

Alcances y limitaciones teóricas y prácticas del “capital social en salud”. El caso del sistema de salud en Medellín*

Scope and theoretical and practical limitations of “health social capital”. The case of the health system in Medellin

Alcances e limitações teóricas e práticas do “capital social em saúde”. O caso do sistema de saúde em Medellín

Fecha de recepción: 28-08-12 Fecha de aceptación: 22-02-13
SICI: 1657-7027(201301)12:24<184:ALTPCS>2.0.TX;2-K

Juan Darío García-Londoño**

* Este artículo de investigación es producto de un proyecto sobre la seguridad social en salud en Medellín, Colombia, realizado por el Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia para la Secretaría de Salud de dicho municipio. Contrato interadministrativo no. 4600020302, fecha: 06-10-2009 a 06-08-2010.

** Economista y magíster en Ciencias Sociales. Profesor e investigador del Grupo de Economía de la Salud (GES). Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: juan.garcia@economicas.udea.edu.co



Resumen

Problema: el “capital social” es un concepto que se desarrolló en el marco de una nueva teoría social comprehensiva. Pero por razones más prácticas que teóricas, este concepto ha tenido un fuerte uso de carácter instrumental en el campo de la salud pública. Así las cosas, varios autores argumentan —sin mucha evidencia empírica y fundamentación teórica— que para enfrentar la pobreza y las inequidades sociales basta con la creación formal de redes sociales y la promoción de lazos de confianza para contribuir a la solución de un conjunto amplio y complejo de problemas de salud de las comunidades. *Objetivo:* revisar críticamente los alcances y limitaciones teóricas y prácticas del capital social a la luz de la experiencia en el sistema de salud de Medellín. *Método:* dividido en dos fases: la primera es la inspección y revisión crítica de la biografía consultada; la segunda es la presentación del tipo de investigación y la forma como se realizó el muestreo estadístico para la aplicación de la encuesta sobre el capital social en salud a un conjunto de usuarios del sistema de salud en Medellín en el año 2009. *Principales resultados:* el capital social es una categoría de análisis importante para comprender ciertos problemas sociales y sanitarios; no obstante, una mala concepción y aplicación del mismo tiende a tergiversar su real significado y a desconocer la complejidad de crear y consolidar capital social en un contexto social concreto.

Palabras clave: capital social, participación social en salud, epidemiología social, políticas públicas, organizaciones sociales

Palabras clave descriptor: capital social, sistemas de salud, participación social, epidemiología, políticas públicas de salud, salud pública, Medellín, Colombia

Abstract

Problem: the “social capital” is a concept that was developed within the framework of a new comprehensive social theory. But for more practical than theoretical reasons, this concept has had a major instrumental use in the public health field. So, several authors argue —without much empirical evidence and theoretical basis — that to deal with poverty and social inequities it is only necessary the formal creation of social networks and the promotion of trust bonds to contribute to the solution of a broad and complex set of health problems of communities. *Objective:* To review critically the scope and theoretical and practical limitations of social capital in the light of experience in the health system of Medellín. *Method:* divided in two phases: the first is the inspection and critical review of the biography consulted, the second is the presentation of the type of research and how the statistical sampling was conducted for the application of the survey on the health social capital to a set of users of the health system in Medellín in 2009. *Main results:* social capital is an important analytical category for understanding certain social and health problems, however, a bad design and implementation of it tends to distort its real meaning and ignore the complexity of creating and strengthening social capital in a concrete social context.

Keywords: social capital, social participation in health, epidemiology, public policies, social organizations

Keywords plus: social capital, health systems, social participation, epidemiology, health public policy, public health, Medellín, Colombia

Resumo

Problema: o “capital social” é um conceito que se desenvolveu no quadro de uma nova teoria social comprehensiva. Mas, por razões mais práticas do que teóricas, este conceito tem tido um forte uso de caráter instrumental no campo da saúde pública. Assim as coisas, vários autores argumentam —sem muita evidência empírica e fundamentação teórica— que para enfrentar a pobreza e iniquidades sociais basta com a criação formal de redes sociais e a promoção de laços de confiança para contribuir na solução de um conjunto amplo e complexo de problemas de saúde das comunidades. *Objetivo:* revisar criticamente os alcances e limitações teóricas e práticas do capital social à luz da experiência no sistema de saúde de Medellín. *Método:* dividido em duas fases: a primeira é a inspeção e revisão crítica da bibliografia consultada; a segunda é a apresentação do tipo de pesquisa e a forma como se realizou o muestreo estadístico para aplicação do inquérito sobre capital social em saúde a um conjunto de usuários do sistema de saúde em Medellín no ano 2009. *Principais resultados:* o capital social é uma categoria de análise importante para compreender certos problemas sociais e sanitários; no entanto, uma concepção e aplicação ruim do mesmo tende a distorcer seu real significado e a desconhecer a complexidade de criar e consolidar capital social em um contexto social concreto.

Palavras chave: capital social, participação social em saúde, epidemiologia social, políticas públicas, organizações sociais

Palavras chave descritores: capital social, sistemas de saúde, participação social, epidemiologia, política de saúde pública, saúde pública, Medellín, Colombia

Introducción

El capital social (CS) ha sido presentado en varios escenarios académicos y políticos, nacionales e internacionales, como un recurso estratégico para resolver un conjunto de males de variada índole en varios países pobres o subdesarrollados de mundo. En sintonía con esta tendencia, la salud pública como problema social y político también fue permeado, entre finales del siglo XX y principios del siglo XXI, por las potenciales bondades y ventajas que traería consigo la promoción del CS.

Una literatura especializada en el campo de las ciencias sociales, de la salud pública y de las políticas públicas ha tratado de justificar la aplicación del CS en salud. Además de presentarlo como factor clave para la comprensión del complejo proceso de salud-enfermedad, el CS sería también un medio para la solución de las aún marcadas desigualdades en salud. De igual manera, sus defensores insisten no solo en que es una herramienta eficaz para promover la atención primaria en salud, sino también en que podría ser un poderoso mecanismo de cambio social en países con elevados índices de pobreza y marginalidad social.

No obstante, sin desconocer algunos aportes teóricos y aplicados interesantes realizados en la última década sobre un tema que bien podría estar en la dimensión política de la salud pública, el problema general que plantea este artículo es que los alcances explicativos y los efectos positivos del CS sobre la salud se han sobrevalorado y en algunos casos son utilizados con la vana pretensión de solucionar inequidades sociosanitarias. De una categoría de análisis que tuvo su mayor despliegue en el marco de una nueva teoría social en la década de los ochenta de la mano de James Coleman, el CS tendió a convertirse en un mero instrumento invocado para resolver problemáticas

sectoriales de corte coyuntural. Así las cosas, en ausencia de otros “capitales” y ante la falta de voluntad política para llevar a cabo otras reformas estructurales, los elementos constitutivos del CS como la confianza, la participación social y las virtudes cívicas, entre otros, son invocados como simples fórmulas remediales en comunidades pobres y atrasadas.

Al amparo de esta reflexión crítica inicial, los objetivos centrales de este trabajo son dos. El primero es identificar los fundamentos teóricos del CS a partir de los cuales se expone una original interpretación evolutiva de su desarrollo como categoría de análisis y luego su aplicación teórica y práctica al campo de la salud pública. Todo lo anterior será el “telón de fondo” para el desarrollo del segundo objetivo, el cual consiste en exponer los resultados de un nuevo ejercicio de evaluación del CS en el sistema de salud de la ciudad de Medellín desde la perspectiva de los usuarios a finales de 2009.

En la sección final de conclusiones se ponen en evidencia —a título de discusión— los alcances y las limitaciones teóricas y prácticas de la relación entre el CS y la salud pública. Asimismo, los resultados para el caso del sistema de salud de Medellín muestran no solo los bajos y ambiguos niveles de CS, sino también las dificultades metodológicas y prácticas para comprender la incidencia del CS sobre la organización y la efectividad de un sistema local de salud.

Método

Revisión bibliográfica

La indagación rigurosa de las referencias bibliográficas que orientaron los resultados de este estudio se remite a la combinación entre fuentes secundarias directas e indirectas de los principales y más importantes autores



sobre el CS antes y después de 1980. Teniendo como marco la literatura producida en torno a las nuevas corrientes de "teoría social" y conceptos sociológicos y políticos relacionados con el progreso y la prosperidad económica, la inspección y lectura de las fuentes bibliográficas originales fue realizada de manera cronológica, a fin de identificar tanto los hitos (o "puntos de inflexión") como las categorías de análisis que caracterizaron la evolución del concepto entre finales de los ochenta y la primera década del siglo XXI.

De igual forma, la reseña bibliográfica del CS en Salud se realizó con el criterio de privilegiar y revisar sistemáticamente los textos originales que de manera lógica y coherente plantearan la relación del CS y su impacto sobre la salud pública en general. A partir de enfoques como la epidemiología social y el de los determinantes sociales de la salud, entre otros, se trata de hacer un examen crítico a la literatura más relevante sobre dos aspectos centrales: el primero, respecto al grado de contribución teórica y conceptual al campo de la ciencias de la salud pública y, el segundo, al nivel de pertinencia y utilidad práctica del CS en Salud. Esto último exigió la revisión de los resultados más destacados arrojados por los estudios empíricos que la literatura ha registrado en algunos países de Europa, en los Estados Unidos y en América Latina, incluyendo a Colombia.

Tipo de investigación

Es descriptiva, de corte transversal, con el fin de identificar y determinar las características y las expresiones del CS en el Sistema General de Seguridad Social en Medellín en un momento del tiempo determinado. Para ello se diseñó un instrumento de recolección de información mediante la aplicación de un cuestionario (ver anexo 1) a un conjunto de personas con unas particularidades previamente definidas.

La población. Tres grupos de población fueron identificados con el fin de invitarlos a participar en la aplicación del instrumento. 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 diecisiete personas que pertenecen formalmente a la Liga de Usuarios de Metrosalud. Y el tercer grupo se constituyó a partir de las personas que para la época participaban 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. Este grupo tuvo como base las organizaciones sociales voluntarias existentes en las dieciséis comunas y los cinco corregimientos de Medellín, según las bases de datos de los líderes inscritos en dicho programa en el 2009.

La muestra. El tamaño de la muestra para este tercer grupo fue calculado con la fórmula de la estimación de una proporción en el programa EPI DAT[®] de la OPS. Teniendo en cuenta las particularidades del objeto de estudio, el propósito era contar con un mayor tamaño de muestra (50%), un porcentaje de confianza del 95 y una margen de error del 6%. El resultado de cálculo fue de 222 personas, las cuales fueron distribuidas proporcionalmente por comuna como se puede ver en la tabla 1.

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 según el área poblacional (en este caso la Comuna). 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

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL SEGÚN POBLACIÓN DANE (2005) EN MEDELLÍN

Comuna/corregimiento	Población DANE	Proporción	Distribución muestral
1	Popular	116 312	0,05557658
2	Santa Cruz	89 943	0,04297686
3	Manrique	147 270	0,07036903
4	Aranjuez	135 167	0,06458594
5	Castilla	140 418	0,06709499
6	Doce de Octubre	192 656	0,09205552
7	Robledo	159 135	0,07603841
8	Villa Hermosa	104 450	0,04990864
9	Buenos Aires	124 996	0,059726
10	La Candelaria	74 847	0,03576364
11	Laureles	116 839	0,05582839
12	La América	95 839	0,0457941
13	San Javier	134 472	0,06425385
14	Poblado	94 704	0,04525177
15	Guayabal	76 355	0,0364842
16	Belén	159 390	0,07616025
50	Palmitas	7 663	0,00366156
60	San Cristóbal	34 877	0,01666504
70	Altavista	17 474	0,00834948
80	San Antonio	59 119	0,02824843
90	Santa Elena	10 898	0,00520732

Fuente: elaboración propia

por vía telefónica y, finalmente, asistieron 77 personas a la aplicación del instrumento.

En total fueron 136 personas las que diligenciaron, entre los meses de octubre y noviembre de 2009, el cuestionario una vez recibieron una inducción previa. El cuestionario constaba de 34 preguntas cerradas, de las cuales se desprenden 143 ítems. Los valores utilizados para la tabulación de las encuestas fueron determinados por la opción de respuesta ofrecida en el cuestionario, iniciando desde 1 hasta la mayor opción ofrecida según el caso¹. Cuando se encontraba una pregunta que no era respondida o una alternativa de respuesta

no seleccionada, se tabulaba como 0.

Las variables. El cuestionario fue diseñado con base en los componentes que han sido definidos para identificar y caracterizar el CS en los estudios empíricos pioneros. Bajo la orientación de que el CS es un atributo de las organizaciones sociales, la estructura básica del cuestionario se dividió en tres macrovariables: (1) la confianza, dividida en tres componentes: personal o cercana, la

¹ En Microsoft Office Excel 2007 se realizó un análisis univariado de todas y cada una de las variables, el cual fue corroborado con un análisis también univariado de las mismas en SPSS 16.0 como un mecanismo de control para el cálculo de los valores obtenidos.



barrial o comunitaria y la institucional; (2) nivel de compromiso cívico, concebido como el conocimiento que tiene la comunidad de sus problemas, así como el respeto del espacio público y la participación en los procesos electorales; y (3) la cantidad, los tipos y la calidad de las organizaciones y redes sociales a las cuales pertenecen las personas encuestadas, identificando su grado de compromiso y niveles de cooperación, así como sus principales problemas o falencias.

Resultados

Los resultados de esta investigación se dividen en dos grandes partes. La primera es una interpretación descriptiva original de la evolución de un concepto creado en el marco de una nueva teoría social que, por diversas razones, toma nuevas derivaciones teóricas y prácticas en varios campos, entre ellos el de la salud pública. La segunda parte versa sobre los hallazgos más relevantes del ejercicio de evaluación del CS en el sistema local de salud en el municipio de Medellín, realizado en el 2009 desde la perspectiva de sus usuarios.

Una descripción crítica de la evolución teórica conceptual del capital social y su aplicación al campo de la salud pública.

Esta sección tiene como propósito demostrar cómo un concepto que se creó inicialmente como una categoría de análisis al servicio de la comprensión de las diferencias entre el progreso y el atraso de las sociedades, pasa a ser considerado —por razones políticas o ideológicas— un simple instrumento o fórmula de política pública para resolver disímiles problemas sociales como, por ejemplo, la corrupción, la pobreza o las desigualdades en salud. Para enfrentar esta tarea, se procedió a una revisión bibliográfica de los autores más representativos de la teoría del CS, con el fin de identificar su evolución teórica general y su posterior aplicación sobre distintos campos de las

políticas sociales y sanitarias en América Latina y Colombia.

Las raíces y las evoluciones conceptuales del CS. Inicialmente, el desarrollo formal del "CS" como concepto es relativamente reciente en el campo de las ciencias sociales. A finales de la década de los ochenta del siglo XX, el CS se inserta en un interesante debate académico entre las visiones dominantes del pensamiento económico y sociológico de la época. El sociólogo estadounidense J. Coleman (1) expone su noción de "CS" como parte de una estrategia teórica general, a fin de conciliar dos corrientes intelectuales antagónicas, las cuales trataban de describir y explicar los principios fundamentales de la acción social. De un lado, el enfoque sociológico que plantea que la acción de los actores se encuentra moldeada, constreñida y direccionada por el contexto social. Del otro, la concepción ortodoxa de los economistas adscritos a la teoría neoclásica, según la cual los actores (individuos) toman sus decisiones de manera independiente, orientados por el interés propio de maximizar sus utilidades. Aunque estas disquisiciones teóricas y epistemológicas no eran nuevas, ni mucho menos la referencia explícita del concepto², J. Coleman sostiene que el CS es una herramienta conceptual integradora que, bajo el principio de la acción racional y en un contexto social particular, permite comprender no sólo el comportamiento de los individuos, sino también el desarrollo de la organización social. Específicamente, se trataba de incluir, por ejemplo, las

2 El trasfondo teórico del "CS" no es originario de J. Coleman. En realidad, tiene antecedentes históricos que fundan sus raíces en el pensamiento social moderno de los siglos XVIII y XIX. Por ejemplo, E. Durkheim destacaría la importancia de las relaciones sociales de cooperación como fuente de la solidaridad social en las sociedades modernas. De la misma forma, A. De Toqueville y otros pensadores clásicos como Smith, Mills, Marx, etc., ya habían plasmado en sus estudios algunas disertaciones sobre lo que posteriormente se denominó como "CS".

características de la organización social en el análisis general de los sistemas sociales, incluyendo pero no solo limitado a los sistemas económicos (1).

Posteriormente, J. Coleman define las implicaciones funcionales y los efectos concretos del CS sobre el proceso económico: “like other forms the capital, social capital is productive, making possible the achievement of certain ends that in its absence would not be possible” (1). En este punto, el énfasis se centra sobre el tipo de relaciones sociales que, en ciertas condiciones, se pueden constituir en un recurso útil de “capital” tanto para los individuos (las obligaciones y las redes de confianza, así como los canales de información, las normas y las sanciones efectivas) como para la misma comunidad en su conjunto, facilitando al mismo tiempo el desarrollo de otras formas de CS.

Esta nueva teoría social, anclada en el interés por determinar los factores sociales que son funcionales al desarrollo de las sociedades modernas y analizar sus efectos sobre el “capital humano”, cobra mayor vitalidad en la obra central de J. Coleman en 1990 (2). Allí este autor tiene como objetivo comprender el funcionamiento complejo de las sociedades humanas insertas en marcos institucionales específicos y condicionados a una red compleja de interacciones sociales. Sostenía que los grados de interdependencia entre los distintos actores generaban otro tipo de fenómenos más allá de la sumatoria de personas guiadas por su propio e individual interés “... pues los individuos no actúan aisladamente, los objetivos no son alcanzados independientemente, y los intereses no son completamente egoístas” (2). De este modo, J. Coleman asumía una posición crítica en torno al paradigma económico dominante fundado sobre el análisis marginal y guiado por la filosofía utilitarista de la escuela neoclásica.

dentro del cual se forjó lo que se podría llamar aquí la primera fase formal y rigurosa del concepto de CS, es necesario mencionar dos importantes referencias anteriores a los planteamientos de J. Coleman. El sociólogo Pierre Bourdieu define, en el marco de una reflexión donde se establecen las diferencias entre capital simbólico, cultural y económico, el CS como “el agregado de los recursos reales o potenciales que se vinculan con la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento o reconocimiento mutuo” (3). Desde otra perspectiva de análisis, es muy elocuente el aporte que sobre el CS hace un estudioso tan polifacético y reconocido en América Latina y Colombia como Albert Hirschman. Él aduce, entre otras cosas, que el CS es una forma de capital particular, pues no disminuye o se gasta con su uso, sino que entre más se utiliza, más crece. “El amor o el civismo —dice Hirschman— no son recursos limitados o fijos, como pueden ser otros factores de producción, son recursos cuya disponibilidad, lejos de disminuir, aumenta con su empleo” (4).

Ahora bien, una vez que J. Coleman inscribe al CS como parte de una teoría social con peso y rigor académico en un contexto histórico caracterizado por el fin de la *guerra fría*, vendría una ola renovada de nuevos estudios teóricos y aplicados en la primera mitad de la década de los noventa. Además de la intención por superar o ajustar el enfoque pionero, otros investigadores avanzaron en la redefinición del concepto desde sus respectivos intereses académicos. Sobresalen en esta segunda etapa de la evolución académica del CS dos autores de mención obligada: R. Putnam y F. Fukuyama (5). Este último, politólogo estadounidense de origen japonés, estaba interesado en comprender los factores que permiten el desarrollo y la prosperidad de las sociedades modernas. Fukuyama afirmaba, por ejemplo, que el CS es la “capacidad que nace a



partir del predominio de la confianza en una sociedad o en determinados sectores de ésta”. Además, planteaba que el CS era producto de una serie de normas y valores (el “factor cultural”) que incentivan un comportamiento orientado a la cooperación social.

Pero es el sociólogo y politólogo estadounidense R. Putnam quien definitivamente le marca al CS un nuevo punto de inflexión conceptual. Uno de los ejes generales de su análisis gira en torno a comprender un problema 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: *Construir la democracia: las tradiciones cívicas en Italia moderna* (6). Este autor estaba particularmente interesado en comprender, a partir de ciertas políticas locales, por qué las regiones del norte de Italia, a diferencia de las de sur, eran más ricas y prosperas. En sus análisis encontró que, ciertamente, más allá de la carencia de otro tipo de capitales, prevalecían diferencias sustanciales entre una y otra región. El factor diferenciador eran las “virtudes cívicas”, las cuales deberían entenderse como los rasgos de compromiso, respecto y reciprocidad de una sociedad predispuesta al sacrificio y el trabajo conjunto en aras del bien común.

Estos nuevos hallazgos teóricos y empíricos, orientados por R. Putnam, reafirman al CS como una categoría de análisis clave para comprender el funcionamiento complejo de las sociedades modernas. No obstante, este autor toma distancia desde el punto de vista conceptual con los estudios pioneros de J. Coleman. El CS es un atributo interno de las comunidades, y no sólo una cualidad y capacidad individual necesaria para alentar la cooperación entre las personas, según el argumento planteado por J. Coleman. Desde esta nueva perspectiva teórica, el CS

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” (6). Particularmente, la confianza es definida como “un componente esencial del CS [...] 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” (6). 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 de no ser defraudadas.

Así las cosas, el CS fue ganando aceptación generalizada en el mundo académico a finales de la década de los noventa. Entre otros argumentos, se reconocía que el concepto era un recurso heurístico que, a diferencia de los capitales tradicionales³, intenta representar el “valor agregado intangible” que se produce y se acumula al interior de las sociedades organizadas. En igual sentido, al CS se le adjudicó, per se, un valor positivo, una connotación benigna o virtuosa. También era aceptada la idea de que el CS es la expresión de la formación histórica-cultural de un pueblo y, por ende, desempeña un papel específico en su proceso de desarrollo y prosperidad. Sobre esto último, P. Keefer y S. Knack (7), economistas del Banco Mundial, retomaron los componentes del CS (la confianza, la cooperación y el interés cívico) y encontraron una correlación importante entre estos y el crecimiento económico.

Los interesantes y fructíferos avances

3 Por ejemplo, desde un principio, J. Coleman planteó que el CS pertenece a la categoría de “bien público”, pues tiene la facultad de no ser un recurso privado, en el sentido de que sus beneficios o perjuicios son experimentados por el colectivo sin la capacidad de excluir de manera explícita a alguien.



teóricos y aplicados en torno al CS crearon una inusitada expectativa sobre sus fines pragmáticos. Esta situación parece marcar otra parte de la historia conceptual del CS. En efecto, son varias las instituciones multilaterales de desarrollo interesadas en promover debates con el fin, entre otros, de presentar al CS como un nuevo factor clave para superar los problemas del subdesarrollo y el atraso de muchos países en el mundo.

Esta fue una de las razones para que el Banco Mundial, bajo la dirección de P. Dasgupta y I. Serageldin (8), editara la mayoría de los trabajos académicos presentados en un seminario internacional en 1997 (*Social capital: Integrating the economist's and sociologist's perspectives*). Allí participaron un conjunto de destacados investigadores sociales con el propósito de disertar sobre las diferentes facetas y enfoques metodológicos para el análisis y medición del CS. Por ejemplo, mientras, K. Arrow estaba interesado, entre otras cosas, por una definición operacional del término a fin de ser adoptado en el campo de las políticas, R. Solow ponía su acento crítico sobre las implicaciones del concepto mismo de "capital". Por su parte, G. Stiglitz se hacía varias preguntas del CS a partir de la teoría de las organizaciones, una de las cuales era el impacto y aporte de este sobre los mercados y el desarrollo de los países. Desde la perspectiva de los dilemas y conflictos de las acciones colectivas, L. Ostrom (premio Nobel de Economía 2009), concentra la atención en las sutiles diferencias que tiene el CS respecto a otros capitales, ofreciendo ejemplos concretos de creación de dicho tipo de capital dentro de un grupo de campesinos organizados en torno a un sistema de irrigación de tierras.

A partir de entonces, el CS empezó a ser concebido más como un instrumento deseable de política pública, pero con el agravante de ir desdibujando su carácter de categoría

analítica en las ciencias sociales. 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 CS. En consecuencia, esta nueva concepción del CS fue asimilada a un tipo de solución remedial o, incluso, a un recurso sustituto frente a la ausencia de otras alternativas para resolver problemas sociales acumulados. Al respecto, el Banco Mundial precisa lacónicamente: "el CS sirve de mecanismo de seguro para los pobres que no tienen acceso a alternativas de mercado" (8).

Pero crear una nueva política social de promoción del desarrollo que contemple la confianza, la participación social y la conformación de lazos y redes de cooperación como principios rectores, requería los medios prácticos para llevarla a cabo. En consecuencia, el paso siguiente consistió en diseñar y aplicar un instrumento de medición técnicamente probado, que permitiera diagnosticar el estado de CS en una sociedad y, de esta forma, poder recomendar acciones concretas tendientes a promoverlo. Sin desconocer varias propuestas pioneras en ese sentido⁴, uno de los instrumentos más conocidos para medir el CS fue creado bajo el auspicio del Banco Mundial.

Por su parte, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), fue una de las instituciones que se encargó de replicar el CS como un instrumento clave dentro de la urgente necesidad de incentivar el desarrollo económico y el fortalecimiento de la democracia. Así, entiende el CS

4 En general, hay consenso técnico en que una medición completa y multidimensional del CS debe incluir al menos los siguientes aspectos: la confianza social, la densidad de las relaciones sociales, la capacidad de trabajar en equipo (cooperar y coordinar) y la participación en organizaciones, la participación cívica y la intensidad de las normas sociales.



como “el conjunto de relaciones sociales caracterizadas por actitudes de confianza y comportamientos de cooperación y reciprocidad” (9). Desde una perspectiva funcionalista contra 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 sus objetivos políticos. Es decir, es posible mejorar la situación de los pobres mediante el aumento de su CS, de tal suerte que puedan acceder a una serie de recursos y activos en pro de su propio y sostenido desarrollo.

En síntesis, en la primera década del siglo XXI el CS parecía convertirse en una ingeniosa y sofisticada “pieza maestra” de las políticas sociales. Algunos estudiosos e investigadores sociales de múltiples disciplinas, como Fornis y Barreiro (10), se dedicaron a estudiar el real y potencial carácter que tendría la confianza y la creación de redes sociales con poder político para “curar” varios problemas sociales como la pobreza, la corrupción, la ingobernabilidad, la violencia y, por supuesto, las desigualdades en salud, entre otros.

La relación entre el capital social y la salud. ¿Por qué surge la asociación entre CS y la salud? ¿Cuáles son los argumentos que respaldan la pertinencia de concebir el CS como un recurso que podría contribuir a la comprensión y resolución de un conjunto complejo de problemas de salud pública? ¿Los estudios empíricos nacionales e internacionales que se han realizado en la última década permiten sustentar el grado de relación positiva que existe entre CS y salud? Estos interrogantes conforman el núcleo central del análisis crítico de esta sección. Para ello se recurre a la revisión bibliográfica de los estudios y los autores pioneros que tradujeron el arsenal teórico y metodológico de la teoría del CS al campo de la salud, específicamente a la salud pública y a la epidemiología social.

Asimismo, se reseñan las críticas que han planteado algunos destacados académicos sobre el trasfondo político de aplicar el concepto de CS al campo de la salud.

En el marco de la evolución conceptual de un tipo de CS concebido como un poderoso mecanismo para resolver problemas de distinta índole, el profesor Ichiro Kawachi ha sido uno de los investigadores más reconocidos y visibles que han aplicado el poder explicativo y prescriptivo que tiene el CS a la teoría y praxis de la salud pública. Además de ser pionero a partir de 1997 de sendos estudios empíricos que evalúan la relación, por ejemplo, entre CS y las tasas de mortalidad, este autor tenía como referencia inicial un concepto sociológico mucho más comprensivo que el mismo CS: *la cohesión social* (11).

En sintonía con los planteamientos generales de Coleman y Putnam, para Kawachi el CS es definido como los rasgos de la estructura social (niveles de confianza interpersonal, normas de reciprocidad y ayuda mutua) que actúan como recursos individuales y facilitan 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 muy probable que el estado de salud de sus asociados sea alto. Al contrario, en comunidades donde prime la anomia, el conflicto latente sin respuestas institucionalizadas y la ausencia de lazos sociales mínimos, entre otros factores perturbadores de la cohesión social, la salud y otros determinantes de la calidad de vida se encontrarán en serio riesgo de deterioro, sobre todo para las personas con mayor grado de vulnerabilidad social y económica.

Es por esta vía que el CS supera el enfoque

de la epidemiología tradicional que le otorga un peso relevante a las conductas individuales. Ahora no solo importan los aspectos derivados del “ambiente social” como la comunidad, la familia, el perfil ocupacional y las desigualdades económicas, entre otros, sino también el tipo de relaciones sociales y la forma como una comunidad de personas esté organizada en pro de objetivos comunes. Esta vertiente de la “epidemiología social” ha sido estudiada, según González y colaboradores (12), por J. Lomas y R. Wilkinson, quienes desde distintas metodologías de análisis han planteado sugerentes tesis sobre el grado de asociación que existe entre las desigualdades en salud, el CS y la naturaleza de la estructura social donde viven y mueren las personas.

En un escenario académico preocupado por tener explicaciones más convincentes sobre los determinantes sociales de los problemas estructurales de la salud pública, el interés por el aporte conceptual e instrumental del CS cobra mayor fuerza, particularmente a partir de 1995. Este furor puede explicarse por el carácter más prescriptivo que descriptivo que podría tener el CS como una estrategia para la promoción de la salud. En este orden de ideas, Ichiro Kawachi, S. V. Subramanian y Daniel Kim editaron un texto en 2008 que tenía como propósito hacer un inventario de lo que se ha aprendido durante la primera década de investigación sobre CS y salud (13). ¿Qué es el CS? ¿Cómo medirlo y cuál es la utilidad potencial para diseñar intervenciones en salud poblacional? Estas solo fueron algunas de las preguntas que sirvieron para orientar la temática central de dicho texto.

En una abierta defensa de las potenciales bondades que tiene la relación entre CS y la salud, estos autores ponen en la mesa de discusión las plurales interpretaciones, niveles y clasificaciones que se han creado en torno del CS. Pero, igualmente, exponen los

argumentos críticos que se han pregonado en contra de dicha relación positiva: (1) el riesgo de culpabilizar a las comunidades de sus propias dificultades de salud; (2) el argumento según el cual el CS es la vía más barata para intervenir en los problemas de pobreza y desigualdades en salud, justificando así la poca intervención del Estado y (3) la crítica que plantea la falta de claridad de las políticas e intervenciones necesarias para construir CS (13).

En cualquier caso, uno de los esfuerzos relevantes de I. Kawachi y otros investigadores fue otorgarle al CS una clara definición instrumental y operativa 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” (14). Ello por el hecho de que, según estos autores, el CS en el ámbito de la salud permitiría: (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) mejorar procesos psicosociales, porque la cohesión social fortalece los lazos afectivos, eleva la autoestima y contribuye, entre otras cosas, a la salud mental de las comunidades.

Es claro, entonces, que la versión instrumental que recibió América Latina del CS, promovido por distintas organizaciones internacionales, tuvo sus epígonos en el campo de la salud pública. No obstante, I. Kawachi y J. Sapag (14) advierten que el análisis de CS no puede hacerse aisladamente de la estructura política e institucional ni, mucho menos, soslayando los aspectos culturales de cada sociedad. Pero además del papel potencial que desempeña el CS como una estrategia en el intento de avanzar positivamente hacia la promoción de la salud, este también podría



constituirse en un recurso para el cambio social. “El CS puede entonces entenderse como un medio para el cambio social y, a su vez, el cambio social debe potenciar el desarrollo del CS en términos positivos para la comunidad”. De la mano del más fino estilo de “ingeniería social”, lo más importante —insinúan los autores— sería conocer qué tipo de CS y en qué fase del proceso salud-enfermedad es importante utilizarlo o no, para lograr mayores resultados.

Este entusiasmo por las potencialidades positivas y casi “redentoras” del CS como sinónimo de cambio social y respuesta a los problemas estructurales de la salud, encuentra su respaldo en la mención directa que R. Putnam (15) hace de la relación entre el CS y la salud. Un esquema elemental de referencia le sirve al autor precursor de los análisis empíricos de CS para presentar un tipo de relaciones recíprocas entre política pública, CS y desigualdades en salud. Reiterando la importancia de los mecanismos de comunicación social, los comportamientos saludables y el acceso expedito a los recursos materiales, este autor reitera que las redes y/o conexiones sociales, así como las normas asociadas de reciprocidad, son potencialmente importantes para mejorar las oportunidades de salud pública, *especialmente para las personas marginadas*.

Por todas las razones expuestas, son meritorios los esfuerzos intelectuales que pretenden hacer del CS una bandera para explicar y, sobre todo, solucionar o disminuir las brechas de salud entre ricos y pobres. Sin embargo, la sugerente concepción instrumental del CS genera varios interrogantes: ¿Cómo hacer en términos prácticos una “inversión” en CS? ¿Cuáles serían las condiciones concretas para crear y reproducir el CS? ¿Es posible acumular CS en un contexto donde la exclusión económica y la discriminación

negativa son las notas predominantes? ¿Cuánto se requiere de stock de CS para superar las desigualdades en salud? ¿Qué papel desempeña el Estado en la producción primaria de CS en salud?

Por su parte, surgen autores que plantean inquietudes válidas sobre la relación entre el CS y la salud. J. Lynch y colaboradores (16), por ejemplo, formulan reflexiones sobre el uso (y el abuso) del CS en general y su aplicación al sector de la salud en particular. Lynch plantea que en la literatura el término ha sido altamente elástico y que es concebido como “algo bueno” per se. Además, se pregunta en dónde se encuentra en últimas el CS: ¿en las personas, los grupos, las redes de trabajo, en las comunidades? En todo caso, afirma: “... social capital and social cohesion have been proposed as the most important mediators of the association between income inequality and health” (16). Citando a Szreter S. y a M. Woolcock (17) —quienes dicen que el término CS está siendo adoptado indiscriminadamente, de manera acrítica y aplicado sin mucha precisión— Lynch igualmente se pregunta si no estará 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 CS es un aporte real para entender las causas económicas y sociales de los problemas de la salud pública? ¿Las relaciones entre CS y salud en el nivel individual son siempre positivas?

Desde una posición francamente crítica de la noción de CS en general y de su aplicación al campo de la salud en particular, Vicente Navarro (18) expone argumentos demoleedores sobre lo que considera es más un concepto de moda inútil para la comprensión y el cambio de la realidad, que una propuesta académica seria. Al amparo de un enfoque de “economía política de

la desigualdad”, este profesor de la Johns Hopkins University acusa a los defensores del concepto de CS de no tener conciencia política del origen y razón de ser de la difusión de este concepto en América Latina en pleno auge de la doctrina neoliberal. La política y las relaciones de poder están presentes y el CS sirvió —dice Vicente Navarro— para desviar el objeto real de las causas de las desigualdades sociales en salud: explotación económica, discriminación de clase, sexo, raza, etc. Por lo tanto, desde el discurso económico dominante, que centra su atención en lo individual y comunitario, se propugna por aumentar o invertir en CS como una solución a los males de la salud en los países pobres y dominados del mundo (19).

Algunos estudios empíricos sobre “capital social en salud” realizados en Colombia y América Latina. El auge de los nuevos estudios teóricos y aplicados del CS y su vínculo general con la salud se ha venido extendiendo a distintos contextos sociales. El objetivo principal de esta sección es presentar de una manera resumida la estructura general y los resultados principales de algunos estudios empíricos en Colombia y América Latina, destacando sus alcances y sus limitaciones tanto metodológicas como interpretativas.

En primer lugar, el trabajo de investigación de H. Kawachi y J. Sapag para algunos países de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, República Dominicana, México, Perú, Uruguay y Venezuela) es digno de reseña (20). Teniendo como base la información de la Encuesta Mundial de Valores aplicada entre 1995 y 1997, así como algunos indicadores de salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) de 1998, estos autores plantearon correlaciones entre tipos de variables ecológicas (esperanza de vida al nacer y tasas de mortalidad materno-infantil), e

individuales (autopercepción de buena salud). Por su parte, fueron tres las variables utilizadas para medir el CS: (1) confianza, (2) ser miembro de organizaciones voluntarias y (3) asistencia a iglesias.

Con la utilización de modelos de regresión logística ajustados por edad, género e ingreso personal, este audaz estudio arroja los siguientes resultados generales: por un lado, se encontró una asociación entre el indicador de confianza y la esperanza de vida, la cual permanece estadísticamente significativa después de ajustarla por ingreso per cápita. Pero también se encontró una correlación negativa marginalmente significativa entre confianza y tasas de mortalidad materna. Igualmente, se halló una correlación significativa entre ser miembro voluntario de una organización y algún indicador sobre el estatus de salud. “Paradójicamente —dicen los investigadores— se encontró una correlación positiva marginalmente significativa entre asistir a la iglesia y la tasa de mortalidad infantil en niños menores de cinco años, aunque esa asociación desaparece después del ajuste por ingreso per cápita. Más interesante aún, la confianza no estuvo asociada ni con ser miembro de una iglesia ni con pertenecer voluntariamente a una organización”⁵ (20). Por otro lado, para Colombia se encontró que la confianza en el nivel individual y ser miembro voluntario de una organización tuvo una asociación estadísticamente significativa con una buena salud autopercebida.

Sin desconocer algunas relaciones positivas entre CS y salud, los resultados y conclusiones de este tipo de estudios no son muy convincentes. En primer lugar, plantean varias restricciones metodológicas. Una de ellas es aplicar un instrumento que, además de no estar diseñado para evaluar CS, no registra las particularidades culturales y sociales de

⁵ Traducción propia.



cada país. Si bien algunas asociaciones son estadísticamente significativas, la investigación en general suscita varias preguntas tanto sobre la pertinencia del concepto mismo como del tipo de instrumento aplicado y los indicadores relacionados. Al final, este estudio recomienda que la interpretación de los resultados debe hacerse con precaución y que, además, es necesario más trabajo de campo para avanzar en investigaciones más rigurosas.

Por otro lado, se encuentran dos estudios realizados en Colombia, específicamente en Medellín (21) y Bogotá (22), los cuales pueden ofrecer una serie de lecciones importantes cuando se trata de evaluar el grado de incidencia que puede haber entre el CS y las políticas públicas sanitarias. Pero antes de hacer un balance general de estos estudios, cabe hacer una breve digresión a partir de la siguiente pregunta: ¿es posible hablar de la existencia de CS en un plano tan sectorial como los sistema de salud, cuando algunos estudios en Colombia y en Medellín han revelado que este es calificado de nivel bajo o deficiente o, en el peor de los casos, que dicho capital en Colombia es juzgado de “perverso”?

Uno de los más representativos y pioneros estudios sobre CS en Colombia, por sus aportes conceptuales y su trabajo empírico, es el de María Mercedes Cuéllar (23). Dentro de sus agudas observaciones críticas la autora anota lo siguiente: “En Colombia la existencia de CS, medido en términos de la participación en actividades asociativas, es elevada, inclusive en el marco de comparaciones internacionales, frente a su nivel de ingreso. Sin embargo, está soportada por niveles de confianza interpersonal inusualmente bajos: quienes se asocian, sorprendentemente, no confían en los demás. En la parte de la caracterización del CS en Colombia, Cuéllar afirma lo siguiente: “Esta situación da lugar a que el CS pueda calificarse de perverso,

pues no se utiliza la capacidad de cooperación para el bienestar colectivo, sino para delinquir (el narcotráfico) o para obtener los privilegios que se pretenden a través de la política” (23).

De igual manera, otros estudios evaluativos del CS en algunas ciudades de Colombia han tenido resultados poco alentadores al respecto. Es el caso, por ejemplo, de J. Sudarky para Colombia y Medellín (24) y de P. Restrepo para Medellín (25). Estos autores concluyen, cada uno con distintos criterios metodológicos y analíticos, que el CS en la sociedad colombiana —si existe realmente— se encuentra aún lejos de los estándares ideales: la desconfianza latente o explícita es una “norma” y el espíritu cívico es bajo o expresado sin convicción ciudadana. Además, la amplia participación en redes y organizaciones sociales no siempre está inspirada en el bien común⁶. En el estudio citado de la ciudad de Medellín, que se realizó con una muestra significativa y un modelo de análisis sofisticado, se concluye lo siguiente: “Esta investigación evidencia que la ciudad de Medellín cuenta con un bajo CS tanto estructural [redes y organizaciones] como cognitivo [normas y valores]”.

Sin dejar de lado este marco de reflexión complementaria sobre el contexto sociopolítico que condicionaría cualquier tipo de CS, a continuación se hace mención a dos estudios que sobre la relación entre el CS y la salud se realizaron en dos importantes ciudades colombianas. El primero se refiere a una política pública implementada en el 2005 en

6 Pero estas características del ser y el hacer de la sociedad colombiana son una herencia cultural con una historia común, según lo explica un sugestivo trabajo dirigido por M. García Villegas (26). Allí este autor hace una breve síntesis sobre las teorías de CS y sus aplicaciones a Colombia, pone el acento en el origen, los enfoques, las características y las consecuencias de la cultura del incumplimiento de reglas, la cual fue legada desde la época de la colonización española y portuguesa a toda la América Latina.

la ciudad de Bogotá, D. C. El propósito era realizar una reflexión crítica sobre la participación social en un programa de Atención Primaria en Salud (APS) de la Secretaría Distrital de Salud desde un enfoque de CS. Reconociendo la labor de sistematizar la información necesaria sobre un tema complejo, una de las principales conclusiones de este estudio es que aún es necesario redefinir y trascender el carácter institucionalizado y de corte vertical de un componente clave del CS en Bogotá: la conformación de redes de cooperación y la real participación social, teniendo en cuenta las particularidades locales. Al respecto, la autora del estudio, J. Carrillo, dice (22): “La APS puede llegar a potenciar el fortalecimiento del CS a través del impulso que genera en las capacidades de las comunidades para participar organizadamente en todas las fases de su desarrollo, así como a través de la intersectorialidad para dar respuestas a las necesidades de la población. Para el logro de este objetivo, se debe desplegar una nueva forma de relación comunidad-instituciones que permita recuperar la confianza, la reciprocidad y la cooperación en los territorios sociales”.

Por su parte, el primer estudio de caso para la ciudad de Medellín, realizado a finales del 2006, tenía como objetivo central explorar el estado del CS en el marco del sistema local de seguridad social en salud (27). 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 arroja conclusiones contundentes.

Si bien algunos tópicos de CS, como la reciprocidad y cierta credibilidad de algunas importantes instituciones de salud, son positivamente valoradas, emergen factores igualmente preocupantes que erosionan los fundamentos sobre los cuales se crea CS. Es el caso, por ejemplo, de 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.

El Capital Social en el Sistema Local de Salud en Medellín (2009)⁷

En esta sección se presentan los hallazgos más importantes de la segunda investigación sobre el Capital Social (CS) en el sistema local de salud de Medellín, realizada a finales de 2009 por el Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia. El instrumento aplicado en esta ocasión conserva la estructura básica del primer ejercicio realizado en el 2007 (27), pero con un nuevo conjunto de variables a fin de captar una información más rica y precisa que diera cuenta de la existencia y el tipo de CS en el sistema de salud de Medellín, su naturaleza y sus características particulares.

Antes de exponer los principales hallazgos en cada componente, se exhiben algunos rasgos sociodemográficos de las personas que contestaron el cuestionario. Esto último con el fin de complementar el estudio con base en las condiciones del contexto individual y comunitario de las personas que, finalmente, estructuran y condicionan el tipo de CS objeto de análisis.

Sobre los líderes y su entorno. Las características sociodemográficas 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

⁷ El diseño metodológico, la implementación operativa y el procesamiento de los datos contó con la asistencia técnica de la profesional en Administración en Salud Alejandra Taborda Restrepo y de la estudiante en formación de la Facultad Nacional de Salud Pública, Ornella Moreno Mattar.



dar cuenta de manera indirecta del tipo, calidad y estado del “CS” en un 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.

De la figura 1 se desprenden 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 Sisben. 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 las zonas centro y nororiental, territorios donde prevalecen aún muchos problemas que impiden o erosionan las bases mínimas para construir confianza y acciones cooperativas: barrio Manrique con el 16,85% de los líderes encuestados, seguido por el barrio Popular 12,6% y el barrio Aranjuez 9,2%.

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

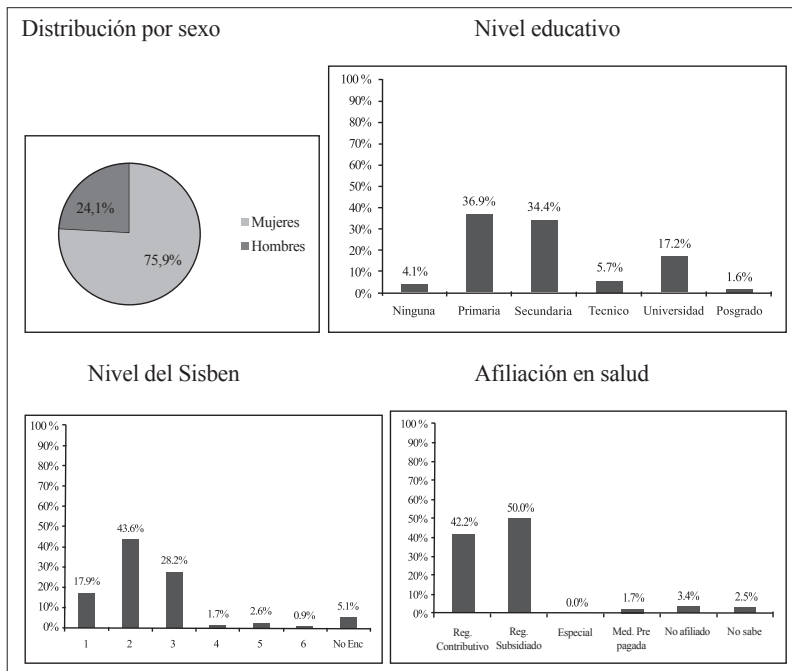


FIGURA 1. PERFIL SOCIODEMográfico DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA

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

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 dijeron 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/o combos, 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 se conformen asociaciones o grupos, pero con fines defensivos o de protección legal o ilegal.

A esta situación poco propicia 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 “¿cuál cree que son los tres principales problemas de salud de su comunidad?”, ellos respondieron, frente a un conjunto de alternativas, que los problemas de salud que predominan son, en su orden, 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 solo de inseguridad y convivencia, sino también de deficiencias en el acceso a los servicios de salud. Esta situación no define inequívocamente la calidad del CS 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 CS 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 circunscrito solo 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 la solución de 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 la figura 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.

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. “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 un y tres personas, el 27% respondió que a nadie, 10% acudirían a entre cuatro y cinco personas y solo el 5% tiene una red de más de cinco



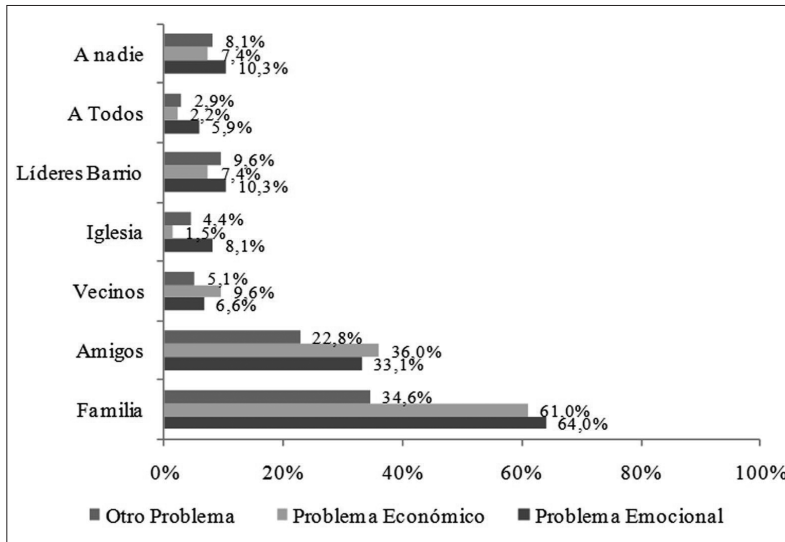


FIGURA 2. CUANDO NECESITA UN FAVOR URGENTE PARA RESOLVER UN PROBLEMA DISTINTO DE SALUD (ECONÓMICO, EMOCIONAL U OTRO), ¿A QUIÉN ACUDE?

Fuente: Monitoreo de la Seguridad Social en Salud en Medellín, 2009, Encuesta sobre capital social

amigos para pedir prestado dinero. De acuerdo con esta evidencia, el dicho popular de que “es mejor tener amigos que plata” no se cumple cabalmente para este análisis sobre el CS según la percepción 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 afirmaron 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 CS 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) tienen una esfera familiar o íntima de resolución, la verdadera prueba de un “CS extensivo e intensivo” se mide en la capacidad que tienen las personas de inspirarse recíprocamente confianza con independencia de su parentesco o vínculo filial. Por lo tanto, los potenciales beneficios de un tipo ideal de “CS” radican en el hecho de crear y fortalecer nexos de confianza y solidaridad no solo entre personas iguales y cercanas, sino también 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 la tabla 2, mientras las instituciones relacionadas con la salud y la recreación tienen una calificación relativamente alta, otras como las EPS y la Policía obtienen una muy baja en términos comparativos. Es obvio que esta última institución debería desempeñar 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.

De manera particular, los líderes igualmente tuvieron la oportunidad de calificar a un conjunto de actores e instituciones directamente relacionados con el Sistema de Seguridad Social en Medellín. Se parte de aceptar que en la medida que las instituciones contribuyan a resolver los problemas de salud, su nivel de confianza y credibilidad es alto. En la tabla 3 se destaca cómo, en general, el Hospital

General de Medellín (HGM), la Secretaría de Salud de Medellín (SSM) y Metrosalud tienen 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.

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 CS.

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

TABLA 2. ¿QUÉ TANTO CONFÍA EN LAS 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%
Consejo	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%



TABLA 3. ¿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

centrales del CS: “las virtudes cívicas”. Al preguntarle a los líderes: “¿Cuáles son las tres 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% dicen que los límites de territorios son un problema que genera conflictos en sus comunidades, y que en un 4,4% de las veces generan violencia, a propósito del tema de la guerra entre “combos” o pandillas de sicarios; de igual forma, las diferencias económicas entre las personas también desatan conflictos y zozobra. Según las respuestas, 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%, pueden ser una muestra de cómo la tolerancia y el respeto por las diferencias de ser y pensar aún son un desafío mayor para la armonía y la convivencia pacífica.

Para identificar un tipo de virtud cívica de las personas en sociedad, es decir, de los principios y normas que orientan su comportamiento en la esfera de su “vida

pública”, a los líderes se les hizo la siguiente pregunta: “¿cuando usted camina 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 CS 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. De la información procesada 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 el clientelismo político en Medellín y el país.

luz de estos resultados es posible afirmar que, en el campo de las virtudes cívicas, la convivencia ciudadana, el respeto por las

diferencias y el espacio público, el CS en Medellín es aún incipiente y frágil. Porque es claro 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 como camino hacia la cooperación y la cohesión social.

Por otro lado, aunque la participación en la actividad política es importante no solo como un principio democrático, sino también 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 en 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 CS 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.

- Conocimiento y participación efectiva en organizaciones: más allá de conocer

o haber oído hablar de los mecanismo 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 Programa de los “Presupuestos Participativos” con el 43,4%, seguido en 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%, en las juntas de acción comunal con 26,5% y en los comités barriales con 24,3%.

- 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 tabla 4).

Una pregunta directa que trata de indagar sobre la relación entre una forma de entender el CS y el Programa de Presupuestos Participativos, es la siguiente: “¿Los presupuestos participativos permiten generar

TABLA 4. “¿CUÁLES SON LOS TRES 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%

204 Fuente: Monitoreo de la Seguridad Social en Salud en Medellín, 2009, encuesta sobre capital social



confianza y promover la solidaridad y cooperación en las comunidades?" El 35,7% de los líderes dicen estar *totalmente de acuerdo* y el 31,7% *parcialmente de acuerdo*, lo que demuestra que, en efecto, dicho mecanismo participativo es altamente valorado como generador potencial de CS.

Ahora bien, en un escenario distinto al Programa de 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% respondieron entre *nunca y pocas veces*, y un 22% respondieron entre *siempre y casi siempre*. Este resultado le resta valor real a la participación y no contribuye a acumular CS entre los distintos actores institucionales, principalmente con el organismo gubernamental.

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. "Ser miembro de una organización de salud y participar activamente 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 en el 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 organizaciones de todo tipo, el caso es que de prevalecer en el tiempo esta situación, no solo se perdería la confianza entre los miembros, sino que se corre el riesgo de disolver un mecanismo necesario para fortalecer una parte estratégica del CS en el Sistema de Seguridad Social en Medellín.

Discusión y conclusiones

Desde su construcción formal y sistematizada como concepto a mediados del siglo XX, el capital social (CS) se erigió como una categoría de análisis en el marco de una nueva teoría social. Además de tratar de conciliar la oposición teórica de las corrientes dominantes de la época entre la sociología y la economía, el CS se encontró en el centro de la reflexión heterodoxa según la cual los capitales convencionales (tierra, trabajo y mano de obra) no lograban explicar satisfactoriamente el atraso o el progreso de las naciones.

En virtud de su capacidad explicativa para comprender los problemas del desarrollo de las sociedades modernas, el CS pasó a convertirse a finales del siglo XX en un instrumento de política social. En efecto, ante los múltiples problemas estructurales acumulados como la pobreza y las exclusiones sociales, varias instituciones internacionales y multilaterales de crédito promovieron interesantes debates con el propósito de que el CS sirviera de factor clave, sustituto

o complementario, para aquellas sociedades y organizaciones comunitarias marginadas de las bondades del mercado. Es en este sentido que el CS fue presentado como una solución remedial para combatir las principales fuentes de desigualdad social, entre ellas la de salud.

No obstante, se ha demostrado que esta forma de utilizar el CS como herramienta de política pública tiene sus alcances y sus limitaciones tanto teóricas como aplicadas. Ello por el hecho de que el CS es un concepto complejo que tiene como objeto central de análisis las interacciones entre individuos y su efecto sobre el crecimiento económico y el progreso en un contexto social específico. Además de la exigencia de conocer las particularidades de la estructura social, política, institucional y cultural de cada sociedad objeto de análisis, no está perfectamente especificado cómo se podría “invertir” CS para generar, por ejemplo, altos niveles de confianza, un mayor espíritu de compromiso cívico, así como un interés creciente por la participación real y honesta en redes u organizaciones sociales.

Respecto a la relación entre CS y salud, se ha igualmente argumentado tanto sus eventuales bondades en el plano teórico, como sus dificultades cuando se trata de encontrar evidencia contundente sobre su positivo impacto sobre la salud de una población. De igual manera, los análisis que tratan de usar el CS en un campo tan específico y limitado como lo son en este caso los sistemas de salud, pueden estar expuestos a producir resultados frustrantes y poco satisfactorios. Como categoría de análisis para comprender las interacciones sociales de los ciudadanos en una sociedad determinada, se exige tener en claro el estudio sistémico de la estructura y dinámica de la sociedad como un todo.

Medellín permiten, en efecto, corroborar que las características del CS son muy débiles o parciales, y que su expresión desde la perspectiva de los usuarios entrevistados es ambigua. Todo lo cual es coherente y consistente con algunos estudios socioeconómicos que sobre el CS se han realizado para la sociedad colombiana, los cuales han mostrado que el nivel de CS es bajo o, peor aún, es perverso. Las conclusiones del estudio de la segunda medición son las siguientes:

- 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 CS, 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. En este orden de ideas, el CS 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 CS, independientemente del número de organizaciones en 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 aumentado su nivel de credibilidad y capacidad de gestión; no obstante, en salud se percibe que dicha participación no se tiene en cuenta a la hora de tomar decisiones. Esta situación no favorece del todo el tema de CS, en la medida en que la participación comunitaria no tendría una real incidencia sobre las políticas del sector.

- El Programa de Presupuestos Participativos ha tomado mayor importancia como mecanismo de participación social en los últimos años en Medellín. Es útil anotar que ese programa ha sido una iniciativa de las administraciones públicas locales del último lustro, el cual ha sido valorado como una forma efectiva de hacer partícipe a la comunidad en la priorización de los proyectos acordes a sus necesidades. Particularmente el tema de la salud ha tenido su nivel de protagonismo en los presupuestos participativos de algunas comunas de la ciudad.
- Las relaciones inter e intraorganizacional se encuentran igualmente atravesadas por problemas de comunicación, conflicto de intereses y falta de compromiso. Aquí no sobra recordar que el interés por la participación social o comunitaria es una de las variables más relevantes para cualquier medición de CS. No obstante, se advierte que la participación de las personas en redes de diverso tipo no se puede sobreestimar, pues algunas personas pertenecen a distintas organizaciones y grupos no necesariamente pensando en intereses comunes.

En síntesis, es posible señalar que en el sistema de seguridad social en salud en Medellín existen algunos rasgos parciales (y otros potenciales) de CS. En este punto es necesario destacar la disposición de la administración municipal de la época (2009) de propiciar los espacios de participación

de la comunidad en los asuntos vitales de la salud en la ciudad. Sin embargo, el CS es una construcción compleja en el interior de las organizaciones sociales, lo cual implica que no se puede imponer desde el exterior ni, mucho menos, podrá surgir con el solo hecho de incentivar la participación comunitaria.

Con todo, la relación conceptual entre CS y salud también contempla ambigüedades. De un lado, se podría señalar que el CS es 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 existan niveles relativamente altos de CS. Es por ello que los estudios empíricos sobre la relación CS y salud deben ser cautelosos y tener en cuenta la complejidad de utilizar un concepto que tiene sus alcances explicativos, pero también sus limitaciones metodológicas para sacar conclusiones contundentes.

Finalmente, desde otro orden de ideas, en el campo de la toma de decisiones, siempre aparece el interés por saber cuáles son las condiciones, los programas o las actividades que permitirían “invertir” en CS. No es una tarea propia de los expertos en ingeniería social, pues el CS 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. En cualquier caso, si una administración local está interesada en “acumular CS”, lo mínimo desde sus competencias —más allá de crear espacios de participación social— es fomentar una cultura real de respeto ciudadano y tratar de granjearse la confianza social e institucional de sus ciudadanos. Ello sería posible, por ejemplo, mediante el cumplimiento estricto de sus funciones con transparencia, oportunidad y efectividad.

Referencias bibliográficas

1. Coleman J. Social capital in the creation of human capital. *The American Journal of Sociology*, 1988; 94: 95-120.
2. Coleman J. *Foundations of social theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1990.
3. Bourdieu P. The forms of capital. En *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 241-58). New York: Greenwood; 1985.
4. Hirschman A. Against parsimony: Three easy ways of complicating some categories of economic discourse. *American Economic Review*, 1984; 74 (2): 89-96.
5. Fukuyama F. *Confianza. Las virtudes sociales y la capacidad de generar prosperidad*. Buenos Aires-México: Atlántida; 1995.
6. Putnam RD. *Construir la democracia: las tradiciones cívicas en Italia moderna*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 1993.
7. Keefer P, Snack S. Does social capital have an economic payoff? A Cross-Country Investigation. *The Quarterly Journal of Economics*. 1997; (112): 1251-1288.
8. Dasgupta P, Serageldin I, editores. *Social capital: A multifaced perspective*. Washington, D.C: The World Bank; 2000.
9. Ocampo J. CS y agenda del desarrollo. En: Atria R, Sile M. *CS y reducción de la pobreza en América Latina y Colombia. En busca de un nuevo paradigma*. Santiago de Chile: Cepal-MEU; 2003.
10. Forni P, Siles M, Barreiro L. ¿Qué es el CS y cómo analizarlo en contextos de exclusión social y pobreza? *Estudios de caso en Argentina. Reserarch Report*. 2004; 35.
11. Kawachi I, Berkman L. Social cohesion, social capital, and health. En Berkman LF, Kawachi I, editores. *Oxford: Oxford University Press*; 2000.
12. Tamez González S, Valle Arcos R, Eibenschutz Hartman C. Aproximaciones teóricas al concepto de CS y su vínculo con la salud. *Salud Problema*. 2005; 10 (18-19): 107-116.
13. Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, editores. *Social capital and health*. New York (NY): Springer; 2008.
14. Sapag J, Kawachi I. CS y promoción de la salud en América Latina. *Rev Saúde Pública* 2007; 41 (1): 139-149.
15. Putnam R. Commentary: 'Health by association': Some comments. *Int J Epidemiol*. 2004; 33 (4): 667-671.
16. Lynch JP, Due C, Muntaner G, Davey Smith G. Social capital. Is it a good investment strategy for public health? *J Epidemiol Community Health*. 2000; 54: 404.
17. Szreter S, Woolcock M. Health by association? Social capital, social theory and the political economy of public health". *International Journal Epidemiology*, 2003; 33: 1-18.
18. Navarro V. Una crítica del CS. *International Journal Health Services*. 2002; 32: 423-432.
19. Navarro V. ¿Es el CS la solución o el problema? *International Journal Epidemiology*, 2004; 33 (4): 672-674.
20. Sapag J, Kawachi I. Social capital and health in Latin America: Ecological and individual level analysis. *PSO 2010*; 22 (1): 285-299.
21. Restrepo J, Atehortúa S. Aproximación al análisis del CS en salud en Medellín. Medellín: Grupo de Economía de la Salud, Universidad de Antioquia; 2007.
22. Carrillo Franco J. Atención Primaria en Salud y CS en Bogotá. *Boletín del Observatorio en Salud*. 2009; 2 (4): 1-17.
23. Cuéllar M. *Colombia: un proyecto inconcluso. Valores, instituciones y CS*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 2000.
24. Sudarsky J. *La evolución del CS en Colombia, 1997-2005*. Bogotá: DNP-Ecopetrol- Colciencias; 2007.
25. Restrepo P. CS en Medellín: medición, determinantes y lineamientos de política pública para su fomento. Medellín: Cartilla Políticas Públicas, Alcaldía de Medellín; 1998.
26. García M. *Normas de papel. La cultura del incumplimiento de reglas*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; 2009.
27. Grupo de Economía de la Salud. *Monitoreo de la seguridad social en salud en Medellín, 2004-2005. Informe técnico final*. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia; 2007.

