



**Departamento de Economía**  
*Serie documentos de trabajo*  
**2012**

**La Relevancia del Capital Social como elemento  
detonador de la Salud Poblacional**

**Gabriela Andrea Luna Ruiz**

**Noviembre 2012**  
**Documento de trabajo No. 07, 2012**

## La Relevancia del Capital Social como elemento detonador de la Salud Poblacional

**Marco conceptual:** CS es el conjunto de relaciones entre individuos o comunidades, sus normas y valores; un componente básico es el constructo institucional que sirve como contexto del desarrollo social. CS se desarrolla paralelamente con el Capital Humano (KH) incluyendo la dimensión de la salud. **Objetivo:** Identificar las variables de CS relacionadas a la salud poblacional; verificar que el aseguramiento en salud es una variable clave de CS (institucional) y que CS permite que el ingreso disponible no sufra perturbaciones frente a enfermedades. **Hipótesis:** El CS en la familia crece por el KH-salud y el KH-salud se desarrolla con CS institucional. **Metodología:** Modelo probit que explica "la probabilidad de que un individuo reciba una atención digna a la salud controlando por: aseguramiento, PIB per cápita, escolaridad, percepción comunitaria de la "salud" como un problema y la limitación de derechos esenciales por discriminación. Regresión logarítmica que identificará si las variables de apoyo social en cuidar enfermo y aseguramiento, reduce la elasticidad del ingreso disponible para individuos que poseen capital social, tanto de relaciones como institucional. **Resultados Preliminares:** Individuos con aseguramiento en salud tienen ingreso menos elástico frente a enfermedades de familiares, los préstamos son importantes aunque con un valor muy reducido; finalmente, respecto a mayor acceso a redes sociales no hay evidencia robusta.

### Abstract

**Conceptual Framework:** CS is the set of relationships between individuals or communities, their norms and values , a core component is the institutional construct that serves as a context for social development. CS developed in parallel with the Human Capital (KH ) dimension including health . **Objective:** To identify variables related to CS population health ; verify that the health insurance is a key variable of CS (institutional ) and CS allows the disposable income is not disturbed from disease . **Hypothesis:** The CS family grows by KH- KH- health and health develops institutional CS. **Methodology:** probit model that explains "the probability of an individual to receive decent care health monitoring by insurance, per capita GDP , schooling, community perception of" health " as a problem and limitation of fundamental rights by discrimination. Logarithmic regression to identify the variables of social support in patient care and assurance, reduces the elasticity of income available to individuals who have social capital , both as institutional relationships. **Results:** Individuals with health insurance are less resilient against diseases income family, loans are important but with a very low value , and finally , with respect to increasing access to social networking there is no robust evidence .

Gabriela Andrea Luna Ruiz (gabriela.luna@ibero.mx)  
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México.

# Relevancia del Capital Social como elemento detonador de la Salud Poblacional

Gabriela Andrea Luna Ruiz

## I. Introducción

El Capital Social (CS) es un concepto que ha sido abordado desde diversas áreas del conocimiento como la sociología, la ciencia política y la economía, entre otras. Por ello su definición permanece en debate continuo dependiendo de la aproximación científica que adopte y la perspectiva de cada científico social. El concepto no ha tenido el suficiente desarrollo ni consenso dentro de la literatura económica, particularmente, pese a que diversos autores plantean al CS como condición para el desarrollo económico. Se ha utilizado esta aportación conceptual a fin de buscar explicar las diferencias en los niveles de crecimiento económico en diversas economías que muestran desempeño macroeconómico similar y muy parecidos puntos de partida; el capital social puede ayudar a entender en buena medida el por qué una región se desarrolla a tasas más altas que otra.

En la presente propuesta se asume la interrelación existente entre el capital social y el crecimiento económico<sup>1</sup>, más aun que el capital social es una condición necesaria para lograr el desarrollo económico<sup>2</sup>. Al incorporar el concepto de desarrollo económico, la idea de mejora en el bienestar económico de una población se vuelve indispensable para el análisis a mediano y largo plazo, la aproximación a través de variables vinculadas a la definición clásica de capital humano (Grossman 1972) como son: educación, nutrición y salud.

---

<sup>1</sup> Cambio cuantitativo o expansión de la economía de un país. Según los usos convencionales, el crecimiento económico se mide como el aumento porcentual del producto interno bruto (PIB) o el producto nacional bruto (PNB) en un año, según Banco Mundial. Consultado el 14-06-2009 en: <http://www.worldbank.org/depweb/spanish/beyond/global/glossary.html>

<sup>2</sup> Cambio cualitativo y reestructuración de la economía de un país en relación con el progreso tecnológico y Sociales. El principal indicador del desarrollo económico es el aumento del PNB per cápita (o PIB per cápita), que refleja el incremento de la productividad económica y del bienestar material, como promedio, de la población de un país. Consultado el 14-06-2009 en: <http://www.worldbank.org/depweb/spanish/beyond/global/glossary.html>

## **II. Justificación y objetivo: Las relaciones entre pobreza, desarrollo, salud y capital social.**

El concepto de CS que se utilizará en el desarrollo del capítulo obedece a la definición: **CS es el conjunto de relaciones entre individuos o comunidades, sus normas y valores; un componente básico es el constructo institucional que sirve como contexto del desarrollo social. CS se desarrolla paralelamente con el Capital Humano (KH) incluyendo la dimensión de la salud.**

El principal reto de este trabajo es lograr demostrar el impacto que tiene en la población, particularmente a nivel familiar, el hecho de poseer CS en su salud. Se pretende demostrar que efectivamente la posesión de CS favorece y potencia la acumulación de capital humano en su vertiente de salud; también se busca demostrar que el acervo, el uso y el rendimiento del capital social pueden funcionar como un sistema de protección a la salud familiar y comunitaria.

El objetivo de la propuesta es identificar las variables de capital social que mayor impacto pueden generar en la salud poblacional. Demostrar empíricamente que el capital social es condición necesaria, aunque no suficiente, para detonar mejoras significativas en el capital humano, en su vertiente de salud. Así como verificar que la condición de aseguramiento en salud es una variable clave de capital social para los hogares.

Para abordar bajo un enfoque economicista el problema planteado, cabe mencionar que la pobreza es un factor fundamental para explicar el nivel de salud de los individuos pues en muchas ocasiones el único activo que tienen los pobres es su cuerpo y si éste se deteriora por la enfermedad, hunde al pobre y a su familia en una trampa de pobreza, de la cual es muy difícil escapar<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Sachs J. Improving Health Outcomes of the Poor. Commission on Macroeconomics and Health, Organización Mundial de la Salud. Ginebra Suiza, 2002.

En una perspectiva de mediano y largo plazo, en términos de política social, de reducción de pobreza y fomento al crecimiento económico, se debe considerar a la salud como un bien final, en el que debe invertirse a lo largo del tiempo, lo que llevará a un círculo virtuoso que romperá con las inercias negativas dentro de los sectores más pobres de la población. Por lo que el mejoramiento de la calidad de vida de los pobres debe implicar una mejoría en sus condiciones materiales de vida, de sus estilos de vida y en el autocuidado de la salud.

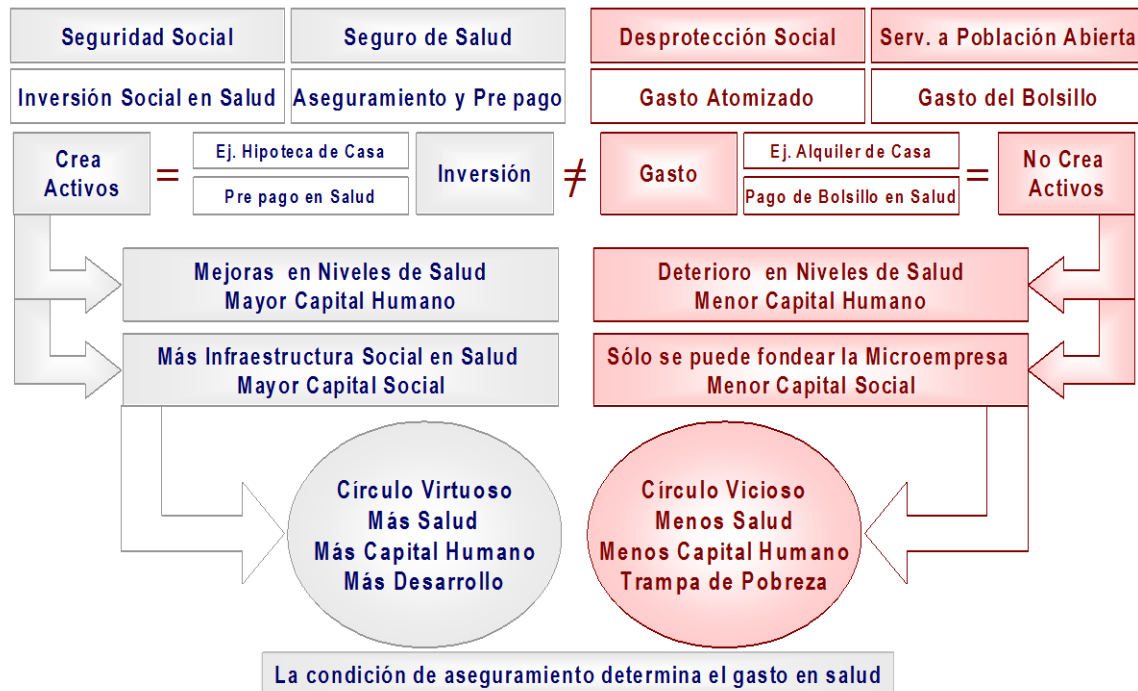
De esta manera, con una perspectiva intersectorial entre la política de salud y la política de desarrollo social se debería tener como fin el estructurar una propuesta hacia un “Sistema de Desarrollo Socioeconómico Integrado y Sustentable” que transite de un conjunto atomizado de políticas sociales y económicas, que tienen un gran valor en sí mismas, hacia un sistema que integre políticas, mancomune acciones y potencialice los logros encaminados hacia el bienestar de la población.

Por ello Cruz et al (2006) sugieren que existen 6 elementos del ámbito de la salud que al interactuar ocasionan que el pobre quede atrapado en una trampa de pobreza, esto es: a) Baja información y educación para la salud combinado con estilos de vida poco saludables; b) Falta de acceso a servicios básicos combinada con malas condiciones materiales de vida; c) La falta de información sobre la enfermedad, sus causas, cómo evitarla y combatirla; d) La baja capacidad de respuesta de los servicios públicos de salud; e) Las barreras al acceso geográficas y económicas para el acceso a atención médica; y, f) La incapacidad de ejercer el gasto de bolsillo para resolver demandas de atención costosas.

Así lo primero que debe aclarar una política de mejoramiento en la salud es el principio de inversión en salud, a través de inversión en capital humano, de incentivar y estructura institucional que permita la consolidación del CS y la promoción de mejores hábitos de salud y estilos de vida saludables. Como se muestra en la Figura 1.

FIGURA 1

## Las 2 Caras de la Moneda: Inversión en Salud Vs Gasto en Salud



Fuente: Cruz C, Coello C, Luna G, Morales R. Hacia un sistema único de salud, una propuesta no autorizada. México, Ed. Independiente. Octubre 2006.

La idea fundamental que subyace en esta propuesta gira en torno al análisis del capital social como posible elemento detonador de mejoras en salud poblacional y vehículo para que las poblaciones que enfrentan trampa de pobreza logren salir de ésta y construir círculos virtuosos. Es de la mayor relevancia desarrollar políticas o recomendaciones de política en salud desde perspectivas más amplias que incluyan elementos sociales que determinan e impacten positivamente en la salud.

Se reconoce que no hay evidencia suficientemente robusta sobre el tipo de efecto que puede tener el CS en la salud. Hay estudios que refieren el efecto positivo de

CS, tales como: Lomas (1998), Kim (2006) y Nummela (2008); en ellos se discute el incremento en la esperanza de vida, mejor percepción de la salud, reducción en tasas de mortalidad y morbilidad aun después de controlar por educación y nivel socioeconómico. La hipótesis que subyace en estos trabajos es que los grupos sociales más integrados o cohesionados logran ejercer mayor influencia positiva sobre el grupo para promover estilos de vida saludable y mejor autocuidado de la salud; así como la mayor credibilidad y respeto que logran las instituciones encargadas de las políticas sanitarias; valdría la pena cuestionarse si la respuesta poblacional es homogénea positivamente frente a un brote epidemiológico, se controla de manera más sencilla cuando existe CS.

Sin embargo, hay estudios que reportan algún efecto ambiguo o negativo del CS en salud como Carpiano (2007) lo refiere respecto a las adicciones de alcohol y tabaco que se relacionan con niveles altos de CS. Es decir, en grupos de jóvenes que buscan un sentido de pertenencia, es más fácil que se difunda el consumo de sustancias que pueden ser nocivas para la salud, o bien se propague la incursión en ciertas prácticas que pueden relacionarse a riesgos santarios como: el uso de *piercings* y tatuajes, prácticas sexuales de riesgo o participación en “arrancones callejeros”, entre otras. De hecho, a la fecha no se conoce un análisis estructurado y con resultados contundentes en América Latina sobre la relación de CS y salud.

Por el lado de la salud pública, en particular desde la epidemiología, hay trabajos empíricos que con el propósito de explicar variables particulares, que impactan en la desigualdad social y tienen un reflejo en la salud. Así han modelado indicadores de mortalidad general, en particular la infantil incluyendo mortalidad causada por padecimientos específicos como enfermedades cardíacas, diabetes y cáncer (Wilkinson, 1999; Kawachi, 1997; Mustard, 1996; Lomas, 1998). En estos estudios, “se ha colocado como aspecto explicativo de los resultados obtenidos el concepto de capital social, el cual, desde el punto de vista de los investigadores

ofrece la posibilidad de comprender de manera más integral la intervención de lo social en el proceso salud-enfermedad<sup>4</sup>.

### **III. Marco conceptual: La pertinencia de vincular Capital Social con Salud.**

En una breve y somera revisión del concepto de capital social que realizan Portela y Neira (2004), la mayoría de los científicos sociales coinciden en conceptualizar el capital social como, un activo integrado por el conjunto de relaciones mantenidas por una serie de individuos, comunidades, redes o sociedades (Burt, 1997; Coleman, 1990; Nahapiet y Ghoshal, 1998; Walker et al., 1997), así como las normas y valores asociados a ellos (Coleman, 1990; Portes y Sensenbrenner, 1993; Putnam, 1995). Es decir, el capital social se centra en las relaciones y estructuras sociales mantenidas por los actores que conforman una red (Adler y Kwon, 2002) gracias, sobre todo, a la combinación de conductas de reciprocidad y de cooperación (Bourdieu, 1985). De esta manera, constituye un recurso disponible (Adler y Kwon, 2002; Baker, 1990; Bourdieu, 1986; Burt, 1992; Coleman, 1988, 1990; Jacobs, 1965; Loury, 1987) inherente a las relaciones entre personas, que proporciona mayores beneficios y posibilidades de alcanzar los objetivos organizativos (Bolino et al., 2002 y Nahapiet y Ghoshal, 1998).

No obstante, el capital social también se desarrolla con otro tipo de capital como es el capital humano, abarcando éste el conocimiento individual, las habilidades, pericia que puede provenir de la educación, el entrenamiento y la experiencia (Baker, 1990). Existen muchas diferencias entre el capital social y el capital humano según Coleman (1988) una de ellas es que el capital social es inherente a las relaciones entre individuos y grupos y, el capital humano es inherente a los individuos per se (Putnam, 2000) de modo que, independientemente del medio donde se desarrolle o la organización a la que pertenezca, se lo lleva consigo (habilidades individuales, educación, stock de salud, etc). Además, el capital social es una cualidad creada entre la gente, es un atributo de las comunidades, y el

---

<sup>4</sup> Tamez S, Valle I, Eibenschuuzt C. Aproximaciones teóricas al concepto de capital social y su vínculo con la salud. Nueva época /Salud Problema /Ano 10 num. 18 y 19/enero-diciembre 2005. Pag. 108.



capital humano es una cualidad de los individuos y consta de una reserva de habilidades individuales, cualificación y conocimiento (Becker, 1993; Coleman, 1988; Lin, 2001). Y, mientras que el capital humano se refiere a la capacidad individual, el capital social se refiere a la oportunidad de contar con el medio para desarrollarla (Burt, 1997).

Se ha mostrado evidencia respecto a que el capital social en la familia<sup>5</sup> que da acceso al capital humano de los adultos depende de la presencia física de los adultos en esa familia y de la atención que los adultos prestan a los niños, de no cumplirse esta condición se presenta una deficiencia estructural en el capital social familiar<sup>6</sup>. En esos casos, a pesar de que los padres tengan un gran capital humano los hijos no se benefician del mismo por la ausencia de capital social.

Los pobres en los países como México, cuentan con un capital social relativamente bajo, referido a la parte de acceso y protección institucional, ya que se cuenta con escasa inversión social y con muy bajos niveles de confianza social e institucional; pese a que tienen altísimo CS en cuanto a redes sociales. Asimismo, el capital físico que poseen los más desposeídos de los países en desarrollo es escaso y tiene poco valor en el mercado; además, poseen escaso capital humano, con una carga de enfermedad elevada; para ellos la enfermedad y muerte son cotidianas y el nivel educativo es bajo, incluso con niveles considerables de analfabetismo, lo que imposibilita la posesión de información sobre prevención y tratamientos en estos estratos de la población. Y como se ha demostrado en aproximaciones economicistas del desarrollo: no sólo el ingreso determina el grado de polarización y marginación que padece un grupo social, sino su acceso a oportunidades. Roemer (1998) define a las “.... oportunidades como el conjunto de circunstancias que afectan los resultados de las personas, pero que no dependen de sus propios esfuerzos o decisiones, sino que en su lugar, son determinadas por factores que están fuera de su control.” En el sentido microeconómico del concepto, se puede explicar a través de dotaciones iniciales,

---

<sup>5</sup> Es decir, las relaciones entre los miembros de dicha familia.

<sup>6</sup> Capital social: las relaciones sociales afectan al desarrollo. Portela, Marta y Neira Isabel. Colección Documentos, Instituto Internacional de Gobernabilidad de Catalunya. España 2004.

no a nivel individual, sino a nivel grupal; esta condición permite que los individuos tengan acceso a canastas de consumo superiores que las que tendrían con dotaciones iniciales<sup>7</sup> inferiores.

El bienestar y la riqueza generan salud, la salud incrementa el capital humano y con ello aumenta el crecimiento económico. El círculo se conserva porque los países con mayor salud tienen mayor desarrollo. Por tanto, para provocar una reducción de la pobreza y un crecimiento económico, se debe considerar a la salud como un bien final, en el que debe invertirse a lo largo del tiempo, lo que llevará al círculo virtuoso que romperá con las inercias negativas dentro de los sectores más pobres de la población de una nación. Dado que hay una tendencia a tener una baja valoración de estos activos a nivel social, pero se debe reconocer que la valoración de la salud está directamente relacionada con la condición socioeconómica y educativa, es decir, mayor nivel educativo y mayor ingreso disponible hacen que los individuos valoren más su salud.

Por otra parte, bajo la perspectiva de la epidemiología se ha hecho especial hincapié en el estudio e impacto de las conductas individuales y estilos de vida saludable<sup>8</sup> y se ha desestimado el efecto que pueden tener sobre la salud algunos aspectos sociales, tanto familiares como comunitarios. Así, el conocimiento de lo social, en la explicación causal de las formas de enfermar y de morir de las poblaciones, se ha debatido históricamente dentro de la confrontación de dos visiones que aparecen como disyuntiva teórica: los que creen que la salud depende de aspectos derivados del ambiente social, y los que piensan que fundamentalmente depende de los servicios de salud. Esto ha dado lugar a afirmaciones como la postulada por Lomas (1998), cuyo contenido expresa que la salud pública y la epidemiología funcionan bajo la lógica de la ética individualista de la medicina y la economía, y que en estas ciencias existe un desequilibrio en la

---

<sup>7</sup> Se entienden por dotaciones iniciales, las dotaciones de riqueza, en cualquiera de sus formas, que tenga un individuo antes de entrar al mercado. Pueden ser activos financieros o de capital, pero también se pueden entender como habilidades individuales, capacidades gerenciales, características físicas, mecanismos de inserción en los grupos sociales, poseer familia, identificación a un grupo social, etc.

<sup>8</sup> Alimentación balanceada, desincentivar el sedentarismo, reducción de adicciones, etc.

atención dada a los aspectos sociales, tales como el capital social frente a riesgos atribuibles a los individuos.

En relación al impacto del ambiente social en la salud, Wilkinson (1999) hace varios señalamientos que sustentan fuertemente la perspectiva del capital social como concepto explicativo e intermediario de la relación entre desigualdad social y salud, ya que plantea que se ha observado que la asociación entre diferencias en el ingreso con una tendencia hacia relaciones sociales menos solidarias y más conflictivas tiene una fuerte influencia sobre la salud. Así, aunque por muchos años existió un vacío teórico sobre los mecanismos que explicaran la relación entre distribución del ingreso y salud, en épocas recientes se ha avanzado mucho en este terreno, al descubrir que uno de los mecanismos más poderosos de esta relación, reside en que la desigualdad en el ingreso influye en la salud, a través de su influencia en las relaciones sociales. Al respecto, diversos autores han reportado que la distribución en el ingreso y la calidad de las relaciones sociales muestran una asociación inversa, lo que, desde el punto de vista de Wilkinson (1999) sugiere que ambos factores son caras de una misma moneda, y representan también dos principios.

Por otro lado Tames (2005) tras una revisión sobre los estudios cuantitativos desarrollados que vinculan desarrollo económico y desigualdad en la distribución del ingreso con salud, concluye que la relación entre CS y salud ha sido empleada en el estudio de problemas tan diversos como exclusión social, enfermedad isquémica, violencia, nutrición, padecimientos crónicos degenerativos, etc. Realizando un análisis desde la relación entre ambos conceptos (desarrollo-CS) pareciera que se ampliará sensiblemente el poder explicativo que tiene el impacto de cada uno de ellos, sobre todo considerando sus aportes al esclarecimiento de los mecanismos que actúan entre la desigualdad social y aspectos concretos del estado de salud poblacional. Sin embargo, los cuestionamientos provenientes de enfoques más cualitativos, plantean que, aunque la teoría del capital social implica avances en términos de relacionar la salud con los contextos institucionales, sociales y familiares, permite el esclarecimiento de las formas de intervención de

lo social en la salud, no implica que pueda explicar el “todo” del proceso salud–enfermedad, tal vez ni siquiera sea la visión más completa de este fenómeno.

La exploración de la relación que guardan CS y salud, no ha sido suficiente ni exhaustiva en las regiones con menor desarrollo económico, en particular en América Latina y el Caribe aun no se aborda de una manera general el concepto de salud pública y las implicaciones que tiene sobre ésta el CS. De hecho Kripper y Sapag (2009), presentan una revisión sistemática sobre esta relación y encuentran que las cinco áreas de salud específicas a las que se dirigían las investigaciones empíricas u originales sobre el CS y salud en la región fueron: a) mortalidad y esperanza de vida, b) salud mental, c) traumas, d) estado nutricional y e) vacunación. No reportan estudios que tengan como objetivo evaluar otras causas de morbilidad ni de mortalidad; menos aun de salud pública. Los trabajos que revisaron solamente se limitan a seis países: Bolivia, Brasil, Colombia, México, Nicaragua y Perú.

La siguiente pregunta es: ¿qué se ha hecho en México, en particular? Se reportan dos artículos cuantitativos, ambos con datos de corte transversal.

1. Idrovo (2005) “Inequidad en el ingreso, corrupción y esperanza de vida”, donde se analiza si el efecto contextual potencial que tiene la desigualdad en los ingresos sobre la esperanza de vida al nacer se encuentra mediado por la corrupción ajustada por diferencias culturales, como variable proxy de CS. Entre sus principales hallazgos, encuentran un efecto negativo que ejerce la desigualdad en el ingreso sobre la esperanza de vida al nacer. Igualmente se observó una correlación significativa entre el índice de corrupción y buen gobierno y la esperanza de vida al nacer. El resultado de impacto a analizar es Esperanza de vida al nacer; las variables utilizadas fueron: CS (índice de corrupción y buen gobierno, 2001); desigualdad en el ingreso (coeficiente de Gini) y salud (esperanza de vida al nacer).
2. Inclán y colaboradores (2007) “Social capital in settings with a high concentration of road traffic injuries: The case of Cuernavaca México”,

analizan la relación entre el CS y los accidentes de tránsito en Cuernavaca. Se utilizó como definición de CS la capacidad de los miembros de una comunidad de trabajar juntos en favor de metas comunes basadas en la confianza social, mediante redes sociales y normas que promuevan la coordinación y la cooperación para beneficio mutuo. El análisis mostró que el tener bajas expectativas con respecto al papel de los vecinos en el incremento de la seguridad —entendido por los autores como un bajo CS— presentó una correlación; pero en este estudio no se encontró una relación directa entre el CS y los accidentes. La encuesta utilizada evaluó el CS a partir de las expectativas de los entrevistados, es decir, de manera subjetiva, se basó en las esperanzas comunes sobre ella.

Como se puede observar, los estudios realizados en México que vinculan estos dos conceptos (CS – salud), con perspectiva cuantitativa, están muy acotados a problemas específicos de salud. Existen más trabajos que abordan la relación de las variables, pero con enfoques cualitativos que no permiten hacer transpolaciones a otras poblaciones ni llegar a conclusiones robustas sobre el efecto de CS en la esfera de la salud y el sentido de la relación que guardan.

#### **IV. Material, metodología e hipótesis**

Para lograr encontrar las relaciones entre CS y salud, el trabajo cuantitativo se realizará con la Encuesta Nacional sobre Capital Social en el Medio Urbano México 2006 (ENCASU). La aplicación de la encuesta fue realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública y está bajo el resguardo de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). A su vez la SEDESOL contó con la colaboración de expertos del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo en México (PNUD) para el diseño y desarrollo de la encuesta. El diseño de la ENCASU se construye con una muestra es estratificada, por conglomerados y polietápico. Es representativa a nivel nacional y para las regiones Norte, Centro-Occidente y Sur-Sureste, estrictamente para las zonas urbanas.

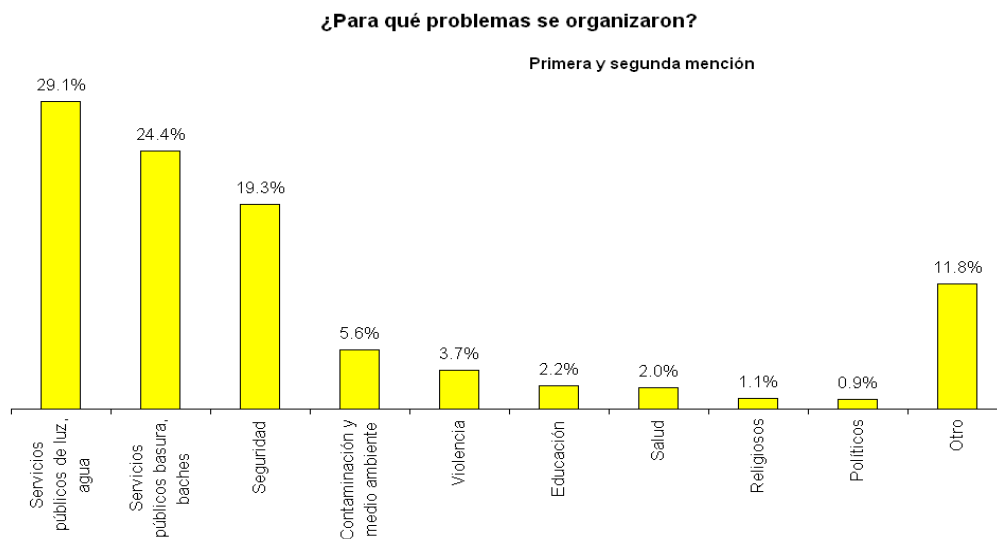
Esta constituida por tres libros que aglutinan tres tipos de variables:

1. Hogar: características socioeconómicas y demográficas de los hogares.
2. Activos: ingresos, gastos, vinculación a organizaciones, relaciones laborales, cohesión social y cohesión colectiva, etc.
3. Redes: tipos de relaciones, familiares, laborales de compadrazgo, amigos etc; cómo y bajo qué condiciones integran una red social y si reciben o dan apoyo en condiciones de enfermedad, problemas legales, conseguir trabajo, etc.

La muestra contiene 2167 hogares encuestados, 700 en cada región, distribuidos de la siguiente manera: a) Base Hogar: 8,554 datos, aplicando el factor de expansión 72,664,488 casos; b) Base Activos: 2,167 datos, aplicando el factor de expansión 45,921,626 casos; y, c) Base Redes: 2,167 datos, aplicando el factor de expansión 5,610,033 casos.

En primera instancia se reporta la descripción de algunas variables clave y, posteriormente, algunas correlaciones simples entre variables de KS, salud e ingreso.

Gráfica 1

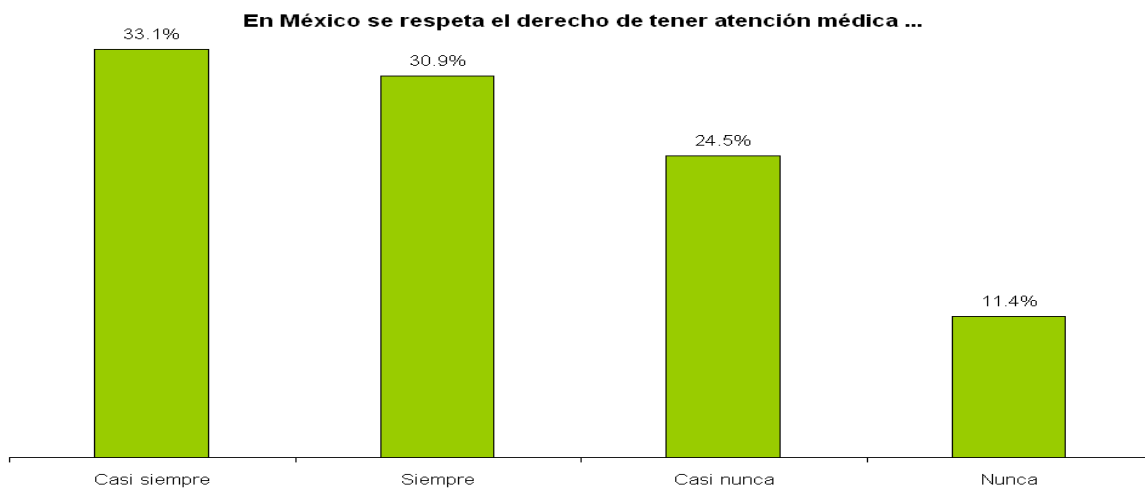


Fuente: Encuesta Nacional sobre Capital Social en el Medio Urbano México 2006. Primeros resultados. SEDESOL, PNUD. 2007

En la Gráfica 1 se observa que a penas un 2% de la población está dispuesta a invertir tiempo en organizarse con motivos de buscar salud comunitaria, situación que refleja que la salud no tiene un alto valor social atribuido. Es una variable en la que se pone énfasis únicamente ante eventos de enfermedad, denotados en la literatura de economía de la salud como “shock de enfermedad”. También porque se le otorga un bajo valor como bien público, considerando que hay bajo nivel de externalidades dadas por la salud de los vecinos; se observa mucho más como una variable concerniente al hogar y a los individuos.

Sin embargo, al buscar un poco de detalle en las variables que se recopilamos en la encuesta encontramos la pregunta de si se cree que en México haya respeto al derecho, consignado en la Constitución, de tener atención médica. Hay un alto porcentaje, más del 33% de personas que consideran que siempre se respeta este derecho, pero no deja de llamar la atención que casi un 40% perciban que nunca o casi nunca se respeta este derecho. Este resultado pareciera ser muy compatible con el nivel de aseguramiento que se tiene a nivel nacional pues solamente el 52% de la población tiene algún tipo de aseguramiento vinculado a protección social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, etc), cerca del 14% tiene aseguramiento de salud vía Seguro Popular y el resto siguen sin acceso a servicios de salud. Situación que se puede observar en la Gráfica 2.

Grafica 2



Fuente: Encuesta Nacional sobre Capital Social en el Medio Urbano México 2006. Primeros resultados. SEDESOL, PNUD. 2007

Tras esta somera revisión descriptiva sobre las variables, se presentan las hipótesis básicas del documento que son:

1. Un individuo que posee aseguramiento en salud percibirá que tiene más menos riesgo de empobrecimiento o de tener fuertes fluctuaciones en su ingreso frente a eventos de enfermedad.
2. Individuos que pueden obtener préstamos de su entorno inmediato, enfrentando un evento de enfermedad percibirán menos riesgo de perturbaciones fuertes sobre su nivel de ingreso disponible.
3. Se espera que individuos con mayor acceso a redes sociales y con aseguramiento en salud tengan un ingreso menos elástico frente a enfermedades de familiares cercanos, que quienes no lo poseen.

Para poder desarrollar los argumentos cuantitativos que hagan rechazar o aceptar las hipótesis aquí vertidas, se elaborará un modelo de elasticidad del ingreso. A continuación se detallará cómo se construyó cada una de las variables:



Atención médica digna (atn\_médica): Variable dicotómica, se agruparon en dos categorías una variable que contenía 4 posibilidades de respuesta; la respuesta sí=1 agrega las opciones: si, si algunas veces; la respuesta no=0 agrega las respuestas: no, no en ocasiones.

Condición de aseguramiento (asegurado): Variable dicotómica que representa un sí=1, cuando los individuos poseen algún aseguramiento en salud: IMSS, ISSSTE, SEDENA, IMSS solidaridad, Seguro Popular, Seguros privados; la respuesta no=0 indica individuos que no tienen ningún tipo de aseguramiento.

Ayuda de las redes sociales a cuidar un enfermo (ayuda\_redes): Variable dicotómica puesto que se agregaron como sí=1 todas las respuestas de si apoyaron a cuidar algún enfermo; familiares, compañeros de trabajo, amigos, vecinos y compadres. En caso de no haber tenido ayuda la variable toma el valor no=0.

Variable de ingreso total mensual (lnY\_tot, Y\_tot): Variable continua que representa el ingreso total mensual, se considera el ingreso percibido como sueldos y salarios, además se contempla cualquier otro ingreso adicional por: jubilación, remesas, transferencias familiares, alquileres o rentas, programas sociales (PROCAMPO, PROGRESA), becas y otros. Se divide finalmente por quintiles  $Q_i$ .

Obtención de préstamos de las redes sociales (préstamos): Variable continua que agrega los préstamos obtenidos por; familiares, compañeros de trabajo, amigos, vecinos y compadres

Se propone realizar una regresión logarítmica, el modelo busca identificar si las variables de apoyo de familiares, vecinos o amigos en el cuidado de un enfermo, así como la condición de aseguramiento, reduce la elasticidad del ingreso disponible, respecto a los hogares que no poseen ningún tipo de ayuda en caso de que se presente un shock de enfermedad. Esto implica realizar la siguiente regresión logarítmica.

$$\log (Y \text{ hog})= \beta_0 +\beta_1 (\text{ayuda de familiar a cuidar enfermo} + \text{ayuda de vecinos a cuidar enfermo} + \text{ayuda de amigos o compadres a cuidar enfermo}) + \beta_2 (\text{condición de aseguramiento})+ \beta_3 (\text{préstamos}) + \varepsilon_i$$

En general, la elasticidad es una medida de reacción respecto al cambio en precios o en ingresos, así, frente a un cambio de un 1% en el ingreso, en este ejercicio numérico que se desarrolla, se busca estimar en qué magnitud porcentual se afecta a la demanda de otros bienes.<sup>9</sup> Dada la definición de elasticidad precio de la demanda el cambio en el precio no solo afecta la demanda del propio bien, sino la de otros bienes con los que se relacionan, sean bienes sustitutos o complementarios. Hay entonces efectos directos y cruzados, vía precios y vía ingresos, los efectos precio están determinados por la complementariedad y la sustitución que exista entre los bienes, y el efecto ingreso, por la forma como la variación de los precios repercute en el ingreso disponible. En éste último sentido, si se consume de un bien no contemplado en el presupuesto original, se distraen recursos y se dejan de consumir algunos bienes de otra índole sí considerados en el periodo original. Por ejemplo, el pago de los servicios en salud obliga a las familias con más bajos ingresos a dejar de consumir otros bienes fundamentales, como educación y alimentos; o bien, el cuidado de un enfermo impide asistir con regularidad al trabajo y esto merma los ingresos familiares.

Se reconoce que la variación en el ingreso por motivos de salud tiene características particulares, como lo imprevisto de una alteración al estado de salud y lo cuantioso que puede ser un gasto que permita acceder al sistema de salud. Además se debe reconocer que dada la baja cultura de prevención que hay en México, los hogares más vulnerables económicamente se acercan a los servicios de salud, cuando la enfermedad se halla en fases avanzadas y el tratamiento se encarece.

---

<sup>9</sup> M. Parkin. Principios de Economía. Ed. Pearson. México. 2005

Para medir la sensibilidad de la demanda por bienes frente a variaciones en el ingreso de los individuos, se utiliza el concepto de elasticidad ingreso ( $\eta^Y$ ): porcentaje en que varía la cantidad demandada de un bien cuando el ingreso del consumidor varía en un uno por ciento. Esta definición, siguiendo a Folland (2000) permite categorizar a los bienes de la siguiente manera:

- En bienes inferiores, la  $\eta^Y$  es negativa ( $\eta^Y < 0$ ) ya que el aumento de ésta provoca una contracción de su demanda.
- La  $\eta^Y$  de los bienes de lujo es muy alta ( $\eta^Y > 1$ ) ya que las variaciones en el ingreso provocan grandes variaciones en la cantidad demandada.
- Los bienes de primera necesidad, a diferencia de los bienes inferiores, tienen la  $\eta^Y$  de la demanda positiva pero muy pequeña ( $0 < \eta^Y < 1$ ), es decir, su demanda es inelástica con respecto a la ingreso.
- Los bienes normales mostrarán una elasticidad-ingreso unitaria ( $\eta^Y = 1$ ), es decir, su demanda aumentará aproximadamente en la misma proporción en que lo haga la ingreso de los individuos.

En este caso, en particular los apoyos de la red social y de condición de aseguramiento serán los que nos brinden luces sobre la elasticidad de este tipo de capital social en el ingreso familiar y qué tanto puede funcionar el CS para que el ingreso de las familias sea estable pese a enfrentar eventos de enfermedad, es decir el capital como un elemento de resiliencia frente a enfermedad, a nivel de los hogares.

#### **IV. Presentación y discusión de resultados**

La composición de la canasta de bienes de consumo depende del nivel de ingreso de los hogares, de tal manera que la demanda de bienes es una función del nivel de ingreso, los precios y las preferencias. En este documento se hace un supuesto fuerte respecto a la demanda, que la demanda de servicios de salud se establece

a través de la utilización de estos servicios (provistos por el sector público o privado) quedando plasmada en el gasto que éstos realizan, y se considera como una aproximación al consumo de este bien, sólo esta población que usa los servicios y ha estado enferma es la contemplada pues en la ENCASU se explora como ha reaccionado el entorno de una persona cuando ha tenido familiares enfermos. Sólo se considera la demanda efectiva, que es la población que reportó haber padecido alguna enfermedad; esto tras una necesidad manifiesta el individuo accede al sistema de salud según su restricción presupuestaria para asumir una tarifa de acceso y la disponibilidad de infraestructura y utilizarla según su grado de necesidad y grado de aversión al riesgo (esta categoría es el análogo a utilización), no se consideran a la demanda potencial ni a la demanda reprimida (Madueño, 2002).

Por ello se acota la muestra a 256 hogares que reportan haber tenido algún enfermo en el hogar, así se adopta una transformación logarítmica del ingreso para evitar una posible no linealidad en los parámetros: Donde,  $\log Y_{Qi}$  es el logaritmo del ingreso de los individuos por quintil, Q es cada uno de los quintiles de ingreso mensual de los Hogares, Asegurado es la condición de aseguramiento de los individuos, Préstamos que refiere al agregado de cualquier préstamo que pudieron recibir de su entorno y redes sociales y  $\varepsilon_i$  es el término de error.

En el modelo propuesto para estimar la elasticidad del ingreso en realidad pretende demostrar es que el ingreso disponible de los individuos es más constante frente a eventos de enfermedad cuando se cuenta con CS en ambas perspectivas, tanto redes sociales como CS institucional. Los resultados de la regresión especificada en el modelo se presentan en la Tabla 1.

**Elasticidades ingreso por condición de aseguramiento, por quintil de ingreso**

Elasticidades	Quintiles de Ingreso Total				
	Q1	Q2	Q4	Q5	Total
<b>Ayuda_redes</b>	0.594*** (-1.42)	0.681** (-1.78)	1.715* (-7.44)	2.602 (-18.4)	0.784 (-27.83)
<b>Condición de Aseguramiento</b>	0.231** (-1.03)	0.827* (-0.72)	1.434* (-1.65)	2.413** (-1.75)	0.806 (-42.43)
<b>Préstamos</b>	0.168* (-1.71)	0.651 (-0.62)	1.401 (-1.67)	1.602** (-3.45)	0.973* (-5.3)

Valor Absoluto de t-estadístico en paréntesis

\* significativo al 90%; \*\* significativo al 95%; \*\*\* significativo al 99%

El Q3 se toma como el quintil de referencia.

En la Tabla 1 se presentan los resultados de la estimación un modelo logarítmico, similar al utilizado por Parker y Wong (1997) y Cruz *et all* (2006) con el fin de estimar la elasticidad del ingreso por motivos de salud y soporte de red social; en él se reportan los coeficientes de regresión y el valor del estadístico t para verificar la significancia de las variables. En las columnas se encuentran los quintiles de ingreso y en las filas se localizan las diferentes regresiones para cada una de las variables relacionadas con CS.

Cabe recordar que para obtener esta estimación la población considerada es estrictamente aquella que reportó alguna afección en salud dentro de su hogar. En el primer renglón se localiza la primera estimación, en ella el comportamiento de la elasticidad ingreso para hogares que contaron el apoyo de redes sociales para cuidar un enfermo muestra elasticidades muy bajas, del orden de 0.6 para el 1° quintil comportándose como un bien necesario, en tanto que para el 4° y 5° quintil las elasticidades son de 1.7 y 2.6 respectivamente, comportándose como un bien de lujo. Esta situación muestra que los pobres requieren de apoyo de su entorno social para poder afrontar el cuidado de un enfermo, por falta de solvencia económica no pueden pagar cuidadores y se atienden porque simplemente las necesidades para atención de la salud son ineludibles; en tanto que mientras más ricos son las personas, invierten más en cuidado de enfermos pues perciben un

costo de oportunidad mayor, en caso de no mantener su nivel de vida. Otro factor explicativo podría ser que los ricos están dispuestos a pagar por cuidado a sus enfermos y valoran más alto el costo de oportunidad de cuidar a un enfermo así la red social no es determinante.

El segundo renglón refleja en “condición de aseguramiento” refleja la relevancia que tiene la diferencia sustantiva que tiene para la población poseer certidumbre de acceso a medicamentos y servicios de salud frente a un evento de enfermedad, todos los estimadores son significativos, aunque con estimadores elevados para los quintiles más altos de ingreso. La variable aseguramiento sí brinda certidumbre a los individuos respecto a la permanencia de ingreso disponible mensual, lo que implica que efectivamente un evento de enfermedad sería mucho menos gravoso para los hogares que poseen aseguramiento.

Finalmente en el tercer renglón “préstamos”, sólo hay elasticidades significativas para los quintiles extremos, apareciendo como lujo para el 5° quintil. Se entiende que la presencia de préstamos por parte del entorno social, es decir de las redes sociales, sea de vital importancia para las personas más desposeídas pues de no contar con préstamos de amigos o parientes no podrían enfrentar shocks de falta de salud.

El modelo de elasticidades permite entender un poco más sobre la implicación que tiene el CS en el comportamiento de los individuos para acceder a servicios de salud, una vez que sienten asegurada cierta estabilidad en su ingreso. Es de destacar que no hay evidencia alguna de que el apoyo de las redes sociales en el cuidado de un enfermo influyan para que los individuos perciban mayor certeza respecto a la estabilidad de sus ingresos, así que el poseer esa red social de apoyo no convencería a un individuo a acercarse a los servicios de salud y probablemente continuarán postergando la atención a su salud, esto se buscó explorar en un modelo multivariado que fue muy poco robusto en sus estimadores, pero que sí dio luces respecto a este comportamiento de ambas variables.

## **V. Alcances del trabajo y pasos a seguir**

Los resultados no son contundentes, se trata de un modelo muy sencillo y sin controles, sin embargo fue poco factible desarrollar modelos más ambiciosos pues los estimadores nunca lograban ser significativos. Se observa que las variables específicas de salud no tienen una incidencia de respuesta suficiente dentro de la ENCASU como para poder elaborar modelos sofisticados que arrojen estimadores robustos.

Sin embargo, es que las personas con mayor ingreso buscarán más atención a la salud, tienen menor restricción para acercarse a los servicios de salud, este resultado tiene graves implicaciones para la sociedad en México; muestra que los pobres retrasan lo más que pueden su atención, por falta de solvencia económica y atienden sus demandas sólo en la medida que son ineludibles; en tanto que mientras más ricas son las personas, invierten más en ellas pues perciben un costo de oportunidad mayor para mantener su calidad de vida.

Los préstamos dan apoyo para demandar servicios de salud, pero por algunos problemas de reporte sobre préstamos no resulta grande el valor estimado. Sobre esta variable habría que hacer una fuerte reflexión pues es significativa bajo cualquier especificación y para todos los quintiles de ingreso, excepto para los más ricos pues ellos tendrán acceso a mercados financieros formales por lo que los préstamos de redes sociales puede ser irrelevante.

El resultado más atractivo del presente estudio es la relevancia que se logra demostrar sobre el aseguramiento en la población independientemente de su nivel de ingreso, la certidumbre económica en momentos de enfermedad es crucial para generar un diseño de aseguramiento universal en México. Cuando los individuos tienen la certeza de poder demandar servicios de salud así como medicamentos al afrontar una enfermedad, se gana en oportunidad de atención pues dejan de aplazar el momento de solicitar atención médica y deja de insertar a las

poblaciones menos favorecidas económicamente en un círculo de enfermedad y empobrecimiento.

El modelo de elasticidades nos ayuda a entender que algunas variables de CS relacionadas a salud e ingreso que permiten tener un ingreso disponible más estable aun frente a eventos de enfermedad,

Evidentemente los alcances del trabajo son muy limitados porque la incidencia de respuestas sobre salud es baja. En una nueva aplicación de la ENCASU sería muy enriquecedor que se incluyeran más preguntas específicas sobre salud, no como una opción más de respuesta, sino como respuestas independientes para que las personas no diluyan las respuestas referentes a salud.

Sí se puede concluir que el Capital Social apoya de manera diferenciada cuando nos referimos a CS en términos de redes sociales respecto a las de CS institucional. A diferencia de los alcances de los trabajos que vinculan CS con salud para México, empieza a brindar evidencia de la relación que tienen ambos conceptos.

Finalmente, es importante continuar en búsqueda de hallazgos sobre la manera en que vinculan el CS y la salud puesto que en países como México es fundamental saber si este apoyo social, además de lo institucional que ya se ha demostrado, logra ser un facilitador para que las personas accedan a servicios de salud sin que dependa estrictamente de su nivel de ingreso, ni de la condición de aseguramiento; e incluso para conocer si la existencia de CS ayuda a reducir las probabilidades de incurrir en Gastos Castróficos por motivos de Salud.



## **VI. Bibliografía**

Baris E, Sánchez S, Vasconcellos M, y Balassiano M. (2000). A Population-based Survey en Three Cities of Latin America, en: S. Fleury, S. Belmartino, E. Baris, (eds). Reshaping health care in Latin America. A comparative analysis OS health cae reform in Argentina, Brazil and Mexico. Ottawa, Canada: Intemational Development Research Centre 2000; 185-22 1.

Bourdieu P. (1986). The forms of capital social. In: J Richardson (ed) Handbook OS theory and research for the sociology of education. New York: MacMillan. Citado en Swann C, Morgan A (eds). Social capital for health: insights from qualitative research.

Coleman J. Social capital in the creation of human capital. American Journal of Sociology, 94:95 - 120. (Version en español en Zona Abierta 1998: 94/95:47 - 81).

Cruz C, Luna G, Coello C, Stabridis O, Mexicano C, Morales R. Políticas Públicas Sectoriales e Intersectoriales para Mejorar los Niveles de Salud: Gasto Privado y Gasto de Bolsillo por Motivos de Salud en México. Nuevos Documentos de Trabajo del Departamento de Economía. México, UIA, 2006.

Cruz C, Coello C, Luna G, Morales R. Hacia un sistema único de salud, una propuesta no autorizada. México, Ed. Independiente. Octubre 2006.

Cruz C, Luna G, Morales R, Coello C. Gasto Catastrófico en Salud y Elasticidades Ingreso por Tipo de Gasto en Servicios de Salud en México. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). En proceso de publicación. Enviado en abril de 2006.

Fukuyama F. Trust: the social values and the creation of prosperity. Nueva York: Free Press; 1995.

Idrovo AJ. Income inequality, corruption, and life expectancy at birth in Mexico. Rev.Salud Publica. 2005;7(2):121–9.

Inclán C, Hajar M, Tovar V. Social capital in settings with a high concentration of road traffic injuries. The case of Cuernavaca, Mexico. Soc Sci Med. 2005;61(9):2007–17.

Kawachi 1, Kennedy P, Louchner K, & Prothrow-Stith D. Social Capital, Income inequity and mortality. American Journal of Public Health 1997; 87 (9): 1491-1498.

Kawachi 1, KimD, Coutts A. y Subramanian S.V. Commentary: Reconciling the three accounts of social capital. Intemational Journal OS Epidemiology; 2004; 33 (4):682- 690.

Kripper CE, Sapag JC. Capital social y salud en América Latina y el Caribe: una revisión sistemática. Rev Panam Salud Publica. 2009;25(2):162–70.

Kunitz S. J. Social capital and health. British Medical Bulletin 2004; 69 (1):61-73.

Lomas J. Social capital and health: implications for public health and epidemiology. Social Science and Medicine 1998;47 (9):1181-1188.

M. Parkin. Principios de Economía. Ed. Pearson. México. 2007.

Mustard F. Health and social capital. In: D. Blane, E. Brunner, R. Wilkinson, (eds.) Health and social organization. Toward a health policy for the 21<sup>st</sup> century. London & New York: Routledge 1996; pp. 303-313.

Putnam R, Leonardi R. y Nanetti R. Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy, Princeton, Princeton University Press; 1993.

Putnam R. Bowling alone: America 'S declining social capital. Journal of Democracy 1995; 6(1):65-78.

Putnam R. y Goss K.A. Introducción, en Putnam R. (ed.): El declive del capital social. Un estudio internacional sobre las sociedades y el sentido comunitario. Barcelona: Galaxia Gutenberg 2003; pp.9-33.

Rose R. How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. Soc Sci Med. 2000;51(9):1421-35.