Fuente: Rincón y Mujica (2008).

Las respuestas obtenidas en la tabla N°15, indican que 152 personas el 38,68% de los entrevistados afirmaron que en los comités de salud se enseña a la comunidad valores éticos, 44, el 11,20% contestó que no y 197 el 50,13%, no saben; lo que podría interpretarse como que la mayoría de las personas no conoce lo que hacen los comités de salud con respecto a la enseñanza de los valores éticos.

Indicador: Asociatividad

Ítems N° 16. ¿Existen organizaciones dentro de su comunidad que de manera voluntaria participan en la organización de las actividades que realiza el programa B.A.?

Tabla 16
Existencia de organizaciones que participan en organización de actividades de B.A. (n=393)

Opción	Cantidad	%
1. Ninguna	225	57,25
2. Una o Dos	149	37,91
3. Tres o Cuatro	8	2,04
4. Cinco o Más	11	2,80
Total	393	100,00

Fuente: Rincón y Mujica (2008).

La Tabla 16, muestra los resultados obtenidos para la primera pregunta relacionada al indicador asociatividad, de los 393 entrevistados, 225 el 57,25%, respondió que no existe ninguna organización dentro de la comunidad que de manera voluntaria participa en la organización de actividades del programa B.A.; 149, el 37,91% respondió que una o dos; 8, el 2,04%, tres o cuatro y 11, el 2,80%, cinco o más. Lo que permite afirmar que la mayoría no conoce ninguna organización que de manera voluntaria participe en la organización de las actividades del programa B.A.

Ítems N° 17. ¿Existen redes entre los vecinos encargadas de difundir informaciones sobre el programa B.A?

Tabla 17
Existencia de Redes Vecinales (n=393)

Opción	Cantidad	%
1. Si	173	44,02
2. No	109	27,74
3. No Sabe	111	28,24
Total	393	100,00

Fuente: Rincón y Mujica (2008).

Los resultados de la Tabla 17, dan cuenta que 173 personas el 44,02%, opina que si existen redes entre los vecinos encargadas de difundir informaciones sobre el programa B.A, 109, el 27,74% opina que no y 111 personas el 28,24% no sabe si existen. Es importante señalar que aunque la mayoría de los entrevistados el 44,02% opinó que si, llama la atención que un porcentaje mayor de personas, sumando los que responden que no y los que no saben de la existencia de redes entre los vecinos encargadas de difundir informaciones sobre el programa B.A.

Ítems N° 18. ¿De las siguientes organizaciones que funcionan en su comunidad señale aquella que Ud. crea coopera para el mejor funcionamiento del programa B.A.?

Tabla 18
Organizaciones que coopera en el funcionamiento del programa B.A. (n=393)

Opción	Cantidad	%
1. Consejo Comunal	58	14,76
2. Comités de salud	161	40,97
3. Junta de vecinos	36	9,16
4. Otras	2	0,51
5. Ninguna	136	34,61
Total		393

Fuente: Rincón y Mujica (2008).

Las respuestas que se presentan en la Tabla 18, indican que 58 personas, el 14,76%, opinó que el consejo comunal es la organización que coopera en el funcionamiento del programa B.A, 161 personas el 40,97% seleccionó los comités de Salud, 36 personas el 9,16%, la junta de vecinos; 2 personas, el 0,51%, otras y 136 personas el 34,61%, ninguna. Se observa que aunque la mayoría relativa de los entrevistados seleccionó el comité de salud, un gran porcentaje escogieron organizaciones que no se relacionan con el programa o ninguna lo que podría indicar desinformación sobre las organizaciones que existen en la comunidad y que cooperan en el funcionamiento del programa.

Conclusiones

En relación al indicador confianza social, el cual se refiere a la confianza interpersonal, de expectativas de confiabilidad de unas personas hacia otras, de cómo la gente percibe a los demás en cuanto al aspecto básico de si le confía o no le confía. Pero también a un nivel mayor se refiere a la confianza hacia las instituciones y los grupos dirigentes, en este sentido la confianza hacia las instituciones asignan legitimidad o no a las mismas y es muy importante para el funcionamiento del sistema democrático.

Los resultados de las tablas expuestas anteriormente, indican que la mayoría de los encuestados confía en los conocimientos y el diagnóstico del médico; creen que pueden confiar su salud y la de su familia al médico que labora en el programa; de esta manera se evidenció que confían mucho en el médico de B.A, hasta el punto de que la mayoría de las personas opinó que en caso de un problema de salud imprevisto los llevaran a la emergencia del Centro de Diagnóstico integral. Sin embargo, esta confianza está fundamentada en la relación específica entre el médico y el paciente.

En el indicador **solidaridad y reciprocidad, los resultados dan cuenta de que** la mayoría de los entrevistados creen que los médicos del programa B.A se sienten seguros en la comunidad para la cual trabajan, no apoyarían ninguna decisión que involucre la desaparición del programa B.A ni ninguna decisión que afecte al médico. La gran mayoría que asiste a la consulta y los C.D.I se siente tratado con respeto por el personal. En relación a la pregunta si cree que su salud y la de su familia es importante para el personal y el médico que atiende en el programa B.A, a pesar que la mayoría respondió que si el 25,19% de la población tiene dudas al respecto; sin embargo, existe en la mayoría de los entrevistados un sentimiento de agradecimiento para con el médico que trabaja en el programa B.A y estarían en disposición de ayudar o colaborar con el médico así como el 74,81% de los interrogados afirmó su disposición de mejorar el funcionamiento del programa B.A. Es por lo tanto posible afirmar que la relación médico-paciente, ha desarrollado un alto nivel de solidaridad y reciprocidad de la comunidad con los médicos.

El indicador normas cívicas muestra los siguientes resultados: La mayoría de las personas opinó que más de la mitad de las personas que asisten a las consultan cuidan los espacios físicos en que se desarrollan las mismas, los consultorios y los equipos son cuidados tanto por los médicos como por los usuarios. También el 59,80 de los entrevistados afirman que si se les realizan mantenimientos preventivos a las instalaciones, equipos y edificaciones en las que funciona el programa B.A, además que se publican las normas en cartelones, afiches o carteleras sobre el comportamiento de los usuarios dentro de las instalaciones. Por lo tanto la comunidad demuestra que respeta y pone en práctica las normas cívicas y de comportamiento dentro de las instalaciones de los consultorios y el CDI.

Para el indicador valores éticos, los resultados muestran que existe igualdad en la atención brindada por el programa. La mayoría respondió que el personal que labora en el programa no le ha preguntado sus preferencias políticas antes o durante la atención. En relación a la existencia de corrupción en los médicos o administradores del programa B.A., en su comunidad, el mayor porcentaje se ubica en la opción ni mucho ni muy poco, es decir que al parecer no hay seguridad en que no exista corrupción en los médicos o administradores del programa. La mayoría de las personas no conoce lo que hacen los comités de salud con respecto a la enseñanza de los valores éticos, sin embargo, creen que el médico sí estimula la autoestima individual y colectiva en su comunidad.

Al igual que en los otros indicadores al parecer los miembros de la comunidades están de acuerdo en que dentro de la aplicación del programa B.A se resaltan los valores éticos, como la igualdad y la justicia estimulados por el médico; sin embargo, es importante resaltar que sólo en la pregunta sobre la existencia de corrupción parece existir dudas.

Los resultados del indicador Asociatividad indican que la mayoría no conoce ninguna organización que de manera voluntaria participe en la organización de las actividades del programa B.A. Es importante señalar que aunque la mayoría de los entrevistados el 44,02% opinó que sí existen redes entre los vecinos encargadas de difundir informaciones sobre el programa B.A., llama la atención que existe un porcentaje mayor de personas, sumando los que responden que no y los que no saben, que no conocen de la existencia de dichas redes. Se observa que al indicarles a los entrevistados que seleccionasen las organizaciones que existen en su comunidad y que se relacionan directamente en el funcionamiento del programa, la mayoría relativa de los entrevistados seleccionó el comité de salud, sin embargo, un gran porcentaje escogieron organizaciones que no se relacionan con el programa o la opción ninguna lo que podría indicar desinformación sobre las organizaciones que existen en la comunidad y que cooperan en el funcionamiento del programa.

El análisis realizado a los resultados obtenidos para cada indicador, permite responder al primer objetivo de la investigación: Identificar la presencia de capital social a partir de la implementación del Programa Social Misión Barrio Adentro en las comunidades analizadas. A este respecto, si volvemos al concepto sobre capital social, como el conjunto de relaciones sociales que se basan en confianza social, solidaridad y reciprocidad, normas cívicas, los valores éticos y la asociatividad, que son producidas y reproducidas para formar una diversidad de estructuras de redes interpersonales en una comunidad determinada, que podrían facilitar la acción y la cooperación en beneficio mutuo, es posible afirmar que no existe capital social en estas comunidades, generado a partir de la implementación de la misión Barrio adentro; a pesar que se han profundizado las relaciones de confianza, solidaridad, reciprocidad, las normas cívicas, los valores éticos, entre los médicos y los pacientes en los consultorios y los CDI de la misión B.A., como consecuencia de la implementa-

ción de un nuevo modelo de atención de la salud, en el cual el médico debe tener especial cuidado en el trato con sus pacientes.

Sin embargo, los resultados obtenidos en la presente investigación, indican que este trato no ha influenciado a las comunidades en general, en donde se registran valores mínimos en relación los indicadores de confianza social, solidaridad y reciprocidad, valores éticos, normas cívicas y asociatividad, que no facilitan la acción ni la cooperación en beneficio mutuo, ni mucho menos la creación de redes interpersonales en las comunidades estudiadas.

Los miembros de las comunidades, han desarrollado una relación de solidaridad y reciprocidad con los médicos, debido a este nuevo modelo de salud donde se prioriza especial cuidado en el trato a los pacientes, aunado la situación de indefección en que se conseguían anteriormente en relación a la salud. La creación de los consultorios populares, de los centros de diagnóstico integral, las salas de rehabilitación integral, los centros de alta tecnología y el trato directo de los médicos que realizan dispensarización de la salud casa por casa, han producido vínculos muy fuertes con ellos, hasta el punto de que las personas se sienten protegidas y tomadas en cuenta; lo que no implica organización de las comunidades, ni elevación de los niveles de confianza social, solidaridad y reciprocidad entre ellos, que les permitiría construir redes sociales para la cooperación y beneficio mutuo.

Por lo tanto, es posible afirmar que la Misión Barrio Adentro nace con el objetivo fundamental de generar capital social comunitario, a través de la construcción de redes orgánicas que permitan, por un lado, posicionar las instituciones del Estado y por otro, elevar la calidad de vida de los habitantes de los barrios. En este sentido, el estudio realizado da cuenta de que la Misión B.A. no ha estimulado la construcción de redes sociales orgánicas ya que los niveles de asociatividad de las comunidades estudiadas es muy bajo, producto de la falta de confianza social, solidaridad y reciprocidad, valores éticos y normas cívicas al interior de la misma, pero lo que sí es posible resaltar, es que la relación médico-paciente generada por los usuarios del programa ha estimulado la confianza, la solidaridad y la reciprocidad de la comunidad con los médicos y por ende con la institución dispensadora de salud, que ha generado un vínculo de agradecimiento con el programa, los médicos y en última instancia con el Presidente de la República, que lo ha posicionado positivamente dentro de la comunidad. Esto quiere decir, que las comunidades se sienten agradecidas al Presidente por la implementación de la Misión, lo que se traduce en votos de apoyo en los procesos electorales.

Referencias Bibliográficas

- COHEN, Ernesto (1994). **Evaluación de Programas Sociales**. Fundación Escuela de Gerencia Social. Serie Lecturas. N° 13. Diciembre. 13 pp.
- COHEN, Ernesto y FRANCO, Rolando (1998). **Evaluación de Proyectos Sociales**. ILPES/ONU. CIDES/OEA. Grupo Editor Latinoamericano. Colección Estudios Políticos y Sociales. Primera Edición. Buenos Aires. p. 341.
- DURSTON, John (1999). *Construyendo Capital Social Comunitario*. **Revista de La CEPAL**. N° 69. Naciones Unidas. Diciembre. pp. 103-117.
- DURSTON, John (2000). **¿Qué es el Capital Social Comunitario?** Cepal. División de Desarrollo Social. Serie Políticas Sociales N° 38. Santiago. p. 43. Documento en Línea. Disponible: www.eclac.cl
- DURSTON, John y LÓPEZ, Eduardo (2006). **Capital social y gestión participativa en la cuenca de Pátzcuaro**. **Revista de La CEPAL**. N°90. Naciones Unidas. Diciembre. pp. 105-119.
- KLIKSBERG, Bernardo (1999). **Capital social y cultura. Claves esenciales del desarrollo**. **Revista de La CEPAL**. N° 69. Naciones Unidas. Diciembre. pp. 85-102.
- KLIKSBERG, Bernardo (2001). **El Capital Social. Dimensión Olvidada del Desarrollo**. Universidad Metropolitana. Editorial Panapo. p. 154.
- KRISHNA, Anirudh y SHRADER, Elizabeth (1999). **Herramienta de evaluación del capital social**. Cátedra Rectoral Alexis de Tocqueville. Universidad de Carabobo. Alcaldía del Municipio Valencia. Banco Mundial. Documento en Línea. Disponible: www.bancomundial.org.
- MUSTO, Stefan (1975) **Análisis de Eficiencia. Metodología de Evaluación de Proyectos Sociales de Desarrollo**. Colección de Ciencias Sociales. Serie de Sociología. Editorial Tecnos. Madrid. p. 187.
- ORTEGA, Álvaro (2005). **Importa la confianza social?...Por qué sí y por qué no**. Ensayo. Retos de la Democracia. Harvard University. Kennedy School of Government. Abril. pp. 1-12. Documento en Línea. Disponible: <http://www.fundemocracia.org/temasdeestudio/democracia/demo/comparando.pdf>
- PISELLI, Fortunata (2003). **Capital social: un concepto situacional y dinámico**. En BAGNASCO, Arnaldo, PISELLI, Fortunata, PIZZORNO, Alejandro, TRIGILIA, Carlo. **El Capital Social, Instrucciones de uso**. Primera edición en español. Fondo de Cultura Económica. Argentina. pp. 53-88.
- PIZZORNO, Alejandro (2003). **Por qué pagamos la nafta. Por una teoría del capital social**. En BAGNASCO, Arnaldo, PISELLI, Fortunata, PIZZORNO, Alejandro, TRIGILIA, Carlo. **El Capital Social, Instrucciones de uso**. Primera edición en español. Fondo de Cultura Económica. Argentina. pp. 19-51.

- PORTES, Alejandro (1999). Capital social: sus orígenes y aplicaciones en la sociología moderna. En CARPIO, Jorge y NOVACOVSKY, Irene (Comp.). **De Igual a Igual. El desafío del Estado ante los nuevos problemas Sociales**. SIEMPRO – Banco Mundial – FLACSO. Primera Edición. Fondo de Cultura Económica. Argentina. pp. 243-266.
- PUTNAM, Robert (1994). **Para Hacer que la Democracia Funcione**. Editorial Galac. Primera Edición en Castellano. Caracas. p. 333.
- Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO). (1999) **Gestión Integral de Programas Sociales Orientada a Resultados**. Banco Mundial. UNESCO. Fondo de Cultura Económica. 1era Edición. Brasil. p. 142.
- TRIGILIA, Carlo (2003). Capital Social y desarrollo local. En BAGNASCO, Arnaldo, PISELLI, Fortunata, PIZZORNO, Alejandro, TRIGILIA, Carlo. **El Capital Social, Instrucciones de uso**. Primera edición en español. Fondo de Cultura Económica. Argentina. pp. 123-152.