



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
CALIDAD ASISTENCIAL

Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



REVISIÓN

El capital social como determinante de salud pública



N.D. Bravo Vallejos*

Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES), Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN), Managua, Nicaragua

Recibido el 18 de mayo de 2017; aceptado el 2 de septiembre de 2017

Disponible en Internet el 21 de noviembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Determinantes
sociales de la salud;
Capital social;
Salud pública;
Sociología médica

Resumen

Contexto: El concepto de capital social (CS) originalmente descrito por Durkheim en 1893 está compuesto por dimensiones relacionadas con la cohesión y la confianza entre los integrantes de un grupo social y es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parte de los determinantes sociales de la salud pública para la disminución de las inequidades y desigualdades en salud.

Objetivo: Contribuir a la difusión del concepto de CS relacionado con los determinantes sociales de la salud pública con el fin de ofrecer al lector elementos para visualizar las potenciales aplicaciones y prácticas en este campo.

Metodología: Se realizó una búsqueda de la literatura (Google Academics®, PubMed, Science direct® y Ebsco Host®).

Resultados: Se obtuvieron 294 publicaciones de texto completo entre las que se seleccionaron las fuentes con mayor influencia sobre la evolución y aplicación del concepto de CS, desarrollo socioeconómico y salud pública en la última década.

Conclusión: Aunque la evidencia actual permite afirmar que el CS es un determinante relacionado con la salud, aún es necesario disponer de estándares para su medición, lo que permitirá la instrumentalización y aplicación del concepto, y facilitará su integración en forma de acciones que ejerzan influencia positiva, y contribuyan a la implementación de intervenciones institucionales planificadas para el desarrollo y la salud pública.

© 2017 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Social determinants
of health;
Social capital;
Public health;
Medical sociology

Social capital as a determinant of public health

Abstract

Background: The concept of Social Capital (SC), originally described by Durkheim (1893), is composed of dimensions related to cohesion and trust between members of a social group, and considered by the World Health Organization (WHO) as part of the social determinants of public health for the decrease of inequities and inequalities in health provision.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: normanbra@yahoo.es

Objective: To contribute to the dissemination of the concept of SC related to the social determinants of Public Health, in order to offer the reader in-depth content to observe the potential applications and practices in this field.

Methodology: Literature search (Google AcademicsTM, PubMed, Science directTM, Ebsco HostTM).

Results: A total of 294 full-text publications were obtained, and those selected were the most influential sources on the evolution and application of the concept of Social Capital, socioeconomic development and health in the last decade.

Conclusion: Although the current evidence shows that Social Capital is a determinant related to health, standards are still needed for its measurement. This could allow the concept to be measured, and facilitate its integration into the form of actions that exert positive influence and contribute to the implementation of institutional interventions planned for development and public health.

© 2017 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El capital social (CS) en el campo de las ciencias sociales está relacionado con la cohesión del tejido social. En la actualidad, no existe acuerdo general sobre su definición exacta por lo que, en este trabajo se utilizará la propuesta por Putnam que se refiere al CS como las «características de la organización social como redes, normas y confianza que facilitan la coordinación y la cooperación para el beneficio mutuo»¹⁻³. Sobre lo que sí hay acuerdo es respecto a que es un concepto multidimensional, que debe ser diferenciado de las connotaciones mercantiles, económicas o ideológicas. Bolívar y Elizalde proponen una interpretación que establece una equivalencia con la palabra «recursos»⁴ y que podría confundirse con terminología como «capital mercantil», «capital natural» y otros, ya que lo que se busca es delimitar una característica social derivada de un modelo de relaciones producto de la percepción individual, de la confluencia de intereses, de los valores personales y sociales entre los seres humanos que componen un grupo.

Con respecto a las dimensiones que componen el constructo del término tampoco hay acuerdo general. Sin embargo, en la literatura más reciente con mayor frecuencia se contemplan 3 dimensiones: la solidaridad de grupo y cohesión social (por ejemplo, confianza en otros, normas de reciprocidad), la capacidad del grupo social de llevar a cabo acciones colectivas (eficacia colectiva) y reforzar normas sociales (control social informal), y para algunos la dimensión de inclusión cívica y participación². Este constructo es una de las aportaciones de la sociología médica que estudia la relación entre individuo, comunidad, instituciones y sistema social, o desigualdades poblacionales en salud, determinantes, clases y estratificación, organización y utilización de servicios, políticas de salud así como salud familiar; esta materia en conjunto con la demografía da forma al campo de la epidemiología social, que realiza distinciones aplicando métodos de campo y análisis estadístico cada vez más sofisticados empleados en la

identificación de grupos o poblaciones en riesgo, así como necesidades no identificadas previamente, indicadores de servicios sanitarios y otras aplicaciones, que influyen sobre la formulación y la planificación de las nuevas políticas de salud pública⁵. Algunos ejemplos de esto lo constituyen las descripciones socio-antropológicas de algunos problemas de salud pública como la descripción del embarazo adolescente, reacciones sociales y epidemia de sida, así como la obesidad y la promoción de estilos de vida saludable⁵.

Robert Putnam en su libro *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, hace aportaciones al CS que marcan una línea de interpretación y discusión relacionada con el espectro humanista y sus efectos sobre las mejoras en la calidad de vida. En el libro, Putnam discute las designaciones sociales precisas y su aplicabilidad al ocio, economía, organización, ciencias políticas, salud pública y ciencias sociales⁶. A partir de la publicación de este libro, el estudio de la relación entre CS y salud alcanza nivel global, con evidencia de que las conexiones entre individuos, aún entre familias son determinantes de la salud⁶. El objetivo de esta revisión es contribuir a la difusión del concepto de CS como determinante social de la salud pública; con el fin de ofrecer al lector contenido de profundidad para visualizar las potenciales aplicaciones y prácticas en el campo de la salud.

Material y métodos

Para lograr este objetivo el autor realizó una selección de 294 publicaciones de texto completo colectadas de motores de búsqueda como Google Academics®, Science Direct®, PubMed y Ebsco-Host®, seleccionándose al final las fuentes con mayor influencia sobre la evolución y aplicación del concepto de CS, desarrollo socioeconómico y salud pública en la última década.

Resultados

A partir de los textos seleccionados, se establecen los siguientes elementos del concepto de CS:

Antecedentes históricos del concepto de CS

Durkheim (1893) acuña el término de solidaridad social, como el conjunto de normas, creencias y valores que integran a los hombres en una comunidad. Hannifan (1916) lo definió como: «esas sustancias intangibles con que cuentan la mayoría de las personas en la vida diaria». Weber (1944) introduce el término acción social, como elemento de la estrategia utilizada por los individuos para la obtención de recursos o beneficios. Putnam (1960) señala que el «capital social» se refiere las características de la organización social como redes, normas que facilitan la coordinación y la cooperación para el beneficio. Loury (1977) lo define como el conjunto de los recursos reales o potenciales que se vinculan con la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas, de Hace poco más de dos décadas Robert Putnam agrega una nueva definición (1994) y lo describe como «un capital conformado fundamentalmente por el grado de confianza existente entre los actores sociales de una sociedad, las normas de comportamiento cívico practicadas y el nivel de asociatividad» con intercambio de conocimiento y reconocimiento, terminología utilizada por las ciencias del desarrollo que incluyen nuevos campos como la sociología y la epidemiología médica, que han aportado conceptos de determinantes sociales y salud pública desde el primer reporte del cirujano general sobre tabaquismo en EE.UU. hasta la declaración de Río sobre la inclusión de determinantes sociales en el abordaje de la disminución de la inequidad en el acceso a la salud^{5,7,8}.

Elementos del capital social

Entre los elementos más estudiados en la literatura disponible, el autor identificó con mayor frecuencia los siguientes, que no deben confundirse con dimensiones del CS, aunque son parte de estas⁹:

- Normas sociales: Reglas que actúan como control social informal que obvian las acciones legales e institucionalizadas.
- Proactividad: Involucramiento activo y reivindicativo de los ciudadanos en una comunidad, se refiere a las personas como creadoras y no como receptores pasivos de servicios o derechos.
- Participación en redes: Es la capacidad de obtener beneficios conscientes de que las asociaciones y redes son necesarias.
- Reciprocidad: El individuo tiene la expectativa de que su «servicio» le será devuelto en algún momento futuro en caso de necesidad.
- Confianza: Aceptación de riesgos suponiendo que los favorecidos responderán como se espera y en forma de apoyo mutuo.

Capital social, desarrollo económico y salud pública

El desarrollo socioeconómico es esencial para la consecución de mejores efectos de las estrategias de salud pública, por lo que se debe tomar en cuenta como determinante de la salud, recientemente se acepta la utilidad del CS en el desarrollo financiero microeconómico como determinante de inversión¹⁰. Un ejemplo son las conclusiones de Neira et al. (CEPAL), que investigaron si la confianza se relaciona con la eficacia de la asistencia oficial para el desarrollo económico en 18 países de América Latina, sugiriendo que la confianza es más importante que la democracia como factor potenciador de eficacia de la asistencia social para el desarrollo, recomendando que se realicen inversiones dirigidas a sectores que favorezcan el desarrollo del CS como medio para escapar de la pobreza¹¹.

Capital social y salud individual

La evidencia entre CS y salud es fuerte, gran parte de los estudios empíricos encuentran asociación positiva. Se ha demostrado la relación entre aspectos del CS con beneficios para el bienestar y la salud individual^{10,12,13}.

A pesar de que escritores como Putnam establecen la importancia de estudiarlo a nivel «micro», de donde pueden derivar generalizaciones grupales o comunitarias que se traduzcan en estrategias comunitarias (meso) o nacionales (macro); y que la comisión de determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifique las intervenciones como «macro», «meso» y «micro» de acuerdo al nivel de las políticas necesarias para reducir la desigualdad en salud, desde el punto de vista institucional sin embargo, solo se realizan evaluaciones «macro» y «meso»¹³.

Capital social y salud autopercebida

El CS juega un rol en la determinación de la salud actual y en la salud percibida¹, en una publicación de Rocco et al. reportan que al evaluar la relación entre salud y CS medida por la confianza generalizada, a nivel individual y comunitario, hay interrelación causal y positiva entre la salud auto percibida y el CS, y que esto actúa en ambas direcciones¹⁰. Ferraro y Farmer reportan que la morbilidad auto-reportada muestra desempeño pronóstico igual o superior al del médico¹⁴. Los mecanismos por los que el CS puede tener potencial influencia positiva sobre la salud individual están¹⁰:

- Proporciona acceso más fácil a información relevante sobre la salud, como resultado de interacciones sociales más intensas, a mayor involucramiento del individuo en interacciones sociales continuas, es más fácil y barato su acceso a la información.
- Facilita el suministro de atención sanitaria informal y/o apoyo psicológico, el apoyo financiero puede ser necesario para cubrir los gastos de la atención en salud.
- Puede facilitar los esfuerzos de gestiones y coordinación para la obtención de bienes que amplifican la salud, así como servicios.

- d) Incrementa la expectativa de la importancia y valor de la vida, puede inducir a las personas racionales a reducir el nivel de conductas de riesgo.

Capital social y salud comunitaria

Uno de los grandes hitos en la evolución del concepto de CS lo aportó Putnam, que puntualiza su investigación sobre conclusiones basadas en la participación o inclusión comunitaria como parte del concepto de CS, expresada como participación en asociaciones como voluntariado y su asociación con indicadores de morbilidad relacionados con enfermedad crónica, demostrando la relación positiva entre involucramiento cívico y salud poblacional, proporcionando nuevos medios para llevar la promoción de la salud a la comunidad⁵.

Capital social y salud pública

La amplificación poblacional del efecto del CS sobre la salud individual es la vinculación entre este y la salud pública, que a su vez es influenciada e influye en elementos como inequidad, esperanza de vida y otros, un ejemplo de esto lo demuestra Kliksberg con la vinculación entre CS y esperanza de vida, explicando el 58% de la variación en la mortalidad general¹⁵.

La equidad incide en la riqueza del CS, y este en la salud pública, por consiguiente, si los vecindarios son fuertes, esto hace que se difundan con mayor rapidez los avances en salud, y que haya presión social sobre las conductas desviadas (p. ej., consumo de drogas), además si el CS es fuerte hay más participación en la sociedad civil y en la política, y los gobiernos responden más a las necesidades de los más desfavorecidos¹⁵.

La salud pública depende entonces de factores directamente médicos, de condiciones económicas poblacionales básicas, provisión de servicios fundamentales, así como del nivel de equidad social y fortaleza de su CS, el Premio Nobel Amartya Sen concluyó que los países con una esperanza de vida mayor con respecto a otros países con un producto interno bruto alto, es porque son menos desiguales y priorizan la salud y la educación¹⁵.

Amartya Sen puntualiza que la confianza de unos con otros contribuye de forma decisiva en mejorar el papel del estado en la asistencia sanitaria y las redes de seguridad social, los programas de alivio a la pobreza, y la posibilidad que tienen los ciudadanos de gozar de una existencia saludable, contrario a las sociedades excluyentes y autoritarias que restringen la participación económica, política y social^{16,17}.

Discusión

El CS es uno de los determinantes sociales de la salud basado en la organización social que puede asumir características propias en cada grupo sociocultural, por lo que debe lograrse la instrumentalización estandarizada para medir y describir las dimensiones que asume en cada grupo social, esta estandarización es un reto para la investigación local, pero que puede rendir frutos en logro de metas relacionadas

con la salud pública, como son la promoción de estilos de vida saludable, la disminución de tasas de mortalidad general, la disminución de inequidad en el acceso a la salud, las tasas de mortalidad materno-infantil, además de generar una dimensión paralela de desarrollos relacionados con la transparencia en calidad de servicios sanitarios y otros aspectos.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la Dra. Nereida Rojo por su colaboración en la revisión de redacción. Esta revisión surge como parte del Proyecto de Investigación «Capital Social y Salud Autopercebida, Aldea Santa Rosa, Honduras, c.A.» del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Este trabajo de investigación no ha recibido ningún tipo de apoyo financiero específico de instituciones públicas, privadas y fue realizado sin ánimo de lucro.

Bibliografía

1. Fiorillo D, Sabatini F. Structural social capital and health in Italy. *Econ Hum Biol.* 2015;17:129–42 [consultado 5 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1570677X15000180/pdf?md5=cf0bf64d9b8f072ed6c0168e39a4cb46&pid=1-s2.0-S1570677X15000180-main.pdf>.
2. Villalonga-Olives E, Kawachi I, von Steinbuechel N. Pregnancy and Birth Outcomes Among Immigrant Women in the US and Europe: A Systematic Review. *J Immigr Minor Health.* 2016;2:613–22 [consultado 28 Ene 2017]. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10903-016-0483-2>.
3. Kawachi I, Subramanian S, Kim D. Social Capital and health: A Decade of Progress and Beyond. En: Kawachi I, Subramanian S, Kim D, editores. *Social Capital and Health*. Boston, Massachusetts: Springer; 2008. p. 1–28.
4. Bolívar G, Elizalde A. Capital Social y Capital. *Revista de la Universidad Bolivariana.* 2011;10:7–16 [consultado 21 Mar 2017]. Disponible en: <https://polis.revues.org/1901>.
5. Coril J, Dyer K. Social Science Contributions to Public Health: Overview. En: Qua S, editor. *International Encyclopedia of Public Health*. 2 ed Academic Press-Elsevier Inc; 2017. p. 599–611 [consultado 10 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128036785004197/pdf?md5=4dbf9fdd4a5c660686797e9e15884afc&pid=3-s2.0-B9780128036785004197-main.pdf>.
6. Scheffler R, Petris N, Borgonovi F, Bronw T, Petris N, Sassi F, et al. The Relationship between social capital human capital and health. En: Robitaille S, editor. *Social capital, Human Capital and Health What's the Evidence?* Washington D.C.: EUA: Centre for Educational Research and Innovation (IRDES-OCDE); 2010 [consultado 2 Feb 2017]. Disponible en: <https://www.oecd.org/edu/research/45760738.pdf>.
7. Kliksberg B. Capital Social y Cultura, Claves esenciales para el Desarrollo. *Revista de CEPAL.* 1999:85–181. IX, [consultado 20 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/12190-capital-social-cultura-claves-esenciales-desarrollo>.

8. Solís F, Limas M. Capital Social y Desarrollo: Origen, definiciones y dimensiones de análisis. *Nóesis Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*. 2013;22:187-212 [consultado 20 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85927874008>.
9. Atria R. La dinámica del desarrollo del Capital Social: Factores Principales y su Relación con los Movimientos Sociales. En: Comisión Económica Para América Latina y El Caribe (CEPAL), editor. CEPAL Capital Social, Herramienta para los Programas de Superación de la Pobreza Urbana y Rural. Santiago de Chile, Chile: CEPAL; 2003. p. 49-62. [consultado 2 Feb 2017]. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/6583>.
10. Rocco L, Fumagalli E, Suhrcke M. From social capital to health-and back. *Health Econ*. 2014;23:586-605 [consultado 2 Feb 2017]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.2934/full>.
11. Neira I, Lacalle-Calderón M, Portela M. Asistencia Oficial para el Desarrollo. Capital Social y crecimiento en América Latina. *Revista de CEPAL*. 2016;119:31-45 [consultado Mar 2017]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40401/1/RVE119_Lacalle.pdf.
12. Pomagalska D, Putland C, Ziersch A, Baum F, Arthurson K, Orchard L, et al. Practical Social Capital: A guide to Creating Health and Wellbeing. Adelaide: Public Health Department Flinders University; 2009. p. 146 [consultado 12 Ene 2017]. Disponible en: http://som.flinders.edu.au/FUSA/SACHRU/Publications/PDF/PSC_A_guide_to_creating_health_and_wellbeing.pdf.
13. Putland C, Baum F, Ziersch A, Arthurson K, Pomagalska D. Enabling pathways to health equity: Developing a framework for implementing social capital in practice. *BMC Public Health*. 2013;13:517 [consultado 21 Ene 2017]. Disponible en: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-517>.
14. Ferraro K, Farmer M. Utility of health data from social surveys: is there a gold standard for measuring morbidity. *Am Sociol Rev*. 1999;64:303-15 [consultado 21 Ene 2017]. Disponible en: https://www.jstor.org/stable/2657534?seq=1#page_scan_tab_contents.
15. Kliksberg B. Bases Sociales de la Salud. La Nación, jueves 16 de marzo del 2000; Sect. Opinión. [consultado 22 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/9233-bases-sociales-de-la-salud>.
16. Sen A. En: Sen A, editor. Análisis del Documento. El Futuro del Estado de Bienestar. Barcelona: Círculo de Economía; 2000 [consultado 8 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.ses.unam.mx/curso2014/pdf/Sen.docx>.
17. Sen A. Las distintas caras de la pobreza. El País, 30 de agosto de 2000; Sect. Opinión. [consultado 8 Feb 2016]. Disponible en: <http://elpais.com/diario/2000/08/30/revistaverano/967586417.850215.html>.