

## Capital social y promoción de la salud: claves para iniciar la comprensión del fenómeno

Hamui Sutton Alicia, □ Irigoyen Coria Arnulfo □□

El presente trabajo tiene el propósito de exponer brevemente algunos de los elementos del fenómeno “capital social y promoción de la salud”, el cual ha adquirido una extraordinaria relevancia, y se ha constituido en un tema de reflexión obligado para los profesionales de la salud, no sólo de los países pobres y en vías de desarrollo, sino también para todos los trabajadores de la salud a nivel global.

La literatura sociológica ha considerado al capital social como una fuente de mejoramiento social, apoyo familiar y generación de beneficios transmitidos por redes extrafamiliares.<sup>1</sup>

### Orígenes del capital social

Autores		Elementos usados en el concepto de capital social
Émile Durkheim		Solidaridad mecánica, es decir, aquella practicada en las sociedades premodernas, y solidaridad orgánica, que permite la integración social en las sociedades modernas.
Karl Marx		Conciencia de clase y solidaridad circunscrita a los límites de la comunidad.
Max Weber		Acción social y carácter subjetivo de la acción racional con arreglo a fines y con arreglo a valores (afectiva y tradicional).

Tomado de : Arriagada I. *Capital social: potencialidades y limitaciones analíticas de un concepto*. *Estudios Sociológicos* XXI. 2003;63:557-584.

### El concepto de capital social

Robert Putnam<sup>2</sup> identificó en Italia una alta correlación entre el desempeño de los gobiernos locales y la tradición cívica de la región en que se encontraban insertos. Estas regiones se caracterizaban por la presencia de organizaciones comunitarias activas, el interés por los asuntos públicos, la confianza en la actuación pública, así como en el respeto a las leyes, las redes sociales, las políticas horizontales, el escaso clientelismo, la valoración de la solidaridad y la participación cívica. A partir de esta investigación, Putnam planteaba que *el capital social es el principal factor explicativo de la riqueza de estas comunidades*.

### ¿A qué se refiere específicamente el concepto de capital social?

El capital social hace referencia al contenido de ciertas relaciones sociales -que combinan actitudes de confianza con conductas de reciprocidad y cooperación- que proporcionan mayores beneficios a aquellos que lo poseen en comparación con lo que podría lograrse sin este activo. La confianza es un don, un ideal que conduce a creer que las personas pertenecientes a distintos grupos forman parte de la misma

comunidad moral. La confianza mejora la disposición de las personas a tratar con gente diversa, en ella se basa la idea de que existe un vínculo común entre los individuos y los grupos. La fe en los demás genera empatía hacia las personas menos afortunadas, que en última instancia se manifiesta en una mejor redistribución de los recursos. Se cree que en las sociedades en las que hay mayor capital social, la transferencia de recursos de los ricos a los pobres es mayor. No obstante, cuando los niveles de corrupción son muy altos, la confianza disminuye.

La confianza conlleva cooperación, solidaridad, participación y responsabilidad colectiva al acercar a los seres humanos con normas de reciprocidad y reglas del juego respetadas por todos, lo que ubica a la acción individual en el plano social. El capital social puede proveer a las organizaciones de las relaciones, redes y contactos que faciliten la consecución de objetivos comunes. El capital social no es propiedad de los individuos, se encuentra inserto en las relaciones sociales: los actores -personas o grupos- se hallan motivados -o presionados- para no romper las normas, reglas y conductas consideradas apropiadas por el grupo, lo que fortalece la organización de la sociedad civil, sus interacciones y la vigilancia respecto a otras instituciones públicas y privadas.

Los individuos y las colectividades manejan recursos intangibles que son “capitales” en sentido general, cuya movilización permite lograr mejores resultados en ciertas situaciones estratégicas, en comparación con lo que habría sido en su ausencia.<sup>2</sup> Hay tres elementos básicos a considerar: 1) las fuentes y la infraestructura del capital social, es decir, lo que hace posible su existencia (normas, redes sociales, cultura, instituciones); 2) las actividades individuales y colectivas que esta

□ Profesora de la División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM. Investigadora Nacional Nivel II

□□ Profesor asociado “C” TC, Departamento de Medicina Familiar, División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM.

Correspondencia: Hamui Sutton Alicia  
lizhamui@gmail.com

Aten Fam 2009; 16(6):100-102.

infraestructura hace posibles, y 3) las consecuencias o los resultados de estas acciones que pueden ser positivos (un incremento en los beneficios, el desarrollo, la democracia o una mayor igualdad social) o negativos (exclusión, explotación, desigualdad).

### **El capital social depende de relaciones específicas**

El capital social es situacional y contingente, pues depende de las relaciones específicas que se tejen entre los individuos, los tipos de organizaciones que se forjan, las relaciones con que se controlan, así como de las oportunidades económicas y políticas de la sociedad en cuestión. La comprensión de las redes sociales, entendidas como poderosas aliadas del cambio, puede conllevar al diseño de estrategias que aumenten el capital social de una sociedad y con ello mejorar —por ejemplo— el acceso a los servicios de salud.

La solidaridad y la cooperación entre los pobres podría o no ayudar a construir relaciones con el Estado y con el mercado, no obstante, ambas resultan necesarias para acceder a los conocimientos y a los recursos, así como para alentar la acción colectiva. Es importante entender la manera en que la gente se relaciona con los demás y accede a los recursos sociales disponibles. Por ejemplo, en una encuesta realizada en 2005 se preguntó a 1500 mexicanos en todo el país lo siguiente: “¿Diría usted que se puede confiar en la mayoría de las personas o que no se puede ser tan confiado al tratar con la gente?”, el 79% respondió que no se puede confiar. No obstante, a la pregunta “¿Alguna vez ha hecho algo por los demás sin que le paguen?” 66% respondió que sí.<sup>3</sup>

Llama la atención que la mayoría de los voluntarios prestan su apoyo al margen de los organismos dedicados a ayudar y practican una solidaridad desconfiada de las instituciones. Actúan solos o con personas muy cercanas, en vez de organizarse como grupo formal o de sumarse a una asociación constituida. Esto es congruente con su manera de ser pero también con la realidad institucional marcada por el burocratismo y la corrupción. Cuando las autoridades no funcionan las personas intervienen para ayudar por su cuenta. La desconfianza en las instituciones estatales es resultado de la experiencia cotidiana del trato a los ciudadanos, no de las campañas

publicitarias que se difunden en los medios masivos de comunicación.

Las instituciones tanto globales como nacionales han encontrado en el capital social la vía para mejorar la calidad de vida y lograr el desarrollo económico, tanto de las potencias industrializadas como de los países emergentes y los subdesarrollados. No obstante, muchas veces, las fuerzas del mercado global no son congruentes con la generación de actitudes como la solidaridad y la responsabilidad colectiva, ya que se basan en la competencia lucrativa sin moral.

### **La promoción de la salud**

El concepto de promoción de la salud, en el sentido en que actualmente se le conoce, se hace presente en la salud pública en la década de los setenta, aunque sus bases históricas son muy remotas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define promoción de salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Se trata de un proceso político y social no sólo dirigido a fortalecer las capacidades y habilidades, sino también a lograr un mayor control de los determinantes de salud y modificar las condiciones sociales, económicas y ambientales de los individuos en favor de la salud pública e individual. La dimensión holística de la promoción de la salud implica la necesidad de abordar el tema del desarrollo comunitario como esencial, favoreciendo la acción cooperativa de la comunidad y asegurando el acceso equitativo a educación, seguridad económica y apoyo social, en el contexto de las políticas públicas.<sup>4,6</sup>

Cada día resulta más evidente que las estrategias de promoción de salud deben considerar un enfoque social, comunitario y político integral, que permita el acceso equitativo a la salud. Sapag y Kawachi<sup>4</sup> aseguran que una gran cantidad de iniciativas sobre la promoción de salud —que se han incorporado en los últimos años— tuvieron una clara intencionalidad de dirigir las tareas en favor de la salud “exclusivamente” a nivel individual y no ofrecieron resultados satisfactorios.

### **Utilidad y limitaciones del concepto de capital social en la promoción de la salud**

El concepto de capital social puede contribuir a la valoración del impacto de las variables

sociales vinculadas a la salud, así como a una mejor planeación de las acciones en esta materia, potenciando el enfoque social en las estrategias de promoción de la salud. El capital social puede entenderse como un recurso y un objetivo al mismo tiempo; no se puede ver de forma aislada, sino en el marco de las estructuras políticas y sociales que obligan a examinar la desigualdad en la disposición de recursos. Así, el capital social debe ser contextualizado respecto al papel del Estado, las políticas públicas y la dinámica institucional en los distintos sectores, velando por los derechos de las personas, sin discriminación, y resguardando la redistribución de los recursos para garantizar un adecuado nivel de salud.<sup>6</sup> Estos elementos son críticos para lograr los propósitos de la promoción de la salud, en especial para aquellos países, como los de América Latina, en donde hay una alta desigualdad social.

La Declaración de Yakarta<sup>7-8</sup> señala que la promoción de la salud es un proceso de capacitación de las personas para tener mayor control sobre su salud, y así mejorarla, interactuando sobre los determinantes de ésta para obtener mayor ganancia de salud para la gente, contribuir significativamente a la reducción de las desigualdades en salud, asegurar los derechos humanos y construir capital social. En la misma línea, la Declaración de México<sup>9</sup> insiste en la necesidad de reforzar y ampliar los vínculos de asociación en pro de la salud. Por su parte, el Compromiso de Chile<sup>10</sup> enfatiza el rol de la participación de la sociedad civil en las estrategias de promoción de la salud. La Carta de Bangkok también recoge implícitamente estas ideas.<sup>11</sup>

El promover la salud es una condición *sine qua non* de las actividades que realiza cualquier profesional de salud; es parte fundamental de la esencia de su trabajo cotidiano, pero como señala Sapag:<sup>4</sup> “más allá de lo prometedor que pueda ser el concepto de capital social, hay que reconocer sus limitaciones en su propia definición que de suyo puede resultar ambigua”. No está claramente resuelto en qué tipo de programas y en qué variables del proceso salud-enfermedad el capital social pudiera tener mayor impacto. Desde una perspectiva analítica, el concepto de capital social, definido explícitamente como “relaciones sociales en sus dimensiones de redes cambiantes de asociatividad”, es un concepto que, junto

con otros, aporta a la comprensión del conjunto de dinámicas sociales presentes en sociedades cada vez más complejas y diferenciadas, como las latinoamericanas<sup>1</sup>, pero cuyas formas de medición no están aún suficientemente desarrolladas.

## Referencias

- 1 Arriagada I. Capital social: potencialidades y limitaciones analíticas de un concepto. *Estudios Sociológicos* XXI. 2003;63:557-584.
- 2 Putnam R. *Making Democracy Work*. Princeton, NJ; Princeton University Press: 1993.
- 3 Zaid G. "Mexicanos solidarios". *Periódico Reforma*. México. 2008 May 25. Disponible en: <http://www.reforma.com/editoriales/nacional/443/884934/default.shtm>
- 4 Sapag Jaime C, Kawachi Ichiro. Social capital and health promotion in Latin America. *Rev Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2007 Feb [citado 2008 Oct 11]; 41(1): 139-149. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100019&lng=en&nrm=iso) doi: 10.1590/S0034-8910200700010001984
- 5 Muñoz Fernando, López-Acuña Daniel, Halverson Paul, Macedo Carlyle Guerra de, Hanna Wade, Larrieu Mónica et al. The essential functions of public health: an emerging theme in health sector reforms. *Rev Panam Salud Pública* [serial on the Internet]. 2000 Agosto [citado 2008 Sep 13]; 8(1-2): 126-134. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-4989200000700017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-4989200000700017&lng=en&nrm=iso) doi: 10.1590/S1020-4989200000700017
- 6 Herrera Vázquez María Magdalena, Rodríguez Ávila Nuria, Nebot Adell Carme, Montenegro Hernán. A network to promote health systems based on primary health care in the Region of the Americas. *Rev Panam Salud Pública* [serial on the Internet]. 2007 May [citado 2008 Sep 13]; 21(5): 261-273. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892007000400001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000400001&lng=en&nrm=iso) doi: 10.1590/S1020-49892007000400001
- 7 Szreter S, Woolcock M. Health by association?: social capital, social theory, and the political economy of public health. *Int J Epidemiol*. 2004;33:650-67.
- 8 Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado. Ginebra; 2005. Citado por: Sapag Jaime C, Kawachi Ichiro. Social capital and health promotion in Latin America. *Rev Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2007 Feb [citado 2008 Oct 11]; 41(1): 139-149. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100019&lng=en&nrm=iso) doi: 10.1590/S0034-8910200700010001984
- 9 Berkman L, Kawachi I. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. Citado por: Sapag Jaime C, Kawachi Ichiro. Social capital and health promotion in Latin America. *Rev Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2007 Feb [citado 2008 Oct 11]; 41(1): 139-149. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100019&lng=en&nrm=iso) doi: 10.1590/S0034-8910200700010001984
- 10 Berkman L F. The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality. In: Cohen S, Syme L, editors. *Social support and health*. New York: Academic Press; 1985. p. 241-62. Citado por: Sapag Jaime C, Kawachi Ichiro. Social capital and health promotion in Latin America. *Rev Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2007 Feb [citado 2008 Oct 11]; 41(1): 139-149. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100019&lng=en&nrm=iso) doi: 10.1590/S0034-8910200700010001984
- 11 Bossert TJ. Can they get along without us? Sustainability of donor-supported health projects in Central America and Africa. *Soc Sci Med*. 1990;40:1015-23. Citado por: Sapag Jaime C, Kawachi Ichiro. Social capital and health promotion in Latin America. *Rev Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2007 Feb [citado 2008 Oct 11]; 41(1): 139-149. Disponible en: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100019&lng=en&nrm=iso) doi: 10.1590/S0034-8910200700010001984

## Pancreatitis en maltrato infantil

Reyes Lara Francisco<sup>□</sup>

Desgraciadamente, el maltrato al menor es tan antiguo como la humanidad. Este problema de gran importancia clínica, social y médico-legal debe ser manejado por un equipo multidisciplinario conformado por médicos, educadores, trabajadores sociales, abogados y psicólogos.

El síndrome de abuso al menor incluye:<sup>1</sup>

1. Traumatismo físico
2. Abuso emocional
3. Abuso sexual y abandono; con frecuencia pueden presentarse juntos.

En 1946, John Caffey -médico pediatra y radiólogo- publicó varios casos<sup>2</sup> en los que se combinaban lesiones por trauma físico crónico en menores, principalmente a nivel músculo-esquelético y del sistema nervioso central. Sin embargo, las lesiones también pueden presentarse en piel, ojos, vísceras sólidas y huecas del abdomen y todo el cuerpo.<sup>3</sup> La agresión puede ser inflingida por la persona que "cuida" a estos pacientes, que por lo regular tienen entre uno y tres años de edad; generalmente la madre por estar más tiempo en contacto con ellos es la más involucrada en este tipo de agresiones, ya sea como parte activa o encubriendo a otro agresor.

La mayoría de los niños con abuso físico no tienen evidencia radiográfica de trauma y por ello un estudio normal no descarta el diagnóstico. El estudio de imagen proporciona en un gran número de incidentes, una evidencia casi irrefutable de que ha ocurrido maltrato (documento legal). En estos casos se deben tomar acciones para identificar al agresor y así evitar lesiones futuras al paciente o a otros menores, con la probabilidad de secuelas músculo-esqueléticas, daño neurológico y/o muerte.<sup>4</sup>

El estudio de imagen en todas sus modalidades apoya el diagnóstico, siendo la radiología clásica y el ultrasonido las más utilizadas.<sup>5,6</sup> No obstante, la tomografía computada caracteriza mejor las complicaciones, por lo que el médico radiólogo recomienda este estudio.

<sup>□</sup>Médico Radiólogo y Pediatra

Correspondencia: Reyes Lara Francisco  
fcorx@yahoo.com.mx

Aten Fam 2009; 16(6):102-103.