

## La relación del Capital Social con la Salud y la Salud Pública <sup>1</sup>

### Resumen

Hay diversas concepciones sobre el Capital Social que convergen en que analizan en los individuos y grupos humanos su capacidad de movilización de recursos en el entramado de sus relaciones sociales. El Capital Social aporta en la comprensión de los condicionantes, tanto a nivel individual como colectivo, en diferentes áreas de la salud; así como, del contexto de ellas. Se muestran los diferentes niveles de estudio de la relación Capital Social y Salud, así como, los diversos diseños de las investigaciones sobre esta relación. Igualmente, el Capital Social hace aportes importantes en la comprensión de temas relevantes en Salud Pública, como la Determinación en Salud y los desequilibrios sociales, entre estos, las inequidades en salud. Por su parte, las tres perspectivas de la relación entre Capital Social y Salud Pública (la de Soporte Social, la de las Inequidades y la de Economía Política) se interrelacionan. En este artículo se propone ampliar la última mencionada al plantear que las inequidades sociales y, entre estas, las de salud, están basadas en el acceso diferencial de los diferentes individuos y grupos humanos a los recursos sociales, tanto materiales como simbólicos; entre estos últimos se destaca el poder, el cual, está en los procesos decisorios y de concreción de las decisiones, en los diferentes niveles de la sociedad y; a la vez, es una arena, con características específicas en cada sociedad y nivel, en donde participan diferentes actores con posiciones diferenciales de perspectivas, intereses e influencia en estos procesos. Así, comprender la configuración del poder, en cuanto actores, formas y dinámicas de los procesos decisorios y de concreción de las decisiones, da elementos para

---

<sup>1</sup> Hecho por: Diego Arturo Sarasti Vanegas, médico, máster y PhD en Salud Pública. Profesor Asociado, Sección de Pediatría Social, Departamento de Pediatría y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Correo electrónico: [diego.sarasti@udea.edu.co](mailto:diego.sarasti@udea.edu.co)

comprender las configuraciones del Capital Social, las Clases Sociales y la salud en la sociedad.

**Palabras claves:** Capital Social y Salud, Capital Social y Salud Pública, Capital Social- Salud Pública y acceso diferencial a los recursos sociales

## **Social Capital relationship with Health, and Public Health**

### **Abstracts**

There are different frameworks about Social Capital that converge in analyzing individuals and human groups capacity to mobilize resources within their social relations networks. Social Capital contributes to understand determinants, both at individual and collective level, in different areas of health, as well as their context. The different levels to study Social Capital and Health relationship are shown, as well as the diverse research designs on this relationship. Likewise, Social Capital makes important contributions to understand relevant issues in Public Health, such as Health Determination and social imbalances, including health inequities. On their part, the three perspectives on Social Capital and Public Health relationship (Social Support, Inequalities, and Political Economy) are interrelated. This article proposes expanding the last mentioned one by arguing that social inequalities and, among these, health inequalities, are based on the differential access of different individuals and human groups to social resources, both material and symbolic; among the latter, power stands out, which is in decision-making and decisions implementation processes at different society levels; and at the same time, it is an arena, with specific characteristics in each society and level, where different actors participate with differential positions on perspectives, interests and influence in these processes. Thus, power configuration understanding, in terms of actors, forms and dynamics of decision-making and decisions implementation processes, provides elements to understand Social Capital, Social Classes, and Health configurations in society.

**Keywords:** Social Capital and Health, Social Capital and Public Health, Social Capital-Public Health and differential access to social resources.



## **A relação do Capital Social com a Saúde e a Saúde Pública**

### **Resumo**

Há várias concepções sobre Capital Social que convergem na análise da capacidade de indivíduos e grupos humanos de mobilizar recursos na rede de suas relações sociais. O Capital Social contribui para a compreensão das condições, tanto a nível individual como coletivo, em diferentes áreas da saúde; bem como seu contexto. São apresentados os diferentes níveis de estudo da relação entre Capital Social e Saúde, bem como os diversos desenhos de pesquisa sobre essa relação. Da mesma forma, o Capital Social faz contribuições importantes para a compreensão de questões relevantes em Saúde Pública, como Determinação da Saúde e desequilíbrios sociais, incluindo desigualdades em saúde. Por outro lado, as três perspectivas da relação entre Capital Social e Saúde Pública (a do Apoio Social, a das Desigualdades e a da Economia Política) estão inter-relacionadas. Este artigo propõe-se a ampliar esta última mencionada, afirmando que as desigualdades sociais e, entre estas, as iniquidades em saúde, baseiam-se no acesso diferenciado de diferentes indivíduos e grupos humanos aos recursos sociais, tanto materiais quanto simbólicos; entre estes últimos, destaca-se o poder, que é nos processos de tomada de decisão e na implementação das decisões, nos diferentes níveis da sociedade e; ao mesmo tempo, é uma arena, com características específicas em cada sociedade e nível, onde diferentes atores participam com diferentes posições de perspectivas, interesses e influência nesses processos. Assim, compreender a configuração do poder, em termos de atores, formas e dinâmicas dos processos decisórios e de implementação das decisões, fornece elementos para compreender as configurações do Capital Social, das Classes Sociais e da Saúde na sociedade.

**Palavras-chave:** Capital Social e Saúde, Capital Social e Saúde Pública, Capital Social-Saúde Pública e acesso diferenciado aos recursos sociais

## **1. Introducción**

Hay diversas concepciones sobre el Capital Social, todas las cuales tiene en común el que se centran en comprender la capacidad de movilización de recursos de las personas, grupos y colectividades en sus relaciones sociales (Arriagada, 2003). Así mismo, este constructo es útil para entender el contexto de diferentes fenómenos sociales.

El presente artículo explora la relación entre el Capital Social y la Salud, tanto a nivel individual como colectivo, para aportar en la comprensión de los condicionantes de la salud.

## **2. Capital Social y Salud**

El Capital Social en el área de la salud ha sido aplicado de diversas formas (Macinko & Starfield, 2001); unas veces se ha aplicado, como un vector explicativo de la relación entre desigualdad de ingresos y nivel de salud; otras, como componente de estudios sobre redes sociales y salud; otras, como un mediador del desempeño de las políticas o reformas en salud y; también, como sinónimo de privación o de cohesión en relación a la violencia y al crimen. Igualmente, estos autores analizan la aparición y uso del Capital Social en la literatura de Inequidades en Salud, aunque, señalan que no hay claridad en cuanto cómo podrían ser relacionados.

Igualmente, (Macinko & Starfield, 2001) mostraron que las áreas de salud exploradas por las investigaciones originales en Capital Social fueron: Mortalidad y esperanza de vida, salud mental, traumas, estado nutricional y vacunación. Conceptúan estos autores que, pese a las limitaciones propias del concepto de Capital Social y de los estudios identificados, existe evidencia científica incipiente de esta posible relación; la cual, puede variar según los subtipos de Capital Social y los contextos socioeconómicos y culturales específicos.

Patussi et al (2006) señalan que el Capital Social se ha investigado en relación con Salud en cuanto a: Mortalidad, violencia, autopercepción de salud, expectativa de vida, problemas comportamentales, actividad física, salud mental, embarazo en la adolescencia, comportamiento sexual y enfermedades sexualmente transmisibles, acceso a servicios de salud y caries dental.

Diversos estudios han reportado relación entre Capital Social y Salud (Islam et al., 2006) (Kawachi & Berkman F., 2000) (Pattussi et al., 2006) (Labra, 2002) (Sapag & Kawachi, 2007) (de Souza & Grundy, 2004) (Macinko & Starfield, 2001). El Capital Social se ha correlacionado con las Inequidades en Salud en América Latina y el Caribe como parte de los determinantes sociales de estas (Kripper & Sapag, 2009). Se ha observado que la inequidad en el ingreso lleva a un aumento de la mortalidad vía disminución de la inversión en Capital Social (Kawachi et al., 1997).

Sapag y Kawachi (2007) establecen tres vías hipotéticas de conexión entre Capital Social y Salud:”

1. Comportamientos saludables asociados El Capital Social influenciaría las conductas saludables de los miembros de una comunidad, promoviendo la difusión de la información respecto a salud o incrementando la probabilidad de que normas de comportamiento saludable sean adoptadas (Portes, 1998). A su vez, ejercería un control social previniendo las conductas poco saludables (ej: violencia, etc).
2. Acceso a servicios La comunidad unida solicitaría y accedería más fácilmente a servicios. Por ejemplo, existe evidencia empírica que indica que la comunidad en base al trabajo social en redes, normas, con interacción común, facilita la mejoría en los sistemas de agua y saneamiento (Kähkönen, 1999).



3. Procesos psicosociales El Capital Social promovería soporte afectivo que favorecería la autoestima y el respeto mutuo y, con ello, mejores indicadores de salud, por ejemplo, en salud mental (Cullen & Whiteford, 2001).”

Patussi et al (2006) hacen referencia a estudios que muestran que individuos aislados socialmente tienen mayor riesgo de mortalidad, enfermedades cardiovasculares, del tracto urinario, cáncer, estrés y enfermedades mentales, accidentes y suicidios (Berkman & Glass, 2000) (Berkman et al., 2000).

En el debate actual sobre Equidad, Capital Social y Estado, como orígenes sociológicos de la salud, Szreter y Woolcock (2004), al igual que Putnam (2004), plantean que los efectos adversos de estas dimensiones sobre la salud se dan a través de múltiples canales de interrelación, tanto materiales como psicofisiológicos, entre estas dimensiones.

Putnam (2004) define al Capital Social como las redes y normas asociadas de reciprocidad; las que, adicionalmente, pueden afectar la salud a través de diversos mecanismos, tanto micro como macro, tales como: Soporte social, patrones de comunicación, identidad social y conducta de riesgo, acceso a los recursos (médicos y otros), resolución de dilemas de acción colectiva, fisiología (ej: Niveles de estrés), desempoderamiento, aislamiento. Para Putnam este debate actual presagia importantes avances en el entendimiento de cómo lo social afecta la salud y, por tanto, promete importantes oportunidades para mejorar la salud pública, especialmente entre los ciudadanos más marginalizados.

De otro lado, Kripper y Sapag (Kripper & Sapag, 2009) hicieron una revisión sistemática de la información validada disponible sobre la relación entre el capital social y la salud en América Latina y el Caribe y defienden la obligación ética de realizar intervenciones en salud desde una perspectiva que aborde de forma amplia a

los determinantes de la salud y contribuyan a la equidad en esta área, para lo cual, resaltan la importancia de las investigaciones que relacionan Capital Social y salud.

## **2.1. Niveles de análisis de estudio de la relación Capital Social y Salud**

Patussi et al (2006) muestran que hay varios niveles de análisis al estudiar la relación Capital Social y Salud: un nivel, son los individuos o domicilios (Lindström & Axén, 2004) (Pollack & von dem Knesebeck, 2004) (Locher et al., 2005) (Ziersch et al., 2005) (Harpham et al., 2004) (Martin et al., 2004) (Bolin et al., 2003) (Hyypä & Mäki, 2001a) (Runyan et al., 1998) (Lindström et al., 2001) (Wright & Cullen, 2001) (Rose, 2000) (Veenstra, 2000), vecindario o barrio (Sampson et al., 1997) (Lindström, Moghaddassi, et al., 2003) (Veenstra, 2002) (Drukker et al., 2003) (Caughy et al., 2003) (Lochner et al., 2003) (Lindström, Merlo, et al., 2003).

Otro nivel, son las regiones (Whitley et al., 1999) (Hyypä & Mäki, 2001b), estados de un único país (Holtgrave & Crosby, 2003) (Kelleher et al., 2002) (Hendryx et al., 2002) (Subramanian et al., 2002) (Skrabski et al., 2003) (Holtgrave & Crosby, 2003) (Galea et al., 2002) (Gold et al., 2002) (Blakely et al., 2001) (Hemenway et al., 2001) (Subramania et al., 2001) (Wilkinson et al., 1998) (Kennedy, Kawachi, & Brainerd, 1998) (Siahpush & Singh, 1999) (Kawachi et al., 1997) (Kennedy, Kawachi, Prothrow-Stith, et al., 1998) (Kawachi, Kennedy, & Wilkinson, 1999) (Kawachi, Kennedy, & Glass, 1999) o entre países (Lynch et al., 2001) (Kennelly et al., 2003).

En el nivel de barrio el Capital Social influenciaría la salud de las personas de tres formas: Una de ellas es, influenciando y facilitando la formación y difusión de comportamientos favorables para la salud; otra, promoviendo el mayor acceso a los servicios de salud debido a una mayor concientización de la población sobre sus derechos y, una tercera, por medio de procesos psicosociales que promoverían un mayor apoyo emocional y actuarían como fuente de autoestima y respeto mutuo; así

mismo, en el nivel de Estado, el Capital Social actuaría mediante los procesos políticos (Pattussi et al., 2006).

## **2.2. Diseños de las investigaciones para el estudio de la relación Capital Social y Salud**

Los estudios que establecen la relación Capital Social y Salud, tal como lo señalan Sapag y Kawachi (2007), muestran diversos diseños, tales como: Ecológico (Kawachi, Kennedy, & Glass, 1999) (Kennedy, Kawachi, Prothrow-Stith, et al., 1998) (Lochner et al., 2003) y estudio de corte (transversal) con nivel de análisis individual (Hyypä & Mäki, 2001a) (Lindström, 2003).

Así mismo, como lo reseñan Patussi et al (2006), los estudios que muestran esta relación tienen diferente tipo de análisis estadístico: un tipo es el Path analysis (Ziersch et al., 2005), análisis de componentes principales (Kawachi, Kennedy, & Wilkinson, 1999), regresión logística (Pollack & von dem Knesebeck, 2004) (Lindström, 2003) (Hyypä & Mäki, 2001a) (Martin et al., 2004) (Lindström et al., 2001) (Runyan et al., 1998), regresión lineal (Bolin et al., 2003) (Rose, 2000) (Locher et al., 2005) (Wright & Cullen, 2001) (Caughy et al., 2003) (Skrabski et al., 2003)

Otro tipo de análisis estadístico es el análisis multinivel: lineal (Lochner et al., 2003) (Sampson et al., 1997) (Drukker et al., 2003) (Pattussi et al., 2001) (Hendryx et al., 2002), logístico (Lindström, Merlo, et al., 2003) (Lindström, Moghaddassi, et al., 2003) (Pattussi, 2004) (Subramanian et al., 2002) (Blakely et al., 2001) (Subramania et al., 2001) (Kawachi, Kennedy, & Glass, 1999); correlación (Veenstra, 2002) (Kelleher et al., 2002) (Kennelly et al., 2003) (Wilkinson et al., 1998) (Crosby et al., 2003) (Lynch et al., 2001). Otro tipo de análisis estadístico es la correlación parcial (Gold et al., 2002), “transitional analysis” (Galea et al., 2002).

También, hay combinaciones de tipos de análisis estadísticos: Análisis de componentes principales y regresión logística (Harpham et al., 2004), correlación y

regresión lineal (Veenstra, 2002) (Siahpush & Singh, 1999) (Hemenway et al., 2001) (Holtgrave & Crosby, 2003) (Siahpush & Singh, 1999) (Kennedy, Kawachi, Prothrow-Stith, et al., 1998) (Kennedy, Kawachi, & Brainerd, 1998); análisis multinivel con metaanálisis y metaregresión (Moyses, 1999), regresión logística y multinivel (Pattussi, 2004), correlación con regresión lineal y “path analysis” (Kennedy, Kawachi, Prothrow-Stith, et al., 1998), correlación con regresión lineal y “transitional analysis” (Galea et al., 2002).

### **3. Capital Social y Salud Pública**

El Capital Social tiene importancia en temas de relevante interés para la Salud Pública (Macinko & Starfield, 2001), como son: Desarrollo social, superación de la pobreza, disminución de la criminalidad y fortalecimiento de la educación. Así mismo, recomiendan continuar desarrollando investigaciones en las que se analice en profundidad la relación entre los determinantes sociales y los aspectos específicos de la salud en el contexto de América Latina y el Caribe.

Así mismo, la relación entre Capital Social y Salud Pública se ha explorado en varios aspectos, entre los cuales están: la utilidad de aquel en la investigación en determinantes de la salud (Macinko & Starfield, 2001); los aportes del Capital Social al estudio de la salud poblacional, a través de tres perspectivas con que se establece esta relación: la de soporte social, la de las inequidades y la de economía política (Kawachi et al., 2004) y; la relación entre la cohesión social, como parte del Capital Social, y la Salud Pública (Kawachi & Berkman F., 2000).

Szreter y Woolcock (2004) agrupan los estudios que analizan esta relación en tres diferentes perspectivas: La perspectiva de “soporte social” sostiene que las redes informales son centrales para el bienestar objetivo y subjetivo; la perspectiva de “desigualdad” sostiene que la ampliación de las disparidades económicas ha erosionado la sensación de justicia social y de inclusión de los ciudadanos, lo cual, ha aumentado la ansiedad y comprometido el aumento en las expectativas de vida;

una perspectiva de “economía política” que ve en la exclusión al acceso a los recursos materiales, social y políticamente mediada, como el determinante primario de los pobres resultados en salud.

Estos autores (Szreter & Woolcock, 2004) desarrollan un marco conceptual buscando reconciliar estas tres perspectivas; distinguen diferentes tipos de Capital Social (bonding, bridging y linking) y resaltan la importancia de entender la naturaleza y extensión de la relación entre el Estado y sus ciudadanos para comprender cómo se obtienen los resultados claves.

Las diferentes perspectivas sobre la relación Capital Social y Salud Pública tienen marcos conceptuales específicos (Szreter & Woolcock, 2004). Así, la perspectiva de “soporte social” considera al Capital Social simplemente como la naturaleza y extensión de las relaciones sociales de cada persona y las normas asociadas de reciprocidad (Forbes & Wainwright, 2001) (Eckersley et al., 2001) y, lo considera relacionado con los resultados en salud a través de las variaciones de un mecanismo directo de soporte social (Kawachi, 1999).

La perspectiva de “desigualdad” identifica un mecanismo fisiológico que explicaría la relación Capital Social y Salud; así, el soporte social influenciaría la Salud mediante el estrés, producto de la ausencia o pérdida de autonomía a lo largo del curso de la vida, en el trabajo o en ambiente del vecindario (Wilkinson, 2001) (Marmot et al., 1978) que produciría una secreción crónica, aumentada a niveles peligrosos, de cortisol, adrenalina y nor-adrenalina en el sistema neuroendocrino (Brunner & Marmot, 1999) (Beaglehole & Magnus, 2002).

La perspectiva de “economía política”, con autores como John Lynch, George Davey Smith y Carl Muntaner, sostiene que las inequidades en salud están siempre fundamentalmente enraizadas en diferencias de acceso a los recursos materiales (incluyendo alojamiento y servicios relevantes del vecindario), lo que en últimas, es producto de decisiones políticas e ideológicas (Navarro & Shi, 2001) que llevan a inequidades en la propiedad de la riqueza y en la distribución del poder.

Para el autor del presente artículo, las tres perspectivas de la relación entre Capital Social y Salud Pública (la de soporte social, la de las inequidades y la de economía política) se interrelacionan y; propone ampliar la última mencionada, pues, plantea que las inequidades sociales y, entre estas, las de salud, están basadas en el acceso diferencial de los diferentes individuos y grupos humanos a los recursos sociales, que son tanto materiales como simbólicos; estos últimos son intangibles, pero, reales y operantes. Entre estos recursos sociales simbólicos se destaca principalmente el poder, el cual, está en los procesos decisorios y de concreción de las decisiones, en los diferentes niveles de la sociedad y; a la vez, es una arena, con características específicas en cada sociedad y nivel, en donde participan diferentes actores con posiciones diferenciales de perspectivas, intereses e influencia en estos procesos.

Así, comprender la configuración del poder, en cuanto actores, formas y dinámicas de los procesos decisorios, da elementos para comprender la configuración del Capital Social y las Clases Sociales en la sociedad.

## **Conclusiones**

Las diversas concepciones sobre Capital Social coinciden en que analizan en los individuos y grupos humanos su capacidad de movilización de recursos en el entramado de sus relaciones sociales. Además, el Capital Social aporta en la comprensión de los condicionantes de la salud, tanto a nivel individual como colectivo.

El Capital Social ha mostrado capacidad para analizar una gran diversidad de áreas de la salud y; se ha utilizado como dimensión explicativa del funcionamiento de algunas de ellas, entre las cuales están las relaciones entre el entramado social de los individuos y su salud y, entre la desigualdad de ingresos y nivel de salud. De otro lado, hay varios niveles de análisis de estudio de la relación Capital Social y

Salud y, diversidad de diseños de las investigaciones sobre esta relación; lo que muestra la riqueza de esta área de estudio y la versatilidad de su investigación.

Por su parte, el Capital Social hace aportes importantes en la comprensión de temas relevantes en Salud Pública, algunos de los cuales son la Determinación en Salud y; los desequilibrios sociales, entre los cuales están las inequidades en salud.

Hay tres perspectivas de la relación entre Capital Social y Salud Pública: la de Soporte Social, la de las Inequidades y la de Economía Política; las cuales, se interrelacionan.

Este artículo plantea ampliar la perspectiva de Economía Política al considerarse que las inequidades sociales y, entre estas, las de salud, están basadas en el acceso diferencial de los diferentes individuos y grupos humanos a los recursos sociales, tanto materiales como simbólicos; entre estos últimos destaca el poder, el cual está en los procesos decisorios y de concreción de las decisiones, en los diferentes niveles de la sociedad y; a la vez, es una arena, con características específicas en cada sociedad, en donde participan diferentes actores con posiciones diferenciales de perspectivas, intereses e influencia en estos procesos. Así, comprender la configuración del poder, en cuanto actores, formas y dinámicas de los procesos decisorios, da elementos para comprender la configuración del Capital Social y las Clases Sociales en la sociedad.

## Referencias bibliográficas

- Arriagada, I. (2003). Capital social: potencialidades y limitaciones analíticas de un concepto. *Estudios Sociológicos*, XXI(3), 557–584.  
<http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=59806303>
- Beaglehole, R., & Magnus, P. (2002). The search for new risk factors for coronary heart disease: occupational therapy for epidemiologists? *International Journal of Epidemiology*, 31(6), 1115–1117.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12540704>
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology* (pp. 137–173). Oxford University Press.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine* (1982), 51(6), 843–857. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10972429>
- Blakely, T. A., Kennedy, B. P., & Kawachi, I. (2001). Socioeconomic inequality in voting participation and self-rated health. *American Journal of Public Health*, 91(1), 99–104.  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1446487&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Bolin, K., Lindgren, B., Lindström, M., & Nystedt, P. (2003). Investments in social capital--implications of social interactions for the production of health. *Social Science & Medicine* (1982), 56(12), 2379–2390.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12742602>
- Brunner, E., & Marmot, M. (1999). Social organization, stress, and health. In M. Marmot & R. G. Wilkinson (Eds.), *Social determinants of health* (pp. 17–43). Oxford University Press.



- Caughy, M. O., O'Campo, P. J., & Muntaner, C. (2003). When being alone might be better: neighborhood poverty, social capital, and child mental health. *Social Science & Medicine (1982)*, 57(2), 227–237.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12765704>
- Crosby, R. A., Holtgrave, D. R., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., & Gayle, J. A. (2003). Social capital as a predictor of adolescents' sexual risk behavior: a state-level exploratory study. *AIDS and Behavior*, 7(3), 245–252.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14586187>
- Cullen, M., & Whiteford, H. (2001). *The interrelations of social capital with health and mental health: discussion paper*. Commonwealth of Australia.  
<http://drinkingchoices.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-pubs-i-intsoc>
- de Souza, E. M., & Grundy, E. (2004). Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1354–1360. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500030>
- Drukker, M., Kaplan, C., Feron, F., & van Os, J. (2003). Children's health-related quality of life, neighbourhood socio-economic deprivation and social capital. A contextual analysis. *Social Science & Medicine (1982)*, 57(5), 825–841.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12850109>
- Eckersley, R., Dixon, J., & Douglas, R. M. (2001). *The social origins of health and well-being*. Cambridge University Press.
- Forbes, A., & Wainwright, S. P. (2001). On the methodological, theoretical and philosophical context of health inequalities research: a critique. *Social Science & Medicine (1982)*, 53(6), 801–816.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11511055>
- Galea, S., Karpati, A., & Kennedy, B. (2002). Social capital and violence in the

- United States, 1974-1993. *Social Science & Medicine* (1982), 55(8), 1373-1383. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12231015>
- Gold, R., Kennedy, B., Connell, F., & Kawachi, I. (2002). Teen births, income inequality, and social capital: developing an understanding of the causal pathway. *Health & Place*, 8(2), 77-83. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11943580>
- Harpham, T., Grant, E., & Rodriguez, C. (2004). Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Social Science & Medicine* (1982), 58(11), 2267-2277. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.08.013>
- Hemenway, D., Kennedy, B. P., Kawachi, I., & Putnam, R. D. (2001). Firearm prevalence and social capital. *Annals of Epidemiology*, 11(7), 484-490. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11557180>
- Hendryx, M. S., Ahern, M. M., Lovrich, N. P., & McCurdy, A. H. (2002). Access to health care and community social capital. *Health Services Research*, 37(1), 87-103. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11949928>
- Holtgrave, D. R., & Crosby, R. A. (2003). Social capital, poverty, and income inequality as predictors of gonorrhoea, syphilis, chlamydia and AIDS case rates in the United States. *Sexually Transmitted Infections*, 79(1), 62-64. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1744600&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Hyppä, M. T., & Mäki, J. (2001a). Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community. *Preventive Medicine*, 32(2), 148-155. <https://doi.org/10.1006/pmed.2000.0782>
- Hyppä, M. T., & Mäki, J. (2001b). Why do Swedish-speaking Finns have longer active life? An area for social capital research. *Health Promotion International*, 16(1), 55-64. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11257853>
- Islam, M. K., Merlo, J., Kawachi, I., Lindström, M., & Gerdtham, U.-G. (2006).

Social capital and health: does egalitarianism matter? A literature review.

*International Journal for Equity in Health*, 5, 3–28.

<https://doi.org/10.1186/1475-9276-5-3>

Kähkönen, S. (1999). *Does social capital matter in water and sanitation delivery?: a review of literature* (Social Capital Working Paper Series).

Kawachi, I. (1999). Social capital and community effects on population and individual health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 120–130.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10681893>

Kawachi, I., & Berkman F., L. (2000). Social Cohesion, Social Capital and Health. In I. Kawachi & L. Berkman F. (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 174–190). Oxford University Press.

Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Glass, R. (1999). Social capital and self-rated health: a contextual analysis. *American Journal of Public Health*, 89(8), 1187–1193.

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1508687&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., & Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health*, 87(9), 1491–1498.

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1380975&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Kawachi, I., Kennedy, B. P., & Wilkinson, R. G. (1999). Crime: social disorganization and relative deprivation. *Social Science & Medicine* (1982), 48(6), 719–731.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10190635>

Kawachi, I., Kim, D., Coutts, A., & Subramanian, S. V. (2004). Commentary: reconciling the three accounts of social capital. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 682–684.

<https://doi.org/10.1093/ije/dyh177>

- Kelleher, C., Timoney, A., Friel, S., & McKeown, D. (2002). Indicators of deprivation, voting patterns, and health status at area level in the Republic of Ireland. *Journal of Epidemiology and Community Health, 56*(1), 36–44.
- Kennedy, B. P., Kawachi, I., & Brainerd, E. (1998). The role of social capital in the Russian mortality crisis. *World Development, 26*(11), 2029–2043.  
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=bth&AN=1451071&lang=es&site=ehost-live>
- Kennedy, B. P., Kawachi, I., Prothrow-Stith, D., Lochner, K., & Gupta, V. (1998). Social capital, income inequality, and firearm violent crime. *Social Science & Medicine (1982), 47*(1), 7–17. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9683374>
- Kennelly, B., O’Shea, E., & Garvey, E. (2003). Social capital, life expectancy and mortality: a cross-national examination. *Social Science & Medicine (1982), 56*(12), 2367–2377. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12742601>
- Kripper, C. E., & Sapag, J. C. (2009). Capital social y salud en América Latina y el Caribe: una revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública, 25*(2), 162–170. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892009000200010>
- Labra, M. E. (2002). Capital social y consejos de salud en Brasil: ¿un círculo virtuoso? *Cadernos de Saúde Pública, 18 suppl*, S47--S55.  
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700006>
- Lindström, M. (2003). Social capital and the miniaturization of community among daily and intermittent smokers: a population-based study. *Preventive Medicine, 36*(2), 177–184. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12590993>
- Lindström, M., & Axén, E. (2004). Social capital, the miniaturization of community and assessment of patient satisfaction in primary healthcare: a population-based study. *Scandinavian Journal of Public Health, 32*(4), 243–249.  
<https://doi.org/10.1080/14034910310019227>

- Lindström, M., Hanson, B. S., & Ostergren, P. O. (2001). Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. *Social Science & Medicine (1982)*, *52*(3), 441–451. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11330778>
- Lindström, M., Merlo, J., & Ostergren, P. O. (2003). Social capital and sense of insecurity in the neighbourhood: a population-based multilevel analysis in Malmö, Sweden. *Social Science & Medicine (1982)*, *56*(5), 1111–1120. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12593882>
- Lindström, M., Moghaddassi, M., & Merlo, J. (2003). Social capital and leisure time physical activity: a population based multilevel analysis in Malmö, Sweden. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *57*(1), 23–28. <https://doi.org/10.1136/jech.57.1.23>
- Locher, J. L., Ritchie, C. S., Roth, D. L., Baker, P. S., Bodner, E. V., & Allman, R. M. (2005). Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: ethnic and gender differences. *Social Science & Medicine (1982)*, *60*(4), 747–761. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.023>
- Lochner, K. A., Kawachi, I., Brennan, R. T., & Buka, S. L. (2003). Social capital and neighborhood mortality rates in Chicago. *Social Science & Medicine (1982)*, *56*(8), 1797–1805. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12639596>
- Lynch, J., Smith, G. D., Hillemeier, M., Shaw, M., Raghunathan, T., & Kaplan, G. (2001). Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations. *Lancet*, *358*(9277), 194–200. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05407-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05407-1)
- Macinko, J., & Starfield, B. (2001). The utility of social capital in research on health determinants. *The Milbank Quarterly*, *79*(3), 387--427, IV. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2751199&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

- Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M., & Hamilton, P. J. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32(4), 244–249.  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1060958&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- Martin, K. S., Rogers, B. L., Cook, J. T., & Joseph, H. M. (2004). Social capital is associated with decreased risk of hunger. *Social Science & Medicine* (1982), 58(12), 2645–2654. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.09.026>
- Moyses, S. J. (1999). *Oral health and healthy cities: an analysis of intra-urban differentials in oral health outcomes in relation {to 'healthy'} cities' policies in Curitiba, Brazil (PhD Thesis]*. ). University of London.
- Navarro, V., & Shi, L. (2001). The political context of social inequalities and health. *International Journal of Health Services : Planning, Administration, Evaluation*, 31(1), 1–21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11271636>
- Pattussi, M. P. (2004). *Neighbourhood social capital and oral health in adolescents. (PhD Thesis)*. University of London.
- Pattussi, M. P., Marcenes, W., Croucher, R., & Sheiham, A. (2001). Social deprivation, income inequality, social cohesion and dental caries in Brazilian school children. *Social Science & Medicine* (1982), 53(7), 915–925.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11522137>
- Pattussi, M. P., Moysés, S. J., Junges, J. R., & Sheiham, A. (2006). Capital social e a agenda de pesquisa em epidemiologia. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1525–1546. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800002>
- Pollack, C. E., & von dem Knesebeck, O. (2004). Social capital and health among the aged: comparisons between the United States and Germany. *Health & Place*, 10(4), 383–391. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2004.08.008>

- Portes, A. (1998). Social capital: its origins and applications in modern sociology. *Annual Review of Sociology*, 24(1), 1–24.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.soc.24.1.1>
- Putnam, R. D. (2004). Commentary: “Health by association”: some comments. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 664–667.  
<https://doi.org/10.1093/ije/dyh204>
- Rose, R. (2000). How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. *Social Science & Medicine* (1982), 51(9), 1421–1435.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11037227>
- Runyan, D. K., Hunter, W. M., Socolar, R. R., Amaya-Jackson, L., English, D., Landsverk, J., Dubowitz, H., Browne, D. H., Bangdiwala, S. I., & Mathew, R. M. (1998). Children who prosper in unfavorable environments: the relationship to social capital. *Pediatrics*, 101(1 Pt 1), 12–18.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9417144>
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., & Earls, F. (1997). Neighborhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science (New York, N.Y.)*, 277(5328), 918–924. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9252316>
- Sapag, J. C., & Kawachi, I. (2007). Capital social y promoción de la salud en América Latina. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 139–149.  
<https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000100019>
- Siahpush, M., & Singh, G. K. (1999). Social integration and mortality in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23(6), 571–577.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10641345>
- Skrabski, A., Kopp, M., & Kawachi, I. (2003). Social capital in a changing society: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(2), 114–119.  
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1732386&tool=pmc>

trez&rendertype=abstract

Subramania, S. V, Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (2001). Does the state you live in make a difference? Multilevel analysis of self-rated health in the US. *Social Science & Medicine (1982)*, 53(1), 9–19.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11380164>

Subramanian, S. V, Kim, D. J., & Kawachi, I. (2002). Social trust and self-rated health in US communities: a multilevel analysis. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 79(4 Suppl 1), S21--34.

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3456618&tool=pmcenz&rendertype=abstract>

Szreter, S., & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 650–667. <https://doi.org/10.1093/ije/dyh013>

Veenstra, G. (2000). Social capital, SES and health: an individual-level analysis. *Social Science & Medicine (1982)*, 50(5), 619–629.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10658843>

Veenstra, G. (2002). Social capital and health (plus wealth, income inequality and regional health governance). *Social Science & Medicine (1982)*, 54(6), 849–868. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11996020>

Whitley, E., Gunnell, D., Dorling, D., & Smith, G. D. (1999). Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 319(7216), 1034–1037.

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=28254&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

Wilkinson, R. G. (2001). *Mind the Gap: hierarchies, health and human evolution* (Vol. 8). Yale University Press.



- Wilkinson, R. G., Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (1998). Mortality, the social environment, crime and violence. *Sociology of Health & Illness*, 20(5), 578–597. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00120>
- Wright, J. P., & Cullen, F. T. (2001). Family social capital and delinquent involvement. *Journal of Criminal Justice*, 29(1), 1–9. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=4157759&lang=es&site=ehost-live>
- Ziersch, A. M., Baum, F. E., Macdougall, C., & Putland, C. (2005). Neighbourhood life and social capital: the implications for health. *Social Science & Medicine* (1982), 60(1), 71–86. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.04.027>