

Jaime C Sapag^I

Ichiro Kawachi^{II}

Capital social y promoción de la salud en América Latina

Social capital and health promotion in Latin America

RESUMEN

América Latina enfrenta problemáticas de desarrollo y salud comunes. La equidad y la superación de la pobreza son cruciales en la búsqueda de soluciones integrales y de alto impacto. El artículo analiza el concepto de capital social, su relación con salud, sus limitaciones y potencialidades, desde una perspectiva de desarrollo comunitario y promoción de salud en América Latina. También, se identifican desafíos prioritarios, como la medición y fortalecimiento del capital social. Se discute cómo y por qué el capital social pudiera ser crítico en una estrategia global de promoción de la salud, donde el empoderamiento y la participación comunitaria, el trabajo interdisciplinario e intersectorial permitirían avanzar en los objetivos de salud pública y en la concreción de un cambio social sustentable. Igualmente, se identifican algunas de las potenciales limitaciones del concepto de capital social en el contexto de promoción de la salud en América Latina.

DESCRIPTORES: Promoción de la salud. Cambio social. Inequidad Social. Desarrollo Comunitario. Capital social. América Latina.

ABSTRACT

Latin America faces common development and health problems and equity and overcoming poverty are crucial in the search for comprehensive and high impact solutions. The article analyzes the definition of social capital, its relationship with health, its limitations and potentialities from a perspective of community development and health promotion in Latin America. High-priority challenges are also identified as well as possible ways to better measure and to strengthen social capital. Particularly, it is discussed how and why social capital may be critical in a global health promotion strategy, where empowerment and community participation, interdisciplinary and intersectorial work would help to achieve Public Health aims and a sustainable positive change for the global development. Also, some potential limitations of the social capital concept in the context of health promotion in Latin America are identified.

KEYWORDS: Health promotion. Social change. Social inequity. Community development. Social capital. Latin America.

^I Departamento de Medicina Familiar. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile

^{II} Department of Society, Human Development, and Health. Harvard School of Public Health. Boston, MA, USA

Correspondencia | Correspondence:

Jaime C. Sapag
Departamento de Medicina Familiar
Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile
Lira 44, Primer Piso, Santiago Centro,
Santiago 10, Chile
E-mail: jsapag@med.puc.cl

INTRODUCCIÓN

La situación de salud de América Latina está estrechamente ligada a su historia, cultura y procesos de desarrollo. Más allá de la diversidad de sus países, existen bases compartidas y desafíos comunes, América Latina se abre al siglo XXI debiendo enfrentar satisfactoriamente un perfil epidemiológico en evolución, donde los estilos de vida y los comportamientos sociales son trascendentales. La pobreza e inequidad social hacen más complejo el desafío, debiéndose encontrar respuestas más elaboradas y globales que permitan alcanzar un verdadero cambio social.

Muchas de las iniciativas de promoción de salud implementadas en los últimos años, con foco en el nivel individual, no dieron los resultados esperados. Cada vez es más evidente que las estrategias de promoción de salud deben considerar un enfoque social, comunitario y político integral que permita el acceso equitativo a respuestas efectivas en salud.

El presente artículo se plantea como objetivo analizar el concepto de capital social y su relación con la promoción de la salud e identificar algunas claves que permitan reflexionar sobre sus alcances y limitaciones en el contexto latinoamericano. No se espera agotar la discusión, ni tampoco resumir la amplia y rica experiencia en promoción de la salud en América Latina o revisar en detalle el actual válido debate sobre los alcances y las limitaciones propias del concepto de capital social.

PROCEDIMIENTO DE BÚSQUEDA

Se realizó una búsqueda en fuentes bibliográficas considerando las palabras claves del artículo ('Capital Social', 'Salud', 'Promoción de la Salud', 'América Latina', 'Desarrollo Comunitario', 'Pobreza') en MEDLINE, LILACS y SciELO y en documentos internacionales de promoción de la salud. Se analizó integralmente la información, identificándose interrelaciones, limitaciones y desafíos en el área investigada.

SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

La población estimada de América Latina y El Caribe el año 2005 era de 512 millones, cerca de un 9% de la población mundial.²² La mayor parte de ella

(51,8%) se localiza en Brasil y México y el resto se distribuye entre 41 países y territorios.⁷¹ La población indígena representa aproximadamente entre el 8 y 15% de la total de la región, mientras los afrodescendientes llegan a un 30%.⁹

En las últimas décadas, se ha avanzado en algunos de los indicadores globales de salud en la región, alcanzándose, por ejemplo, una tasa de mortalidad infantil de 27,7 por 1.000 y una expectativa de vida al nacer cercana a los 72 años para el quinquenio 2000-2005.²² La transición demográfica y epidemiológica se expresa en un incremento progresivo de la población de 60 años y más que, según estimaciones, aumentaría desde un 8% en el año 2000 a un 14,1% el año 2025³⁹ y, a la vez, en un peso relativamente creciente de condiciones como el cáncer, las enfermedades crónicas, los trastornos de salud mental, el VIH/SIDA y los accidentes en el perfil de salud.*

DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD E INEQUIDAD

Los determinantes sociales – características específicas y vías por las cuales las condiciones societales influyen en la salud⁵² son de extrema importancia para explicar la situación de salud y definir estrategias apropiadas de intervención en el continente.⁶⁵ Es clara la relación que existe entre ambiente social y salud.⁶⁴ Las relaciones sociales, la cultura, el barrio de residencia, el tipo y lugar de trabajo, el nivel socioeconómico, así como la raza y el género, entre otras, han sido variables estudiadas con alta influencia en salud.^{4,10,11,15,18,47,63,80}

La pobreza y la inequidad se manifiestan en toda la región y dificultan los avances en salud. Los niveles de pobreza el año 2005 alcanzaron el 40,6%.²³ Diversos estudios muestran la relación entre la gradiente socioeconómica y la inequidad en el ingreso con los resultados de salud.^{1,46,55,58,92} En este contexto, la equidad y la superación de la pobreza como objetivo de las estrategias de promoción de salud resulta un imperativo ético.^{68,**}

PROMOCIÓN DE SALUD EN AMÉRICA LATINA

El concepto de promoción de salud, en el sentido en que actualmente se le conoce, se hace presente en salud pública en la década del 70,^{53,***} aunque sus

*Sepúlveda J, Gómez Dantés H. Origin, direction and destination of the health transition in Mexico and Latin America. Montevideo: International Development Research Centre; 1997. Disponible en http://www.idrc.ca/en/ev-23058-201-1-DO_TOPIC.html [acceso en 2006 mar 22]

**Restrepo H. Increasing community capacity and empowering communities for promoting health: technical report. In: Conference for Health Promotion. Bridging the Equity Gap. México, June 5-9, 2000.

***Conferencia Internacional de Atención Primaria. Declaración de Alma Ata - 1978. Disponible en http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm [acceso en 2006 mar 22]

bases históricas son muy remotas.⁶² La Organización Mundial de la Salud define promoción de salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.⁷⁰ Se trata de un proceso político y social no sólo dirigido a fortalecer las capacidades y habilidades, sino también a lograr un mayor control de los determinantes de salud y modificar las condiciones sociales, económicas y ambientales de los individuos en favor de la salud pública e individual.⁶⁹

La dimensión holística de promoción de salud implica la necesidad de abordar el tema de desarrollo comunitario como esencial, favoreciendo la acción cooperativa de la comunidad y asegurando el acceso equitativo a educación, seguridad económica y apoyo social, en el contexto de políticas públicas de acuerdo a los objetivos de salud.¹⁴

Existe una basta experiencia en programas de promoción de salud en América Latina.^{2,66,*} Sin embargo, las estrategias difieren en su tipo, foco y en las expectativas de cambio en el comportamiento esperadas. Un estudio basado en la literatura de los programas de promoción de salud en América Latina entre 1990 y 1997,⁹¹ concluye que tales programas, en base a la tipología de Wilson,⁹³ se pueden dividir en cuatro tipos de acuerdo al cambio esperado: 1) *Cambios Parciales en los Individuos* (teoría de 'Protección y Motivación' de Rogers);⁷⁸ 2) *Cambios Globales en los Individuos* (teoría de 'Aprendizaje Social' de Bandura);⁷ 3) *Cambios Parciales en la Comunidad/Sociedad* (teoría de salud comunitaria 'pies descalzos' de Werner);⁹⁰ y 4) *Cambios Globales en la Sociedad* (teoría de 'Cambio Social' de Freire).³²

Más allá de las limitaciones y virtudes de todos estos programas, se puede señalar que es perentorio propiciar el desarrollo de iniciativas integrales, intersectoriales, con la mayor participación comunitaria y sustentabilidad posibles. Es fundamental, a su vez, responder estructural y decididamente, como sociedad, a las causas profundas de la problemática de salud: pobreza e inequidad. El concepto de capital social, puede ser un aporte más para canalizar los esfuerzos presentes y futuros de promoción de salud en América Latina.

CAPITAL SOCIAL Y SALUD

Desde hace muchísimo tiempo se tiene conciencia de la relevancia de los factores propiamente colectivos en la dinámica de los individuos y de la

sociedad. Por ejemplo, Émile Durkheim reconocía el rol protector de la integración social y la importancia de la solidaridad orgánica para su desarrollo en las sociedades modernas; Karl Marx identificaba la relevancia de la solidaridad circunscrita a los límites de la comunidad; Marcel Mauss reconocía la reciprocidad de los intercambios en los sistemas premercantiles (dar, recibir y restituir); Max Weber identificaba la acción social y el carácter subjetivo de la acción, racional con arreglo a fines, racional con arreglo a valores, afectiva y tradicional.²¹

El término "capital social" ya fue utilizado por Bourdieu en 1980, quien lo diferenciaba del capital cultural, entendiéndolo como la agregación de los recursos actuales o potenciales que son parte de las redes de relaciones más o menos duraderas.**

James Coleman y Robert Putnam, en los 90, dieron a conocer extensamente el concepto, con su propia perspectiva. Coleman entiende capital social como los recursos socioestructurales que constituyen un activo de capital para el individuo y facilitan ciertas acciones comunes de quienes conforman esa estructura.¹⁹ Por su parte, Putnam define el capital social como un conjunto de atributos que están presentes en una sociedad como intangibles que favorecen los emprendimientos: la confianza, la reciprocidad y la acción social con arreglo a normas compartidas.⁷⁵

Definiciones más recientes visualizan el capital social como las relaciones informales de confianza y cooperación (familia, vecinos, colegas), la asociatividad formal en organizaciones de diverso tipo y el marco institucional normativo y valórico de una sociedad que fomenta o inhibe las relaciones de confianza y compromiso cívico.***

A su vez, se pueden distinguir dos tipos de capital social: a) el *cognitivo*, que se refiere a aquel subyacente a la estructura visible, que se deriva de procesos mentales e ideas, reforzadas por la cultura, la ideología, las normas, valores, actitudes y creencias que contribuyen al comportamiento corporativo; y b) el *estructural*, que incluye los roles, reglas, precedentes, procedimientos, así como la amplia variedad de redes que contribuyen a la cooperación. En el contexto del capital social estructural, existen dos dimensiones relacionales: 1) *vertical*, en que los grupos interactúan con distintos niveles de poder y recursos, por ejemplo, alcaldía y población pobre; este tipo de relación se conoce como tipo 'linking' (de vinculación) y sería

*Arroyo H. La promoción de la salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica. San Juan de Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico; 2004.

**Serrano C. Pobreza, capital social y ciudadanía (Borrador): asesorías para el desarrollo. Santiago de Chile; 2002. Disponible en <http://www.asesorias.tie.cl/informe%20capital%20social.rtf> [acceso en 2006 mar 22]

***Lechner N. Desafíos de un desarrollo humano: individualización y capital social. Rev Instt Desarrollo. 2000 Nov;(7).

central en el proceso de definición e implementación de las políticas; y 2) *horizontal*: donde no existen tales diferencias. En este último caso, a su vez, las relaciones entre los grupos pueden ser tipo ‘bonding’ (de unión), que se dan entre grupos que comparten ciertas características demográficas, por ejemplo: entre familiares, vecinos, amigos cercanos o colegas (éstas serían fundamentales en el desarrollo de los procesos básicos de sociabilización); o bien, pueden ser tipo ‘bridging’ (de aproximación), que se dan entre grupos demográficos distintos (serían muy relevantes en los procesos de participación cívica, construcción de coaliciones, y otros).⁸⁷

El capital social se puede analizar en los diversos niveles de la sociedad, como organizaciones, barrios, pueblos, ciudades, nación, mundo.* Igualmente, es necesario visualizar capital social como un factor relevante para alcanzar *cohesión social*, que representa un concepto más amplio que incluye ausencia de conflicto social latente y presencia de fuertes lazos sociales, donde se incluyen la confianza y las normas de reciprocidad (como capital social), las asociaciones que superan las divisiones sociales (‘sociedad civil’) y las instituciones dedicadas a manejar los conflictos (respuesta democrática, poder judicial independiente, y otros). Tanto capital social como cohesión social se refieren a la dimensión colectiva-ecológica de la sociedad.¹⁰

Es también importante conocer las similitudes y diferencias entre capital social y otros conceptos relacionados. A diferencia de conceptos como *redes sociales* (características estructurales del conjunto de lazos y conexiones sociales de un individuo) y *apoyo social*

(ayuda percibida por el individuo como consecuencia de lazos y conexiones sociales; que incluye apoyos de tipo emocional, instrumental, decisional e informacional⁴³), capital social suele entenderse como una propiedad intangible del colectivo, no del individuo. La Tabla 1 aporta definiciones de otros conceptos complementarios al de capital social.

Conceptualmente, los *posibles beneficios* del capital social son: mejorar el posicionamiento, las posibilidades y el acceso a recursos de diverso tipo para quienes participan en las relaciones sociales; actuar como elemento de cohesión, de base social y cultural, que facilita el emprendimiento común sobre normas y expectativas compartidas; favorecer las virtudes cívicas y estimular el interés por los asuntos públicos.⁷⁶

Por otra parte, los *posibles riesgos* del capital social son: los fuertes lazos que beneficiarían a los miembros de esa comunidad, pudieran implicar exclusión y marginación para otros; una comunidad cerrada puede significar limitaciones al desarrollo de las iniciativas exitosas por parte de los miembros que se escapan de la norma; centrar la atención en el capital social a nivel comunitario pudiera favorecer la pasividad en la búsqueda de respuestas integrales y estructurales a los problemas de desarrollo, como la inequidad.⁷⁴

Los efectos del capital social han sido evaluados en diversos ámbitos, tales como educación escolar,²⁰ criminología,⁸² movilidad y realización laboral,¹³ democracia⁸ y gobernabilidad.²¹ Particularmente, se ha analizado su posible impacto en el desarrollo socio-económico^{35,94} y en la superación de la pobreza en América Latina.^{3,26,27,34,51.**} Las investigaciones

Tabla 1 - Algunos conceptos relacionados con capital social y promoción de la salud.

Sentido psicológico de comunidad o sentido de comunidad	Sentimiento de membresía de quienes conforman una comunidad, el sentimiento de que los miembros del grupo son importantes para cada uno y para el grupo y una confianza compartida de que las necesidades de los miembros encuentran respuestas a través del compromiso de estar juntos. Esta definición incluye como elementos fundamentales: membresía, influencia, integración y satisfacción de las necesidades y conexión emocional compartida. ^{16,17,*}
Eficacia colectiva	Juicio que un grupo tiene a cerca de su capacidad para alcanzar una meta específica. ⁶ La eficacia colectiva no es simplemente la suma de las autoeficacias individuales, es una propiedad que emerge del nivel colectivo. ⁵
Capacidad comunitaria	Características de la comunidad que afectan su habilidad para identificar, movilizar y responder a los problemas de salud públicos y sociales. ³⁸ El concepto abarca múltiples dimensiones, tales como participación activa, liderazgo, redes de apoyo, habilidades y recursos, reflexión crítica, sentido de comunidad, comprensión de la historia, articulación de valores y acceso al poder. ³⁷
Competencia comunitaria	Componentes de la comunidad que le permiten colaborar efectivamente en la identificación de sus problemas y necesidades, alcanzar un consenso trabajado respecto a los objetivos y prioridades, acordar vías y medios para implementar dichos objetivos y colaborar efectivamente en las acciones requeridas. ²⁵

*Sarason SB. The psychological sense of community: prospects for a community psychology. San Francisco: Jossey-Bass. (Out of print)

*HjØllund L, Svendsen T. Social capital: a standard method of measurement. Aarhus (DNK): Aarhus School of Business, Department of Economics; 2000. (Working Papers, 00-90). Disponible en http://swopec.hhs.se/aaareco/abs/aaareco2000_009.htm [acceso en 2006 abr 1]

**McNeill D. Social capital, development and ethics. A paper prepared for the Inter-American Development Bank International Seminar “The Ethical Challenges of Development”, panel “Teaching ethics, social capital, and development: dilemmas, strategies, and experiences”; 2002 Sept 5-6: Buenos Aires, Argentina.

respecto a la asociación entre capital social y salud son más recientes.^{72,77}

La relación entre factores socioeconómicos y salud está bien establecida,⁴¹ al igual que el impacto de la tipología del barrio sobre la misma.^{40,54} Progresivamente, nuevos estudios identifican una asociación positiva entre capital social y salud.^{60,*} La falta de capital social ha sido correlacionada con un peor estado de salud a través de incremento en las tasas de homicidios, así como de una mayor morbi-mortalidad global y por causas específicas.^{44,48,57-59} En la Tabla 2, se presentan los resultados de algunos de los principales estudios que evalúan la relación entre capital social y salud, en diversos contextos. Sin embargo, otro estudio comparativo entre varios países, no mostró claramente tal asociación;⁶¹ dificultades al evaluar y comparar capital social en contextos muy distintos podrían explicar la discordancia entre los estudios.

Existen varias hipótesis explicativas de la relación entre

capital social y salud. Ellas se refieren a tres niveles: comportamientos saludables asociados, acceso a servicios y procesos psicosociales (Tabla 3).^{79,95,*}

CAPITAL SOCIAL Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

La reconocida necesidad de una redefinición del énfasis de las iniciativas de promoción de la salud desde el eje individual hacia la consecución de cambios en el nivel comunitario y sistema social, está adquiriendo más fuerza y materializándose en nuevos programas.³⁶ Es aquí donde el capital social pudiera jugar un rol central.^{24,83}

La Decalación de Yakarta** expresa que la promoción de la salud es un proceso que permite a las personas el control sobre su salud para mejorarla, actuando sobre los determinantes de la salud para crear la mayor ganancia de salud para la gente, contribuir significativamente a la reducción de las desigualdades en salud, asegurar los derechos huma-

Tabla 2 - Estudios que evalúan la relación entre capital social y salud.

Estudio	Diseño	Resultados
Kawachi et al, 1997. ⁴⁹	Estudio ecológico 39 Estados de E.E.U.U.	La inequidad en el ingreso, medida por el Índice de Robin Hood, se correlacionó con la membresía per cápita en grupos ($r=-0,40$; $p<0,01$) y con la falta de confianza social ($r=0,73$, $p<0,0001$). A su vez, la membresía grupal y la falta de confianza social se asociaron con mortalidad total ($r=-0,49$; $p<0,0001$ y $r=0,77$; $p<0,0001$, respectivamente) y con mortalidad por enfermedad coronaria, neoplasias malignas y morbilidad infantil. Los resultados sugirieron que la inequidad en el ingreso incrementa la mortalidad a través de la disminución del capital social.
Kawachi et al, 1999. ⁴⁸	Estudio ecológico Análisis multinivel 39 Estados de E.E.U.U.	Después de ajustar por factores individuales, como bajo ingreso, bajo nivel educacional y tabaquismo, se observó un efecto contextual, en que bajos niveles de capital social se asociaron con bajos niveles de autoevaluación en salud. Por ejemplo, el OR para regular o bajo nivel de salud fue de 1,41 (intervalo de confianza 95%=1,33 a 1,50), al comparar los estados con bajos niveles de confianza social versus aquellos con altos niveles de confianza social.
Hyyppa & Maki, 2001. ⁴⁴	Estudio de corte transversal Nivel Análisis: individuos Finlandia	El número de amigos auxiliares (dispuestos a ayudar) y la membresía en cualquier grupo religioso se asociaron independiente y significativamente a una autopercepción favorable del estado de salud ($p<0,001$ y $p=0,037$, respectivamente), luego de controlar por otras variables, tales como nivel de ingreso, urbanidad/ruralidad, etc.
Lindstrom, 2003. ⁵⁷	Estudio de corte transversal Nivel análisis: individuos Suecia	Niveles bajos de capital social se correlacionaron con presencia de consumo diario de tabaco. En los casos en que había un bajo nivel de confianza social, a pesar de un nivel de participación social mayor ('miniaturización de la comunidad'), se detectó un mayor consumo intermitente de tabaco.
Lochner et al, 2003. ⁵⁹	Estudio ecológico 342 barrios de Chicago, Estados Unidos	Niveles altos de capital social a nivel de barrio se asociaron con una menor tasa de mortalidad total, por enfermedad cardíaca y por otras causas en mujeres de raza blanca (reciprocidad: $r=-0,72$; $p<0,0005$; IC 95%: $r=-0,40$; $p<0,01$; participación cívica: $r=-0,30$; $p<0,01$) y en hombres de raza blanca (reciprocidad: $r=-0,40$; $p<0,05$; IC95%: $r=-0,44$; $p<0,0005$; participación cívica: $r=-0,49$; $p<0,0005$), después de controlar la variable deprivación material del barrio. Esta relación también se vio en personas de raza negra, pero menos consistentemente. No se detectó asociación entre capital social y morbilidad por cáncer.

*Cullen M, Whiteford H. The interrelations of social capital with health and mental health: discussion paper. Canberra: Commonwealth of Australia; 2001.

**Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. In: Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud; 1997; Yakarta, IDN. Ginebra; 1997.

Tabla 3 - Vías hipotéticas de conexión entre capital social y salud.

1. Comportamientos saludables asociados	El capital social influiría en las conductas saludables de los miembros de una comunidad, promoviendo la difusión de la información respecto a salud, o incrementando la probabilidad de que normas de comportamiento saludable sean adoptadas. ⁷⁴ A su vez, ejercería un control social previniendo las conductas poco saludables (ej. tabaquismo, violencia).
2. Acceso a Servicios	La comunidad unida solicitaría y accedería más fácilmente a servicios. Por ejemplo, existe evidencia empírica que indica que la comunidad en base al trabajo social en redes, normas, con interacción común, facilita la mejoría en los sistemas de agua y saneamiento. ⁴⁵
3. Procesos Psicosociales	El capital social proveería soporte afectivo que favorecería la autoestima y el respeto mutuo y, con ello, mejores indicadores de salud, por ejemplo, en salud mental.*

*Cullen M, Whiteford H. The interrelations of social capital with health and mental health: discussion paper. Canberra: Commonwealth of Australia; 2001.

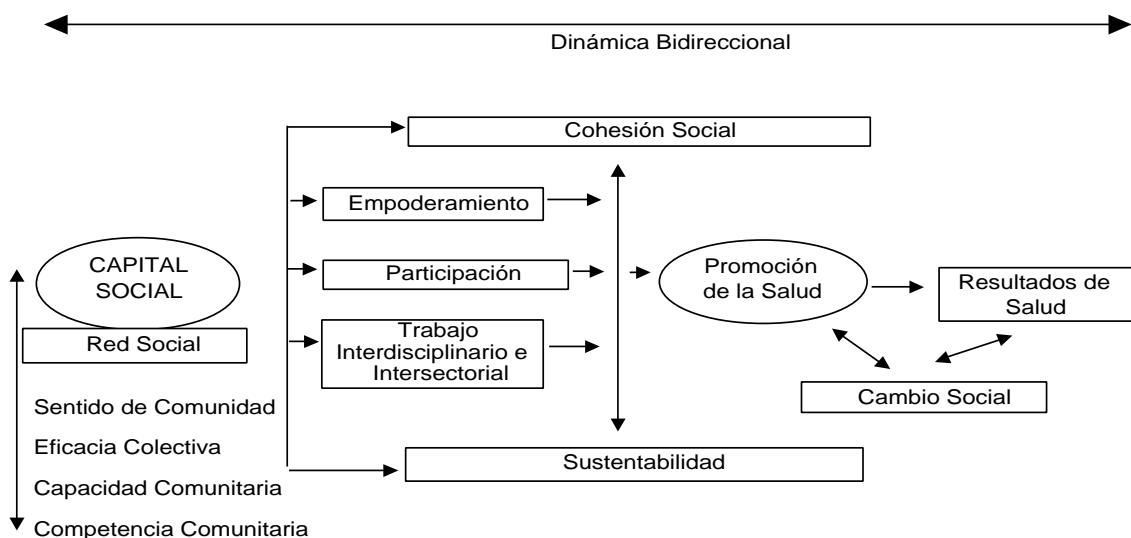
nos y construir un capital social. En la misma línea, la Declaración de México* insiste en la necesidad de reforzar y ampliar los vínculos de asociación en pro de la salud y el Compromiso de Chile,** por su parte, enfatiza el rol de la participación de la sociedad civil en las estrategias de promoción de la salud. La Carta de Bangkok también recoge implícitamente estas ideas.⁶⁸

Son muchas las relaciones posibles entre capital social y promoción de la salud, varias de ellas entendibles bidireccionalmente: reconociendo y desarrollando el capital social en favor de la promoción y/o potenciando el capital social a través de proyectos de promoción exitosos. Más allá de intentar explicar qué es primero, es necesario visualizar el impacto que la integración de ambos conceptos puede significar para alcanzar mejores resultados globales. A continuación, se analizan cuatro elementos críticos de esta dinámica (Figura).

Empoderamiento y participación comunitaria

Comenzar por reconocer y favorecer los elementos del capital social presentes en una comunidad resulta fundamental para potenciar la participación activa de sus integrantes en el camino de promoción de salud.²⁹

Entendiendo empoderamiento como el “proceso de acción social que promueve la participación de la gente, organizaciones y comunidades hacia los objetivos de lograr un mayor control individual y comunitario, eficacia política, mejoría en la calidad de vida comunitaria y justicia social”,⁸⁹ es fácil comprender la importancia que los factores colectivos de confianza, reciprocidad y colaboración significan en su consecución. En la intersección entre el concepto de empoderamiento individual y empoderamiento colectivo en salud debe existir un reconocimiento del sentido de comunidad, de la importancia de avanzar colectivamente. Ese paso ya lo definía Freire como

**Figura** - Capital social y promoción de la salud: un sistema dinámico.

*Organización Mundial de la Salud. Declaración de México. In: 5ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud; 2002; México (DF). Ginebra; 2000.

**Organización Panamericana de la Salud. El Compromiso de Chile para la Promoción de la Salud. In: Foro de Promoción de la Salud en las Américas: Empoderando y Formando Alianzas para la Salud; 2002 Oct 24; Santiago de Chile. Disponible en http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/HP_CompromisoCHI.pdf [acceso em 2006 mar 22]

'*concientización*' o aquel proceso de conciencia crítica de la realidad y de compromiso activo de las personas para transformarla, desde una perspectiva social.³³ El empoderamiento de la comunidad, a su vez, favorece la competencia cultural de las iniciativas de promoción y, de esa forma, su real impacto y potencial sustentabilidad.⁴²

La investigación-acción participativa puede ser una herramienta para reconocer mejor el capital social presente en una comunidad y asegurar un real proceso participativo.^{30,31,56}

Capital social, interdisciplina e intersectorialidad

Es claro que para el éxito de las estrategias de promoción de salud, se requiere un trabajo donde todos los involucrados actúen cooperativamente. Ello es válido tanto para los individuos como para las comunidades, sus organizaciones formales e informales y, por supuesto, para las instituciones responsables del gobierno. El trabajo en coaliciones promotoras de salud va en esa línea. También, implica la necesidad de vincular las distintas disciplinas y sectores en proyectos comunes, obteniéndose beneficios compartidos. Por ejemplo, algunos estudios muestran cómo el enfoque participativo en proyectos de provisión de agua potable en países en desarrollo puede simultáneamente incrementar las tasas de vacunación.²⁸ Entonces, el despliegue del capital social en sus dimensiones vertical (tipo '*linking*') y horizontal (tipos '*bonding*' y '*bridging*') y su complementariedad a favor de la salud, es otro factor que debe ser reconocido en las iniciativas de promoción.

Capital social y cambio social

Varias iniciativas en promoción de salud han reconocido la importancia de un cambio social para el éxito de las mismas. Desde una perspectiva de organización comunitaria, el objetivo del cambio social suele ser el sistema completo y de esa forma se contribuye a una mejor y más rápida diseminación de nuevas normas y conductas saludables en la globalidad. Así, lo que ocurre en todos los subsistemas y particularmente en el ámbito político y económico, es de primera importancia.^{85,88}

Aquí se encuentra el punto crítico de la relación entre salud, inequidad y capital social. Se requiere la implementación de estrategias y programas que les consideren integradamente en un contexto de desarrollo global y superación solidaria de la pobreza. El capital social puede entonces entenderse como un medio para el cambio social y, a su vez, el cambio social debiese potenciar el desarrollo del capi-

tal social en términos positivos para la comunidad.⁸¹

Capital social y sustentabilidad

La sustentabilidad, entendida como la habilidad de los programas de ser incorporados y continuar regularmente en la comunidad, una vez finalizada la asistencia externa,¹² es un elemento clave en los programas de promoción de salud. La experiencia muestra que los elementos críticos para alcanzar tal sustentabilidad suelen ser parte de la dinámica y estructura socio-política donde la comunidad está inmersa.⁸⁶ En ese sentido, el desarrollo de capital social, como un camino de empoderamiento por el cambio social, pudiera ser de alta relevancia. Del mismo modo, la planificación y la real participación de la gente en el proceso, asegura una mayor probabilidad de continuidad en el tiempo.

El cuadro siguiente presenta una experiencia concreta de desarrollo comunitario y capital social en América Latina, en el Villa El Salvador, Perú.^{50,73}

- Villa El Salvador, en Lima-Perú, se ha constituido como una comunidad activa, integrando aspectos sociales, medioambientales y propios de salud en una estrategia de desarrollo local, transformándose actualmente en una localidad de 350 000 habitantes con concretos logros.
- En 1973 los pobladores crearon la Comunidad Urbana Autogestionaria de Villa El Salvador (CUAVES), en ese momento la máxima organización de la localidad: fue muy importante para iniciar el proceso, integrándose posteriormente representantes de diversos grupos: mujeres, comerciantes, artesanos, asociaciones deportivas y culturales. En 1983 Villa El Salvador se convirtió en distrito, con gobierno local propio y elegido democráticamente. El plan de desarrollo incluía las áreas urbanidad, industrial, forestal y agropecuaria, cultural y deportiva.
- En 1989 la comunidad contaba con 50 mil viviendas. Los pobladores habían construido 38 mil, así como 60 locales comunales, 64 centros educativos, 32 bibliotecas populares, numerosos centros de salud y farmacias y una red de calles y rutas. La educación permitió reducir a un 3% el analfabetismo. La mortalidad infantil, por su parte, disminuyó francamente, siendo actualmente un 40% inferior al promedio en Perú. Sin embargo, los niveles de pobreza siguen siendo elevados, tres veces más altos que en Lima.
- En la base de este proceso están la cultura y la tradición indígenas y una milenaria experiencia histórica de cooperación, trabajo comunal y apoyo mutuo. El trabajo como comunidad organizada, sustentado en la confianza, solidaridad, creatividad y persistencia ha ido dando resultados notables.

COMENTARIOS FINALES

El concepto de capital social puede contribuir en el conocimiento del impacto de las variables sociales en salud y en su mejor incorporación en las acciones de salud, potenciando el enfoque social en las estrategias de promoción de la salud. El capital social puede entenderse como un recurso y un objetivo al mismo tiempo.

El capital social no se puede ver de forma aislada, sino en el marco de las estructuras políticas y sociales que obligan a examinar la desigualdad en la disposición de recursos. Así, el capital social debe ser contextualizado respecto al papel del Estado, las políticas públicas y la dinámica institucional en los distintos sectores, velando por los derechos de las personas, sin discriminación, y resguardando la redistribución de los recursos para garantizar un adecuado nivel de salud.⁸⁴ Estos elementos son críticos para lograr los propósitos de la promoción de la salud, en especial para aquellos países, como los de América Latina, en donde hay una alta desigualdad social. En ese sentido, es fundamental considerar la necesidad de integración, la participación y las relaciones de poder que ocurren en el marco de las inequidades que se presentan.

Más allá de lo prometedor que pueda ser el concepto de capital social, hay que reconocer las limitaciones⁶⁷ en su definición, aún un tanto ambigua, dadas por la complejidad misma de lo que representa, como por las posturas diversas de quienes analizan el tema. A su vez, tampoco está claramente resuelto en qué tipo de programas y en qué variables del proceso salud-enfermedad el capital social pudiera tener mayor impacto o, por otra parte, pudiera no ser recomendable poner el acento allí.

La generación de instrumentos validados para medir capital social está en etapa inicial. Existen algunos instrumentos que han sido utilizados para medir y comparar los niveles de capital social⁵⁸ y, actualmente, se desarrollan iniciativas para evaluar capital social en América Latina.* Desde luego, los instrumentos utilizados deben ser capaces de recoger adecuadamente los aspectos culturales y las diferencias involucradas en cada localidad.

Otra pregunta abierta es cómo incrementar el capital

social. Hay experiencias de fomento de la asociatividad y de la funcionalidad de las redes sociales que han mostrado algún impacto favorable (como el caso de Villa El Salvador, Tabla 4).

La real participación social y el trabajo interdisciplinario e intersectorial basado en el reconocimiento y desarrollo del capital social permitirían avanzar cooperativamente y lograr efectos complementarios en salud y en otras áreas. El compromiso de los gobiernos y de la sociedad entera por terminar con la inequidad existente y potenciar un desarrollo integral y de colaboración a través de los cambios estructurales y de las oportunidades necesarias es, sin duda, una tarea fundamental, más allá de las propias implicancias del concepto de capital social.

Finalmente, a la hora de pensar en estrategias futuras para América Latina hay que reconocer las fortalezas de sus sociedades, por ejemplo, la rica sociabilidad existente en muchas localidades que ha favorecido grandes avances en salud. A su vez, es central comprender el vínculo entre promoción de la salud y desarrollo, donde el capital social puede trabajar conjuntamente, así como reconocer las propias diferencias entre los contextos de los países, tanto en extensión territorial, historia, composición étnica, perfil epidemiológico, condiciones económicas y sociales, políticas y sistemas de salud, entre otros factores.

Mientras se avanza en lograr una mejor comprensión de las implicancias específicas del concepto de capital social en salud, es un desafío hoy el valorar y considerar la real importancia de los determinantes sociales en el diseño, implementación y evaluación los programas de promoción de salud en América y su integración a una estrategia global de desarrollo. En ese sentido, la dimensión político-institucional resulta decisiva a la hora de impulsar procesos de desarrollo a favor de la promoción de la salud en América Latina.

REFERENCIAS

1. Adler NE, Boyce T, Chesney MA, Cohen S, Folkman S, Kahn RL, et al. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient. *Am Psychol*. 1994;49:15-24.
2. Atkinson S, Cohn A, Ducci ME, Gideon J. Implementation of promotion and prevention activities in decentralized health systems: comparative case studies from Chile and Brazil. *Health Promot Int*. 2005;20:167-75.
3. Atria R, Siles M, compiladores. Capital social y reducción de la pobreza: en busca de un nuevo paradigma. Santiago de Chile: CEPAL; Universidad del Estado de Michigan; 2003.
4. Avison WR, Turner RJ. Stressful life events and depressive symptoms disaggregating the effects of acute stressors and chronic strains. *J Health Soc Behav*. 1988;29:253-64.
5. Bandura A. Exercise of human agency through collective efficacy. *Curr Dir Psychol Sci*. 2000;9:75-8.

*Durstun J. Evaluando capital social en comunidades campesinas en Chile. Santiago; 2001. Presentación realizada en la Fundación Ford. Disponible en <http://www.sociedadcivil.cl/liderazgos/00882.htm> [acceso en 2006 mar 22]

6. Bandura A. Self efficacy in changing societies. New York: Cambridge University Press; 1995.
7. Bandura A. Social foundations of thought and actions: a social cognitive theory. New Jersey: Englewood Cliffs Prentice Hall; 1986.
8. Baquero M. Construindo uma outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. *Rev Sociol Polit.* 2003;(21):83-108.
9. Bello A, Rangel M. La equidad y la exclusión de los pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina y el Caribe. *Rev CEPAL.* 2002;76:39-54.
10. Berkman L, Kawachi I. Social epidemiology. New York: Oxford University Press; 2000.
11. Berkman LF. The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. In: Cohen S, Syme L, editors. Social support and health. New York: Academic Press; 1985. p. 241-62.
12. Bossert TJ. Can they get along without us? Sustainability of donor-supported health projects in Central America and Africa. *Soc Sci Med.* 1990;40:1015-23.
13. Boxman E, De Graaf P, Flap H. The impact of social and human capital on the income attainment of Dutch managers. *Soc Networks.* 1991;13:51-73.
14. Bracht N, editor. Health promotion at the community level: new advances. 2nd ed. Newbury Park: SAGE; 1999.
15. Case RB, Moss AJ, Case N, McDermott M, Eberly S. Living alone after myocardial infarction. *JAMA.* 1992;267:515-9.
16. Chavis DM, Hogge JH, McMillan DW, Wandersman A. Sense of community through Brunswick's lens: a first look. *J Community Psychol.* 1986;14:24-40.
17. Chavis DM, Pretty G. Sense of community: advances in measurement and application. *J Community Psychol.* 1999;27:635-42.
18. Cohen S, Williamson GM. Stress and infectious disease in humans. *Psychol Bull.* 1991;109:5-24.
19. Coleman J. Foundations of social theory. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1990.
20. Coleman JS. Social capital in the creation of human capital. *Am J Sociol.* 1988;94 Suppl:S95-120.
21. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Panorama social de América Latina 2001-2002. Santiago de Chile; 2002. Capital social: sus potencialidades y limitaciones para la puesta en marcha de políticas y programas sociales; p. 139-66.
22. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Panorama social de América Latina 2005. Santiago de Chile: Publicaciones de Naciones Unidas; 2006.
23. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe 2005. Santiago de Chile: Publicaciones de Naciones Unidas; 2005.
24. Cooper H, Arber S, Fee L, Ginn J. The influence of social support and social capital on health: a review and analysis of British data. London: Health Education Authority; 1999.
25. Cottrell Jr LS. The competent community. In: Warren R, Lyon L, editors. New perspectives on the American community. Homewood (IL): Dorsey; 1983.
26. Durston J. ¿Qué es capital social comunitario? Santiago de Chile: CEPAL, División de Desarrollo Social; 1999. (CEPAL - Serie Políticas Sociales, 38).
27. Durston J. Construyendo capital social comunitario. *Rev CEPAL.* 1999;(69):103-18.
28. Eng E, Briscoe J, Cunningham A. Participation effect from water projects on EPI. *Soc Sci Med.* 1990;30:1349-58.
29. Eng E, Parker E. Lay health advisor intervention strategies: a continuum from natural helping to paraprofessional helping. *Health Educ Behav.* 1997;24:413-7.
30. Fals-Borda O, Rahman MA. Action and knowledge: breaking the monopoly with participatory action-research. New York: Apex Press; 1991.
31. Farquhar SA, Michael YL, Wiggins N. Building on leadership and social capital to create change in 2 urban communities. *Am J Public Health.* 2005;95:596-601.
32. Freire P. Education for critical consciousness. New York: Seabury; 1973.
33. Freire P. Pedagogy of the oppressed. New York: Seabury Press; 1970.
34. Fukuyama F, Sanjay M. Comparing East Asia and Latin America: dimensions of development. *J Democracy.* 2000;11:4.
35. Fukuyama F. Trust: the social virtues and the creation of prosperity. New York: The Free Press; 1995.
36. Gillies PA. The effectiveness of alliances and partnership for health promotion: Conference working paper. London: World Health Organization and Health Education Authority; 1997.
37. Glanz K, Rimer B, Lewis FM, editors. Health behavior and health education: theory, research and practice. 3rd ed. San Francisco: Jossey Bass Publishers; 2002.
38. Goodman RM, Speers MA, McLeroy K, Fawcett S, Kegler M, Parker E, et al. Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Educ Behav.* 1998;25:258-78.

39. Guzmán JM. Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CELADE - División de Población.; 2002. (Serie Población y Desarrollo).
40. Haan M, Kaplan GA, Camacho T. Poverty and health: prospective evidence from the Alameda County Study. *Am J Epidemiol*. 1987;125:989-98.
41. Hawe P, Shiell P. Social capital and health promotion: a review. *Soc Sci Med*. 2000;51:871-85.
42. Hennessey Lavery S, Smith ML, Esparza AA, Hrushow A, Moore M, Reed DF. The community action model: a community-driven model designed to address disparities in health. *Am J Public Health*. 2005;95:611-6.
43. House JS. Work stress and social support. Reading: Addison-Wesley; 1981.
44. Hyypä M, Maki J. Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Prev Med*. 2001;32:148-55.
45. Kahkonen S. Does social capital matter in water and sanitation delivery?: a review of literature. Washington (DC): World Bank; 1999. (Social Capital Initiative - Working Paper, 9).
46. Kaplan GA, Pamuk E, Lynch JW, Cohen RD, Balfour JL. Income inequality and mortality in the United States. *BMJ*. 1996;312:999-1003.
47. Kawachi I, Colditz GA, Ascherio A, Rimm EB, Giovannucci E, Stampfer MJ, et al. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA. *J Epidemiol Commun Health*. 1996;50:245-51.
48. Kawachi I, Kennedy BP, Glass R. Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *Am J Public Health*. 1999;89:1187-93.
49. Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K, Prothrow-Stith D. Social capital, income inequality and mortality. *Am J Public Health*. 1997;87:1491-8.
50. Kliksberg B, compilador. Pobreza: un tema impostergable: nuevas respuestas a nivel mundial. México (DF): Fondo de Cultura Económica; 1993.
51. Kliksberg B. El capital social. Caracas: Editorial Panapo; 2001.
52. Krieger N. Glosario de epidemiología social. *Bol Epidemiol (Wash)*. 2002;23:11.
53. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Health and Welfare Canada; 1974.
54. LeClere FB, Rogers RG, Peters KD. Ethnicity and mortality in the United States: individual and community correlates. *Soc Forces*. 1997;76:169-98.
55. León D, Walt G, editors. Poverty, inequality and health: an international perspective. London: Oxford University Press; 2000.
56. Lewin K. Action research and minority problems. *J Soc Issues*. 1946;2:34-46.
57. Lindstrom M. Social capital and the miniaturization of community among daily and intermittent smokers: a population-based-study. *Prev Med*. 2003;36:177-84.
58. Lochner K, Kawachi I, Kennedy BP. Social capital: a guide to its measurement. *Health Place*. 1999;5:259-70.
59. Lochner KA, Kawachi I, Brenner RT, Buka BL. Social capital and neighborhood mortality rates in Chicago. *Soc Sci Med*. 2003;56:1797-805.
60. Lomas J. Social capital and health: implications for public health and epidemiology. *Soc Sci Med*. 1998;47:1181-8.
61. Lynch J, Smith GD, Hillemeier M, Shaw M, Raghunathan T, Kaplan G. Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations. *BMJ*. 2001;358:194-200.
62. MacDonald TH. Rethinking health promotion: a global approach. London: Routledge; 1998.
63. Marmot MG, Davey Smith G, Stansfield S, Patel C, North F, Had J. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II Study. *Lancet*. 1991;337:1387-93.
64. Marmot M. Improvement of social environment to improve health. *Lancet*. 1998;351:57-60.
65. Marmot M, Wilkinson RG, editors. Social determinants of health. Oxford: Oxford University Press; 1999.
66. Moysés SJ, Moysés ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004;9:627-41.
67. Muntaner C. Commentary: social capital, social class, and the slow progress of psychosocial epidemiology. *Int J Epidemiol*. 2004;33:674-80; discussion 700-4.
68. Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado. Ginebra; 2005.
69. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud; 1986 Nov 21; Ottawa, Canada. Geneva; 1986.
70. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud: glosario. Ginebra; 1998.
71. Pan American Health Organization. Health in the Americas. Washington (DC); 2002.
72. Pattussi MP, Moysés SJ, Junges JR, Sheiham A. Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. *Cad Saúde Pública*. 2006;22:1525-46.

73. Perkins E. Organizations and social systems. In: Perkins E, Simnett I, Wright L, editors. Evidence-based health promotion. London: John Wiley and Sons; 1999.
74. Portes A. Social capital: its origins and applications in modern sociology. *Ann Rev Sociol.* 1998;24:1-24.
75. Putnam R, Leonardi R, Nanetti RY. Making democracy work: civic traditions in modern Italy. Princeton (NJ): Princeton University Press; 1994.
76. Putnam R. Bowling alone: the collapse and revival of American community. New York: Simon and Schuster; 2000.
77. Putnam R. Commentary: 'Health by association': some comments. *Int J Epidemiol.* 2004;33:667-71.
78. Rippetoe PA, Rogers RW. Effects of components of protection-motivation theory and adaptive and maladaptive coping with a health threat. *J Pers Soc Psychol.* 1987;52:596-604.
79. Rogers E. Diffusion of innovations. New York: Free Press; 1983.
80. Ruberman W, Weinblatt E, Goldberg JD, Chaudhary JD. Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *N Engl J Med.* 1984;311:552-9.
81. Saegert S, Thompson JP, Warren MR, editors. Social capital and poor communities. New York: Russell Sage Foundation; 2001.
82. Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F. Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science.* 1997;277:918-24.
83. Souza EM. Intergenerational interaction in health promotion: a qualitative study in Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2003;37:463-9.
84. Szreter S, Woolcock M. Health by association?: social capital, social theory, and the political economy of public health. *Int J Epidemiol.* 2004;33:650-67.
85. Thompson B, Kinne S. Social change theory: applications to community health. In: Bracht N, editor. Health promotion at the community level: new advances. 2nd ed. Newbury Park: SAGE; 1999. p. 29-46.
86. Thompson B, Winner C. Durability of community intervention programs: definitions, empirical studies, and strategic planning. In: Bracht N, editor. Health promotion at the community level: new advances. 2nd ed. Newbury Park: SAGE; 1999. p. 137-54.
87. Uphoff N. Understanding social capital: learning from the analysis and experience of participants. In: Dasgupta P, Serageldin I, editors. Social capital: a multifaceted perspective. Washington (DC): The World Bank; 2000. p. 215-49.
88. Wakefield SE, Poland B. Family, friend or foe?: critical reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development. *Soc Sci Med.* 2005;60:2819-32.
89. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *Am J Health Promot.* 1992;6:197-205.
90. Werner D. Where there is no doctor. Palo Alto (CA): Hesperian Foundation; 1997.
91. Whittemore AA, Buelow J. Health and health promotion in Latin America: a social change perspective. In: Bracht N, editor. Health promotion at the community level: new advances. 2nd ed. Newbury Park: SAGE; 1999. p. 199-218.
92. Wilkinson RG. Unhealthy societies: the afflictions of inequality. London: Routledge; 1996.
93. Wilson J. Introduction to social movements. New York: Basic Books; 1973.
94. Woolcock M. Social capital and economic development: toward a theoretical synthesis and policy framework. *Theory Soc.* 1998;27:151-208.
95. World Bank, Family Environmentally and Socially Sustainable Development Network. Social capital matter in water and sanitation delivery?: a review of literature. Washington (DC); 1999. (Social Capital Initiative Working Paper, 9).