

Resumen

Objetivos: Documentar y analizar las experiencias de la ciudad en cuanto a mecanismos de participación social en salud y la generación de acuerdos o alianzas para la ejecución de programas o acciones de salud pública desde la perspectiva del capital social. **Métodos:** se recolectó información primaria mediante unas encuestas semi-estructuradas a 136 líderes en temas de salud en la ciudad y se analizó información y datos de la Encuesta de Percepción Ciudadana de Medellín Cómo Vamos 2009. **Resultados:** La participación social en salud ha tenido un aumento importante, particularmente en los Presupuestos Participativos. Pero la medición del capital social también involucra componentes como la confianza, normas y valores cívicos. Aunque la muestra de la encuesta no tuvo los criterios técnicos de representatividad, sí permite aproximar evidencias sobre algunas condiciones de un tipo de “capital social” en el sistema local de salud. De allí se desprende que sobre cultura ciudadana y fortalecimiento de lazos de cohesión social y cooperación en pro del bien común, es necesario avanzar más. **Conclusiones:** Los líderes en salud en Medellín mantienen un nivel de “confianza en estado de alerta” y perciben irrespeto por las normas cívicas. La credibilidad hacia algunas instituciones de la salud en la Ciudad es relativamente alta, pero la confianza hacia la Policía Nacional es baja. La violencia que experimenta algunas comunas limita o inhibe la generación de confianza. La participación en organizaciones y redes sociales ha venido aumentando su nivel de credibilidad y capacidad, pero se percibe que ésta no se tiene en cuenta en la toma de decisiones. Los Presupuestos Participativos han tomado importancia como mecanismo de participación en los últimos años. No obstante, algunas organizaciones se encuentran atravesadas por problemas de comunicación, conflicto de intereses y falta de compromiso.

Palabras claves

Capital Social, Salud, sistema de seguridad social, Medellín.

Abstract

Objectives: To document and analyze the experiences of the city in terms of mechanisms of social participation in health and the generation of agreements or alliances to implement programs or actions of public health from the perspective of social capital. **Methods:** Primary data were collected through semi-structured survey of 136 leading health issues in the city and analyzed information and data from the Citizen Perception Survey 2009 “Medellín Cómo Vamos”. **Results:** Social participation in health has been a significant increase, particularly in the Participatory Budget. But the measurement of social capital also involves components such as trust, civic norms and values. Although the survey sample did not have the technical criteria of representativeness, they can bring evidence on some conditions of a type of “social capital” in the local health system. From there it follows that on civic culture and strengthening social cohesion and ties of cooperation for the common good, more progress is needed. **Conclusions:** The health leaders in Medellín maintain a level of “confidence in a state of alert” and perceived lack of respect for civic norms. The credibility to some health institutions in the city is relatively high, but confidence in the national police is low. The violence experienced by some municipalities restrict or inhibit the creation of trust. Participation in organizations and social networks has been increasing its level of credibility and capability, but is perceived to be not taken into account in decision-making. Participatory Budgets have become important as a mechanism for participation in recent years. However, some organizations are traversed by communication problems, conflict of interest and lack of commitment.

Key words

Social capital, Health, Social Security System, Medellín.

Introducción

En el campo de la salud pública, el capital social ha contado con eminentes académicos e investigadores que han demostrado y justificado su importancia tanto conceptual como práctica. Además de ser concebido como factor clave para la comprensión analítica del complejo proceso de salud-enfermedad, el capital social sería también un medio para la solución de las aún marcadas desigualdades en salud. De igual manera, se le ha otorgado el estatus de ser una herramienta estratégica para promover la atención primaria en salud; incluso se ha pensado que podría ser un mecanismo de cambio social en países con elevados estados de pobreza y marginalidad social.

La existencia de capital social -tal y como se concibió originalmente- en una determinada sociedad podría marcar la diferencia entre prosperidad y atraso. Pero la creación y "acumulación" de capital social es un proceso complejo que surge al interior de las relaciones sociales y es determinado por una serie de factores económicos, culturales y políticos interdependientes. A diferencia de las opiniones más vulgares, el capital social no es un "recurso exógeno" que se pueda decretar para otorgarle un carácter multiusos con la sana intención de curar problemas de distinta índole, entre ellos los de salud.

El sociólogo estadounidense J. Coleman es considerado el pionero del desarrollo formal del concepto de capital social en 1988. En un comienzo, todo era parte de una estrategia teórica general por conciliar dos corrientes académicas (economía y sociología) que buscan describir y explicar los principios de la acción social. Según este autor, con el capital social era posible comprender la acción racional de los individuos en el marco condicionante de una sociedad. Específicamente, se trataba de incluir las características de la organización social en el análisis general de los sistemas sociales, incluyendo pero no limitado sólo a los sistemas económicos (1).

En la primera mitad de la década de los 90's otros investigadores trataron de redefinir el concepto desde sus respectivos intereses académicos. Sobresalen en esta segunda etapa del desarrollo académico del capital social, dos autores de referencia obligada: R. Putnam y F. Fukuyama (2). Particularmente, R. Putnam le marca un nuevo desarrollo conceptual al capital social. Uno de los ejes generales de su análisis gira en torno a comprender el problema aún no resuelto satisfactoriamente tanto para la sociología como para la economía: los dilemas de la acción colectiva y el incentivo a la cooperación en pro del bien común. Sus nuevas tesis las desarrolla en su libro clásico "Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy" (3).

A partir de los hallazgos teóricos y empíricos de R. Putnam, el capital social se reafirma como una categoría de análisis muy útil para comprender el funcionamiento complejo de las sociedades modernas. Empero, él toma distancia desde el punto conceptual con los estudios pioneros. El capital social es un atributo interno de las comunidades, y no sólo una cualidad y capacidad individual (la acción racional) necesaria para alentar la cooperación entre las personas, según el argumento dominante de J. Coleman. Desde esta nueva perspectiva teórica, el capital social lo define R. Putnam como los "aspectos de la organización social tales como confianza, normas y redes, que pueden mejorar la eficiencia de una sociedad al facilitar la acción coordinada" (3). Particularmente, la confianza es definida como "un componente esencial del capital social [...] La confianza lubrica la cooperación. Cuanto mayor es el grado de confianza dentro de una comunidad, mayor la probabilidad de cooperación. Y la cooperación, a su vez, refuerza la confianza" (3). Pero más allá del rigor de esta definición, la confianza implica una noción más simple: la exigencia de reciprocidad entre las personas y la expectativa a no ser defraudada.

Una tercera fase de la historia del desarrollo conceptual del capital social cobra vida a par-

tir del interés que tienen varias instituciones multilaterales de desarrollo por promover importantes debates con el fin, entre otros, de que el capital social pudiera ser un factor clave para resolver los problemas del subdesarrollo y atraso de muchos países. De esta manera, con el apoyo de las más altas tecnocracias adscritas a las “ciencias del desarrollo”, se partió de la idea de que así como se crea y se fomenta la acumulación de capital financiero y humano para el crecimiento económico, es posible invertir y reproducir capital social. Por lo tanto, esta nueva concepción instrumental del capital social está asociada más con una solución remedial y como un recurso sustituto frente a la ausencia de otro tipo de capitales como, por ejemplo, el financiero y el humano. Al respecto, el Banco Mundial precisa lacónicamente: «el capital social sirve de mecanismo de seguro para los pobres que no tienen acceso a alternativas de mercado» (4).

Pero una renovada y funcional política de desarrollo que tuviera como principios la confianza, la participación social y la conformación de lazos y redes de cooperación ricas en “capital social”, requería de los medios prácticos para llevar a cabo. Por lo tanto, el paso siguiente era diseñar y aplicar un instrumento de medición técnicamente probado, que permitiera diagnosticar el estado de capital social en una sociedad y, de esta forma, poder recomendar acciones concretas de política tendientes a promoverlo. Sin desconocer varias propuestas pioneras en ese sentido, uno de los instrumentos más conocidos para medir el capital social fue creado bajo el auspicio del Banco Mundial. Para esta institución financiera seis son las dimensiones requeridas para realizar dicha medición, las cuales abordan a su vez las dimensiones estructurales y cognitivas del capital social (grupos y redes; confianza y solidaridad), las principales formas en que opera el capital social (acción colectiva y cooperación; información y cooperación), y las áreas más importantes de aplicación o re-

sultados (cohesión e inclusión social; empoderamiento y acción política).

Por su parte, en América Latina la CEPAL fue una de las instituciones que se encargó de replicar el capital social como un instrumento clave dentro de la perentoria estrategia de promover el desarrollo económico y el fortalecimiento de la democracia. Esta Comisión entiende por capital social «el conjunto de relaciones sociales caracterizadas por actitudes de confianza y comportamientos de cooperación y reciprocidad. Se trata, pues, de un recurso de las personas, los grupos y las colectividades en sus relaciones sociales con énfasis, a diferencia de otras acepciones del término, en las redes de asociatividad de las personas y los grupos» (5). Frente al fenómeno de la exclusión social, la CEPAL planteaba que como los pobres carecen de contactos, entonces se les debe dar la oportunidad de organizarse para el logro de objetivos políticos.

Esta fase del desarrollo del concepto del capital social, donde se le pretende dar un carácter más instrumental, remedial, exógeno y sustituto, tiende a generar una especie de desnaturalización del concepto en sí. Esa concepción multiusos del capital social, como fórmula alternativa para solucionar problemas sociales, se ha generalizado tanto en círculos académicos como en esferas de toma de decisiones. El campo de la salud pública no ha sido ajeno a esta moda intelectual de pretender intervenir los graves problemas de salud y enfermedad desde el “capital social”, el cual es concebido –en algunos casos– como una estrategia de carácter puramente instrumental para los sectores pobres o excluidos. Sin desconocer su utilidad parcial de repensar las desigualdades de la salud desde un contexto social y político, el uso del capital social requiere retomar sus fundamentos pioneros como categoría de análisis o herramienta conceptual a fin de comprender los macro procesos complejos de la acción colectiva determinando, por ejemplo, parte de las causas del buen o mal estado de salud de una sociedad.

La relación conceptual entre capital social (CS) y salud

Uno de los investigadores más reconocidos y visibles que ha tratado de aplicar el poder explicativo y prescriptivo que tiene el CS a la teoría y praxis de la salud pública, es el profesor Ichiro Kawachi de Harvard School of Public Health. Además de ser pionero a partir de 1997 de sendos estudios empíricos que evalúan la relación entre capital social y, por ejemplo, las tasas de mortalidad (I. Kawachi et al., 1997, 1999), este autor tenía como referencia inicial un concepto sociológico mucho más comprehensivo que el capital social: la cohesión social (6).

Para Kawachi el capital social es definido como esos rasgos de la estructura social (niveles de confianza interpersonal, normas de reciprocidad y ayuda mutua), los cuales actúan como recursos individuales y facilita la acción colectiva. En esta línea de pensamiento, el puente articulador general entre CS y la salud es claro: si una sociedad se caracteriza por estar fuertemente cohesionada y los grados de integración y cooperación son producto de los lazos de confianza y conformación de redes sociales articuladas, entonces es altamente probable que el estado de salud de sus asociados sea alto.

No sólo importan los aspectos derivados del "ambiente social" como la comunidad, la familia, el perfil ocupacional y las desigualdades económicas, entre otras, sino también el tipo de relaciones sociales y la forma cómo una comunidad de personas esté organizada en pro de objetivos comunes. Esta vertiente de la "epidemiología social" ha sido estudiada por J. Lomas (1998) y R. Wilkinson (1999), quienes desde distintas metodologías de análisis han planteado sugerentes tesis sobre el grado de asociación que existe entre las desigualdades en salud, el capital social y la naturaleza de la estructura social donde viven y mueren las personas (7).

Pero también se han planteado algunas críticas sobre la utilización del capital social en el terreno de la salud. Autores como Ichiro Kawachi, S.V. Subramanian y Daniel Kim (8), destacan fundamentalmente tres: el riesgo de culpabilizar a las comunidades de sus propias dificultades de salud; el argumento según el cual el capital social es la vía más barata para intervenir en los problemas de pobreza y desigualdades en salud, justificando así la poca intervención del Estado. Finalmente, la crítica que plantea la falta de claridad de las políticas e intervenciones necesarias para construir capital social.

Pese a todo, una de las mayores contribuciones académicas de Kawachi y otros investigadores relacionados con el tema (9), ha sido imprimirle una definición instrumental y operativa al capital social en el campo concreto de la salud pública. Así, "el concepto de CS puede ser un aporte más para canalizar los esfuerzos presentes y futuros de la promoción de salud en América Latina". Ello puede ser posible cuando son coherentes las vías hipotéticas de conexión entre CS y la salud: 1) Comportamientos saludables asociados, los cuales permiten una mayor difusión de la información respecto a la promoción de la salud. 2) Acceso a los servicios, en el sentido de que si en una comunidad existe CS habrá una mayor probabilidad de obtener beneficios sociales a favor de la salud. Y 3) Procesos psicosociales, porque la cohesión social mejora los lazos afectivos, eleva la autoestima y contribuye, entre otras cosas, a la salud mental de las comunidades.

Además del papel potencial que juega el CS como una "pieza maestra" en el intento de avanzar positivamente hacia la promoción de la salud, el capital social también podría constituirse en un recurso para el cambio social. "El capital social puede entonces entenderse como un medio para el cambio social y, a su vez, el cambio social debe potenciar el desarrollo del capital social en términos positivos para la comunidad".

La sugerente concepción instrumental del capital social genera varios interrogantes: ¿Cómo hacer en términos prácticos “inversión en capital social”? ¿Cuáles serían las condiciones concretas para crear y reproducir el capital social? ¿Es posible acumular capital social en un contexto donde la exclusión económica y la discriminación negativa son las notas predominantes? ¿Cuánto se requiere de “stock de capital social” para superar las desigualdades en salud? ¿Qué rol juega el Estado en la producción primaria de capital social en la salud de un país?

M. Woolcock afirma que el término capital social está siendo adoptado indiscriminadamente, de manera acrítica y aplicado sin mucha precisión (10), J. Lynch igualmente se pregunta si no está pasando lo mismo con el CS en el campo de la salud. Aunque no tienen una respuesta precisa, lo cierto es que estos autores son bastante escépticos sobre varios puntos: ¿más CS es siempre bueno para la salud? ¿La perspectiva del capital social es un aporte real para entender las causas económicas y sociales de los problemas de la salud pública? ¿Las relaciones entre capital social y salud en el nivel individual son siempre positivas?

Por su parte, Vicente Navarro (11) plantea que la política y las relaciones de poder están presentes en el discurso del capital social. Ello sirvió para desviar el objeto real de las causas de las desigualdades sociales en salud: explotación económica, discriminación por clase, sexo, raza, etc. Así, desde el discurso económico dominante, que centra su atención en lo individual y comunitario, se propugna por aumentar o invertir en capital social como una solución a los males de la salud en los países pobres y dominados del mundo.

Algunos estudios recientes en Colombia y América Latina

En los últimos años se ha presentado un interés inusitado por realizar estudios de casos

con miras a comprobar las potenciales relaciones positivas entre capital social y la salud. Para algunos países de América Latina (como Colombia), recientemente se presentaron los resultados de un particular trabajo que tenía como objetivo medir el capital social y analizar su relación con el estado de salud de los países objeto de análisis (12). Según la información conocida, en Medellín se realizaron las primeras aproximaciones para identificar y analizar, con una herramienta de medición previamente diseñada y aplicada, el tipo y grado de capital social en el marco del sistema local de salud de la época (13). Asimismo, un programa específico de la Secretaría de Salud del Distrito de Bogotá (“Salud a su Hogar”) sirvió para plantear críticamente el papel de la participación social desde la perspectiva del capital social (14).

Pero antes de un balance general de algunos estudios, cabe hacer la siguiente pregunta: ¿es posible hablar de la existencia de capital social en un plano sectorial como la salud, cuando estudios de capital social en el país y en Medellín han revelado que es bajo o deficiente o, en el peor de los casos, que el capital social en Colombia es “perverso”. En efecto, uno de los más representativos estudios del capital social en Colombia, por sus aportes conceptuales y su trabajo empírico, es el de la economista María Mercedes Cuellar (2002). Además, otros estudios con aplicaciones empíricas más refinadas e inspirados en ejercicios internacionales similares, se han realizado en este país. Es el caso, por ejemplo, de J. Sudarky para Colombia y Medellín (15) y de P. Restrepo para Medellín (16). Ellos concluyen, cada uno con distintos criterios metodológicos y analíticos, que el capital social en la sociedad colombiana –si existe realmente– se encuentra aún lejos de los estándares ideales: la crisis de confianza latente o explícita es una “norma”, el espíritu cívico es bajo o expresado sin convicción ciudadana y que, pese a la participación relativamente amplia en redes y organizaciones sociales, no siempre ésta se ejerce inspirada en el bien común.

Por su parte y teniendo como base la información de la Encuesta Mundial de Valores aplicada entre 1995 y 1997, así como los indicadores de salud de la OPS de 1998, Kawachi y Sapag plantearon correlaciones entre tipos de variables ecológicas (esperanza de vida al nacer y tasas de mortalidad materno-infantil), e individuales (auto percepción de buena salud). Por su parte, tres fueron las variables utilizadas para medir el capital social: 1) confianza en otros, 2) miembro de organizaciones voluntarias y 3) asistencia a iglesias. Para Colombia este estudio encontró, por ejemplo, que la confianza en el nivel individual y ser miembro voluntario de una organización tuvo una asociación estadísticamente significativa con una buena salud auto percibida. Empero, los resultados y conclusiones generales de este tipo de estudios en realidad no son tan convincentes, como así lo reconocen los mismos autores.

También cabe reconocer el estudio del GES de la U de A (17), el cual tenía entre uno de sus objetivos centrales explorar el estado del capital social en el marco del sistema general de seguridad social en salud en la ciudad de Medellín (2007). Después de la aplicación de una serie de instrumentos de medición y de análisis, el balance sobre el potencial que tienen las estrategias cooperativas y comunitarias para generar una mejor salud, no permite sacar conclusiones convincentes. Si bien algunos tópicos de CS, como la reciprocidad y cierta credibilidad de algunas importantes instituciones de salud, son positivamente percibidos, emergen factores preocupantes que erosionan los fundamentos sobre los cuales se crea CS: lo poco que es tenida en cuenta, según la percepción de los líderes comunitarios, la participación social en la toma de decisiones y los problemas al interior de las organizaciones: individualismo, falta de apoyo y corrupción. Pese a los cuestionamientos teórico-prácticos y a los pocos estudios empíricos sin mucha claridad y contundencia sobre la relación entre capital social y la salud en Colombia, el presente Monitoreo tiene como finalidad avanzar en una segunda medición. De una aproxima-

ción general y descriptiva del tema, se pasa a una reflexión más estructurada y crítica sobre el tipo y las características que podría tener el capital social en una experiencia concreta como el sistema de salud en la ciudad de Medellín en el 2009. El instrumento aplicado en esta ocasión conserva la estructura básica del anterior, pero incluye un conjunto de variables más específicas a fin de captar una información que permita identificar algunos elementos que apunten a responder la siguiente pregunta: ¿existe capital social en el sistema de salud de Medellín? Si la respuesta es afirmativa, ¿de qué naturaleza es y si realmente tiene una utilidad práctica potencial?

¿Existe capital social al interior del sistema local de salud en Medellín?

Particularmente, la Secretaría de Salud Municipal, como ente rector y autoridad sanitaria en la ciudad de Medellín, ha impulsado en los últimos años – más allá de acatar las obligaciones legales- una serie de procesos de participación comunitaria y de acuerdos interinstitucionales con el fin de fortalecer alianzas y pactos en pro de metas prioritarias de salud. Esto sin lugar a dudas es un componente clave, pero no suficiente, en la línea de “invertir” en capital social. Porque ha sido claro que el capital social es un atributo de las sociedades que, con base en unas normas hacia la confianza, el ejercicio de un “espíritu cívico” y la creación de organizaciones y redes sociales, es aprovechado para generar un mayor “valor social” en beneficio de toda la sociedad.

Es en el marco de esta reflexión introductoria que uno de los objetivos centrales de esta sección es tratar de medir y valorar la participación social en salud desde la perspectiva del capital social.

Metodología general

El trabajo de campo para la recolección de la información primaria se asume como un ejercicio de tipo descriptivo de corte transversal,

realizado con el fin de identificar y explicar la naturaleza, las características y expresiones del “capital social” en el Sistema General de Seguridad Social en Medellín a partir de un grupo focal importante: personas y líderes sociales concedores de las políticas de salud.

Bajo esta consideración, tres grupos de población se identificaron con el fin de invitarlos a participar en la aplicación del instrumento de medición. El primer grupo se creó con las personas que hacen parte de las Mesas de Salud de la Secretaría de Salud de Medellín: en total, 42 líderes aceptaron la invitación al ejercicio. El segundo grupo fue conformado con 17 personas que pertenecen formalmente a la Liga de Usuarios de Metrosalud. Del tercer grupo hicieron parte un conjunto de personas que han participado en un Programa coordinado por la Facultad Nacional de Salud Pública en convenio con la Secretaría de Salud de Medellín: Herramientas de Planificación Participativa en Salud.

El universo o tamaño poblacional de este grupo se definió a partir del número de organizaciones voluntarias por las 16 comunas y 5 Corregimientos de Medellín, según las bases de datos de los líderes inscriptos en el Programa en el 2009. El tamaño de muestra fue calculado con la fórmula de la estimación de una proporción en el programa EPI DAT® de la OPS. Teniendo en cuenta que la variable de interés es una variable cualitativa, se asumió la proporción para obtener un mayor tamaño de muestra (50%), un porcentaje de confianza de 95 y una margen de error del 6%. El resultado de cálculo fue de 222 personas, las cuales fueron distribuidas proporcionalmente por comuna.

Dentro de los criterios de selección se tuvo en cuenta la participación de las personas en organizaciones sociales de la ciudad, con lugar de residencia en Medellín o sus corregimientos. El muestreo se realizó de manera no probabilística por cuotas asumidas como la comuna a la cual pertenecía la unidad de análisis.

Para el control de errores y sesgos, se cruzaron los datos para evitar duplicar nombres de los otros dos grupos poblacionales. La población fue invitada por vía telefónica y, finalmente, asistieron 77 personas a la aplicación del instrumento.

En suma, de los tres grupos definidos, 136 personas fueron las que diligenciaron, entre los meses de octubre y noviembre de 2009, el cuestionario semi-estructurado una vez recibieron una inducción previa. A todas luces claro, en rigor, este número de personas encuestadas no es técnicamente representativo para sacar conclusiones con un alto nivel de certeza. No obstante, las respuestas obtenidas ofrecen una aproximación de cuáles son las características reales y potenciales de un tipo de capital social existente entre las personas que hacen parte de algún tipo de mecanismo de participación social en el sistema local de salud en Medellín.

Por su parte, el cuestionario constaba de 34 preguntas cerradas, de las cuales se desprenden 143 variables a analizar conformado principalmente por preguntas cerradas (ver cuestionario en Anexo). Los valores utilizados en la tabulación de las encuestas eran determinados por la opción de respuesta ofrecida en el cuestionario, iniciando desde 1 hasta la mayor opción ofrecida según el caso. Cuando era encontrada una pregunta que no fue respondida o una alternativa de respuesta no seleccionada, se tabulaba como 0.

Finalmente, el instrumento de medición fue diseñado con base en los criterios generales que sirven para identificar y caracterizar el CS en los estudios empíricos pioneros. Más que un recurso de carácter individual, el CS es un atributo de las organizaciones sociales. De esta manera, la confianza, las normas de reciprocidad (comportamiento cívico) y las redes sociales son los aspectos que permiten explicar porque una sociedad puede lograr una mejor y más eficiente acción coordinada en pro de objetivos comunes. Es bajo esta orientación que la estructura básica del cuestionario está

dividida en tres partes: 1) La confianza, dividida en tres componentes: personal o cercana, la barrial o comunitaria y la institucional. 2) Nivel de compromiso cívico y 3). Cantidad, tipos y calidad de las organizaciones y redes sociales. Con el propósito de contar con un conocimiento sobre el perfil socio demográfico general de los encuestados, así como el contexto social donde viven, en la primera parte del cuestionario se incluyeron algunas preguntas al respecto.

Resultados

Sobre los líderes y su entorno

Las características socio demográficas del líder o representante de los intereses comunes de un barrio u organización comunitaria, así como las condiciones particulares del entorno geográfico donde interactúa, pueden dar cuenta de manera indirecta del tipo, calidad y estado del “capital social” en momento determinado. Específicamente, la pobreza, la desigualdad, la inseguridad, la violencia y la falta de oportunidades (no estar sano ni educado) son factores que inhiben o destruyen cualquier base

necesaria para construir confianza, fortalecer virtudes cívicas y participar de manera proactiva y desinteresada en distintas formas de organización social o comunitaria.

Del gráfico 1 se desprende unos rasgos dominantes de los líderes en el Sistema de Seguridad Social en Medellín. En general, se podría decir que, en su mayoría, son mujeres adultas (edad promedio de 56 años con una desviación estándar de 12 años) con nivel básico de escolarización, clasificadas en los niveles 1, 2 y 3 del Sisbén. En cuanto a la afiliación a salud, un 50% de dichos líderes son del régimen subsidiado, un 42.2% del régimen contributivo y 3.4% dicen no estar afiliados a salud.

Respecto a su ubicación espacial en la ciudad, se destaca, que una importante cantidad de líderes viven en comunas ubicadas en la zona centro y nororiental, territorios donde prevalecen aún muchos problemas que impiden o erosionan las bases mínimas para construir confianza y acciones cooperativas: Manrique con el 16,85% de los líderes encuestados seguida por Popular 12,6% y Aranjuez 9,2%, entre otras.

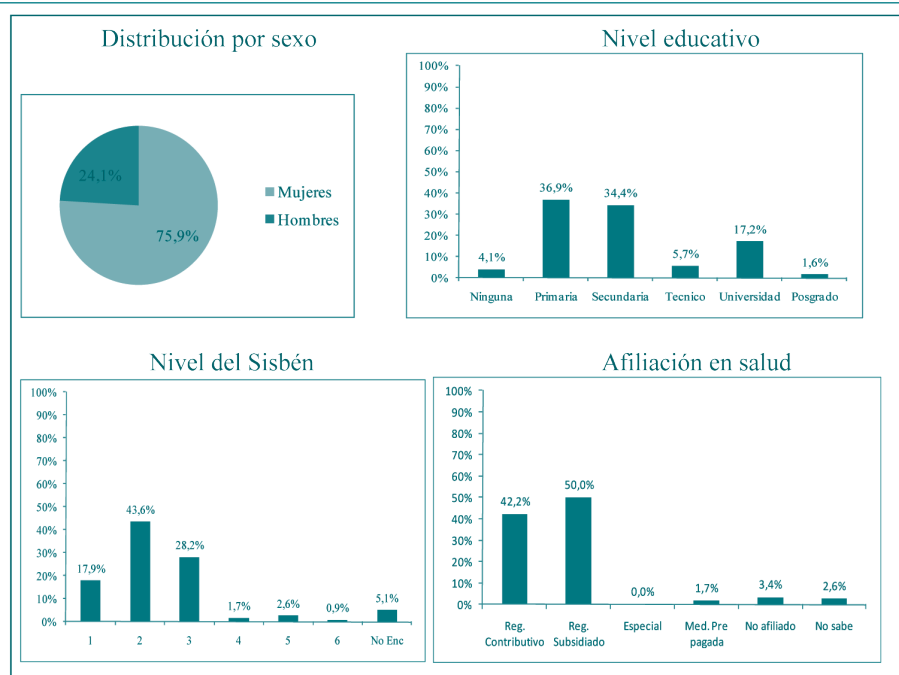


Gráfico 1. Perfil sociodemográfico de la población encuestada

En efecto, uno de los más grandes problemas en las comunas de la ciudad es la inseguridad o el estado de incertidumbre sobre la integridad física de las personas y el respeto por los bienes y/o la propiedad privada. Cuando se les preguntó a los líderes "¿Cómo califica la seguridad relacionada con la convivencia en la comunidad donde vive?", se observó que el 21,4% de las personas dijo que la seguridad era muy baja, el 30,2% dijo que era baja, el 36,5% dijo que la seguridad en su barrio era media, un 9,5% dijo que era alta y un 2,4% muy alta. En realidad, un escenario de confrontación armada entre bandas y donde los habitantes se sienten inseguros y en permanente vilo, no puede ser el ideal para crear lazos de cooperación y de información útil socialmente. De hecho, es posible que más bien se conformen asociaciones o grupos, pero con fines defensivos o de protección legal o ilegal.

A este escenario poco apto para la convivencia ciudadana y la armonía social, se le suman otros problemas relacionados estrechamente con la salud. Al respecto, cuando a los líderes se les preguntó "¿Cuáles cree que son los 3 principales problemas de salud de su comunidad?" ellos respondieron frente a un conjunto de alternativas, que los problemas de salud que predominan son en primer lugar los De acceso a servicios con un 58%, De calidad de servicios con 52,9% y De contaminación ambiental 41,2%. (Los porcentajes suman más de un 100% porque se podían marcar tres opciones de respuesta)

En suma, desde esta perspectiva parcial del análisis, las personas que viven en algunos sectores específicos de la ciudad enfrentan entornos comunitarios con problemas no sólo de inseguridad y convivencia, sino de deficiencias en el acceso a los servicios de salud.

Esta situación no define inequívocamente la calidad del capital social en el Sistema de Seguridad Social en Medellín, pero sí determina condiciones poco favorables para generar un estado de ánimo individual y colectivo con miras a la cooperación entre las personas de una misma comunidad en pro de lograr intereses comunes.

Confianza

En este estudio sobre el capital social en el Sistema de Seguridad Social en Medellín, se indagó por el tipo y nivel de confianza que tienen los líderes respecto a su entorno familiar, barrial e institucional. Es importante señalar que un tipo de confianza circunscripto sólo a un círculo reducido de familiares y amigos, combinado con un entorno caracterizado por la inseguridad y el conflicto social violento, no es un escenario donde se puede generar espacios de acción coordinada y eficiente para los problemas más apremiantes de las personas y las comunidades.

Confianza familiar y barrial

Cuando las personas tienen problemas de diversa índole tratan de resolverlos acudiendo a distintas personas o instituciones. Sin descartar la solución individual y según el problema, ellas por lo general buscan apoyo en terceros dependiendo de su nivel de confianza o confidencialidad. En el gráfico 2 se observa claramente que la familia es la unidad de referencia principal a quien se acude para enfrentar los problemas tanto emocionales como económicos; en segundo orden, se acude a los amigos y, en menor orden, a los vecinos, a la iglesia y a los líderes del barrio.

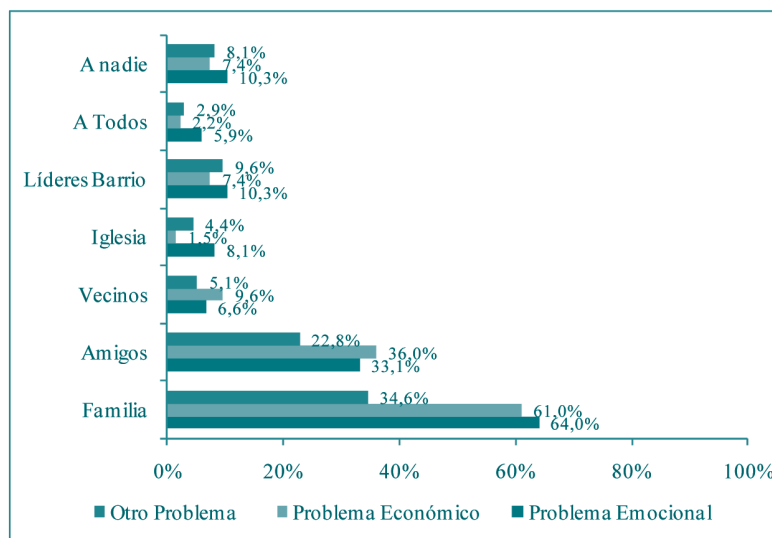


Gráfico 2. Cuando necesita un favor urgente para resolver un problema distinto de salud (económico, emocional u otro), ¿a quién acude?

Fuente: Monitoreo de la Seguridad Social en Salud en Medellín, 2009. Encuesta sobre Capital Social.

Uno de los problemas más sensibles cuando se trata de medir el nivel de confianza que se tiene a un tercero, es el que tiene que ver con el préstamo de dinero. En efecto, el círculo de confianza de los líderes de salud es bastante reducido al preguntarles “En caso de necesitar pedir prestado dinero para resolver problemas de salud, ¿Cuántas personas diferentes a su hogar podrían ayudarlo?”: el 58.3% respondió que entre 1-3 personas, el 27% respondió que a nadie, 10% acudiría a entre 4-5 personas y sólo el 5% tiene una red de más de 5 amigos para pedir prestado dinero. De acuerdo a esta evidencia, el dicho popular de que “es mejor tener amigos que plata” no se cumple cabalmente para este análisis sobre el capital social que puede haber por parte de los líderes de la salud en Medellín. En sentido inverso, ahora la prueba es la confianza que otras personas le inspiran a los líderes, al punto de prestarles dinero. Ante la pregunta “¿A cuáles de las siguientes personas estaría usted dispuesto a prestarle dinero? ¿Bajo qué condiciones lo haría?” un 33% de los líderes afirmó que le prestarían dinero a su familia sin ningún interés, un 9,8% le prestaría

a sus amigos sin interés y el 3,6% le prestaría a familiares, amigos y conocidos con interés o con una letra.

En su conjunto, estas respuestas van perfilando la naturaleza y tipo de capital social que existe dentro del Sistema de Seguridad Social en Medellín. Cuando la confianza de las personas no va más allá de un tipo de relaciones de parentesco familiar, la capacidad de resolver problemas de manera conjunta en el plano barrial o comunitario es relativamente más difícil. Aunque se reconoce que si bien algunos problema personales (emocionales o económicos) tiene una esfera familiar o íntima de resolución, la verdadera prueba de un capital social extensivo e intensivo se mide en la capacidad que tienen las personas de inspirarse recíprocamente confianza independiente de su parentesco o vínculo filial. Por lo tanto, los potenciales beneficios de un tipo ideal de “capital social” radican en el hecho de crear y fortalecer nexos de confianza y solidaridad no sólo entre personas iguales y cercanas, sino entre diferentes y distantes.

Confianza institucional

Para los líderes y usuarios de la salud en el Sistema de Seguridad Social en Medellín, la percepción de confianza en un conjunto variado de instituciones de la ciudad es dispar. Como se observa en el cuadro 1, mientras las instituciones relacionadas con la salud y la recreación tiene una calificación relativamente alta, otras como las EPS y la Policía obtienen una

muy baja en términos comparativos. Esta última institución, para el estado actual del orden público en la ciudad, debería jugar un papel clave en la confianza ciudadana. Sin embargo, según los resultados arrojados por la encuesta, la baja confianza o credibilidad en la Policía es un factor que, sin duda, destruye o erosiona sensiblemente la confianza ciudadana en las instituciones públicas en su conjunto.

Tabla 1. ¿Qué tanto confía en la siguientes instituciones?

Confía en la institución	Nada	Poco	Algo	Mucho	Totalmente
HGM	6.8%	7.6%	24.6%	45.8%	15.3%
Inder	6.2%	16.3%	20.2%	38.8%	18.6%
Inst. Educa.	3.4%	13.4%	31.1%	45.4%	6.7%
Iglesia	10%	14.2%	26.7%	34.2%	15%
Metrosalud	9.1%	24.8%	27.3%	28.1%	10.7%
SSM	8.3%	18.3%	36.7%	25%	11.7%
Personería	11.1%	18.8%	35%	27.4%	7.7%
Alcaldía	9.1%	11.6%	46.3%	24.8%	8.3%
Dssa	11.3%	31.3%	25.2%	23.5%	8.7%
Concejo	8.3%	22.3%	38%	24%	7.4%
EPS	11%	19.5%	39.8%	23.7%	5.9%
Policía	26.2%	21.4%	34.1%	14.3%	4%

Fuente: Monitoreo de la Seguridad Social en Salud en Medellín, 2009. Encuesta sobre Capital Social.

De manera particular, los líderes igualmente tuvieron la oportunidad de calificar un conjunto de actores e instituciones directamente relacionados con el Sistema de Seguridad Social en Medellín. Se parte de aceptar que en la medida en que las instituciones contribuyan a resolver los problemas de salud, su nivel de confianza y credibilidad es alto. En el cuadro 2 se destaca como, en general, el Hospital Ge-

neral de Medellín, la Secretaría de Salud de Medellín y Metrosalud tiene calificaciones concentradas entre Alta y Muy Alta, destacándose, por ejemplo, el Hospital General. En cambio, la Dirección Seccional de Antioquia y, en menor proporción, las Empresas Promotoras de Salud tienen una calificación comparativamente más baja.

Tabla 2. ¿Cómo calificaría la contribución de las siguientes instituciones en la solución de los problemas de salud más importantes que enfrenta su comunidad?

Contribución Institución	Muy alta	Alta	Media	Baja	Muy baja	No contribuye
HGM	15.4%	35%	29.3%	11.4%	4.9%	2.4%
SSM	15.2%	24%	40%	10.4%	6.4%	2.4%
Metrosalud	15.4%	22%	39%	13%	7.3%	3.3%
Dssa	9.2%	21%	40.3%	16.8%	6.7%	4.2%
EPS	10.1%	14.3%	49.6%	18.5%	5%	2.5%
Otras	28.6%	21.4%	21.4%	7.1%	21.4%	0%

Fuente: Monitoreo de la Seguridad Social en Salud en Medellín, 2009. Encuesta sobre Capital Social.

Respeto ciudadano y comportamiento cívico

La estructura de valores y principios éticos de la convivencia y el respeto ciudadano, así como el cumplimiento de las normas que permiten la armonía en la esfera de “lo público”, son componentes propios de las “virtudes cívicas” necesarias para nutrir el capital social.

Varias serían las potenciales situaciones que pondrían a prueba la capacidad de tolerancia y respeto dentro de una organización social. Es obvio que en comunidades donde prevalece el conflicto latente o explícito, donde la discriminación por varias razones e intereses es una constante, no es muy probable que se creen las condiciones mínimas para recrear uno de los temas centrales del capital social: “las virtudes cívicas”. Al preguntarles a los líderes “¿Cuáles son las 3 principales razones que generan dificultades en su comunidad? ¿Alguna vez estos problemas han generado violencia?” las respuestas muestran un escenario bastante hostil para la convivencia pacífica y el respeto a los derechos humanos en general. De los 137 líderes encuestados el 40,9% dice que los límites de territorios es un problema que genera conflictos en sus comunidades, y que en un 4,4% de las veces genera violencia, a propósito del tema de la guerra entre “combos” o pandillas de sicarios; de igual forma, las diferencias económicas entre las personas también desata

conflictos y zozobra según los líderes este problema es la segunda causa de conflictos en sus comunidades con un 38,7% y afirman que en el 16% de los casos causa violencia; y en tercer lugar, los desacuerdos entre las generaciones más jóvenes y más viejas con el 35% puede ser una muestra de cómo la tolerancia y el respeto por las diferencias de ser y pensar aún es un desafío mayor de armonía y convivencia pacífica.

Para identificar un tipo de virtud cívica de las personas en sociedad, es decir, de los principios y normas que orienta su comportamiento en la esfera de su “vida pública”, a los líderes se les hizo la siguiente pregunta: “¿cuándo usted transita por las calles de la ciudad observa que las personas respetan las normas de tránsito y el espacio público?” La mayoría de las respuestas se concentró entre pocas veces y a veces, con el 84,8% de los votos de los líderes, mientras que el casi siempre y siempre suman el 10,4% de la opinión. Así las cosas, ¿qué concepto de capital social podría resistir una situación donde “lo público” es tan pobremente valorado?

Otra variable que, en teoría, podría dar cuenta de un tipo de comportamiento cívico de una comunidad es la participación en los procesos electorales. En la información recogida se puede apreciar el alto nivel de participación política que tienen los líderes de la salud encuestados. En efecto, se evidencia una participación

destacable, principalmente en la elecciones para la presidencia con un 88.1%, seguido de un 86.1% que votó en la elección para la elección de alcalde. Si bien estos resultados son ampliamente dicentes respecto al ejercicio del derecho a votar, es necesario complementar el análisis con el tipo de cultura política que domina el campo de los procesos de “democracia electoral” y clientelismo político en Medellín y el país.

A luz de estos resultados es posible afirmar que, desde el campo de las virtudes cívicas, la convivencia ciudadana, el respeto a las diferencias y al espacio de todos, es decir, público, el capital social en Medellín es aún incipiente y frágil. Porque es sabido que la reciprocidad y la confianza de que el otro también cumplirá las leyes establecidas, además de la posibilidad de resolver las diferencias por vías diferentes a la violencia física o verbal, es una de las condiciones para garantizar la confianza y el progreso social.

Por otro lado, aunque la participación en la actividad política es importante no sólo como un principio democrático, sino como mecanismo de responsabilidad compartida en los asuntos públicos, se hace necesario conocer la estructura, el tipo y el valor que los líderes le dan a la participación en organizaciones y redes sociales de toda índole, con especial énfasis las relacionadas con la salud en la ciudad de Medellín.

Participación en redes y organizaciones sociales

Uno de los componentes más visibles y utilizados del capital social ha sido la capacidad de organización y participación de las personas en una sociedad. Aunque en algunos casos se sobrevalora esta variable, es claro que el tipo de redes y conexiones sociales que se crean y consolidan es un indicador que, en teoría, revelaría un alto nivel de confianza entre los asociados en pro de diversos objetivos comunes.

El capital social se ha dividido en dos tipos generales: “capital cognitivo” sobre la normas, reglas de conducta y creencias y “capital estructural” sobre los procedimientos, roles y tipos de articulaciones entre las redes sociales. A su vez, el “capital estructural” tiene dos dimensiones relacionales: 1) Vertical: interacción de grupos con diferentes niveles de poder y recursos; 2) horizontal: donde no existen diferencias sustanciales entre los asociados. Esta clasificación será un insumo adicional para el análisis del capital social en el Sistema de Salud en Medellín. Fundamentalmente se trata de estudiar el tipo, forma, razones e intereses, entre otros criterios, de la participación de los líderes encuestados con el objetivo de caracterizar con mayor rigor lo que se señala como uno de los ejes clave de las bondades del capital social.

Conocimiento y participación efectiva en organizaciones

Tabla 3. Conocimiento sobre los diferentes mecanismos de participación

Mecanismos	Mucho	Algo	Poco	Nada
Copacos	44,4%	31,5%	6,5%	17,6%
Mesas de Salud	58,9%	16,8%	13,1%	11,2%
JAC	48,7%	23,5%	11,3%	16,5%
Presupuesto Participativo	66,9%	17,8%	8,5%	6,8%
Ligas de Usuarios	40,2%	26,2%	7,5%	26,2%
Veeduría ciudadana	40,2%	25,9%	15,2%	18,8%

Fuente: Monitoreo de la Seguridad Social en Salud en Medellín, 2009. Encuesta sobre Capital Social.

Pero más allá de conocer o haber oído hablar de los mecanismos de participación social, la participación efectiva es un indicador sobre el tipo de compromiso y nivel de cooperación que puede haber entre las personas de una comunidad. De nuevo, el mayor número de líderes concentra su participación activa en el Presupuesto Participativo con el 43.4%, seguido de los grupos de la tercera edad con el 39,7% (teniendo en cuenta que la mayoría de líderes en Medellín son personas mayores), también es notoria la participación en las mesas de salud con el 33,8%, JAC con 26,5% y comités barriales con 24,3%, estas son las organizaciones con mayores niveles de participación, aunque también se tomó en cuenta la participación en Ligas de

usuarios, Veedurías, Grupos artísticos y Copacos, entre otros.

Beneficios de la participación social

Además de conocer y participar activamente en algún tipo de organización, ahora se trata de valorar dicha participación en función de los beneficios que ella representa tanto para la familia como para su comunidad.

Es así como la gran mayoría de los líderes reconoce beneficios tanto familiares como comunitarios en materia de información sobre los derechos en salud, capacitaciones e información para el cuidado de la salud (ver cuadro 4).

Tabla 4. “¿Cuáles son los 3 principales beneficios que cree usted traen estos mecanismos de participación comunitaria?”

Beneficios	Familia	Comunidad
Información sobre los derechos en salud	27,9%	30,9%
Capacitaciones	27,9%	28,7%
Información para el cuidado de la salud	22,8%	22,8%

Fuente: Monitoreo de la Seguridad Social en Salud en Medellín, 2009. Encuesta sobre Capital Social

En realidad esto es un requisito favorable que contribuye a la formación de capital social en Sistema de Seguridad Social en Medellín. En menor medida, los líderes reconocen beneficios individuales menos directos en salud, como es el caso del empleo, beneficios políticos, etc.

Por otro lado, una pregunta directa que trata de indagar sobre la relación entre una forma de entender el capital social y su relación con el Programa de Presupuestos Participativos, es la siguiente: “¿Los presupuestos participativos permiten generar confianza y promover la solidaridad y cooperación en las comunidades?” con lo que el 35,7% de los líderes dicen estar Totalmente de acuerdo y el 31,7% están parcialmente de acuerdo, lo que demuestra que, en efecto, dicho mecanismo participativo es altamente valorado como generador potencial de capital social.

Ahora bien, en un escenario distinto al Programa de Planeación Local y Presupuesto Participativo, la percepción que tienen los líderes sobre la importancia de la participación social en las decisiones públicas de la salud en la ciudad es diferente. “¿Usted cree que en la toma de decisiones sobre la salud se tiene en cuenta la participación de las comunidades?” más del 50% respondió entre nunca y pocas veces; y un 22% respondió entre siempre y casi siempre. Este resultado le resta valor real a la participación y no contribuye a acumular capital social entre los distintos actores institucionales, principalmente con el ente ejecutivo.

Pero cuando se trata de valorar la importancia de ser miembro de una organización en salud y trabajar para resolver la calidad de vida de los asociados, las respuestas son más alentadoras. A la afirmación: “Ser miembro de una organización de salud y participar activamen-

te en ella resuelve los problemas de calidad de vida de las comunidades”, entre las respuestas recibidas la mayoría de los encuestados están entre parcialmente de acuerdo (42,9%) y totalmente de acuerdo (30,2%) y un bajo porcentaje afirma estar en parcial desacuerdo (3,2%) o total desacuerdo (11,1%).

Por su parte, una cuestión de alta sensibilidad en el tema de la participación comunitaria es la que tiene que ver con los problemas al interior de las organizaciones comunitarias. Ha sido claro hasta aquí que los líderes valoran la participación como mecanismo para mejorar las condiciones de vida en sus respectivas comunidades. Pero otra cosa es cómo se desarrolla internamente el proceso de participación en cada una de las organizaciones y/o redes sociales. Según los líderes, el principal problema en el interior de las organizaciones comunitarias es la comunicación (75%); el segundo es el conflicto de intereses entre los miembros de la organización (63,2%) y el tercero son los problemas de coordinación o compromiso (59,6%). Si bien estos problemas son recurrentes en varias organizaciones, el caso es que de prevalecer en el tiempo, no sólo se perdería la confianza entre los miembros, sino que se corre el riesgo de disolver un mecanismo necesario para potencializar una parte del capital social en el Sistema de Seguridad Social en Medellín.

Aproximación a la participación ciudadana y al desempeño institucional de entidades del sector salud a partir de los resultados de la encuesta Medellín Cómo Vamos, 2009.

La encuesta de Medellín Cómo Vamos es un instrumento que se aplica cada año con el fin de conocer la percepción de la ciudadanía respecto a temas como el entorno general de la ciudad (clima de opinión, situación económica, entre otros), aspectos sectoriales (educación, salud, servicios domiciliarios, barrio y vivienda), aspectos generales (responsabilidad y convivencia ciudadana, movilidad, medio am-

biente), y aspectos gubernamentales (gestión pública, calificación de gestión global).

Participación ciudadana

Según los resultados de la encuesta, el tema de la participación ciudadana aún es pobre en Medellín. Para el año 2009 tan solo el 7% de los ciudadanos afirma participar en algún grupo u organización comunitaria, porcentaje que en 2006 y 2007 fue del 6% en grupos como las JAC, asociaciones de padres de familia y asociaciones cívicas y comunitarias del barrio; para 2008 (expuestos en el informe de la encuesta de manera desagregada) el 6% de los encuestados participa en las juntas de acción comunal, el 5% en las asociaciones de padres de familia y el 2% en las juntas administradoras locales y presupuestos participativos. También para la encuesta del 2009 se consultó “¿Cuáles son las principales razones para que usted no participe en ningún organismo de participación ciudadana?” A lo que las personas respondieron, en primer lugar, la falta de tiempo (50%) y, en segundo lugar, la falta de información (26%). Para el 2008 las dos principales respuestas a esta pregunta eran las mismas, pero con resultados un poco diferentes: falta de información un 51% y falta de tiempo un 39% (19).

Conocimiento institucional

El conocimiento de las instituciones públicas encargadas de prestar un servicio a la ciudadanía es un requisito mínimo para crear relaciones de confianza y credibilidad. En el Cuadro 5 se observa que, dentro del sector salud, la institución más conocida por la ciudadanía es la ESE Hospital General de Medellín, seguida de la ESE Metrosalud y de la Secretaría de Salud de Medellín. La Secretaría de Salud de Medellín tuvo la más notoria reducción en el porcentaje de conocimiento entre el 2007 y el 2009. Se destaca el aumento del conocimiento del Hospital General de Medellín entre el periodo 2006 - 2009 (19).

Tabla 5. Conocimiento institucional del sector salud en Medellín. 2006 – 2009.

Instituciones	2006	2007	2008	2009
Hospital General de Medellín	74%	79%	81%	80%
Secretaría de Salud de Medellín	51%	59%	52%	50%

Fuente: Encuesta Medellín Cómo vamos, 2009

Imagen de las instituciones de salud

Desde un punto de vista sectorial, la Secretaría de Salud presenta una imagen de favorabilidad relativamente importante, pero después del Hospital General y Metrosalud (ver Cua-

dro 6). En este orden de ideas, para los habitantes de Medellín, la favorabilidad de las instituciones de salud recaen más sobre los entes prestadores de servicios que sobre la autoridad pública que funge como ente rector de la salud en la ciudad (19).

Tabla 6. Instituciones del sector salud en Medellín: favorabilidad

Instituciones	2006	2007	2008	2009
Hospital General de Medellín	97%	96%	96%	98%
ESE Metrosalud	88%	88%	89%	90%
Secretaría de Salud de Medellín	85%	84%	89%	88%

Fuente: Encuesta Medellín Cómo vamos, 2009

Confianza en las instituciones de salud

Más allá de la imagen institucional, un elemento clave del capital social es el que tiene que ver con la confianza. De nuevo, entre las instituciones más importantes de la salud en Medellín, la Secretaría de Salud está en tercer lugar: el 84% de los encuestados afirma confía en el Hospital General de Medellín, el 71% en Metrosalud y un 65% en la Secretaría de Salud. Por otro lado, dentro del conjunto de las instituciones del gobierno local, la Secretaría de Salud tiene un nivel de confianza institucional

del 65%, por debajo de otras dependencias de la administración municipal (19).

Gestión de las instituciones de salud

En general, se podría aseverar que, en el plano institucional, la confianza y la gestión deberían tener una relación positiva. En este ejercicio de percepción ciudadana, las respuestas parecen consistentes con esta relación. En efecto, en Cuadro 7 se evidencia que quien recibe la mejor calificación es el Hospital General de Medellín (19).

Tabla 7. Instituciones del sector salud en Medellín: gestión institucional, 2007 - 2009

Instituciones	2007	2008	2009
Hospital General de Medellín	82%	80%	80%
ESE Metrosalud	75%	68%	68%
Secretaría de Salud de Medellín	64%	65%	62%

Fuente: Encuesta Medellín Cómo vamos, 2009

En suma, el ejercicio de percepción ciudadana sobre algunos aspectos directa o indirectamente relacionados con el tipo de capital social que puede haber en el marco institucional de la salud en la ciudad de Medellín, deja varias conclusiones parciales. De un lado, el sector salud tiene un nivel de confianza, credibilidad y aceptación importante en la ciudad. Sobre sale la alta valoración del Hospital General y Metrosalud. No obstante, por otro lado, el hecho de que la mayor autoridad pública por jerarquía, la Secretaría de Salud, se encuentre por debajo en confianza, imagen y gestión de las instituciones prestadoras de servicios de salud de distintos niveles de atención, podría ser un indicio poco favorable para la "acumulación de capital social" dentro del sistema local de salud de Medellín (19).

Conclusiones y recomendaciones generales

Resultados contundentes del análisis cruzado de los tres componentes esenciales con los cuales se identifica la existencia de capital social, no es posible plantear para un campo tan particular como el sistema general de seguridad social en salud en Medellín. Es conocido que el capital social es un concepto complejo per se, por el hecho de ser una categoría de análisis creada para comprender los efectos de las interacciones de los individuos circunscritas en un contexto social específico. Altos niveles de confianza, espíritu de compromiso cívico, así como un interés creciente por la participación en redes u organizaciones sociales, son los atributos mínimos que, producto de un proceso endógeno, deben caracterizar una sociedad para ser considerada "poseedora" de capital social.

De ahí que analizar el capital social en un nivel específico, sector o parte de una realidad social como el sistema de salud de una ciudad, es una tarea que puede ser interesante, pero tiene sus limitaciones. Uno de los aspectos aleccionadores al tratar de abordar la participación social en salud desde la óptica del capital so-

cial, fue identificar el perfil socio - demográfico y económico de los líderes de la salud en la ciudad: en su mayoría mujeres adultas con niveles aceptables de escolaridad. También se tuvo la oportunidad de conocer, entre otras cosas, sus niveles de confianza limitados a un círculo pequeño de personas (familiares o vecinos).

Sin dejar de lado la premisa de que no es posible analizar el capital social en un sistema de salud sin tener en cuenta el entorno macro de la realidad social que lo condiciona, a continuación se presentan esquemáticamente algunas conclusiones generales de los resultados encontrados según las personas que diligenciaron la encuesta:

- Como premisa general, la violencia y el miedo que experimentan algunas comunas de la ciudad no es una condición óptima para generar el clima de confianza y el respeto mínimo que requiere una idea general de capital social, la cual va más allá del número absoluto de organizaciones sociales. Por ejemplo, se encontró que la proporción de personas que dicen que su barrio es inseguro es similar a la proporción de los que dicen no confiar en las personas de su comunidad.
- Las personas líderes de la salud en Medellín mantienen un nivel de "confianza en estado de alerta" y, además, perciben intolerancia, conflictos latentes e irrespeto por las normas cívicas. Este resultado también está respaldado por los estudios de percepción ciudadana que realiza el programa Medellín Cómo Vamos. En este orden de ideas, el capital social es mucho más que organizaciones de carácter vertical y horizontal, también tiene que ver con la cohesión social fundada en el respeto por el otro y de una cultura ciudadana basada en el acatamiento de deberes y derechos.
- La credibilidad institucional en salud es relativamente alta; pero preocupa que la confianza hacia la Policía Nacional sea comparativamente baja. ¿Cómo puede haber capital social, independientemente del número de organizaciones a las cuales los

líderes participen, cuando la institución encargada de garantizar el orden social no genera confianza y credibilidad?

- La participación en organizaciones y redes sociales ha venido aumentando su nivel de credibilidad y capacidad de gestión, pero en salud se percibe que ésta no se tiene en cuenta a la hora de tomar decisiones. Esta situación no favorece del todo el tema de capital social, en la medida que la participación comunitaria no tendría una real incidencia sobre las políticas del sector.
- El proyecto de Presupuesto Participativo ha tomado mayor importancia como mecanismo de participación social en los últimos años. Es útil anotar que dicho proyecto ha sido una iniciativa de las administraciones locales del último lustro que ha sido valorada como una forma efectiva de hacer partícipe a la comunidad en la priorización de los proyectos afines a sus necesidades. Particularmente el tema de la salud ha tenido su nivel de protagonismo en el presupuesto participativo de algunas comunas.
- Las relaciones inter e intra organizacional se encuentran igualmente atravesadas por problemas de comunicación, conflicto de intereses y falta de compromiso. Aunque es necesario reconocer que el presente estudio no permite hacer un análisis exhaustivo sobre los problemas organizacionales de la participación comunitaria en salud. Porque es claro que el interés por la participación social es uno de las variables más relevantes para cualquier medición de capital social. Pero también se advierte que la participación de las personas en redes de diverso tipo no se puede sublimar, pues algunas personas pertenecen a distintas organizaciones y grupos no necesariamente pensando en intereses comunes.

En síntesis, y reconociendo que las anteriores resultados se obtuvieron de una muestra no representativa de personas líderes en el sector de la salud, sólo es posible señalar que, en el sistema de seguridad social en salud en Me-

dellín, existen algunos rasgos reales (e incluso potenciales) de capital social. En este punto y como lectura crítica y propositiva al Plan Local de Salud, es necesario destacar la disposición de la administración actual de propiciar los espacios de participación de la comunidad en los asuntos vitales de la salud en la ciudad. Sin embargo, es preciso plantear que el capital social es una construcción compleja al interior de las organizaciones sociales; por ende, la particularidad de dicho capital es que no se puede imponer desde el exterior ni, mucho menos, podrá surgir con el sólo hecho de incentivar la participación y los proyectos comunitarios.

Con todo, la relación capital social y salud también contempla ambigüedades y explicaciones no necesariamente inequívocas. De un lado, se podría señalar que el capital social podría ser una condición necesaria pero no suficiente para elevar las probabilidades de mejorar el estado de salud de una comunidad determinada. Pero, del otro lado, es posible encontrar indicadores de salud relativamente satisfactorios en una sociedad donde no necesariamente el nivel de capital social sea alto, según las unidades de medida convencionales aceptadas. Por ello los estudios empíricos sobre la relación capital social y salud deben ser cautelosos y tener en cuenta la complejidad de utilizar un concepto que tienen sus alcances explicativos, pero también sus limitaciones metodológicas.

Desde otro orden de ideas, en el campo de las políticas siempre aparece el interés por saber cuáles son las condiciones, los programas o las actividades que permitirían “invertir” en capital social. No es una tarea propia para los expertos en ingeniería social, pues el capital social no es algo que se imponga a la fuerza o por decreto. Son un sinnúmero de factores los que podrían incidir en la creación de confianza y trabajo colectivo en pro de intereses comunes. Empero, si una administración local está interesada en acumular capital social, lo mínimo –más allá de crear espacios de participación social- es fomentar una cultura real de respeto ciudadano y granjearse la confianza social

e institucional mediante el cumplimiento de sus funciones con transparencia, oportunidad y efectividad.

En esta misma línea de plantear propuestas viables de carácter instrumental, no se puede soslayar el papel positivo que cumplen los acuerdos y/o pactos sociales entre los distintos actores sociales sobre la construcción de capital social. La experiencia reciente de la Secretaría de Salud con el "Pacto por la Salud Pública" fue aleccionador, en el sentido de que se logró conformar una unión de voluntades entre la administración local y departamental en torno a una metas concretas de salud para la ciudad. Independientemente de los problemas operativos y de fuentes de información, dicho Pacto se convirtió en la expresión clara de liderazgo y confianza entre dos mandatarios interesados en trabajar mancomunadamente para el logro de objetivos en pro de la salud de todos los habitantes de Antioquia.

Finalmente, en la campo de las acciones concretas sobre el vínculo, directo o indirecto, con la creación de capital social, el Plan de Salud ha establecido estrategias orientadas a la consolidación de la participación social en salud en todos los niveles. Específicamente, en temas como la aceptación y corresponsabilidad de los ciudadanos en el cuidado de la salud y el ejercicio adecuado de los deberes y derechos en salud. Por otro parte, se presenta la estrategia Acción interinstitucional e intersectorial por la salud, que busca la interacción y unión de esfuerzos con los diferentes estamentos de la Administración, los actores de la salud y las redes sociales para la búsqueda de acuerdos, alianzas y pactos que favorezcan el trabajo conjunto en pro de la comunidad.

Particularmente, la ejecución del Plan Municipal de Salud busca fortalecer la participación de los usuarios como veedores de las condiciones de accesibilidad a los servicios. Capacitar al 80% de los líderes de las JAL y del Copaco como veedores y garantes de las condiciones de accesibilidad e integrar el componente de salud en el 80% de las redes sociales activas del municipio. Asimismo, se encuentran las

Mesas de salud funcionando en promoción y prevención con poblaciones especiales. En general, existen estrategias orientadas a integrar el componente de salud en las redes sociales activas en el Municipio.

No obstante, en el campo de las propuestas para crear las condiciones de desarrollo de capital social tanto en el campo de la salud como en Medellín y Colombia, no sólo basta con la formulación y ejecución de políticas públicas en coordinación con los diferentes actores sociales e institucionales del sector. De acuerdo a la literatura clásica del capital social, es necesario crear "redes de confianza y respeto mutuo" en un escenario de convivencia ciudadana y compromiso cívico que atraviese a toda la sociedad en su conjunto. En este sentido el trabajo que promueve la Secretaría de Salud para mejorar la interacción con todos los actores del sector y los grupos organizados comunitarios que hacen presencia en el territorio municipal, debe hacerse extensivo a otros sectores y/o grupos sociales. Solo en esa medida sería posible comenzar por cristalizar una idea de capital social produciendo los efectos positivos que predicen sus más destacados promotores.

Bibliografía

1. Coleman J. Social capital in the creation of human capital. *The American Journal of Sociology*, 1988; 94: 95-120.
2. Fukuyama F. Confianza. Las virtudes sociales y la capacidad de generar prosperidad. Buenos aires-México. Ed. Atlántida.1995.
3. Putnam R. *The Prosperous Community*. *The American Prospect* 1993: 35-42.
4. Dasguota P, Serageldin I. *Social Capiatl: A multifaced perspective*, The world Bank 2000, Washington, D.C. p 19
5. Ocampo J. Capital social y agenda del desarrollo. En: Atria Raúl y Sile Marcelo, *Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y colombia*. En busca de

- un nuevo paradigma, La cepal –MEU, Santiago de Chile, 2003.
6. Kawachi I, Berkman L. Social cohesion, social capital, and health. In: Berkman LF, Kawachi I (ed.). Oxford: Oxford University Press; 2000.
 7. Tamez González S, Valle Arcos R, Eibenschütz Hartman C. Aproximaciones teóricas al concepto de capital social y su vínculo con la salud. *Salud Problema*. No. 18 - 19; Nueva Época, Año 10, enero - diciembre 2005 Págs. 107-116
 8. Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, editores. *Social capital and health*. New York (NY): Springer; 2008.
 9. Sapag J, Kawachi I. Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saúde Pública* 2007;41(1):139-149
 10. Szreter S, Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory and the political economy of public health. *Int J Epidemiol* 2003; 33:1-18
 11. Navarro V. Una crítica del capital social. *International Journal Health Services*. 2002; 32: 423-432.
 12. Sapag J, Kawachi I. Social Capital and Health in Latin America: Ecological and Individual Level Analysis. *PSO* 2010; 22 (1): 285-299
 13. Restrepo JH, Atehortúa SC. Aproximación al análisis del capital social en salud en Medellín. Medellín: Grupo de economía de la salud, Universidad de Antioquia, 2007
 14. Carrillo Franco J. Atención Primaria en Salud y capital social en Bogotá. *Boletín del Observatorio en Salud (Bog)*. 2009; 2 (4): 1-17.
 15. Sudarsky J. La evolución del capital social en Colombia, 1997 - 2005, DNP-ECOPE-TROL- Colciencias, Bogotá, 2007.
 16. Restrepo P. "Capital social en Medellín: medición, determinantes y lineamientos de política pública para su fomento", *Cartilla Políticas Públicas*, Alcaldía de Medellín, 1998.
 17. Grupo de Economía de la Salud –GES– Monitoreo de la seguridad social en salud en Medellín, 2004-2005. Informe técnico final. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia; 2006.
 18. García M. Normas de papel. La cultura del incumplimiento de reglas. Siglo del Hombre Editores, Bogotá, D.C.
 19. MEDELLÍN COMO VAMOS, Encuesta de percepción ciudadana, 2009. Presentación en PowerPoint. 2009.

