
Aproximaciones teóricas al concepto de capital social y su vínculo con la salud

*Silvia Tamez González **, *Rosa Irene Valle Arcos ***, *Catalina Eibenschutz Hartman ****

Resumen

El capital social es un concepto introducido recientemente en la ciencia social y ha sido postulado como la respuesta a un amplio rango de problemas, desde la creación de capital humano, a la erradicación de la pobreza, pasando por la desigualdad en el acceso a servicios de salud y procesos más particulares como el de la salud-enfermedad. Sin embargo, el debate en torno a este concepto, señala que no existe acuerdo en lo que se entiende por capital social y tampoco en cómo se vincula con procesos específicos como el de la salud. En este sentido, el propósito del presente trabajo es abordar los orígenes del concepto, así como, sus principales aplicaciones a la explicación de problemas sociales de salud.

Palabras clave: capital social, salud.

Abstract

The social capital is a concept adopted recently in the social science and it has been postulate as a response to a wide range of problems, from the creation of the human capital, to the eradication of the poverty, passing for the inequality in the access to services of health and more particular processes as that of the health - disease. Nevertheless, the debate about this concept, indicates that agreement does not exist in what is social capital and neither, how it links with specific processes as that of the health. In this way, the intention of the present work is to approach the origins of the concept, as well as, its main applications to the explanation of social problems of health.

Key words: human capital, health.

Fecha de recepción: 10 de enero de 2005

Fecha de aprobación: 9 de octubre de 2005

* Profesora Investigadora de la UAM-Xochimilco.

** Área Estado y Servicios de Salud del Departamento de Atención a la Salud de la UAM-Xochimilco.

*** Profesora Investigadora de la UAM-Xochimilco.

1. Introducción

En el campo de la salud y específicamente de la epidemiología, existen experiencias que, con el propósito de explicar los mecanismos específicos, a través de los cuáles la desigualdad social actúa en la salud, han estudiado la evolución de indicadores de mortalidad general e infantil –incluyendo mortalidad causada por padecimientos específicos como enfermedad isquémica del corazón, diabetes y cáncer (Wilkinson, 1999; Kawachi, 1997; Mustard, 1996; Lomas, 1998). En dichos estudios, se ha colocado como aspecto explicativo de los resultados obtenidos el concepto de capital social, el cuál, desde el punto de vista de los investigadores ofrece la posibilidad de comprender de manera más integral la intervención de lo social en el proceso salud-enfermedad.

El debate teórico se ha intensificado en los últimos años y aún no se maneja un concepto de capital social consensuado. Tampoco existe acuerdo en las aproximaciones metodológicas ni en los indicadores más apropiados para su evaluación. Existen quizás más coincidencias teóricas al señalar que la presencia de capital social se relaciona con un amplio espectro de beneficios y posibilidades para individuos y sociedades en ámbitos como el educativo, laboral, la salud física y mental, la reducción de las tasas de delincuencia, el acceso al mercado, las relaciones familiares y afectivas, etcétera. (Coleman, 1988; Putnam, Leonardi y Nanetti, 1993; Putnam y Goss, 2003; Fukuyama, 1995; Kunitz, 2004; Dutta-Bergman, 2004).

Esto es, la idea que subyace al concepto de capital social es que se trata de un recurso para el mejoramiento de condiciones de vida, lo que es posible cuando los individuos se vinculan a redes que facilitan el acceso a la información y el apoyo social, Dutta-Bergman (2004) señala que "...los individuos concientes de su salud eligen participar en beneficio de su comunidad debido a los efectos positivos que esto tiene sobre su salud". Estas redes deben trascender los intereses de grupo y producir lazos de confianza y obligaciones de reciprocidad entre individuos que comparten los mismos valores.

Así, en la teoría del capital social, suele destacarse como elemento esencial la participación de los individuos en redes sociales. Por otro lado, el concepto se asocia también a los múltiples beneficios que proporciona la "confianza social", elemento central de gran parte de las conceptualizaciones actuales. Los ámbitos de desarrollo de esta confianza son: relaciones familiares y escolares, comunidades con fuertes normas, valores y sanciones; la existencia de redes de

apoyo; el compromiso cívico, etcétera. (Gamarnikow & Green, 1999).

No obstante la panacea que pueda resultar el concepto, algunos autores advierten sobre determinados efectos adversos del capital social a nivel comunitario, pues en algunos casos, podría limitar el avance de la comunidad, si los individuos se confinan a lo meramente endo-grupal y se aíslan, olvidando la acción social y política como medio privilegiado para colectivizar el bienestar social (Torpe, 2003; Fernández Kelly, 1995, Barbieri, 2003).

Desde el punto de vista de la salud, el concepto permanece en evolución y aunque las principales aplicaciones se han desarrollado en el campo de la epidemiología, hoy día, existe un amplio número de trabajos que exploran también la relación con el acceso a los servicios de salud y específicamente su vínculo con el proceso salud-enfermedad. De esta forma, el presente trabajo presenta algunas reflexiones en torno a los orígenes de la teoría del capital social y sus principales aplicaciones al campo de la salud.

2. Los consensos sobre el concepto de capital social

Cuando se busca una definición de capital social, lo que se encuentra es una gran diversidad en los planteamientos, lo cual resulta lógico tratándose de un paradigma emergente sobre el cual las ciencias sociales aun deberán profundizar mucho. Sin embargo, como vimos anteriormente, existe consenso en torno a que el capital social son las redes¹ y los comportamientos de reciprocidad, cultura y cooperación que emanan de ellas (Putnam *et al.*, 1993; Herreros y Criado, 2001; Putnam y Goss, 2003). Es por lo tanto un recurso del que pueden disponer las personas al formar parte de redes sociales y que combinado con otro tipo de recurso (físico, monetario, conocimientos, etcétera.) les permite el logro de determinados objetivos como satisfacer necesidades, mejorar el bienestar y la salud o superar situaciones adversas de distinta naturaleza.

Lorenzelli (2003) define capital social como la capacidad que pueden desarrollar los grupos humanos de emprender acciones colectivas que redunden en un beneficio mutuo. Esta capacidad radica tanto en la institucionalidad que rige la vida grupal o comunitaria (leyes, procedimientos, medios de comunicación, forma de resolver conflictos, controles y sanciones), como en las normas y hábitos compartidos.

¹ Las redes constituyen una suerte de arreglo social caracterizado por la horizontalidad e independencia entre los miembros (Börzel, 1997) y cierto tipo de democracia interna en la toma de decisiones.

Por su parte, Portes (1998) distingue entre capital social grupal y capital social comunitario. Se considera que el primero existe cuando un colectivo de individuos ha desarrollado una red de relaciones que les otorga capacidad de obtener beneficios². El capital comunitario implica que una comunidad, entendida como un grupo de personas más allá de sus lazos inmediatos de referencia, ha desarrollado y fortalecido la capacidad de llevar a cabo acciones colectivas por el bien de la comunidad en su conjunto. En este caso el capital social adquiere características de un bien público puro pues beneficia a todos sus integrantes sin considerar el aporte personal que un individuo ha hecho a la aparición e incremento del capital social comunitario.

Al respecto, Putnam (2000) en un trabajo más reciente en el que pretende dar respuesta a numerosas críticas provenientes de la investigación cualitativa sobre el uso del concepto, propone analizar las redes sociales en dos vertientes que denomina "bonding and bridging". El primer término se refiere a las relaciones y lazos fraternales que promueven el sentido de pertenencia "aquí y ahora" (Clark and Saegert, 1995:25) y el segundo indica la existencia de lazos que permiten el establecimiento de relaciones con otros grupos, trascendiendo intereses de género, de clase social, étnicos, etcétera. En este sentido, Morrow (2002) señala que, las redes solidarias generadas en el primer caso no siempre contribuyen a la cohesión social.

Como ya se mencionó anteriormente, el concepto y las formas de abordar el capital social están en constante evolución, al respecto, en su trabajo más reciente Kawachi *et al.* (2004) propone una tercera vía para el estudio del capital social, la denomina "linking" y se refiere a las normas de respeto y redes de confianza entre personas que se vinculan a través de aparatos de poder ya sea explícito, formal o institucionalizado o mediante gradientes de autoridad dentro de la sociedad, es decir, esta tercera vía permite reconocer la dinámica del poder en las relaciones sociales.

3. Los antecedentes seminales del concepto

3.1. El "tradicionalismo familiar" de Coleman

Coleman fue uno de los precursores del concepto de capital social a partir del análisis del papel del capital social en la creación de capital humano dentro del marco de la familia y

² Esta capacidad depende fuertemente del grado de heterogeneidad interna y las vinculaciones con otros grupos y personas externas. Cuando el grupo resulta sumamente homogéneo, algunos recursos valiosos, para incrementar la capacidad de lograr objetivos de beneficio mutuo, como por ejemplo la información, pueden ser redundantes y aportar poco al incremento de dicha capacidad.

la comunidad. Desde esta perspectiva, el autor se propone construir un concepto que redefine lo social, planteando que este aspecto tiene que ser considerado como un recurso derivado del ambiente social de los individuos, que potencializa las capacidades individuales y colectivas. Indica también, que el punto de partida del concepto de capital social es la acción racional pero rechazando el extremo individualista del que frecuentemente es acompañado. Es decir, el capital social es entendido como un recurso para la acción dentro del paradigma de la acción racional.

El principal interés de Coleman (1988) es la generación de capital social a nivel familiar. En torno a este tema el autor establece varios aspectos. Dice que el antecedente familiar puede ser descompuesto en tres partes: capital financiero (también llamado físico), capital humano³ y capital social y relaciona a éste último⁴ con el capital físico y el humano. Desde esta perspectiva, el capital social proviene de cambios en las relaciones entre los individuos que favorecen y facilitan la acción colectiva y que al igual que el capital físico y el humano puede facilitar la actividad productiva.

Uno de los principales aportes del autor reside en el vínculo que establece entre las redes sociales de apoyo, normas y sanciones y capital social. Al respecto, plantea que las redes sociales constituyen la estructura social que facilita la conformación de normas y por lo tanto la creación de capital social. Al respecto se señala que una propiedad de las relaciones sociales es lo que se denomina "closure" (cierre) de las redes de relación⁵.

El *closure* de la estructura social no sólo es importante para la existencia de las normas sociales, sino también para otras formas de capital social como confianza en las estructuras sociales, que permite la proliferación de obligaciones y expectativas. Una estructura sin *closure* puede ser efectivamente sancionada sólo por la persona a quien le pertenece la obligación.

³ Se considera que la educación es el aspecto más importante en la construcción de capital humano.

⁴ A diferencia del capital físico y el humano, el capital social es inherente a la estructura de las relaciones entre actores.

⁵ *Closure* se refiere a los vínculos entre los diferentes individuos de una comunidad. Hay estructuras cerradas (con *closure*) y estructuras abiertas (sin *closure*). Por ejemplo, en la escuela una forma de vínculo se da entre los niños, lo que se puede considerar un nivel primario de relación, y si se queda a ese nivel se identifica como estructura abierta. Ahora bien, cuando los padres de los niños tienen relación entre sus vínculos escolares, se menciona que existe *closure* cerrada o intergeneracional. Así, la existencia de este tipo de *closure* provee de una cantidad de capital social que muchas veces ayuda a los padres a actuar colectivamente en problemas no relacionados con la escuela, fortaleciéndose de esta manera la organización comunitaria.

Por último, el autor señala una característica muy importante del capital social que lo distingue del capital físico y humano y se refiere a su atributo de "bien público"⁶. Este atributo implica muchas veces que el actor o actores que generan el capital social, habitualmente capturan solo una pequeña parte de los beneficios producidos, lo que frecuentemente conduce a una subinversión en capital social.

3.2 El desarrollo económico y el capital social en Italia

Autores como Putnam, Leonardi y Nanetti (1993), al comparar las regiones del norte con las del sur de Italia con el objeto de evaluar el impacto de un programa gubernamental de desarrollo económico, señalan que mientras la región sur continúa sufriendo bajos niveles de desarrollo y alto desempleo, la economía del norte y el centro creció mucho más, aún sin la aplicación de algún programa especial.

La explicación sugerida por los autores para este fenómeno, plantea que el crecimiento y el desarrollo regional están fuertemente ligados a factores locales que no se asocian de manera habitual con el éxito económico, tales como normas sociales y valores comunitarios. Es decir, señalan que el desarrollo económico se encuentra más relacionado con patrones tradicionales de cultura cívica que con la presencia de infraestructura económica. Así mismo, consideran que los factores que influyen de manera prioritaria en el desarrollo económico son: la situación de las fuerzas locales y regionales expresadas por el nivel y el contenido de la cultura cívica, la actuación institucional, la política de aproximación usada por las élites políticas, la presencia de capital social, la actividad de las relaciones criminales, la estructura socio-económica de la sociedad y la alineación de las fuerzas políticas.

Así, mientras que en las regiones del norte y del centro, los ciudadanos aceptan el papel positivo que la acción colectiva implica en la obtención de bienes comunitarios relacionados con el crecimiento económico y la protección social, en el sur, la lógica de acción interpersonal sucumbe ante la prioridad del interés personal y adquiere prioridad la ganancia a corto plazo. Este fenómeno ha sido denominado por Banfield (1958) "familismo amoral" (amoral familism) y fue definido como "...la inhabilidad de los ciudadanos de actuar conjuntamente para conseguir bienes comunes en función

⁶ Por bien público se entiende aquellos bienes y servicios que al ser no divisibles no es factible distribuirlos a través de los mercados ya que resultaría imposible determinar a quién cobrarle el precio, por lo tanto no se puede excluir del disfrute de dicho bien a quien no paga; adicionalmente tampoco existe rivalidad entre los consumidores por las unidades del bien o servicio disponible.

de algún fin que trascienda el interés inmediato y material de la familia nuclear".

Putnam *et al.* (1993) reflexionan también sobre el hecho de que en los lugares en los que han persistido fuertes normas sociales a través del tiempo, el capital social puede conservarse también a largo plazo y se sientan las bases para construir un sistema de interacción social, económica y política basado en una intensa cooperación de los ciudadanos y las instituciones.

Uno de los principales aportes de este trabajo se refiere al importante papel que juega la clase política pues dónde las instituciones locales muestran su capacidad de producir bienestar colectivo se observa un impacto positivo en los patrones de valores sociales y a lo largo del tiempo esto puede ayudar a construir capital social.

Como una síntesis del carácter político del capital social se concluye que la calidad de la gobernabilidad está determinada fundamentalmente por la permanencia de tradiciones de compromiso cívico y que "...las redes de reciprocidad organizada y la solidaridad cívica, lejos de ser un epifenómeno de la modernización socio-económica, son más bien una de sus principales precondiciones" (Putnam *et al.*, 1993). De la misma manera, cuando las élites políticas pueden impunemente abusar del poder político el efecto en los valores de los ciudadanos es negativo.

A partir de estas reflexiones, en la figura 1, los autores proponen dos esquemas que sintetizan sus planteamientos:

3.3 El capital social y las organizaciones sociales

En otro estudio realizado en Estados Unidos, Putnam (1995) analiza un aspecto muy importante del capital social que se refiere a la capacidad que tiene la sociedad de asociarse y funcionar dentro de una lógica en la que el bien colectivo es la directriz.

El autor señala que las formas tradicionales de organización han sido desplazadas por otras más modernas y hace un planteamiento realmente interesante acerca de nuevas formas de organización social a las que denomina "asociaciones terciarias"⁷ que no han sido consideradas en análisis anteriores sobre el tema. Dentro de estas

⁷ La acción de los miembros de las asociaciones terciarias consiste, fundamentalmente, en pagar una cuota, ocasionalmente leer un documento y en raras ocasiones asistir a alguna reunión. Así mismo, su identidad se caracteriza, más que por la acción colectiva en aras de un bien común, por pertenecer a esa asociación, pero sin la

Figura 1
Redes de reciprocidad organizada y solidaridad cívica



Fuente: Elaboración propia

asociaciones, se contemplan tres grupos, a saber: a) organizaciones de afiliación masiva; b) asociaciones no lucrativas y c) grupos de auto-ayuda (en su mayoría de afiliación religiosa). Estos grupos no alimentan la comunidad, pues se trata de pequeñas agrupaciones en las que los individuos discuten sus problemas personales en presencia de otros, pero sin ningún compromiso por parte de los involucrados. Además, el tipo de relación que se establece entre los individuos es débil.

Al respecto, Putnam (1995) arguye que la membresía asociacional puede aumentar la confianza, pero que es menos fuerte tratándose de organizaciones terciarias y que igualar el crecimiento de estas asociaciones, con un aumento de conectividad social, puede ser un error conceptual fundamental. No obstante, ante la erosión de las formas convencionales de organización cívica es necesario evaluar el peso de estas formas de organización en la conformación de capital social.

3.4. El capital social y las instituciones. Una visión crítica

Existen varios problemas derivados de la aplicación del capital social, desde la perspectiva positivista y utilitaria de las políticas sociales. Dentro de los autores que plantean

conciencia de la existencia de los otros miembros, los cuáles comparten símbolos comunes, líderes comunes y tal vez ideales comunes, pero sin estar comprometidos con el bienestar de "los otros".

con mucha claridad algunas de estas dificultades, se destacan Gamarnikow y Green⁸ (1999).

Los autores plantean que la teoría del capital social es resbaladiza y ambigua, lo que la convierte en un fértil terreno para las denominadas políticas de la "Tercera Vía" o del "Centro Radical"⁹. Desde esta perspectiva y al más puro estilo neoliberal, las medidas de solución a importantes problemas sociales, se traducen en políticas basadas en la promoción de responsabilidad individual, soporte social y educación. Desde esta visión, el Estado es visto como socio facilitador y proveedor de condiciones para mejorar resultados regenerando capital social.

La "Tercera Vía" es considerada como una alternativa, tanto a la mercantilización neoliberal como al corporativismo socialdemócrata, que se basa en una idea muy ecléctica de sociedad en la que las disparidades se encuentran unidas a nociones populistas de cohesión social y compromisos de combate a la pobreza y a la exclusión social.

⁸ Realizan un análisis crítico de la relación entre "La Tercera Vía" y capital social ligado a la aplicación de políticas educativas por parte del gobierno de Blair.

⁹ Políticas ampliamente pregonadas por el gobierno de Tony Blair. Estas políticas persiguen básicamente evitar la fragmentación de la mercantilización neo-liberal y la dependencia hacia el Estado e implican la aceptación de la lógica de la globalización capitalista, con mercados libres de bienes y servicios y con una fuerza de trabajo muy flexible.

Además, en este trabajo se señala que existen muchas tensiones en la noción de la construcción del capital social a partir de políticas estatales, entre las que se encuentra, en primer término, el hecho de que cuando el Estado es el que dicta las normas y valores, el espacio que queda para que las comunidades se auto-desarrollen es muy pequeño, ya que habitualmente se trata de grupos opuestos al Estado.

Desde el punto de vista de los autores, la intervención estatal, a partir de la política social, puede ser pensada en dos sentidos: El primero tiene que ver con las actitudes y valores de los individuos, y la segunda con la actuación vigorosa de las instituciones. En este sentido, se proponen como marco de referencia para la construcción de capital social tres modelos: uno centrado en los individuos, denominado de la integridad individual para bienestar colectivo; un segundo, de acción institucional para el bienestar colectivo, y un tercero con los elementos considerados por los dos anteriores, pero sin secuencia entre ellos, denominado de intervenciones múltiples¹⁰.

En su análisis, los autores concluyen que el capital social puede ser visto como un fin progresivo, relacionado con la ciudadanía, el empoderamiento, el pluralismo y la democratización, pero que desde el punto de vista conservador, puede ser visto como compromiso con las estructuras familiares tradicionales y las relaciones de un orden moral colectivo (consenso normativo) alrededor de valores, deberes y obligaciones tradicionales.

Así, en esta breve revisión de los principales antecedentes teóricos del concepto de capital social, encontramos algunos aspectos de interés. Coleman (1988) por su parte, representa una posición hasta cierto punto conservadora, ya que sus planteamientos apelan a estructuras familiares tradicionales y a relaciones de un orden moral colectivo conservador, depositando, por ejemplo, en la familia nuclear tradicional la construcción del capital humano. Sin embargo, el valor de sus trabajos reside en que se convirtieron en antecedentes seminales, con la fuerza suficiente capaz de convocar a diversos autores a trabajar en el tema, con miras a consolidar lo que parece una gran promesa teórico-conceptual.

¹⁰ Los programas educativos del actual régimen político están basados en el concepto conservador de capital social que más que contribuir a la solución del problema tiende a agravarlo. Al explicar la exclusión social, la pobreza y los bajos logros educativos a partir de características intrínsecas a la familia y a la comunidad, se está oscureciendo el vínculo entre clase social y éxito educativo, tan claramente expresado por Bourdieu (1986), quien, apoyado en múltiples evidencia empíricas postula que los logros educativos dependen básicamente del acceso económico, social y cultural.

El grupo constituido por Putnam, Leonardi y Nanetti (1993), al colocar, en el terreno de la economía social la temática, también aportaron múltiples evidencias empíricas en torno a la capacidad explicativa del concepto de capital social, profundizaron y acrecentaron el cuerpo teórico alrededor del mismo. Desde nuestro punto de vista, estos autores sentaron las bases para que en la actualidad, más que un concepto, se pueda concebir una teoría del capital social.

Por su parte, Gamarnikow y Green (1999) ofrecen interesantes aportes, al analizar la posible aplicación del capital social en el ámbito de la política social y sus acotaciones alrededor de la utilización conservadora de estos planteamientos trasladados a las políticas públicas, que ponen al descubierto las características de las políticas neoliberales en este terreno.

4. Capital social y salud

Como vimos anteriormente, existen evidencias que señalan que en las comunidades con compromiso cívico es más probable obtener resultados exitosos, con acciones dirigidas a problemas tan diversos como educación, desigualdad social, pobreza urbana, desempleo, control del crimen y en algunos problemas específicos de salud, tales como abuso de drogas y mortalidad por diferentes causas.

Por su parte, la epidemiología tradicional ha sobredimensionando el efecto de las conductas individuales, tales como alimentación, ejercicio, tabaquismo, etcétera, en la salud, otorgando muy poca atención a aspectos sociales de la familia y la comunidad. Así, el conocimiento de lo social, en la explicación causal de las formas de enfermar y de morir de las poblaciones, se ha debatido históricamente dentro de la confrontación de dos visiones que aparecen como disyuntiva teórica: los que creen que la salud depende de aspectos derivados del ambiente social, y los que piensan que fundamentalmente depende de los servicios de salud.

Esto ha dado lugar a afirmaciones como la postulada por Lomas (1998), cuyo contenido expresa que la salud pública y la epidemiología funcionan bajo la lógica de la ética individualista de la medicina y la economía, y que en estas ciencias existe un desequilibrio en la atención dada a los aspectos sociales, tales como el capital social frente a riesgos atribuibles a los individuos.

Así mismo, existen experiencias que demuestran que los aspectos económicos de la estratificación social, clásicamente vinculados con diferenciales de salud como educación, ingreso, vivienda y ocupación, resultan insuficientes desde el punto de vista teórico, pues no

explican las diferencias en los niveles de salud dentro de un mismo estrato o clase social (Wilkinson, 1999).

Desde esta perspectiva y en busca de una mejor explicación, Lomas (1998) retoma la noción de la existencia de diferentes tipos de capital social y dice que desde el punto de vista de la salud, el medio social en una comunidad está formado por tres elementos: estructura física, estructura social y cohesión social. La estructura física influye directamente en la salud a través de la exposición a riesgos (e.g. vivienda) e indirectamente a través del descuido de los ambientes que inducen a la salud (enfoque epidemiológico). La estructura social se refleja en aspectos tales como plazas públicas, mecanismos de distribución del ingreso y oportunidades para el intercambio y la interacción. Esto también puede influir directamente en la salud, asegurando la disponibilidad de una serie de requisitos básicos para la salud e indirectamente facilitando la resolución colectiva de los problemas y la identidad colectiva.

La cohesión social es resultado de la adecuación entre la estructura física y social de una comunidad. Así, la homogeneidad cultural y social de una comunidad y su estructura física y social pueden estimular o desestimar la ayuda mutua, el cuidado, la autoestima, la sensación de pertenencia y el enriquecimiento de las relaciones sociales.

A manera de conclusión, el autor también afirma que "... las desigualdades sociales deben ser entendidas como el resultado de la forma en que se organiza nuestra sociedad, la medida en la cuál se estimula la interacción entre los ciudadanos y el grado en el que confiamos y nos asociamos con los otros para cuidar nuestra comunidad y que en el aspecto de la salud, su resolución tiene que estar dirigida a la estructura social en la cuál vivimos, a nuestra habilidad para sentirnos entre nuestros vecinos, confiados y ayudados, confiando o ayudando a otros con los cuales compartimos nuestra comunidad".

Por su parte, Wilkinson (1999), uno de los principales exponentes del estudio de los efectos subjetivos de las desigualdades sociales y económicas en la salud, hace un análisis muy completo de los aspectos más importantes relacionados con desigualdad, capital social y salud. En su estudio de 1996, muestra que usualmente las sociedades más igualitarias son también las más sanas; de igual forma no sólo sugiere una fuerte asociación entre grado de igualdad, cohesión social y salud, sino que señala que dichos aspectos cambian juntos. Este autor opina también que el vínculo entre distribución en el ingreso y mortalidad no es simplemente el resultado de las diferencias en la confianza o en la naturaleza de la vida en las calles de manera

aislada, sino que refleja características ampliamente asociadas a la naturaleza de las relaciones sociales.

La importancia de esta afirmación puede ser apreciada en el señalamiento del autor en torno a que, bajo esta perspectiva, la criminalidad, en lugar de ser explicada a partir de conductas patológicas sin mucha conexión con la vida ordinaria, debemos pensar que se debe a una distribución socio económicamente diferenciada de factores de riesgo. Es decir, se considera que el poder estadístico del homicidio, como indicador social, es que refleja un extremo de la distribución de las relaciones sociales¹¹. Donde la tasa de homicidios es alta, se puede esperar una actitud agresiva y conflictiva de la población, que seguramente tendría relación con altos niveles de hostilidad y bajos niveles de confianza.

En relación al impacto del ambiente social en la salud, Wilkinson (1999) hace varios señalamientos que sustentan fuertemente la perspectiva del capital social como concepto explicativo e intermediario de la relación entre desigualdad social y salud, ya que plantea que se ha observado que la asociación entre diferencias en el ingreso con una tendencia hacia relaciones sociales menos solidarias y más conflictivas tiene una fuerte influencia sobre la salud.

Así, aunque por muchos años existió un vacío teórico sobre los mecanismos que explicaran la relación entre distribución del ingreso y salud, en épocas recientes se ha avanzado mucho en este terreno, al descubrir que uno de los mecanismos más poderosos de esta relación, reside en que la desigualdad en el ingreso influye en la salud, a través de su influencia en las relaciones sociales.

Al respecto, diversos autores han reportado que la distribución en el ingreso y la calidad de las relaciones sociales muestran una asociación inversa, lo que, desde el punto de vista de Wilkinson (1999) sugiere que ambos factores son caras de una misma moneda, y representan también dos principios opuestos para organizar a la sociedad.

Otro tema que ha abierto brecha en el estudio de las desigualdades en salud, relacionada con factores sociales, es el de la violencia. En torno a este aspecto, la violencia ha sido relacionada también con desigualdad en el ingreso y conflicto social, y se ha observado que ambos factores se encuentran mayormente concentrados en las poblaciones pobres. En cuanto a la relación entre estatus social y salud,

¹¹ Lo que explica que, tanto en estudios ecológicos, como a nivel individual, las mediciones de salud están relacionadas con aspectos tales como afiliación social.

se cree que puede afectar a la salud a través de efectos psicológicos dañinos. Se han realizado estudios en animales cautivos, en los que se ha concluido que el estatus bajo implica una condición de estrés crónico (Wilkinson, 1996).

Wilkinson (1999), también señala como un factor de riesgo, que ilustra la relación entre desigualdad y salud, los problemas en el desarrollo emocional durante la infancia temprana, los cuáles se relacionan prioritariamente con insuficiente afecto y conflictos domésticos, cuyas consecuencias en la salud son muy similares a las descritas en el caso de bajo status: inseguridad, miedo al ridículo, falta de confianza y "complejo de inferioridad. Así, problemas psicológicos derivados de deficiencias en la infancia, bajo estatus social y desigualdad social, pueden representar una mezcla explosiva para la salud mental, y probablemente expliquen en buena medida el porqué la violencia es un problema de salud que cada vez se torna más grave, sobre todo en países como México.

Es interesante considerar que aunque existen factores de exposición individual, quiénes y cuántos son afectados, en dónde y porqué, son aspectos mediados por procesos sociales y al parecer, el grado de cohesión social es el que podría establecer vínculo entre desigualdad en el ingreso, bajo estatus y problemas en la infancia, que en el sentido inverso puede alimentar la confianza en los otros, sentido de pertenencia y de inclusión. Es decir, se trata de dos tendencias opuestas: integración social vs. exclusión y desintegración sociales, los cuales de ninguna manera conforman opciones individuales, sino que son resultado de grandes definiciones dadas a nivel social, económico y político.

Otro autor que ha explorado la relación entre capital social y salud desde la perspectiva de la epidemiología es Kawachi (1997). Este autor emplea el método basado en técnicas de análisis multivariado en su investigación y plantea varios aspectos relacionados, sobre todo con asuntos metodológicos del estudio de la relación entre capital social y salud.

Desde el punto de vista teórico, el concepto de capital social es considerado como el compromiso cívico y los niveles de confianza mutua entre miembros de la comunidad. Este aspecto es denominado por el autor como "compromiso cívico" y en la investigación analizada fue medido por el número *per capita* de grupos y asociaciones a los que los residentes pertenecen (grupos religiosos, sindicatos, grupos deportivos, sociedades profesionales y académicas, grupos escolares, grupos políticos y organizaciones fraternas).

Por su parte, el nivel de confianza mutua fue medido por tres indicadores: falta de honestidad, desconfianza social y falta de trato servicial. Las causas específicas de muerte consideradas fueron: enfermedad coronaria, enfermedad cerebro-vascular y lesiones no intencionales. Desde una visión de la epidemiología positivista moderna, el autor aclara que dado que considera que la pobreza produce un agotamiento del capital social, esta variable fue tratada como "confusor".

Los principales resultados de la investigación señalan que existe una fuerte relación inversa entre el grado de desigualdad en el ingreso y la participación en grupos y organizaciones y con falta de honestidad ($r=0.73$ $p<0.0001$); la mortalidad fue significativamente mayor en los grupos que manifestaron desconfianza social ($r=0.77$ $p<0.0001$) y el modelo de regresión mostró que 58% de las variaciones en la mortalidad se explican por esta variable. También se observó que bajos niveles de confianza social se asociaron con mayor mortalidad por causa específica.

El nivel de membresía resultó inversamente correlacionado con todas las causas de muerte. Un hallazgo muy importante fue que el coeficiente de sendero¹² (path) indicó que el efecto primario de desigualdad en el ingreso sobre mortalidad se encuentra mediado por el capital social medido a través del nivel de honestidad. Es decir, la desigualdad en el ingreso ejerce su efecto indirecto en la mortalidad a través de variables de capital social.

Kawachi (1997) también hace referencia al carácter de bien público del capital social, creado por la interacción de las relaciones sociales. En este sentido, el mayor hallazgo del estudio es que el tamaño de la brecha entre los ricos y los pobres se asocia poderosamente y negativamente con el nivel de inversión en capital social. Es decir, la desinversión en capital social parece ser uno de los caminos a través de los cuáles el crecimiento de la desigualdad en el ingreso ejerce sus efectos en los niveles de mortalidad.

Otro autor que ha estudiado la relación entre economía, capital social y salud es Mustard (1996), quien señala que un aspecto que sustenta la relación entre los factores socioeconómicos y la salud es el nivel de nutrición, fenómeno que observó en su investigación a partir del hecho de que 50% del crecimiento económico, registrado en Inglaterra desde la revolución industrial, se debió a una mejor nutrición de la población¹³. Una de las preocupaciones

¹² El coeficiente de regresión estandarizado estima el efecto directo de una variable predictora sobre una variable dependiente, controlando los efectos de todas las otras variables independientes (Baris *et al.*, 2000)

planteadas por el autor es la necesidad de encontrar soluciones que, en situación de cambio económico, permitan conservar estable el ambiente social.

De alguna manera, la visión de Mustard (1996) en torno a los procesos económicos en marcha, a nivel internacional, se expresa al considerar que el principal reto de las naciones es conservar su capital social en un contexto de cambio económico, que profundiza las desigualdades sociales y concluye que "... el debate acerca del crecimiento económico, liberalismo, capital social, comunitarismo, debe ser fuerte en la siguiente década. En estos debates la relación entre crecimiento económico, prosperidad, desarrollo humano, salud y bienestar implicará un crecimiento importante del marco de discusión, consejo y política".

Finalmente, habría que mencionar que desde la investigación cualitativa han surgido serios cuestionamientos a la teoría del capital social, tanto desde el punto de vista teórico como metodológico. Sin embargo, dichos cuestionamientos más que invalidar su valor epistemológico aportan propuestas para una mejorar su aplicación.

Conclusiones

El capital social ofrece una visión amplia e integradora de los procesos sociales y también permite establecer relaciones entre planteamientos sociales, económicos y políticos muy generales con experiencias concretas de problemas sociales muy diversos, entre los que se encuentra la salud.

En todos los planteamientos analizados, la confianza es el aspecto central del concepto de capital social, y existe coincidencia en que los espacios de desarrollo de este bien social son las instituciones interconectadas como la familia, las comunidades con fuertes normas de confianza, cooperación, reciprocidad y respeto y las redes de apoyo y compromiso cívico.

Las manifestaciones del capital social pueden ser observadas en dos terrenos. El primero corresponde a una sociedad liberal, con nociones cívicas de cooperación,

¹³ Está comprobado que una mala alimentación durante la infancia temprana puede ocasionar diversos riesgos para la salud dentro de los que destaca la muerte prematura en adultos. Al respecto, se sabe que la nutrición en los primeros años de vida es muy importante, pues influye sobre la susceptibilidad a la enfermedad en la vida adulta y que el desarrollo de la corteza cerebral está fuertemente influenciado por la calidad de la alimentación durante los primeros años de vida, incluyendo in útero y, al parecer lo niños bien nutridos desarrollarán características cognoscitivas y de conducta que les dan habilidades para enfrentar la vida adulta satisfactoriamente.

participación con empoderamiento y acción comunitaria en la construcción de las necesidades y prioridades, factores todos que contribuyen a un ambiente en el que la confianza ciudadana puede crecer. El segundo está relacionado con un orden normativo de actuación institucional, orientado a reforzar las estructuras sociales existentes y los lazos de confianza y crecimiento entre sus integrantes, favoreciendo, por ejemplo las familias nucleares con dos padres, localizando las familias con déficit, derivados de la participación de la mujer en la producción, y construyendo un régimen colectivo de deberes y responsabilidades, fundamentalmente de aquellas personas bien posicionadas desde el punto de vista social.

Al discutir el tipo de organizaciones y redes susceptibles de incorporar o generar capital social, en el sentido de reciprocidad mutua, de resolución de dilemas de acción colectiva y de ampliación de las identidades, se concluye que los vínculos de relación horizontal son más efectivos en la construcción de redes y formas de funcionamiento sociales, involucradas en el bienestar colectivo. Esta afirmación sirve de enlace a una de las principales conclusiones del trabajo de Putnam *et al.* (1993) y que se refiere al hecho de que el capital social está fuertemente vinculado con la democracia y con la democratización.

Desde el punto de vista político, se considera que la construcción de capital social puede ser apoyada desde el ámbito institucional, promoviendo políticas dirigidas a combatir la pobreza y la exclusión social como requisito para avanzar en la promoción de cohesión social.

La relación entre capital social y salud ha sido empleada en el estudio de problemas tan diversos como exclusión social, enfermedad isquémica, violencia, etcétera. Desde esta perspectiva dicha teoría aparece como promisorio, sobre todo considerando sus aportes al esclarecimiento de los mecanismos que actúan entre la desigualdad social y aspectos concretos del estado de salud a nivel colectivo. Sin embargo, los cuestionamientos provenientes de la investigación cualitativa, relacionados con las características positivistas de la mayoría de las experiencias de investigación epidemiológica, y también derivados de algunos análisis estructuralistas, plantean que, aunque la teoría del capital social implica avances en el esclarecimiento de las formas de intervención de lo social en la salud, no significa la panacea, como pretendieron sus promotores en la década pasada.

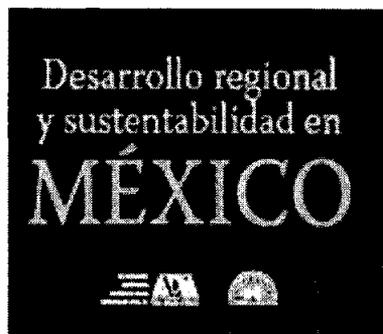
Bibliografía

- Banfield E.C. *The Moral Basis of a Backward Society*. New York: Free Press; 1958.
- Barbieri P. Social-Capital and Self-Employment: A Network Analysis Experiment and Several Considerations. *International Sociology* 2003; 18 (4):681-701, Diciembre.
- Baris E, Sánchez S, Vasconcellos M, y Balassiano M. (2000). A Population-based Survey en Three Cities of Latin America, en: S. Fleury, S. Belmartino, E. Baris, (eds) *Reshaping health care in Latin America. A comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil and Mexico*. Ottawa, Canada: International Development Research Centre 2000; 185-221.
- Börzel T. ¿Qué tienen de especial los policy networks? Explorando el concepto y su utilidad para el estudio de gobernanza europea, <http://seneca.uab.es/antropologia/redes/redes.htm>. 1997
- Bourdieu P. (1986). *The forms of capital social*. In: J Richardson (ed) *Handbook of theory and research for the sociology of education*. New York: MacMillan. Citado en Swann C, Morgan A (eds). *Social capital for health: insights from qualitative research*.
- Clark H Saegert S. Cooperatives as places of social change. *Hidden History of Cooperatives* Eds. Allan Heskin and Jacqueline Leavitt. Davis: University of California; 1995.
- Coleman J. Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94:95 – 120. (Versión castellana en *Zona Abierta* 1998: 94/95:47 – 81).
- Dutta-Bergman M.J. An Alternative Approach to Social Capital: Exploring the Linkage Between Health Consciousness and Community Participation. *Health Communication* 2004; 16 (4):393-409.
- Fernández Kelly P. (1995): Social and Cultural Capital in the Urban Ghetto: Implications for the Economic Sociology of Immigration, en: Portes A. (Ed.): *The Economic Sociology of Immigration: Essays on Networks, Ethnicity, and Entrepreneurship*. Russell Sage Foundation 1995; pp.213-247.
- Fukuyama F. *Trust: the social values and the creation of prosperity*. Nueva York: Free Press; 1995.
- Gamarnikow E. & Green A. Developing social capital: dilemmas, possibilities and limitations in education. In: A. Hayton, ed. *Tackling disaffection and social exclusion: Education perspectives and policies*. Chapter 3. London: Kogan Page 1999; pp. 49-62.
- Herreros F. y Criado H. (2001). El problema de la formación del capital social. Estado, asociaciones voluntarias y confianza generalizada. *Zona Abierta*, 94/95:201 – 231.
- Kawachi I, Kennedy P, Louchner K, & Prothrow-Stith D. Social Capital, Income inequality and mortality. *American Journal of Public Health* 1997; 87 (9):1491-1498.
- Kawachi I, Kim D, Coutts A. y Subramanian S.V. Commentary: Reconciling the three accounts of social capital. *International Journal of Epidemiology*; 2004; 33 (4):682-690.
- Kunitz S. J. Social capital and health. *British Medical Bulletin* 2004; 69 (1):61-73.

- Leonardi y Nanetti. *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*. Princeton University Press; 1993.
- Lomas J. *Social capital and health: implications for public health and epidemiology*. *Social Science and Medicine* 1998; 47 (9):1181-1188.
- Lorenzelli M. Capital social comunitario y gerencia social. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Panamá 2003; octubre, pp. 28-31.
- Morrow V. *Children's experiences of community: implications of social capital discourses*. In: C Swan and A. Morgan (eds.) *Social Capital for Health: insights from qualitative research*. London: Health Development Agency 2002; pp. 10-28.
- Mustard F. *Health and social capital*. In: D. Blane, E. Brunner, R. Wilkinson, (eds.) *Health and social organization. Toward a health policy for the 21st century*. London & New York: Routledge 1996; pp. 303-313.
- Portes A. *Social capital: its origins and applications in modern sociology*. *Annual Review of Sociology* 1998; 24(1):1-24.
- Putnam R, Leonardi R. y Nanetti R. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton, Princeton University Press; 1993.
- Putnam R. *Bowling alone: America's declining social capital*. *Journal of Democracy* 1995; 6 (1):65-78.
- Putnam R. D. *Bowling alone: The collapse and revival of America community*. New York: Simon and Schuster. In: Swann, C. and Morgan, A. (eds). *Social capital for health. Insights from qualitative research*. London: Health Development Agency. 2002; 24.
- Putnam R. y Goss K.A. Introducción, en Putnam R. (ed.): *El declive del capital social. Un estudio internacional sobre las sociedades y el sentido comunitario*. Barcelona: Galaxia Gutenberg 2003; pp.9-33.
- Torpe L. (2003): *Social Capital in Denmark: A Deviant Case?* *Scandinavian Political Studies* 2003; 26(1):2748.
- Wilkinson R. *Unhealthy societies: the afflictions of inequalities*. London: Routledge; 1996.
- Wilkinson R. *Income inequality, social cohesion, and health: clarifying the theory- a reply to Muntaner and Lynch*. *International Journal of Health Services* 1999; 29(3).



Pablo Alberto Torres Lima es ingeniero agrónomo, maestro en ciencias en Desarrollo rural (UAM-X) y en agricultura sustentable (University of Florida); es profesor de tiempo completo en el Departamento de Producción Agrícola y Animal de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco y profesor visitante de Brown University. Ha sido becario del CONACYT y Fulbright Foundation. Ha publicado los libros *Frutales para México, Contribuciones del Caribe y Sudamérica* (2002) y *Procesos Metropolitanos y agricultura urbana* (2000), entre otros, y es autor de numerosos artículos sobre desarrollo sustentable y agricultura. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores desde 1990 y actualmente director de la revista *Sociedades Rurales, Producción y Medio Ambiente*.



Lista de autores

Pablo Alberto Torres Lima
Servando Ortoll
Ryszard Rózga Luter
Pablo Wong-González
María Luisa Decuir-Viruez
Rey Acosta Barradas
Haydea Izazola
Alfonso Iracheta Cenecorta
Luis M. Rodríguez Sánchez
Óscar Sánchez Jerónimo
Álvaro Bracamonte Sierra
Rosana Méndez Barrón
Mario M. Carrillo Huerta

José Urciaga García
Carlos H. Ávila Bello
Silvia del Amo Rodríguez
Ma. del Carmen Vergara Tenorio
Jaime Morales Hernández
Ma. del Carmen Cebada Contreras
Rodolfo García Zamora
Leodan Portes Vargas
Dulce Dávila Flores
Lorenzo A. López Barbosa
Arnoldo Martínez Cano
Adolfo Álvarez Macías
Antonio Flores Macías