



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA

TESIS DE DOCTORADO

Capital Social y Salud Familiar Percibida por el Jefe de Hogar,
Aldea Santa Rosa, Tegucigalpa, Honduras

Norman Danilo Bravo Vallejos

Tutor

PhD. Nereida Rojo Pérez

Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud

Universidad del Pueblo y para el Pueblo!



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN-MANAGUA



Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud

Recinto Universitario Salvador Allende (RUSA)

Nombre de tesis

Capital social y salud familiar percibida por el jefe de hogar, aldea Santa Rosa,
Tegucigalpa, Honduras

Tesis para optar al grado de
Doctor en Ciencias de la Salud

Autor

Norman Danilo Bravo Vallejos

Tutor

Nereida Rojo Pérez

Diciembre, 2025



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA**
UNAN-MANAGUA

ÍNDICE

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTOS	ii
CARTA DE APROBACIÓN DEL TUTOR	iii
RESUMEN.....	iv
Opinión del Tutor.....	v
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES.....	5
III. JUSTIFICACIÓN	8
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
4.1. Pregunta principal	9
4.2. Preguntas secundarias	9
V. OBJETIVOS	10
5.1. Objetivo General:	10
5.2. Objetivos específicos.....	10
VI. MARCO TEÓRICO	11
6.1. Antecedentes históricos.....	11
6.2. Conceptualización	11
6.2.1. Capital Social	11
6.3. Componentes del Capital Social	14
6.4. Dimensiones del Capital Social.....	15
6.5. Elementos del Capital Social.....	15
6.6. Capital Social y Salud	16
6.7. Capital Social y Salud Pública	18
6.8. Capital Social y Salud Individual.....	19
6.9. Capital Social y Salud Familiar.....	20
6.10. Capital Social y Salud Comunitaria	22
6.11. Capital Social y Conductas Relacionadas con la Salud.....	23
6.12. Capital Social, Desarrollo Económico y Salud Pública	25
6.13. Capital Social y Salud en América Latina.....	26
6.14. Experiencias del efecto del Capital Social	26
6.15. Capital Social en Honduras	29
6.15.1. Evidencia en Honduras sobre Capital Social y Salud Familiar	31
6.15.2. Contexto Socioeconómico de Honduras	31

6.15.3. Contexto sociocultural aldea Santa Rosa	33
6.16. Medición del Capital Social	35
6.16.1. Aspectos prácticos de la medición del Capital Social.....	35
6.16.2. Validez y confiabilidad	36
6.16.3. Medición de la Red Social.....	36
6.16.4. Medición egocéntrica del Capital Social.....	37
6.17. Herramientas para Medición del Capital Social.....	38
VII. HIPÓTESIS.....	39
VIII. DISEÑO METODOLÓGICO	40
Enfoque de investigación	40
Tipo de Estudio	40
Área de Estudio	40
Universo	40
Muestra.....	40
Unidad de Análisis	40
Criterios de selección	41
Variables de estudio	41
Fuentes de información	42
Consideraciones Éticas.....	42
Instrumento de recolección de datos	43
Técnicas de recolección de datos	44
Trabajo de campo.....	44
Procesamiento de la información	44
Sesgos y control	44
Plan de análisis.....	45
IX. RESULTADOS.....	46
9.1. Características sociodemográficas de los jefes de hogar	46
9.2. Dimensiones del Capital Social	48
9.3. Salud Familiar Percibida por el Jefe del Hogar	55
9.4. Desarrollo y Validación de Indicador sintético para Medición de Capital Social	56
9.4.1. Análisis factorial.....	56
X. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	67
XI. CONCLUSIONES	79
XII. RECOMENDACIONES	80
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	81

ANEXOS.....	85
-------------	----

Índice de Tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de los jefes de hogar, aldea Santa Rosa, Tegucigalpa, Honduras, 2015-2017.....	47
Tabla 2. Dimensión participación en redes comunitarias, aldea Santa Rosa, Tegucigalpa, Honduras, 2015-2017	48
Tabla 3. Dimensión reciprocidad, aldea Santa Rosa, Tegucigalpa, Honduras, 2015-2017..	49
Tabla 4. Dimensión confianza, aldea Santa Rosa, Tegucigalpa, Honduras, 2015-2017	51
Tabla 5. Dimensión normas sociales, aldea Santa Rosa, Tegucigalpa, Honduras, 2015-2017	53
Tabla 6. Dimensión proactividad, aldea Santa Rosa, Tegucigalpa, Honduras, 2015-2017 .	54
Tabla 7. Salud Familiar, aldea Santa Rosa, Tegucigalpa, Honduras, 2015-2017	55
Tabla 8. Modelo de Variables agrupadas en dimensiones de Capital Social	58
Tabla 9. Varianza total de la variable dependiente explicada por el modelo seleccionado .	59
Tabla 10. Matriz de componentes rotados.....	62
Tabla 11. Matriz de coeficientes de puntuaciones de componentes rotados	64

Índice de Figuras y Gráficos

Figura 1. Algoritmo de decisión para selección de modelo generado	57
Figura 2. Área Bajo la Curva (ABC)	60

Gráfico 1. Aportación porcentual de cada componente principal a la varianza de la variable dependiente representativa de Capital Social	63
Gráfico 2. Dimensiones que componen la varianza explicada por el modelo.....	66

Índice de Anexos

Anexo 1. Instrumento de Recolección de la Información	86
Anexo 2.Consentimiento Informado y Firmado	87
Anexo 3.Dictamen Comité de Ética	88
Anexo 4.Operacionalización de variables	89
Anexo 5. Artículo 1	103
Anexo 6. Artículo 2	108
Anexo 7. Algoritmo para generación de modelos aplicando proceso de reducción de dimensiones.	113

DEDICATORIA

A Dios, dador de vida y sabiduría, fuente esencial para la culminación de este proyecto de investigación.

A mi esposa, mi amada Dra. Neyra Padilla, sin su fuerza y aliento no hubiera llegado ni hasta aquí...ni hasta allá.

A mi hermano querido Tecum y su amada esposa Greta, sin su apoyo y ayuda tampoco estaría aquí ni allá.

A mi amigo y hermano Rufino Molina y su esposa Maribel Flores, esenciales en la consecución de este pequeño logro académico.



AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Nereida Rojo Pérez PhD por su dedicación, aliento, apoyo, profesionalismo y compromiso en la conducción y culminación de este proyecto.

Al Dr. Juan Rocha PhD en estadística, sin cuyo apoyo didáctico, sugerencias y aliento no podría haber sido posible vislumbrar cómo generar esta lección académica que esperamos sea de utilidad para los investigadores que nos seguirán en el futuro.

Al profesor Sergio Gutiérrez PhD que además del gran apoyo académico que brinda a sus estudiantes y cuya comprensión y afabilidad son elementos que lo distinguen como maestro de generaciones.

A mi profesor, mentor y amigo, el Dr. Miguel Orozco, que siempre creyó en mí.

Al Dr. Ricardo Domínguez, profesor, mentor, patrocinador y demostrador de ética médica.

Al Dr. Alonso Pintor, mi gran amigo de la juventud que me ha alentado y apoyado hasta donde nadie podía.



CARTA DE APROBACIÓN DEL TUTOR



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
CIES-UNAN, Managua**



CARTA AVAL DEL TUTOR (A)

Por este medio hago constar que luego de haber acompañado en las diferentes etapas del proceso de elaboración de tesis, el informe final de investigación de tesis se encuentra conforme a lo que establece la guía metodológica para elaborar tesis de posgrado del CIES-UNAN Managua. Así como el cumplimiento de la normativa de estudio de posgrado UNAN-MANAGUA. Aprobado por el Consejo Universitario en sesión ordinaria No. 28-2024, del 15 de Julio 2024. De acuerdo al Título V Artículo 47 de la asignación del tutor de tesis como requisito para proceder con el acto de defensa.

A continuación, se detallan los datos generales de la tesis:

- Doctorado en Ciencias de la Salud
- Cohorte 2015-2018
- Autor: Norman Danilo Bravo Vallejos
- Tutor: Dra. Nereida Rojo Pérez
- Título de la tesis: Capital Social y Salud Familiar Percibida por el Jefe de Hogar, Aldea Santa Rosa, Tegucigalpa, Honduras.

Dado en la ciudad de Managua, Nicaragua, a los veinte días del mes de noviembre del año 2025.

Atte. _____

Nereida Rojo Pérez

PhD

Ciencias de la Salud



RESUMEN

Contexto: El Capital Social describe la cohesión del entretejido social, está incluido en la categoría de determinantes sociales relacionados con la salud, sin embargo, hay escasa evidencia sobre su medición y metodología de estudio sobre su papel y aplicabilidad en la salud pública. **Objetivo:** Describir las características de la relación entre Capital Social y Salud Familiar percibida por el jefe de hogar en la comunidad de la Aldea Santa Rosa de Tegucigalpa, Honduras, Centroamérica, 2015-2017. **Metodología:** Estudio exploratorio prospectivo transversal que incluyó 200 jefes de hogar (N=1271) de una comunidad suburbana de la ciudad de Tegucigalpa, Honduras. Se determinó estadística descriptiva y se generó un modelo estadístico mediante Análisis Factorial Exploratorio. **Resultados:** De los jefes de hogar fueron del género femenino 79% (158/200), casados 41% (82/200), unión libre 31.5% (63/200), residían en ambiente rural 81%(162/200) con nivel de escolaridad primaria o menor 39.5%(79/200), secundaria completa/incompleta 49.5% (99/200) y universitario completo/incompleto 11% (19/200); clasificados según Necesidades Básicas Insatisfechas como extremadamente pobres 29.5% (59/200), pobres 50%(100/200) y no pobres 20.5%(41/200); el ingreso familiar mensual fue entre 80-231 U\$ en 25.2% (29/115), 232-423U\$ en 44.3% (51/115), 424-615U\$ en 20% (23/115) y ≥ 616 U\$ en 10.4% (12/115). Las dimensiones que componen el Capital Social en el grupo social estudiado fueron redes sociales 4%, reciprocidad 37% y confianza 59%. La calificación numérica del nivel de salud del hogar percibido por el jefe de hogar no mostró correlación con la puntuación de Capital Social ($r=0.078$). **Conclusiones:** No se identificó correlación entre un sistema de puntuación de nivel de Capital Social derivado de un indicador sintético con el nivel de salud familiar percibida por el jefe de hogar en la comunidad estudiada, aunque se identificó el tamaño porcentual de cada dimensión que componen el Capital Social en la comunidad, y se generaron recomendaciones dirigidas a modificarlo.

Palabras clave: Determinantes sociales de la salud; Capital Social, Salud pública; Sociología Médica

Contacto: normanbra@yahoo.es



Opinión del Tutor

Título: *Capital social y salud familiar percibida por el jefe de hogar en la aldea Santa Rosa. Tegucigalpa, Honduras.*

Aspirante: Dr. Norman Danilo Bravo Vallejos

Tutor: Dr. C. Nereida Rojo Pérez

Conocí al Dr. Norman Bravo Vallejos, cuando iniciaba sus estudios doctorales en un curso de Metodología en el CIES y para ese momento, ya era un profesional avezado. Desde el inicio mostró interés por adentrarse en la indagación del capital social, como categoría aplicada al estudio de la salud comunitaria. Esta idea novedosa se fue perfeccionando a través de los talleres de tesis, las prácticas de investigación y el intercambio con expertos.

La tesis que presenta aborda un objeto de investigación relativamente reciente en el ámbito médico, de suma actualidad y complejidad. Su desarrollo requirió del dominio de conocimientos interdisciplinarios, procedentes de las ciencias médicas y sociales; así como de habilidades para la gestión y concertación con las autoridades y la población a nivel local.

Como tutora del doctorando, expreso mi alta valoración sobre el trabajo desarrollado por este y el intercambio científico que hemos sostenido. Sus principales resultados aportan un conocimiento nuevo en el contexto de estudio y constituyen una fuente para mejorar el estado de salud de los habitantes de la aldea, así como servir de referencia a futuros estudios sobre el tema.

En el proceso de construcción del conocimiento, fue receptivo a las observaciones y sugerencias realizadas y desarrolló nuevas habilidades para la investigación científica, lo que demuestra su crecimiento profesional sostenido y la consolidación de sus competencias teórico-prácticas. El aspirante, se destaca por su disciplina, su independencia cognoscitiva y su entrega constante al trabajo de investigación. Su actitud perseverante y su apertura al diálogo fueron fundamentales para la culminación de esta obra, de la cual me siento orgullosa y honrada. Agradezco al CIES, la oportunidad y le felicito a él por los éxitos presentes y futuros.

En virtud de todo lo anterior, considero que el Dr. Bravo Vallejos está listo para realizar el ejercicio de defensa de su tesis doctoral.

Firma del tutor:

Dr. C. Nereida Rojo Pérez

Fecha: 4 de diciembre de 2025



I. INTRODUCCIÓN

El capital social (CS), es un concepto multidimensional que describe la calidad de la cohesión social y que en el contexto de los sistemas públicos de salud puede tener influencia sobre la salud-enfermedad de las comunidades, organización de los servicios de salud, acceso a los mismos y otros problemas asociados con la pobreza y exclusión social. Por ello, ha sido estudiado y usado en diferentes intervenciones y contextos en función de aplicar este concepto en la mitigación de la pobreza, mejorar el estado de salud de la población, y su bienestar en general. (Kawachi et al., 2008)

Aunque no existe, en este momento, una definición estándar aceptada en la literatura de CS, en este trabajo se utilizó la definición sociológica referida por Robert Putnam, que es la siguiente: “características de la organización social como redes, normas y confianza que facilitan la coordinación y la cooperación para el beneficio mutuo”. (Cao & Rammohan, 2016; De Silva et al., 2006; Fiorillo & Sabatini, 2015; Kawachi et al., 2008; Villalonga-Olives et al., 2016) El concepto fue usado originalmente, en la segunda mitad del siglo XIX, por autores del campo de la Economía Política entre estos Edward Bellamy, John Bates Clark, Karl Marx, como “Capital desde el punto de vista social” relacionado con el cooperativismo, así como con la Sociología Económica propuesta por Weber, Simmel, Durkheim. (Farr, 2004; Putnam, 2000)

Posteriormente, en el primer tercio del siglo XX se aplicó en Estados Unidos de América (EUA) como parte de una estrategia de campo implementada en el sistema educativo público, que utilizaba metodologías y recursos dirigidos a fomentar el CS en el programa de educación cívica del gobierno; (Farr, 2004) además, hacia finales del siglo XX escritores como Glenn C. Loury, Pierre Bourdieu, James Coleman, Robert Putnam incluyeron cada vez más este constructo como descriptor en el campo del estudio social que en el de la Economía Política. (Farr, 2004)

Por su naturaleza, describir el CS en un grupo social implica generar nuevo conocimiento individualizado sobre las características que asume ese grupo y sus diferencias socioculturales; lo que ha dificultado su estandarización conceptual y el disponer de metodologías operativas de campo; aunque, algunas instituciones de nivel supranacional y nacional han generado información de interés con herramientas propias adaptadas de



diversos autores, con el propósito de evaluar los aspectos y características del CS en sus respectivas áreas de influencia. (Putland et al., 2013)

Ahora bien, esta información obtenida de forma indirecta sólo permite evaluaciones de nivel "macro" y "meso", por lo que en la actualidad no se dispone de instrumentos ni metodologías estandarizadas para la medición y descripción de la categoría o nivel de CS, es decir, no se dispone de sistemas de información que se sustenten en evaluaciones de tipo "micro", específicamente, extraída de los individuos del grupo social en estudio, para inferir a su vez sobre comunidades, familias y/o individuos con características en común, así como describir sus relaciones con la salud. (Putland et al., 2013)

No obstante, el estudio y evolución de este concepto de origen social ha demostrado utilidad en diversos campos, particularmente por su naturaleza multidimensional, y aunque se ha reconocido de forma relativamente tardía su utilidad en el campo de la salud, en las últimas dos décadas se identifican cada vez más publicaciones que abordan esta relación, específicamente, en el contexto de la salud pública y como potencial herramienta para incrementar la salud comunitaria. (Kawachi et al., 2008)

También, se ha reconocido que el CS genera efectos positivos en los grupos sociales, tales como aceptación e integración positiva de nuevos individuos al grupo social, mejora de la salud mental posiblemente derivado de la sensación de seguridad y apoyo de la comunidad, así como un mayor sentido cívico que deriva a la vez en aumento de la cohesión social y por ende del capital social comunitario. (Putnam et al., 1994)

Aunque no hay aún un cuerpo de conocimiento sobre todos los efectos positivos del CS (CSP), que se refieren como actitudes que tienen el potencial de generar acciones positivas para la cohesión social y a la vez mantiene la libertad y los beneficios comunitarios a nivel individual sin menoscabo de los derechos esenciales del mismo individuo, así como el equilibrio y el ambiente de seguridad, además de la mejora socioeconómica basada en acciones derivadas de la confianza. (Putnam et al., 1994)

De forma contrapuesta a lo expuesto en el párrafo anterior, al CS también se le atribuyen efectos negativos, es decir, que este puede asumir características y circunstancias que promuevan la restricción de alguno de cuatro aspectos o consecuencias negativas del capital social expuestas por Porter tales como: exclusión de personas ajenas, demandas excesivas sobre los miembros del grupo, restricciones a las libertades individuales que



otros autores han denominado Capital Social Negativo (CSN); (Portes, 1998; Rohman, 2014) además de potencial de promoción de conductas negativas para la salud, (Rocco et al., 2014) el estudio de ambos, tanto del CSP y el CSN no es objetivo de esta investigación.

Su importancia radica en lo referido por autores como Kliksberg; quien sugiere que hasta el 58% de las diferencias en las tasas de mortalidad entre países al momento de su investigación, se explican por el nivel de pertenencia a organizaciones y el nivel de confianza en éstas. (Kliksberg, 2000) En un reporte de la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL) que incluyó 18 países de América Latina, sus autores concluyen que el CS es más importante para el desarrollo que incluso la democracia. (Neira et al., 2016)

También se ha relacionado el CS con la salud mental y la percepción de salud individual, esta última medida por otros autores como sistema de puntuación, como por ejemplo Ziersch *et al* quien reportó la aplicación de un instrumento denominado Encuesta de Salud SF-12 (*Short Form 12 Health Survey*) para medición de salud mental y física autopercibida; y Rocco *et al* quien utilizó autocalificación en cinco categorías desde muy mala hasta muy buena. (Rocco et al., 2014; Ziersch et al., 2009)

Por separado y de forma similar, la salud familiar o salud de los integrantes del hogar ha sido descrita en forma de escala de puntuación, una de estas es la referencia del jefe de familia/hogar calificándola en categorías (mala, regular, buena, muy buena, excelente), tomada como válida y que ha sido aplicada en español e inglés; este constructo ha sido asimismo relacionado con las dimensiones del CS. (Zarychta A, 2015)

En Honduras, aunque se dispone de algunos reportes sobre salud familiar y dimensiones de capital social, estos tienen utilidad limitada debido a que han sido realizados en área rural, donde se reportan resultados solo para una o dos de sus dimensiones; además de estos estudios, también hay dos reportes del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) de principios de siglo que ya sugerían un bajo nivel de capital social en la sociedad hondureña que promovía el clientelismo político y la corrupción. (Ibáñez X, 1999; Sierra et al., 2002; Zarychta A, 2015)

Sin embargo, a pesar de la evidencia sobre la utilidad potencial del capital social relacionado con diversos aspectos de la salud individual y comunitaria, la determinación



del nivel de CS y su posible relación con la salud familiar percibida aún no conforma un campo de estudio o cuerpo de conocimiento cohesionado, es decir, no ha sido explorada en este país; por lo que en este momento no se dispone de herramientas nacionales para medir el CS, ni una descripción que incluya las dimensiones básicas que lo componen, tampoco en la revisión bibliográfica realizada se encontraron estudios que describieran las características de la relación entre las dimensiones del CS y la salud familiar.

El propósito del autor con la investigación que se presenta fue determinar mediante la implementación de un estudio académico, la relación entre el CS y la salud familiar (SF) medida a través de la percepción del jefe del hogar como parámetro agregado de nivel comunitario; con esta finalidad, además de los datos descriptivos que se generan como aportación a la investigación en general en esta línea de trabajo, se creó un instrumento para su medición (indicador sintético), así como se demuestran los procedimientos aplicados en su desarrollo en una comunidad semiurbana (aldea Santa Rosa), lo cual constituye un aporte al conocimiento en este campo.

Sin embargo, aunque no se logra establecer correlación entre CS y Salud Familiar percibida, se demuestra el desarrollo estadístico de un indicador sintético en forma de score de CS; además de la demostración de los procedimientos operativos para determinar su composición dimensional en porcentaje. Los resultados obtenidos en este estudio, desde la perspectiva teórico-metodológica, pueden ser útiles en investigaciones futuras, ya que constituyen una línea de base además de servir como estímulo para investigadores que se desempeñan o inician su labor en esta compleja área de intersección entre las ciencias sociales y de la salud.



II. ANTECEDENTES

El concepto de CS que incluye entre sus dimensiones la confianza interpersonal, redes sociales, proactividad, normas y participación social se ha encontrado relacionado no solo con aspectos de desarrollo económico, sino también con riesgo de morbilidad y mortalidad individual o familiar, salud mental y violencia social; con evidencia de utilidad y potencial aplicación en la promoción de la salud pública. (Rocco et al., 2014)

Así, las características propias del concepto, como subjetividad y multidimensionalidad hasta ahora habían sido los principales obstáculos para la generación de diferencias metodológicas que dificultan la estandarización de instrumentos y sistemas de medición del capital social, debido a esto se recomienda el diseño y validación de indicadores de CS adaptados a cada grupo social y su relación con la salud de acuerdo con cada contexto sociocultural. (Kawachi et al., 2008; Solís & Limas, 2013)

No obstante, algunos países desarrollados han implementado sus propios sistemas de medición y monitoreo de CS (ej. EUA, España, Holanda. (Kawachi et al., 2008) Entre la evidencia están reportes sobre la influencia de los aspectos socioeconómicos y riesgo de salud relacionadas con el nivel de CS de un grupo social o étnico; (Kliksberg, 2000) a la vez que en las sociedades excluyentes se ha vinculado a penuria económica, política y social. (Sen, 2000b)

Mientras, en los países subdesarrollados, en los cuales al Estado no le es posible proveer coberturas de salud de acuerdo con las necesidades de la población, existe un alto nivel de inequidad que se relaciona con el acceso a la atención sanitaria, y es donde el CS podría tener influencia sobre la morbimortalidad individual y familiar. (Kawachi et al., 2008; Kliksberg, 2000; Sen, 2000b; Solís & Limas, 2013; Zarychta A, 2015)

En Honduras, los reportes del PNUD llevados a cabo en algunos municipios clasifican el nivel de CS en la población como bajo, reportando hallazgos tales como mayor confianza de la población en las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's), iglesias, cooperativas, clubes deportivos, así como desconfianza respecto a partidos políticos, sindicatos, patronatos, etc., confianza en las personas, la sociedad y el entorno social inmediato, baja tolerancia y bajo porcentaje de respuestas asociadas a capacidad para dialogar sobre asuntos públicos de interés común. (Ibáñez X, 1999; Sierra et al., 2002)

Aunque, estos reportes nacionales sobre CS se limitan a descripciones de variables, y en



hallazgos relacionados con bajo nivel de CS respecto a la confianza institucional, se asocia esto con efectos negativos como la promoción del clientelismo político y falta de inversión social; (Sierra et al., 2002) en cambio se hace notar que el CS comunitario posibilitó algunas experiencias positivas como la expansión nacional y generación de confianza en organizaciones locales como juntas de agua. (Harpham, 2008; Ibáñez X, 1999; Sierra et al., 2002)

El ambiente social influye, además en la conducta particular mediante coerción sobre las elecciones de los individuos y aumenta el acceso a la atención en salud. (Lindstrom M, 2008) En consecuencia, la auto calificación del nivel de salud ha demostrado capacidades pronósticas relacionadas con la evaluación médica y el riesgo de mortalidad, asimismo el nivel de salud familiar percibida expresada en categorías y su relación con variables de cohesión social ha sido demostrada con sugerencias sobre su impacto en la generación y diseño de nuevas estrategias de promoción de salud. (Zarychta A, 2015)

Por consiguiente, la relación entre CS y salud pública ha sido descrita, incluye los mecanismos que generaron esta relación cuya descripción podría contribuir a promover cambios positivos en la salud de la población si fuera posible describirla cuantitativamente con métodos estandarizados; así, el aumento del CS se relaciona con mayor acceso a la salud mediado por la interacción social intensa, y facilita la atención sanitaria y/o apoyo psicológico, además mejora la cobertura de gastos en salud que no proporciona el sistema público, aunque, también podría contribuir a diseminar o amplificar la mala salud por adopción de conductas o estilos de vida no saludables. (Rocco et al., 2014)

Ferraro & Farmer demostraron la relación pronóstica entre la salud autopercebida o morbilidad autoreportada y el estado de salud consignado por el médico, con utilidad para pronóstico de riesgo de mortalidad subsecuente a nivel individual; (Ferraro & Farmer, 1999) relación comprobada por *Rocco et al* en 25 países de la Unión Europea que incluyó 132,031 individuos y descrita como una relación circular entre la salud autopercebida y CS. (Rocco et al., 2014)

En 1976, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se pronuncia respecto a la familia y la salud como concepto de salud pública de la siguiente forma: “La familia es la unidad básica de la organización social y también la más accesible para efectuar intervenciones



preventivas y terapéuticas”, la salud de la familia va más allá de las condiciones físicas y mentales de sus miembros; brinda un entorno social para el desarrollo natural y la realización personal de todos los que forman parte de ella. (Organización Panamericana de la Salud(OPS)-Organización Mundial de la Salud (OMS), 2003) Es decir, la familia es la institución fundamental que vincula a las personas, es el entorno donde se establecen el comportamiento y las decisiones en materia de salud. (Organización Panamericana de la Salud(OPS)-Organización Mundial de la Salud (OMS), 2003)

En Honduras, se ha reportado la relación entre CS con la salud familiar en el área rural y con algún tipo de violencia social, (Hanson-Nord N, 2014; Zarychta A, 2015) lo que coincide con descripciones básicas señaladas a principios de siglo en informes del PNUD sobre el bajo capital social encontrado en la población general en este país, de acuerdo a estudios descriptivos u observacionales generados por esa institución; (Ibáñez X, 1999; Sierra et al., 2002) aun cuando no se dispone de información sobre la relación entre las tres dimensiones básicas de CS y Salud Familiar Percibida por el jefe de hogar en el contexto urbano-rural.

Este proyecto nace como una iniciativa personal académica con el propósito de generar una aportación didáctica sobre el desarrollo de indicadores sintéticos mediante la generación de modelos producto de la aplicación de estadística avanzada para generar soluciones aplicadas al mundo real, es decir generación de recomendaciones que pueden ser operacionalizadas y que podrían modificar el resultado de la inversión social o el proceso asociado para el logro o consecución de resultados, objetivos o metas sanitarias derivados de esa inversión social.



III. JUSTIFICACIÓN

El CS es un determinante de la salud establecido e independiente de otros determinantes sociales y conductuales, sus dimensiones a nivel comunitario se asocian con la salud individual y de la población; sin embargo, aún no es posible evaluar los efectos del capital social sobre la salud, porque no se dispone de un sistema de medición o metodología estandarizada para tal fin.

Dentro del proceso de esta investigación, el autor identificó en la literatura disponible de medición de CS, que entre los obstáculos para lograr una metodología y mediciones estandarizadas están la falta de información o datos que permitan conformar un modelo complejo multidimensional; es decir, no se dispone de datos sobre las actitudes que componen el CS de un grupo social como parte de la construcción del modelo, entre estos la desconfianza de otros individuos por prejuicios de cualquier tipo derivados de alta cohesión social y sentimientos extremos de autoprotección, que este autor ha denotado como efectos negativos del capital social.

Aunque, al otro lado del espectro del CS, encontrar las actitudes positivas como el carácter benéfico de un grupo social o comunidad, respeto por la libertad de expresión, los derechos individuales y la democracia, compartir información sobre aspectos de salud y la negativa a discriminar a otros individuos por prejuicios de cualquier tipo. Así pues, las dificultades para medir el CS como un constructo social multirelacional posiblemente se asocia con la falta de datos de campo que incluyan todas las facetas posibles; desafortunadamente la literatura sobre aspectos del modelo de CS es escasa, y no se dispone de estudios deterministas publicados para poder generar inferencias al respecto.

En Honduras, se han llevado a cabo algunos estudios, con reportes descriptivos asociados con la morbilidad individual y familiar; sin embargo, no se dispone de datos ni de herramientas estandarizadas para la medición del CS relacionadas con la salud familiar percibida, ni se ha determinado el nivel de correlación que el CS y sus dimensiones tienen con aspectos de la salud pública, como la salud familiar. El propósito del autor es generar una contribución académica a las ciencias sociales y de la salud en forma de una demostración del proceso de desarrollo de un indicador sintético dirigido a futuros investigadores y estudiantes.



IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4.1.Pregunta principal

¿Cómo son las características de la relación entre el CS y la SF percibida por el jefe de hogar de la comunidad de la Aldea Santa Rosa de Tegucigalpa, Honduras, Centroamérica en el período 2015-2017?

4.2.Preguntas secundarias

- 4.2.1. ¿Cuáles con las características sociodemográficas de los jefes de hogar incluidos en el estudio?
- 4.2.2. ¿Qué características asume el CS en la comunidad estudiada?
- 4.2.3. ¿Cuál es el nivel de la Salud Familiar Percibida por el jefe de hogar?
- 4.2.4. ¿Cómo es la relación entre el CS y nivel de Salud Familiar Percibida por el jefe de hogar?



V. OBJETIVOS

5.1. Objetivo General:

Describir las características de la relación entre Capital Social (CS) y Salud Familiar Percibida por el jefe de hogar en la comunidad de la Aldea Santa Rosa de Tegucigalpa, Honduras, Centroamérica, 2015-2017.

5.2. Objetivos específicos

5.2.1 Caracterizar socio-demográficamente a los jefes de hogar incluidos en el estudio.

5.2.2. Determinar las dimensiones que conforman el CS en la comunidad estudiada.

5.2.3. Describir el nivel de Salud Familiar percibida por el jefe de hogar.

5.2.4. Caracterizar la relación entre Capital Social y el nivel de Salud Familiar percibida por el jefe de hogar en la aldea Santa Rosa.



VI. MARCO TEÓRICO

6.1. Antecedentes históricos

Aunque no muy conocidos entre los primeros autores en mencionar el término de “capital social”, entre estos se encuentran los del área de la Economía Política como Edward Bellamy, John Bates Clark, Karl Marx (1867), ya mencionado por Henry Sidgwick y Alfred Marshall por la frase “Capital desde el punto de vista social”, especialmente como asociaciones cooperativas. (Farr, 2004)

Sin embargo, se considera a John Dewey la figura central o la semilla del concepto actual de CS con sus tratados *School and Society*, *School for Tomorrow* y *Democracy and Education*, precedidos por otras publicaciones que utilizan el término “Capital Social” como en la publicación *The Elementary School Record* (1900), *National Negro Conference* (1909), *School and Society* (1915), este autor a su vez podría haber sido lector de Edward Bellamy, un socialista utópico y nacionalista con estilo propio que escribe en 1897 el libro “*Equality*”, “*Looking Backward*” en los que contrasta el cuadro de una economía socializada con el capital privado. (Farr, 2004)

Otros grandes teóricos de la sociología económica como Weber, Simmel y Durkheim fueron mencionados por Woolcock, aunque se atribuye a Lyda J. Hanifan (1916) haber invocado por primera vez “el primer uso conocido del concepto”. (Putnam, 2000)

En la década de los años 80’s se generó una expansión académica y del discurso público sobre el Capital Social en las entonces cada vez más prósperas economías occidentales y que siguieron al trabajo de Glenn C. Loury, Pierre Bourdieu y James S. Coleman así como su difusión dentro de la cultura popular, cuyo crédito lo tiene Robert Putnam, con su publicación “Bowling alone”, dando crédito este autor en esta obra a Loury, Bourdieu, Coleman, Jacobs (1961) y al psicólogo de la vida suburbana John R. Seeley et al (1956), así como a Lyda J. Hanifan (1916). (Farr, 2004)

6.2. Conceptualización

6.2.1. Capital Social

Hanifan introduce el concepto tal como se muestra a continuación en el primer párrafo y lo definió en el segundo al describir el desarrollo de "capital social" en una comunidad de Virginia del Oeste en su artículo publicado en *Annals of the American Academy of Political and Social Science* y que posteriormente fue incluido en un libro del programa



educativo de EUA y que incluía estrategias para incrementar dicho capital social en forma de recomendaciones dirigidas a profesores de la comunidad, todas estas estrategias promovieron un nuevo criticismo cívico en los estudiantes, alrededor de la escuela que ocupa el papel de "centro comunitario" en el área rural. (Putnam, 2000)

Putnam respecto al uso de la frase "capital social" refiere: "No estoy haciendo referencia a la aceptación usual del término "capital", excepto en un sentido figurativo. No me estoy refiriendo a bienes raíces, o a propiedades personales o efectivo, sino más a lo que en la vida diaria de una persona tiende a hacer importantes estas cosas tangibles, conocidas como buena voluntad, compañerismo, simpatía mutua y relación social entre un grupo de individuos y familias que conforman una unidad social, la comunidad rural, cuyo centro lógico es la escuela. Así, en la construcción de la comunidad, como en la organización de un negocio y su expansión, tiene que haber acumulación de capital antes de que el trabajo constructivo pueda ser llevado a cabo". (Farr, 2004)

"Aquellos elementos tangibles que cuentan para la mayor parte de la vida diaria de las personas: Llamadas buena voluntad, compañerismo, simpatía y relación social entre individuos y familias que conforman una unidad social, entonces se dará la acumulación de capital social el cual puede de forma inmediata satisfacer sus necesidades sociales y el cual puede lograr suficiente potencialidad social para la mejora sustancial en las condiciones de vida de la comunidad completa. Para la comunidad es un todo que se beneficiará de la cooperación entre todas las partes, mientras que el individuo encontrará con sus asociaciones las ventajas de la ayuda, la simpatía, y el compañerismo de sus vecinos". (Putnam, 2000)

Actualmente el CS en el campo de las ciencias sociales está relacionado con la cohesión del entrelazado social; aunque, no hay acuerdo general sobre su definición, sin embargo, en este estudio se utilizará la propuesta por Putnam que se refiere al "capital social" como las "características de la organización social como redes, normas y confianza que facilitan la coordinación y la cooperación para el beneficio mutuo". (Cao J, 2016; De Silva et al., 2006; Fiorillo & Sabatini, 2015; Kawachi et al., 2008; Villalonga-Olives et al., 2016)

No obstante, la riqueza de las naciones consiste principalmente en sus ciudadanos, y es allí donde radica el concepto de capital social, por consiguiente, el tipo de organización y las dimensiones que componen este constructo son las que determinan el desarrollo



socioeconómico y el acceso a la salud, además de los riesgos de enfermedades en un grupo social humano, y que Putnam define como "un capital conformado fundamentalmente por el grado de confianza existente entre los actores sociales de una sociedad, las normas y prácticas del comportamiento cívico y el nivel de asociatividad".(Kliksberg, 1999)

Como cualquier otro tipo de capital, ya sea físico o humano influye sobre la productividad de los individuos y grupos sociales, y esto no incluye sólo lo económico, sino también el concepto "comunidad"; al combinar estos elementos se genera una conceptualización compleja de redes de asociaciones, actividades o relaciones que liguen a las personas entre sí como comunidad a través de normas y capacidades psicológicas, notablemente en la confianza, la cual es esencial para la sociedad civil y productiva de futuras acciones colectivas o bienes materiales. (Farr, 2004)

Este concepto tan amplio es el que descansa detrás del término "capital social" que Putnam identifica en autores previos; algunas de estas diferencias por ejemplo las expone Coleman, que enfatiza que el capital social es el fundamento de la estructura social, no de individuos; y no está inclinado a conformar la palabra "comunidad" dentro del árbol familiar. Bourdieu en cambio lo expresa como "las relaciones institucionalizadas de presentación mutua y reconocimiento", así bien como encuentra la "distinción" más importante como "recurso" la confianza, Seeley & cols lo ven como una forma de "estatus" que los individuos tienen como resultado de sus actividades en el grupo. (Farr, 2004)

La aplicación del concepto ya lo realiza Tocqueville, Hume, Smith y Mill al analizar la sociedad civil bajo el capitalismo, inclusive en 1970 James Buchanan utiliza el término "capital social" para denominar no las asociaciones o la confianza, sino una sociedad "con características de inversión de capital que se adhiere a las reglas legales", otros en economía política como Alfred Marshall hasta John Hicks lo utilizan para distinguir "Stocks permanentes o temporales de capital físico". (Farr, 2004)

Sin embargo, aún hay discusión sobre el futuro evolutivo del CS, que principalmente fue aplicado para formar ciudadanos, es decir partes de programas de educación cívica, para generar capital social o humano; sin embargo, a partir de la última mitad del siglo pasado, incluso Putnam mencionó sobre la educación y el capital social, la utilización del



concepto de educación cívica como primera opción en la agenda para los capitalistas sociales. (Farr, 2004)

6.3. Componentes del Capital Social

Se reconocen dos tipos o componentes del CS el cognitivo y estructural; con un creciente reconocimiento sobre la importancia de diferenciar ambos componentes, particularmente, porque se sugiere que ambas formas de capital social podrían tener diferentes patrones de asociación con la salud (Kawachi et al., 2008). A continuación, se describen de la siguiente manera:

- El Capital Social cognitivo, es aquel que se refiere a ideas y procesos mentales reforzadas por la cultura, la ideología, las normas, los valores, la actitud y las creencias que constituyen el comportamiento corporativo. (De Silva et al., 2006)
 - El Capital Social estructural, que está más relacionado con los aspectos observables de la organización social, como el papel desempeñado por cada actor, las reglas, los precedentes, los procedimientos y la amplia variedad de redes que contribuyen a la cooperación. En este tipo de capital social se pueden distinguir dos dimensiones, la vertical en la cual los grupos que interactúan tienen distintos niveles y recursos, de suma importancia en el proceso de definición e implementación de políticas; y la de tipo horizontal, donde las relaciones se dan entre grupos que comparten características similares, demográficas o no, también relevantes en los procesos de participación cívica y la construcción de coaliciones.(De Silva et al., 2006)

En suma, la diferenciación entre CS estructural y CS cognitivo consiste en que el CS estructural se refiere a las conductas, la participación en asociaciones y la influencia de redes que proporciona apoyo social a otros recursos potencialmente beneficiosos; y el CS cognitivo, ejemplificado en las dimensiones de confianza y reciprocidad, se refiere a los valores, percepciones y expectativas respecto a la conducta social que proporciona el sentido de pertenencia a una comunidad, así como la representación de lo seguro y estable de la realidad. Es decir, el CS estructural se refiere a lo que las personas hacen y el cognitivo a lo que las personas piensan, que incluye sus valores y percepciones que influencian la conducta del individuo respecto a la acción colectiva mutuamente beneficiosa, sugiriéndose que precede las acciones incluidas en el CS estructural. (Pope & Miller, 2013)



6.4. Dimensiones del Capital Social

Las dimensiones que conforman el capital social lo constituyen las redes, normas y confianza (Cao J, 2016; De Silva et al., 2006; Fiorillo & Sabatini, 2015; Kawachi et al., 2008; Villalonga-Olives et al., 2016) para aceptar riesgos de que las otras personas responderán a las expectativas propias y las normas sociales. (Atria, 2003) Coinciendo la evidencia disponible en que el capital social puede tener impacto significativo sobre la salud física y mental, así como en el bienestar de los individuos o de las familias. (Pomagalska et al., 2009; Putland et al., 2013)

Este constructo es una de las aportaciones de la sociología médica que estudia la relación entre individuo, comunidad, instituciones y sistema social, o desigualdades poblacionales en salud, determinantes, clases y estratificación, organización y utilización de servicios, políticas de salud, así como salud familiar. (Coreil & Dyer, 2017) Por consiguiente, la sociología médica en conjunto con la demografía, dan forma al campo de la epidemiología social; que realiza distinciones aplicando métodos de campo y análisis estadístico cada vez más sofisticados empleados en la identificación de grupos o poblaciones en riesgo, así como necesidades no identificadas previamente, indicadores de servicios sanitarios y otras aplicaciones, que influyen sobre la formulación y planificación de las nuevas políticas de salud pública. (Coreil & Dyer, 2017)

6.5. Elementos del Capital Social

La capacidad de movilización de recursos de asociación y la disponibilidad de redes sociales se expresan concretamente en ciertos elementos cuya importancia radica en que pueden ser investigados empíricamente en una comunidad concreta. Estos elementos pueden ser considerados como las “variables” del capital social y son las siguientes: (Atria, 2003)

- Participación en redes: En todos los usos del concepto aparece como clave la participación en redes o relaciones entre individuos y grupos. El CS no puede ser generado por individuos que actúan por sí mismos; sino que depende de la tendencia a la sociabilidad y en la capacidad de formar nuevas asociaciones y redes.
- Reciprocidad: El individuo provee un servicio a otro o actúa para el beneficio de otros a un costo personal, pero con la expectativa de que este “servicio” le será



devuelto en algún momento del futuro en caso de necesidad. En una comunidad donde la reciprocidad es fuerte las personas se preocupan por los intereses de otros.

- Confianza: Implica la voluntad de aceptar riesgos lo que supone que las personas responderán como se espera y en formas en que se ofrece apoyo mutuo.
- Normas sociales: Estas proveen un control social informal que obvia la necesidad de acciones legales e institucionalizadas; no están escritas, pero son aceptadas por todos para determinar qué patrones de comportamiento se esperan en un contexto social dado para definir qué normas de comportamientos son valoradas o socialmente aceptadas. Donde existe un bajo nivel de confianza y pocas normas sociales las personas se involucran en una acción colectiva solamente en un sistema de reglas y regulaciones formales.
- Proactividad: Lo que está implícito en varias de las categorías anteriores en un sentido de eficacia personal y colectiva. El CS requiere del involucramiento activo y reivindicativo de los ciudadanos en una comunidad; y se refiere a las personas como creadoras y no como receptores pasivos de servicios o derechos.

6.6. Capital Social y Salud

En la actualidad se reconoce que hay relación entre aspectos del capital social con beneficios para la salud y el bienestar, así como asistencia en las estrategias de reducción de las desigualdades en salud; de tal manera que la teoría del capital social comprende las conexiones sociales y el valor incluido para individuos y la sociedad como un todo, por consiguiente, las redes sociales en las relaciones entre las personas son recursos importantes; sin embargo, fuera de esta idea central de la complejidad con la que se interpreta en diferentes contextos y a diferentes niveles, en algunas ocasiones puede ser contradictoria, aunque algunos autores postulan que esta misma complejidad ha tenido el efecto de hacer más lentas las estrategias basadas en la teoría del CS para manejar las desigualdades en la salud a nivel comunitario. (Pomagalska et al., 2009; Putland et al., 2013)

La evidencia disponible refiere que el CS puede tener un impacto significativo sobre la salud y el bienestar de los individuos, queda manifiesta en el libro de Robert Putnam en *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*; el cuál marca una línea de interpretación y discusión más relacionada con el espectro humanista y sus



efectos sobre las posibilidades de mejora en la calidad de vida, que incluye tanto el desarrollo material como el social. (Scheffler et al., 2010)

En ese libro, Putnam discute las designaciones sociales precisas y su aplicabilidad al ocio, economía, organización, ciencias políticas, salud pública y ciencias sociales, refiriendo además las conexiones dentro y fuera de las sociedades que componen el núcleo de esta teoría. A partir de la publicación de este libro, el estudio de la relación entre CS y salud alcanza nivel global, con evidencia de que las conexiones entre individuos, aún entre familias, son importantes. (Scheffler et al., 2010)

Uno de los grandes retos, es la traducción de la teoría al campo de la aplicación práctica. Putland expone que los recursos asociados con el nivel social y económico, así como su disponibilidad para individuos y grupos se ha relacionado con la salud y el bienestar; por lo tanto, la compleja red social y económica es responsable de la desigualdad o de las diferencias sistemáticas entre grupos ya sea de raza, género, socioeconómica o geográfica. (Putland et al., 2013)

Las intervenciones según la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS se clasifican como "macro", "meso" y "micro" de acuerdo con el nivel de la intervención de las políticas necesarias para reducir la desigualdad en la salud; es decir, la teoría del capital social frecuentemente se relaciona con intervenciones comunitarias a nivel "micro", aunque, los autores varían al respecto, para el caso la definición de Putnam respecto a la cohesión social y eficiencia lleva a la definición de capital social como: "las características de la organización social tal como relaciones, normas y conciencia social que facilita la coordinación y cooperación para beneficio mutuo". (Putland et al., 2013), pero que a nivel institucional sólo se realizan evaluaciones macro y meso(Bravo Vallejos, 2017).

En cambio, Bourdieu aborda el valor del capital social como un recurso que capacita al individuo para acceder a un rango de otros tipos de capital, incluyendo el económico y cultural a través de la movilización e influencia de las redes sociales; ambas definiciones tienen diferentes implicaciones. (Putland et al., 2013)

En cambio para Putnam el grupo de normas y la confianza entre las comunidades son activos que pueden ser convertidos en resultados asociados a la salud, lo que facilita el modelaje de conductas positivas, mejora y controla las conductas negativas y apoya las



acciones colectivas para compartir beneficios; mientras Bourdieu basó su definición en el poder y las formas en las cuales se reproducen las ventajas y desventajas, además de mantener el grupo socioeconómico a través de dichas redes, a diferencia de Putnam para quien la conducta de los individuos contribuye a crear una sociedad más segura y coherente. (Putland et al., 2013)

La evidencia sobre la relación entre capital social, salud y bienestar ha ido en aumento en las últimas décadas a nivel micro, meso y macro; aunque el problema de la medición se mantiene como controversial. Alrededor de esta discusión están los hallazgos en relación con la intervención a nivel comunitario, demostrándose que dichas redes pueden ser importantes recursos para la salud en donde el apoyo social se relaciona con la mejora en la salud y reducción de las tasas de mortalidad. (Putland et al., 2013)

6.7. Capital Social y Salud Pública

A pesar de la ambigüedad del concepto de CS, se reconoce su importancia desde el punto de vista económico, en el ámbito financiero y hasta la amplificación de la educación secundaria; los economistas han desarrollado estas teorías para analizar el capital social como determinante de inversión social, y concluyen que el capital social puede ser integrado rápidamente a los modelos microeconómicos estándares; mientras que en el campo de la salud pública es relativamente reciente la atención que recibe; no fue sino hasta mediados de la década de los noventa que la literatura empezó a hacer este reconocimiento. (Rocco et al., 2014)

La importancia del CS no solo es en el ámbito de la salud pública, sino también en el desarrollo social, la superación de la pobreza, la disminución de la criminalidad y el fortalecimiento de la educación; (De Silva et al., 2006) con fuerte asociación entre CS y salud física y mental; (Cao J, 2016) así como asociación positiva entre CS y salud pública, aunque, la evidencia inicial fallaba en la identificación del efecto causal, específicamente debido a que la mayor parte de los estudios no distinguían el efecto de CS desde las preferencias individuales o de características comunitarias diferentes; (Rocco et al., 2014) además, se consideraba el CS como un fenómeno individualista o una característica comunitaria, o ambas, sin embargo, es importante dimensionar ambos contextos, ya que de esto dependen los diseños de políticas de salud pública como la promoción del CS relacionado con la salud. (Rocco et al., 2014)



Kliksberg sugiere en una publicación en el diario La Nación de Costa Rica, que lo que sucede en un país en materia de capital social y equidad influye profundamente en la salud pública, para el caso refiere que incide en las tasas de esperanza de vida, y se estima que cuanto más sube el índice de pertenencia de las personas a organizaciones, mayor es la esperanza de vida, así también el nivel de confianza interpersonal que explican el 58% de las diferencias en las tasas de mortalidad entre los países. (Kliksberg, 2000)

Es así como la equidad incide en la riqueza del CS y éste en la salud pública por varias vías; una de ellas es la calidez del medio social (confianza, ayuda mutua); también si los vecindarios tienen mayor cohesión, esto hace que se difundan con rapidez los avances en salud, y que haya presión social sobre las conductas desviadas, tal es el caso del consumo de drogas, además, si el CS es elevado hay mayor participación de la sociedad civil en las políticas de salud pública, así también, la respuesta de los gobiernos a las necesidades de los desfavorecidos es mayor. (Kliksberg, 2000)

La Salud Pública, depende entonces de los factores directamente médicos, de las condiciones económicas básicas, del nivel de pobreza y la provisión de servicios fundamentales, además, del grado de equidad en una sociedad y la fortaleza de su capital social, el Premio Nobel Amartya Sen concluyó que los países con una esperanza de vida mayor con respecto a otros países con un producto interno bruto alto, son aquellos en los cuales las sociedades son menos desiguales y la salud y la educación son prioridades. (Kliksberg, 2000)

Así también, puntualizó en sus artículos que los compromisos adquiridos en el caso, por las sociedades europeas de vivir en paz, con libertad, en confianza unos con otros, e interdependientes, contribuye de forma decisiva a mejorar el papel del estado en la asistencia sanitaria y en las redes de seguridad social, los programas de alivio a la pobreza, y la posibilidad que tienen los ciudadanos de este continente de gozar de una existencia decente. (Sen, 2000a)

6.8. Capital Social y Salud Individual

La evidencia entre CS y salud es fuerte, gran parte de los estudios empíricos encuentran asociación positiva, demostrando la relación entre aspectos del CS con beneficios para el bienestar y la salud individual; aunque algunas relaciones sociales intensas también pueden diseminar o amplificar la mala salud, por ejemplo, aumentando la susceptibilidad



a enfermedades infecciosas o favorecer la adopción de conductas no saludables a través de la amplificación entre pares. Los mecanismos por los que el CS puede tener influencia potencial positiva sobre la salud individual son diversos y se describen a continuación: (Rocco et al., 2014)

- Puede proporcionar acceso más fácil a información relevante sobre la salud, como resultado de interacciones sociales más intensas, a mayor involucramiento del individuo de interacciones sociales continuas, es más fácil y accesible su acceso a la información.
 - El capital social facilita el suministro de atención sanitaria informal y/o apoyo psicológico, el apoyo financiero puede ser necesario para cubrir los gastos que conlleva la atención en salud. El mercado del sistema de atención pública usualmente no proporciona dichos servicios. Por consiguiente, los individuos acuerdan mecanismos de asistencia informal entre vecinos o amigos. Este apoyo tiende a aumentar sólo en el contexto de la confianza recíproca, de que no hay obligaciones garantizadas por un contrato.
 - El Capital social puede facilitar los esfuerzos de gestiones y coordinación para la obtención de bienes que amplifican la salud, así como servicios.
 - El capital social incrementa la expectativa de la importancia y valor de la vida y puede inducir a las personas racionales a reducir el nivel de conductas de riesgo.

6.9. Capital Social y Salud Familiar Percibida

La OMS ya reconocía en 1976 los factores culturales familiares como elementos que influyen de forma significativa el acceso a la salud y las actitudes saludables. (Organización Panamericana de la Salud(OPS)-Organización Mundial de la Salud (OMS), 2003) La adopción del individuo como el centro de la prestación de servicios de salud e implementación de políticas y estrategias relacionadas con servicios de salud sin tomar en cuenta las necesidades en salud a nivel familiar. (Organización Panamericana de la Salud(OPS)-Organización Mundial de la Salud (OMS), 2003)

Es decir, la familia se considera la unidad de análisis del campo de la medicina familiar con autores que delimitan el concepto de salud familiar como la homeostasis biológica, psicológica y social del sistema familiar que resulta del funcionamiento satisfactorio de la familia y que influye en el nivel de salud de cada uno de sus integrantes, propiciando



una interacción adecuada con otros sistemas familiares y con su entorno social. (Author, 2005) Por consiguiente, la familia es el entorno donde inicialmente se establecen el comportamiento y las decisiones en materia de salud y donde se originan la cultura, los valores y las normas sociales, constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo durante toda su vida por lo que ejerce función protectora ante diversas tensiones que la vida cotidiana genera. (García Carmenate & Díaz-Perera Fernández, 2008)

Además, es en la familia donde el CS juega un rol en la determinación de la salud actual percibida; en una publicación de Rocco & Fumagalli (2014) que incluyó datos de 25 países europeos, más una base de datos regionales, se encontró que al evaluar la relación entre salud y CS medida por la confianza generalizada, a nivel individual y comunitario, había interrelación causal y positiva entre la salud autopercebida y el CS, y que esto actuaba en ambas direcciones, los autores además proponen una ecuación para medir la magnitud de los coeficientes estructurales, sugiriendo que el CS es un fuerte determinante de la salud, específicamente a nivel comunitario juega un papel considerable como factor determinante de la salud. (Rocco et al., 2014)

Mientras que en la Encuesta Social Europea (*European Social Survey* [ESS]), que incluyó 132,031 individuos de 25 países de la Unión Europea entre 2002 y 2009 de forma transversal y contenía la geolocalización (*Nomenclature of Territorial Units for Statistics*) así como autocalificación del estado general de salud en cinco categorías desde muy mala hasta muy buena, (Rocco et al., 2014) y la información sobre si el individuo había tenido interrupciones en sus actividades diarias por enfermedad o incapacidad de cualquier tipo, demostró la relación circular entre salud autopercebida y el CS; estos autores utilizaron una ecuación de dos vías para evaluar la relación causal entre CS y salud, y reportaron que la relación era circular y de beneficio mutuo y encontraron que el CS individual tenía mayor impacto que el comunitario, aunque ambos niveles mostraron ser significativos. (Rocco et al., 2014)

Ferraro & Farmer basándose en que la mayoría de los estudios sociológicos descansan sobre la recolección de información de individuos sobre cuestiones en las que no hay un referente externo, como es el caso de la salud autopercebida, implementaron un estudio que incluyó individuos de raza blanca y negra en EUA, que correlacionaba la calificación individual del estado del salud con la presencia de 36 condiciones de salud, además de la evaluación por un médico, reportando que la morbilidad autopercebida mostró desempeño



pronóstico igual o superior a la del médico, aunque no se encontró capacidad pronóstica de mortalidad de esta autocalificación con respecto a mortalidad en el grupo de raza negra, concluyendo que la autocalificación de salud estaba altamente correlacionada con mortalidad subsecuente a nivel individual. (Ferraro & Farmer, 1999)

En el caso de Australia, se reportó que a mayores niveles de redes sociales, participación cívica y cohesión en áreas rurales; se encuentran mayores niveles de ingreso económico y logros educacionales en quienes mostraron mayores niveles de capital social, además, la salud mental fue mejor entre los participantes rurales, y no se encontró diferencia entre el ambiente urbano y rural respecto a la salud física. (Ziersch A, 2009) Sin embargo, a pesar del auge en la investigación alrededor del Capital Social y la salud, aún este no alcanza la conformación robusta de conocimiento delimitado con la salud familiar autopercibida. (Edwards, 2004)

6.10. Capital Social y Salud Comunitaria

El CS es un concepto frecuentemente discutido en el contexto de la salud comunitaria; a través de las redes sociales y sus recursos favorecen al individuo para el logro de beneficios que incluye la salud física y mental. Es decir, el CS mejora los mecanismos y los efectos sobre la salud física en la comunidad. (Beaudion C, 2014) La evidencia demuestra que el CS desempeña un papel positivo en la salud; además, las comunidades con mayor CS tienen mayor expectativa de vida y una mejor percepción de su salud, así como menores tasas de morbilidad y mortalidad, incluso después de ajustar el nivel socioeconómico y educacional, además de otras variables relacionadas. (De Silva et al., 2006)

Putnam, también aportó uno de los grandes hitos en la evolución del concepto de CS, debido a que puntuó su investigación sobre conclusiones basadas en la participación o inclusión comunitaria como parte del concepto de CS, expresada como participación en asociaciones, voluntariado y su asociación con indicadores de morbilidad y mortalidad relacionados con enfermedad crónica, demostrando la relación positiva entre involucramiento cívico y salud poblacional, proporcionando nuevos medios para llevar la promoción de la salud a la comunidad. (Coreil & Dyer, 2017)

En un estudio llevado a cabo en Rusia por Rose (2000), se demostró que las personas con altos niveles de CS tenían mayores niveles de autoevaluación de la salud y mejor salud



que sus pares con menores niveles de CS; así también, en un estudio realizado en Canadá por Veenstra (2000) se encontró que la socialización con los compañeros de trabajo y la asistencia a los servicios religiosos tenían efectos sobre la autoevaluación de la salud. (Beaudion C, 2014) Por consiguiente, la vinculación o relación del CS sobre los procesos varían según el nivel del mismo CS y las características personales entre estas el origen étnico, la residencia urbana o rural; tal como reportó Glendinning (2003) respecto a que las personas en las zonas rurales tenían mayor nivel de capital social que sus homólogos de las zonas urbanas. (Beaudion C, 2014)

Ziersch (2009) afirmó, que los residentes del área rural tienden a ser más altruistas, honestos y tienen más confianza en las demás personas; en suma, las relaciones sociales en las zonas rurales pueden caracterizarse por estrechos lazos personales que abarcan todos los aspectos de la vida de una persona; por consiguiente, el resultado de conocerse por mucho tiempo y la experiencia de vivir en zonas aisladas o postergadas, la falta de transporte público en las zonas rurales, por lo que las personas tienden a formar lazos sociales más fuertes comparados con las personas de las zonas urbanas. (Beaudion C, 2014)

No obstante, enfocándose en las cuestiones económicas y el nivel de escolaridad, factores a quienes se les atribuyen las variaciones urbano-rurales en el CS comunitario, que incluye también el aislamiento, la inestabilidad, la capacidad y desigualdad. Así, los efectos del CS sobre los resultados de la salud varían en estas áreas y han sido motivo de estudio y de interés continuo. (Beaudion C, 2014)

6.11. Capital Social y Conductas Relacionadas con la Salud

Los vínculos entre el capital social y las conductas relacionadas con la salud se han reconocido por décadas apoyándose en hallazgos empíricos del ambiente social; en 1976 Cassel refirió que algunos aspectos del ambiente social pueden influir o tener efectos sobre la salud, y se acepta como uno de los determinantes de la salud. El ambiente social afecta al individuo a través de ciertos mecanismos causales en forma de normas, refuerzos en el control social, habilitar a las personas para participar en conductas particulares, reducción o producción de estrés y limitando las elecciones del individuo, en el Cuadro 1 se muestra una lista propuesta por McNeill, Kreuter & Subramanian, sobre las dimensiones del ambiente social que influye en la conducta de los individuos. (Lindstrom M, 2008)



Cuadro 1. Dimensiones del ambiente social, descripciones de algunos elementos claves y mecanismos que influyen en la conducta

Dimensión	Descripción/elementos clave	Mecanismo
Apoyo social y redes sociales	Presencia y naturaleza de relaciones interpersonales, así como interacciones; hasta dónde está interconectado e imbuido en la comunidad; características de nivel interpersonal	Habilita o restringe la adopción de conductas promotoras de la salud, proporciona acceso a recursos y bienes materiales; proporciona respuestas individuales y comunitarias para lidiar con eso; proporciona amortiguación a los resultados negativos para la salud; restringe el contacto con enfermedades infecciosas
Posición socioeconómica y desigualdad en el ingreso	La posición socioeconómica refleja una posición en la sociedad; recientemente medida utilizando el nivel educativo, ocupación, el ingreso individual. Desigualdad en el ingreso: refleja la distribución desigual del ingreso; significa la brecha entre los ricos y los pobres	El nivel socioeconómico aumenta el estrés biológico y por consiguiente afectar la salud de forma adversa; reduce la acumulación de acceso a recursos materiales que pueden proteger contra el estrés. La desigualdad en el ingreso crea comunidades con menos cohesión social a través de pérdida de la inversión en capital social; reduce el gasto social en programas y servicios; y aumenta las condiciones psicosociales como la frustración y la comparación social
Discriminación racial	Sesgo institucional o interpersonal que tiene como consecuencia de daño psicológico; limita las oportunidades para el avance	Produce privación económica y social; aumenta la exposición a sustancias riesgosas o dañinas; crear trauma psicológico. La atención inadecuada en salud, así como tener como objetivo la obtención de sustancias dañinas a grupos marginalizados también es un subproducto de la discriminación racial
Cohesión social y capital social	Extensión de la conectividad y solidaridad entre grupos; recurso compartido que permiten a las personas actuar juntos; característica del área O de nivel comunitario	Capacidad para reforzar o forzar normas de grupo o sociales para fomentar las conductas positivas para la salud; suministro de apoyo tangible (e.g. transporte)

Tomado de: Lindstrom M. Social Capital and Health-Related Behaviors. En: Kawachi I, Subramanian S, Kim D, editors. Social Capital and Health. Boston, Massachusetts: Springer; 2008. p. 215-38.

Se ha sugerido que el capital social puede tener efectos beneficiosos sobre la salud de los individuos a través de varios mecanismos que incluyen las normas y actitudes que afectan las conductas de las personas relacionadas con el cuidado de la salud, mecanismos psicosociales que sirven para aumentar la autoestima, confianza y control y que pueden tener efectos biológicos como por ejemplo la activación del eje hipotálamo-pituitaria-adrenocortical; las redes sociales con tendencia al aumento del acceso a la atención en salud y otras formalidades; así como disminuir las tasas de crímenes. (Lindstrom M, 2008)



6.12. Capital Social, Desarrollo Económico y Salud Pública

El desarrollo socioeconómico es esencial para la consecución de mejores efectos de las estrategias de salud pública, por lo que se debe tomar en cuenta como determinante de la salud, aunque recientemente se acepta la utilidad del CS en el desarrollo financiero microeconómico como determinante de inversión. (Kay, 2006; Rocco et al., 2014) Así también, se ha encontrado que los años de escolaridad tienen un rol importante en el capital social y el desarrollo económico. (Li Y, 2015)

Un ejemplo, son las conclusiones de *Neira, Lacalle-Calderón & Portela* (CEPAL), que investigaron si la confianza se relacionaba con la eficacia de la asistencia social para el desarrollo económico en 18 países de América Latina, sugiriendo que la confianza era más importante que la democracia como factor potenciador de eficacia de la asistencia social para el desarrollo, y recomendaron que se deberían realizar inversiones dirigidas a sectores que favorezcan el desarrollo del capital social como medio para escapar de la pobreza. (Neira et al., 2016)

De ahí la importancia de tender puentes versus tender vínculos; por lo que el CS derivado de la construcción de vínculos implica que lazos entre las personas de la misma comunidad le permite a cada individuo "arreglárselas". En cambio, la construcción de puentes consiste en las relaciones formales e informales en las comunidades que permiten a las personas "seguir adelante". Estas relaciones estructurales denominadas formales e informales implican vínculos hacia arriba y hacia abajo en lo que se refiere a posiciones estructurales comunitarias. Aquí es donde se incorpora un grupo de vínculos de CS que se refieren a vínculos externos asociados a poder tal como el gobierno local y otros factores que se relacionan con la gobernanza, es decir el vínculo entre la sociedad civil y el Estado(Kawachi et al., 2008).

Las redes personales cerradas producen confianza, reciprocidad y pertenencia, crean un efectivo o amortiguador del estrés, a menudo referido como capital social basado en lazos; este efecto se piensa que es fortalecido por los "puentes" (entre diferentes grupos sociales) y "vinculación" (conexiones verticales); las redes posibilitan la apertura o existencia o creación de oportunidades para el involucramiento democrático y cívico que vincula a las personas y a las instituciones, además puede ser influenciada en contra de las ganancias financieras o materiales; mientras que a nivel comunitario hay evidencia de que a mayor capital social tienen mejor evolución o resultados en salud. (Putland et al., 2013)



6.13. Capital Social y Salud en América Latina

La importancia de los determinantes sociales para enfrentar los desafíos actuales de la salud y el desarrollo en el mundo se muestra cada vez más evidente. Estos determinantes representan las características específicas y las vías por las cuales las condiciones de la sociedad influyen en la salud; (De Silva et al., 2006) de tal manera que para enfrentar estos desafíos se deben fortalecer las metodologías de investigación y las intervenciones en salud en todo el mundo, particularmente en América Latina y el Caribe. (De Silva et al., 2006)

Si bien, el CS ha surgido como un atractivo concepto y un posible aporte en el campo de la salud pública, el desarrollo teórico al respecto se ha establecido a partir de investigaciones originales en los llamados países desarrollados, con realidades socioculturales muy distintas a las de América Latina y el Caribe; por ello, sus resultados deben ser evaluados con prudencia al momento de buscar la aplicabilidad en la región, más aún, si se toman en cuenta las disímiles interpretaciones de los conceptos empleados para medir en diferentes sociedades el CS. La aceptación del CS como herramienta con el potencial de influir en el desarrollo social y en la salud pública en la región requiere de la implementación de la expansión en investigación sobre sus características, dimensiones y resultados experimentales de estrategias de ingeniería social. (De Silva et al., 2006)

6.14. Experiencias del efecto del Capital Social

Bienestar económico de las comunidades inmigrantes (Estados Unidos)

Un ejemplo claro de ello lo comunican Portes (1995) y Lights & Karageorgis (1994) quienes al examinar el bienestar económico de distintas comunidades de inmigrantes en Estados Unidos, demostraron que ciertos grupos coreanos en Los Ángeles y Chinos en San Francisco prosperaron más que otros (mexicanos en San Diego, dominicanos en Nueva York) debido a la estructura social a la que los inmigrantes se integraban, de hecho, las comunidades exitosas son capaces de ofrecer ayuda a los recién llegados por medio de fuentes informales de crédito, seguro, apoyo a la niñez, capacitación en el idioma inglés y referencias de trabajo. (Banco Mundial, 2011)

Villa El Salvador (Perú): De los Arenales a una experiencia social avanzada

En 1971, miles de personas pobres invadieron tierras públicas a quienes se les sumaron miles de habitantes de tugurios de la ciudad, luego de ser expulsados, el Gobierno



finalmente accedió a que radicaran en un vasto arenal ubicado a 19 kilómetros de Lima. Esos 50,000 pobres fundaron allí Villa El Salvador. Luego se agregaron más personas, estimándose su población actual en 300,000 habitantes. El diseño de 1,300 manzanas que configuran 110 grupos residenciales es totalmente descentralizado, cada sección residencial tiene sus propios centros comunales, espacios para el deporte, actividades culturales y encuentros sociales, esto favoreció la interacción y maximizó las posibilidades de cooperación, se dio así un modelo organizativo basado en la participación por medio de delegados por manzana y bloques residenciales. (Kliksberg, 1999)

En estos arenales carentes de recursos naturales, los pobladores desplegaron un gigantesco esfuerzo de construcción basado en el trabajo voluntario de la misma comunidad, un inventario de 1989 dice que en menos de dos décadas tenían 50,000 viviendas, habían levantado dos millones ochocientos mil metros cuadrados de calles de tierra afirmada y habían construido 60 locales comunales, 64 centros educativos, 32 bibliotecas populares, 41 núcleos de servicios integrados (salud, educación y recuperación nutricional), centros de salud comunitarios, una red de farmacias, una razonable estructura vial interna, siete avenidas y además habían plantado medio millón de árboles. (Kliksberg, 1999)

La tasa de analfabetismo había descendido al 3.5%, la tasa de matrícula en la educación primaria alcanzó el 98% y en la educación secundaria un 90%, hubo un descenso de la mortalidad infantil a 62/1000 contra un promedio nacional de 95/1000. Las claves para entender los logros que no erradicaron la pobreza, pero sí mejoraron los aspectos fundamentales de la vida de sus habitantes y la convirtieron en una barriada pobre diferente, cuya evolución parece hallarse en elementos incluidos en el concepto de “Capital Social”;(Kliksberg, 1999) tal como la reportan otras investigaciones a nivel latinoamericano.(Grootaert & Narayan, 2001)

Al analizar estos elementos se encontró que la mayor parte de los habitantes originales provenían de la sierra peruana, con cultura de tradiciones indígenas y una milenaria tradición histórica de cooperación, trabajo comunal y solidaridad que permitieron construir un amplio y sólido tejido asociativo, lo que disparó el capital social latente, la creación a partir de la nada de un municipio entero por su población, generó una identidad



sólida e impulsó la autoestima personal y colectiva, no eran simplemente sus pobladores, sino sus constructores. (Kliksberg, 1999)

El Presupuesto Municipal Participativo de Porto Alegre (Brasil); Ampliado del Capital Social Existente

En la ciudad de Porto Alegre, Brasil en 1989 aproximadamente 1,300,000 habitantes adolecían de importantes problemas sociales y amplios sectores de su población tenían limitaciones de acceso a los servicios básicos; el alcalde electo para esa época resolvió incitar a la población a co-gestionar el rubro de inversiones del presupuesto municipal, estableciendo un complejo y elaborado sistema que posibilitaba la participación ciudadana masiva. (Kliksberg, 1999)

La ciudad fue dividida en 16 regiones, en cada una de las cuales se analizaban las cifras de ejecución presupuestaria y las estimaciones futuras, y se identificaban a nivel de barrio, las prioridades, que luego fueron concertadas a nivel regional y global. Junto a las regiones existió otro mecanismo de análisis y decisión que funcionó para grandes temas de preocupación urbana tales como el desarrollo urbano, transporte, atención de la salud, tiempo libre, educación y cultura. En grupos de trabajo, reuniones intermedias plenarias y otras formas de reunión, que sucedieron durante todo el año con la participación de públicos amplios, delegados electos y funcionarios del municipio. El presupuesto que se conformó fue sancionado formalmente por el Consejo Municipal de la ciudad. (Kliksberg, 1999)

La población reaccionó con una “fiebre participativa” a la convocatoria del alcalde, en 1995 se estimaba que 100,000 personas participaban en el proceso, los resultados fueron sorprendentes, y se fueron eliminando los vaticinios pesimistas. Por un lado, la población determinó sus necesidades reales y reorientaron sus recursos hacia los problemas más sensibles, además, todo el trayecto del presupuesto, otra vez impenetrable y cerrado, se abrió totalmente para la ciudadanía al compartir con ella toda la información, esta se convirtió en transparente, lo que generó condiciones propicias para erradicar toda forma de corrupción. (Kliksberg, 1999)

La población de forma masiva tomó el control social de la ejecución y confección de la partida de inversiones que en 1995 sumó 700 millones de dólares. La amplia base social de apoyo a cambios presupuestarios profundos se expresó también en una fuerte presión



por hacer más eficiente el sistema fiscal del municipio y se realizaron importantes reformas que permitieron ampliar la recaudación y mejorar la equidad fiscal y provocó una redistribución de funciones entre el municipio y la sociedad civil; esta última se activó enérgicamente, se instalaron formas de democracia directa y se redujo la corrupción. El proceso descrito se basó en el capital social existente en esta sociedad; había en ella una tradición relevante de asociaciones de la comunidad; estas se movilizaron activamente y tuvieron un papel fundamental en los diversos niveles de deliberación. (Kliksberg, 1999)

6.15. Capital Social en Honduras

En el informe sobre el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del PNUD del año 2002 se comunicaron los resultados de una investigación efectuada en seis municipios de Honduras entre Mayo y Junio del mismo año, en donde fue analizado el CS de acuerdo a un contexto político, en este caso la democracia práctica a nivel local, basándose en la selección de la muestra a estudiar, es decir los municipios, en el logro nutricional entre los años 1997 y 2001, los resultados reflejaron un CS relativamente bajo. (Ibáñez X, 1999; Sierra et al., 2002)

Esta aseveración, se basó en las respuestas referentes a la confianza y orientaron a la preferencia hacia las ONG's y las iglesias, lo que significó que la población percibía las instituciones estatales de ayuda como no confiables, y participaban con mayor frecuencia en asociaciones de tipo horizontal como cooperativas y clubes deportivos, y se interpretó como desconfianza de participar en asociaciones verticales como partidos políticos, sindicatos y/o patronatos. Las comunidades fueron categorizadas como poseedoras de redes de apoyo básico (confianza en que le ayude otra persona del entorno inmediato en asuntos cotidianos), y redes de eslabonamiento (interacción del individuo con personas diferentes), aunque, sólo el 30% dedicaba tiempo a esta interacción de modo diario y reflejó la baja tolerancia y confianza en la sociedad. (Ibáñez X, 1999; Sierra et al., 2002)

Las redes de discusión que reflejan la capacidad de establecer puentes de diálogos sobre asuntos públicos de interés común con personas fuera de la familia demostraron que estas redes sociales eran limitadas en la población estudiada, con un 42.3% que expresó que nunca o casi nunca discute con gente fuera de su casa. Este reporte ofrece un panorama poco alentador en lo que se refiere a la confianza a nivel municipal o local, en donde se explora la aceptación de parámetros que miden el interés común como una actitud de conveniencia o de beneficio mutuo, por ejemplo, el 85% de los casos respondieron que



“la gente se aprovecharía de ellos si no están alertas” y el 60% consideró que la mayor parte de las personas en su comunidad no eran honestos. (Ibáñez X, 1999; Sierra et al., 2002)

Estos resultados muestran una falla de cooperación y coordinación entre los actores sociales de las comunidades estudiadas y evidenció que casi toda la cooperación se daba a nivel individual, contrario a las experiencias latinoamericanas anteriormente expuestas, en las que las aplicaciones del concepto de CS para mejorar la calidad de vida y aliviar la pobreza en procesos de construcción comunitaria que además de lograr éxitos en los objetivos trazados permitió que sus habitantes superaran los sentimientos de dependencia y ganaron confianza en sí mismos, a través de la creación de un sentido de comunidad entre los vecinos. (Jorge et al., 2002; Sierra et al., 2002)

En contraste, en el caso de Honduras se puede apreciar que el nivel de capital social es bastante bajo dentro de estos municipios, surge el escenario de una sociedad con tendencias al individualismo, en las que la mayoría de las personas sólo se interesa por su beneficio personal, lo que marca el destino de la sociedad hondureña, cuyas estructuras y relaciones sociales se han erosionado o no se han desarrollado por el aislamiento, migración, desinversión y clientelismo político, entre otros factores. (Jorge et al., 2002)

Aunque, se han obtenido algunos éxitos en el despliegue de la solidaridad comunal y el funcionamiento de las redes sociales para hacer frente a los retos, tal como la implementación legislativa de las Juntas de Agua Municipales en el papel de administradores y encargados de la construcción de la infraestructura y distribución de agua potable permitió que en Honduras se conformarán 4,000 Juntas de Agua que involucraron a 30,000 personas, con una fuerte conexión entre estas y los patronatos, siendo el desempeño exitoso con variaciones en las distintas regiones del país que dependen de elementos propios del área rural como las formas externas, determinantes del capital social campesino (asociación y eslabonamiento que incluye “ligazones” con el Estado) además del papel individual y colectivo del CS y las dinámicas internas (sociales, culturales e históricas). (Miranda, 2003)

En suma, el CS es un elemento esencial en todas las sociedades humanas con el potencial de utilizarse como un recurso y herramienta para facilitar la interacción y la cooperación entre todos los actores de la esfera social, cultural, económica y política para lograr



acciones colectivas de beneficio común en un grupo social. (Sierra et al., 2002)

6.15.1. Evidencia en Honduras sobre Capital Social y Salud Familiar

A nivel nacional sólo se dispone de una experiencia publicada sobre la relación entre capital social y salud familiar autopercibida, esta investigación se llevó a cabo en el departamento de Intibucá, específicamente en el municipio de Concepción y Camasca, e incluyó 2800 hogares, aunque, esta experiencia sólo incluyó la dimensión de confianza comunitaria en el estudio, el autor concluye que hay relación positiva entre esta dimensión y la SFA definida como constructo expresado en cinco categorías (Mala, Regular, Buena, Muy buena, Excelente) (Zarychta A, 2015).

6.15.2. Contexto Socioeconómico de Honduras

Honduras país de la región Centroamericana, con una población aproximada de 9.9 millones de habitantes, se estima que el 62.9% de los hogares viven en condición de pobreza; estas cifras en el área urbana alcanzan a más de la mitad de los hogares 62.7% y en el área rural 63.1%. (Gerencia Estadísticas Sociales y Demográficas, 2024) Además, el 40.1% de los hogares se encuentran en condición de pobreza extrema; siendo mayor en el área rural (50.5%) comparada con el área urbana 32.5%. (Gerencia Estadísticas Sociales y Demográficas, 2024)

La pobreza está íntimamente relacionada con la baja productividad, que a su vez se vincula con una insuficiente e inadecuada inversión en salud y educación; se calcula que dos de cada tres hogares en el país son pobres; es decir del total de 2.6 millones de hogares aproximadamente el 63% son pobres, lo que significa que 1.6 millones de hogares tienen ingresos por debajo del costo de una canasta básica de alimentos.(Gerencia Estadísticas Sociales y Demográficas, 2024) No obstante, en los últimos veinte años, Honduras ha logrado avances considerables reflejados en el IDH; sin embargo, han sido insuficientes para cerrar las brechas acumuladas. (Banco Centroamericano de Integración Económica, 2022)

Con relación a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), Honduras enfrenta rezagos estructurales en dimensiones económicas, sociales, políticas y ambientales. Los efectos combinados de la pandemia y de los fenómenos climatológicos provocaron un retroceso de las mejoras acumuladas en los últimos años en la desigualdad por ingreso, y en la mortalidad materna e infantil; además, la esperanza de vida retrocedió alrededor de 1.5



años por la mortalidad provocada por la pandemia del COVID-19. (Banco Centroamericano de Integración Económica, 2022)

Respecto a la escolaridad promedio se revirtió al menos un año (lo que implica la pérdida del avance típico que el país lograba cada diez años), mientras que el ingreso per cápita cayó casi 10%;(Banco Centroamericano de Integración Económica, 2022) pese a ser el segundo país de Centroamérica que más invierte en educación, estimado en 6.4% del Producto Interno Bruto (PIB), Honduras no ha mejorado su cobertura o calidad educativa, aunque el acceso a la educación primaria ha aumentado, la matrícula en los otros niveles permanece baja. (Banco Centroamericano de Integración Económica, 2022)

De acuerdo con el último Informe sobre Desarrollo Humano para Honduras, el país obtuvo un IDH de 0.634 en 2019, que lo ubica en la posición 132 de 189 naciones de ingreso bajo medio, un 20% por debajo de la media de América Latina y el Caribe y con el menor IDH de la región centroamericana. (Banco Centroamericano de Integración Económica, 2022) Por consiguiente; Honduras es uno de los países más pobres y desiguales de América Latina y el Caribe; en donde la mitad de la población vive con menos de \$5 al día (PPA, Paridad de Poder Adquisitivo) en comparación con 22% en América Latina y El Caribe y 30% en Centro América. (Banco Centroamericano de Integración Económica, 2022)

Las cifras oficiales indican que entre 2014 y 2019 la pobreza se redujo levemente de 49.7% a 48%; no obstante, la pandemia y los desastres naturales de 2020 hicieron retroceder estos avances. En 2021, tres de cada cinco hondureños estaban en condición de pobreza, y la mayoría se concentraba en zonas rurales, limitado principalmente por el acceso a la tierra, recursos financieros y empleo. (Banco Centroamericano de Integración Económica, 2022)

Con respecto a la desigualdad en la distribución de los ingresos, Honduras se aleja de las tendencias regionales con uno de los coeficientes de Gini (Indicador que mide el grado de desigualdad en la distribución del ingreso en un país) más altos del continente: entre 2001 y 2019 se mantuvo por encima de 50.0, con pocas ganancias en la reducción de la desigualdad de ingresos en comparación con la observada en El Salvador (-12,9 puntos) o República Dominicana (-8,1 puntos). (Banco Centroamericano de Integración Económica, 2022)



Las políticas públicas en el sector salud enfatizan el acceso universal de los hondureños a la atención primaria (preventiva), además de una mayor cobertura de la atención terciaria (hospitalaria), a través de inversiones en infraestructura, equipamiento y sistemas de información. El enfoque de las autoridades plantea un papel preeminente del Estado en la atención de la salud, dando preponderancia a la construcción de nuevos hospitales para cubrir los aumentos de la demanda poblacional, y disminuir la presión en la infraestructura existente. Además, es necesaria la renovación y equipamiento de centros de salud en el ámbito nacional, para aumentar la calidad de la atención primaria, acentuando los cuidados neonatales y maternos, así como la atención a la niñez y adultos mayores. (Banco Centroamericano de Integración Económica, 2022)

El enfoque se complementa con el fortalecimiento de la capacidad de gestión que mantiene la calidad de los servicios, y permite la sostenibilidad del sistema, debiendo analizar alternativas de modelos de negocios para tal fin. (Banco Centroamericano de Integración Económica, 2022) Algunas enfermedades como las diarreicas se ven condicionadas directamente por la ausencia de prácticas de higiene, lavado de manos, uso de agua no potable y hábitos alimenticios inapropiados. La desintegración de la familia, la brecha entre hijos deseados y el número real de hijos concebidos, la paternidad irresponsable y la falta de oportunidades reales de desarrollo humano, vinculada a un gran número de población que vive en la pobreza y extrema pobreza, favorecen el hacinamiento y el incremento de la violencia social a través de maras y pandillas. (Secretaría de Salud Honduras, 2010)

6.15.3. Contexto sociocultural aldea Santa Rosa

La capital de la República de Honduras es Tegucigalpa conforma el municipio del Distrito Central junto con la ciudad de Comayagüela. Tegucigalpa es la sede del Gobierno de la República y los tres poderes del Estado; se localiza en la región central del país y es la cabecera del departamento de Francisco Morazán; fue fundada el 29 de septiembre del año de 1578, con el nombre de Real de Minas de San Miguel de Tegucigalpa, por un grupo de españoles que llegaron a la zona en busca de riquezas. Tiene una población aproximada de 1,3 millones de habitantes, y su división política incluye un área Metropolitana con 892 barrios y colonias; y el área rural conformada por 43 aldeas y 293 caseríos. Siendo la aldea Santa Rosa una de las 43 aldeas que conforman el municipio del Distrito Central de Tegucigalpa, localizada en el Kilómetro 11.5 carretera al sur del país.



La aldea Santa Rosa, tiene una calle de acceso principal transitable durante todo el año, no obstante, las vías de acceso secundarias son pendientes de tierra poco transitables, el terreno es accidentado y de difícil acceso para vehículos automotores; a su vez cuenta en su jurisdicción con un área rural y un área urbana las cuales se describen de la siguiente manera:

- Área rural, constituida por aldea Santa Rosa y Los Jutes que están conformados por 39 manzanas que en su totalidad suman 659 viviendas. Siendo la mayoría de las viviendas construidas con paredes de adobe, piso de cemento y tierra, techo de teja, con acceso a agua potable y energía eléctrica.
- Área urbana, constituida por dos colonias las cuales son Residencial Santa Clara con 247 viviendas y Residencial Emmanuel con 365 viviendas. Todas las viviendas en su totalidad están construidas sus paredes de bloque y repollo, piso de granito y/o cerámica, techo de lámina de zinc y/o de fibrocemento. Cuentan con alcantarillado sanitario y servicio de energía eléctrica.

Toda el área está conformada por un total de 1271 viviendas, cuenta con servicio de telefonía estatal y celular además de internet y recolección de desechos por parte de la alcaldía municipal de Tegucigalpa. Tienen servicio de transporte urbano público, taxi y mototaxis, con acceso solo al área urbana. Su población total estimada es aproximadamente de 7000 habitantes, de los cuales 4000 pobladores tienen edad comprendida entre los 19-70 años. La mayor parte de la población es mestiza, se dedican a labores o trabajos remunerados en la capital y una pequeña proporción al comercio en pequeña escala. En cuanto a los aspectos de educación, cuenta con un centro de educación básica y un Centro de Educación Preescolar.

En relación con los aspectos de salud, cuentan con una Unidad de Atención Primaria en Salud (APS) localizada en el casco urbano de la aldea que cubre toda la población del área de influencia. La unidad de salud es atendida por un médico en servicio social, dos enfermeras auxiliares, un Técnico en Salud Ambiental (TAS), y un conserje. Los servicios de atención brindados a la población están relacionados con la Atención en morbilidad general, Atención Materno Infantil, Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Control de Enfermedades Diarreicas, Programa Control de Tuberculosis, Control de Infecciones de Transmisión Sexual, Control de Enfermedades transmitidas por vectores, Saneamiento y Control Ambiental.



Entre las principales causas de morbilidad registradas se encuentran las infecciones del tracto respiratorio, enfermedades diarreicas, enfermedades crónicas no transmisibles, siendo la principal causa de mortalidad la violencia social.

6.16. Medición del Capital Social

6.16.1. Aspectos prácticos de la medición del Capital Social

Entre las dificultades para el desarrollo de instrumentos o sistemas de medición estándar de CS están las características propias de un concepto abstracto social como la variabilidad contextual de las sociedades o grupos humanos, debiendo cada país como es el caso de EUA, Holanda, España y otros basarse en estudios nacionales para hacer diagnóstico y monitoreo del CS de forma puntual; estos sistemas existentes no son útiles ni adaptables a otras sociedades. (Kawachi et al., 2008)

En el campo práctico a pesar de la creciente evidencia, aún no hay consenso sobre los métodos y escalas de medición de CS, (Kawachi et al., 2008) de hecho, aún organismos como el Banco Mundial utilizan herramientas de recopilación de información sobre CS pero no consolidados de variables o indicadores sintéticos y su aplicación debe interpretarse por personal especializado de forma individual, lo que limita la capacidad de operacionalización en la práctica, debido a los costos. (Banco Mundial, 2011)

Respecto a la relación entre CS y Salud, aunque las publicaciones muestran una tendencia general a concluir que tiene relación positiva con la salud de individuos o grupos, aún no se dispone de evidencia en calidad y cantidad para lograr la estandarización, por ejemplo, en una revisión sistemática *Agampodi, Agampodi, Glazier & Siribaddana* recopilaron y analizaron la calidad de 472 publicaciones en revistas médicas que versaban sobre Capital Social y los aspectos relacionados con la salud en países con ingreso medio y bajo, con sólo 8 estudios que incluyeron determinaciones de validez y confiabilidad; además, la mayor parte fueron realizados a nivel micro con sólo dos estudios que proporcionaron información sobre grupos o comunidades. (Agampodi et al., 2015)

El tipo y la calidad de las relaciones sociales, la cultura, el barrio de residencia, el trabajo, y el nivel socioeconómico, así como la pertenencia étnico-racial y el género entre otras variables, han sido frecuente objeto de estudio en investigaciones relacionadas con la salud. Es una obligación ética desarrollar intervenciones eficaces en el ámbito de la salud desde una perspectiva más amplia que aborde adecuadamente los determinantes sociales



y contribuya a la equidad en salud. (De Silva et al., 2006)

Uno de los obstáculos para lograr la definición de metodologías e instrumentos estandarizados es que no hay evidencia disponible que valide o compruebe los hallazgos con eventos de la vida real producto de la evolución social con o sin intervenciones, es decir, sin comprobación de variable (s) dependiente (s); en donde lo esencial es la obtención de evidencia procedente de estudios prospectivos longitudinales controlados que incluyan períodos con y sin intervención en forma de cortes transversales, es decir estudios observacionales que permitan de forma concluyente hacer estimaciones a través de métodos similares a los meta-análisis y con esta evidencia iniciar nuevamente la aplicación del indicador o sistema de medición para terminar refrendando éste mismo con adaptaciones y reajustes; sin embargo no se dispone aún de dicha evidencia. (Kawachi, 1999)

No obstante, debido a estas diferencias en la conceptualización y metodologías, la medición de capital social es difícil; específicamente en lo que se refiere a la generación de un estándar, hay autores que sugieren el estudio de capital social como un constructo relacional, esto quiere decir como una propiedad inherente de las relaciones sociales, los recursos que alberga y las redes sociales que fabrica, de esta forma el concepto de red social y metodología proporcionan un mecanismo útil para medir el capital social; sin embargo pocos estudios utilizan la medición de red del constructo; como la red egocéntrica y las redes sociométricas(Kawachi et al., 2008).

6.16.2. Validez y confiabilidad

Respecto a la validez y confiabilidad de las mediciones de capital social, una de las más aceptada es que "se debe evaluar la validez de cada medición de capital social en diferentes configuraciones que incluyen los aspectos transcultural y longitudinales; que debería ser la práctica estándar entre investigadores empíricos en esta área.(Kawachi et al., 2008) Una de las recomendaciones plasmadas por Kawachi & Subramanian es la generación de instrumentos basándose en la validación cognitiva en cada contexto sociocultural, además de incluir el aspecto de repetibilidad. (Kawachi et al., 2008)

6.16.3. Medición de la Red Social

Las redes egocéntricas se definen desde el punto focal individual (e.g. Amigos o compañeros de trabajo), aunque, desde el punto de vista práctico se refiere por ejemplo a



cuantos mejores amigos tiene un individuo para obtener información sobre el tamaño y densidad de la red; mientras que las mediciones sociométricas se basan en información derivada de respuestas dirigidas a definir un contexto social limitado (e.g. Escuela); esto permite la medición de capital social desde el nivel del constructo individual o grupal.(Kawachi et al., 2008)

Algunos estudios clasifican las características de la red social como 1. Medida Funcional, que refleja el contenido de los lazos de la red (e.g. cualidades del apoyo de los lazos de la red); 2. Medidas estructurales, que describen cómo están conectados entre ellos en la red y, 3. Mediciones posicionales, que refleja la posición del actor en la red.(Kawachi et al., 2008)

6.16.4. Medición egocéntrica del Capital Social

Este se determina a nivel individual y requiere que el entrevistado proporcione información sobre los individuos con los que habla, que son parte de su red y conforman lazos, es decir, funcionan como estructura. (Kawachi et al., 2008) Las relaciones entre CS y resultados en la salud sugiere que la calidad y el número de lazos en la red social están relacionados en forma negativa con el riesgo de mortalidad, manteniéndose esto a través de los estratos de edad, género y estado de salud, por supuesto que estos lazos son importantes porque influyen de forma negativa o positiva la conducta; un ejemplo negativo es la publicación de Lakon, Ennet & Norton en la que se identificó que los lazos con compañeros sexuales, social y apoyo emocional se correlacionaba positivamente con conductas de riesgo utilizando jeringas para inyectarse drogas. (Kawachi et al., 2008)

Un recurso clave generado por la red es el soporte social, definido como el contenido funcional de las relaciones, así como el grado en el cual las relaciones involucran el flujo de preocupación o afecto emocional, instrumental o en forma de ayuda tangible, información y similar, el soporte emocional se basa en la cercanía, conexión y pertenencia; el instrumental incluye el suministro de ayuda física y servicios en situaciones mundanas y de emergencia, el apoyo informativo incluye suministro de recursos informativos. (Kawachi et al., 2008)

En la red el individuo se caracteriza por múltiples contactos entre nodos, entre mayor número de nodos incluye, mayor es la característica individual descrita como multiplexoridad. (Kawachi et al., 2008) Se ha sugerido que la heterogeneidad étnica



descrita con el índice de Herfindahl podría como efecto de la diversificación de los recursos de la red social amplificar el capital social, aunque, aún es necesaria más evidencia sobre esta línea de investigación. (Kawachi et al., 2008) Además, la variabilidad sociocultural genera diferentes modelos multidimensionales del CS. En la revisión de Agampodi T, Agampodi S, Glozier & Siribaddana, que incluyó 472 publicaciones médicas sobre CS y aspectos de salud en países de ingresos bajos y medios, solo 8 incluyeron determinaciones de validez y confiabilidad, y solo dos reportaron datos sobre el grupo social o comunidad estudiada.(Agampodi et al., 2015)

6.17. Herramientas para Medición del Capital Social

El concepto de CS es abstracto y multidimensional, por lo que aún no se dispone de herramientas cualitativas o cuantitativas estandarizadas, el Banco Mundial ha desarrollado múltiples herramientas no comparables entre sí, como la Social Capital Assessment Tool (SOCAT), *Short Social Capital Assessment Tool* (SASCAT) y una versión modificada del *Adapted Social Capital Assessment Tool* (A-SCAT) que se utiliza para explorar la asociación entre el CS individual de los cuidadores de niños de 1-8 años y el bienestar infantil que incluye la salud física y mental, y la Escala de Evaluación de CS para países de mediano y bajo ingreso, entre otras. (The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2004; World Bank, 2002)

Además, se dispone de la herramienta de Seis *ítems* de Hurtado, la Escala de Evaluación de Capital Social para Países de Bajo y Mediano Ingreso, aunque por motivos prácticos muchos investigadores utilizan solo algunas partes de estas. (Agampodi et al., 2015) Respecto a los métodos cualitativos estos se enfocan en el valor psicométrico de los cuestionarios, sin embargo, no ha sido posible conciliar esto en forma de indicadores o sistemas que permitan agrupar comunidades y compararlas ni formar sistemas de observación de utilidad; por lo que aún se deben crear herramientas individualizadas desde el punto de vista sociocultural. (Agampodi et al., 2015)

En este punto de la evolución del estudio del Capital Social y debido a la necesidad de practicidad y eficiencia respecto a costos, los métodos cuantitativos en Salud Pública, aunque aún no son exactos, son los métodos de elección para desarrollar escalas y sistemas de medición. En general los elementos utilizados para la validación del constructo son Análisis Factorial, Confiabilidad interna (Alfa de Cronbach, Test-retest). (Agampodi et al., 2015; Pérez C, 2009)



VII. HIPÓTESIS

- 7.1. El indicador sintético generado mostrará potencial utilidad predictiva de CS.
- 7.2. La puntuación de CS mostrará asociación con el nivel de SF percibida



VIII. DISEÑO METODOLÓGICO

Enfoque de investigación

El enfoque del estudio fue cuantitativo, los resultados principales se reportaron en proporciones y frecuencias.

Tipo de Estudio

Estudio exploratorio prospectivo, descriptivo, transversal

Área de Estudio

Este estudio se llevó a cabo en la Aldea Santa Rosa, de Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, C.A; localizado al sur de la capital el cual está conformado por las comunidades de Santa Rosa, Los Jutes, Santa Clara y Emmanuel.

Universo

El universo de la presente investigación fueron 1271 jefes de hogar de 19-78 años o más habitantes de la Aldea Santa Rosa, Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, C.A. 2016-2017

Muestra

Se determinó tamaño muestral de 200 jefes de hogar de ambos sexos con edad entre 19-78 años o más residentes de la Aldea Santa Rosa, Tegucigalpa, Honduras. La selección de la muestra fue aleatoria probabilística y extraída en una sola etapa.

Los parámetros de cálculo fueron realizados en base a un universo de 1271 hogares ($N=271$), el método de selección fue aleatorio probabilístico (EpiDat 3.1 OPS/OMS, Xunta de Galicia, España, 2006). Los parámetros utilizados para el cálculo fueron prevalencia esperada (50%) como parámetro de representatividad, Error de tipo I (5%), Error de tipo II (8.36%), el cálculo se realizó con el programa epidemiológico para datos tabulados EpiDat 3.1 (OPS/OMS-Xunta de Galicia, España, 2006).

Unidad de Análisis

200 hogares de la aldea Santa Rosa



Criterios de selección

La selección de la muestra se realizó mediante “muestreo aleatorio probabilístico” (EpiDat 3.1, Xunta de Galicia, España/OMS-OPS, 2006), asignándose 200 entrevistas a jefes de hogar de la aldea Santa Rosa, y que cumplieron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Jefes de hogar con edad ≥ 19 años
- Tener al menos un año o más de residir en la comunidad
- Jefe de familia de ambos sexos

Criterios de exclusión

- No aceptar ser entrevistado o incluido en el estudio
- Ser menor de edad
- Tener discapacidad o alteración psicológica/salud mental

Variables de estudio

Dependiente

Salud Familiar Percibida mediante Escala Visual Análoga (EVA)

- Puntaje Nivel Salud familiar Percibida: 0-100

Independientes

- Socio-demografía
 - Edad del jefe del hogar
 - Sexo
 - Grupo étnico
 - Estado conyugal
 - Ambiente de residencia
 - Sector de residencial
 - Escolaridad
 - Ocupación actual
- Escala de calificación de categoría socioeconómica del hogar de acuerdo con el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). (Feres & Mancero, 2001)



- Ingreso económico del jefe del hogar
- Dimensiones del Capital Social
 - Participación en redes comunitarias
 - Reciprocidad
 - Confianza
 - Normas sociales
 - Proactividad

Fuentes de información

Las fuentes para la obtención de la información fueron:

- Primarias (directas)
 - Individuo residente en la comunidad
 - Entrevista
 - Cuestionario/Instrumento
- Secundarias: Estas le aportaron a la investigación la información sobre la temática y fueron la base para la realización del análisis, síntesis e interpretación de la información obtenida de las fuentes primarias. Las cuales fueron:
 - Bibliografía científica
 - Artículos
 - Tesis
 - Libros
 - Guías

Consideraciones Éticas

Esta investigación fue sometida a la aprobación por un Comité de Ética y Bioética (Anexo 3); así como por un Comité de expertos del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES), de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua). Se solicitó el consentimiento informado y firmado a la persona que cumplía con los criterios de inclusión para participar en el proyecto de investigación; y se les explicó la posibilidad de retirarse del estudio en cualquiera de sus fases, así como el compromiso de que las opiniones,



valoraciones e información aportada por ellos sólo serían utilizados para los fines de la investigación, sin ninguna alusión o referencia de carácter individual.

Los datos fueron recolectados por un equipo conformado por el investigador y tres encuestadores, los cuales fueron capacitados para la realización de la entrevista y los aspectos éticos de la información recolectada, siendo evaluados semanalmente durante el proceso de recolección por el investigador. Se utilizó una computadora privada para el procesamiento de los datos, con claves que limitaban el acceso a personas ajena a la investigación. Los resultados serán socializados con las autoridades sanitarias locales y con los líderes comunitarios.

Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recopilación de información fue diseñado como formulario en Microsoft Visio 2019 (Microsoft Corp., Redmond, WA, EUA, 2019). El instrumento fue aplicado al jefe de hogar que se encontraba en la vivienda al momento de la visita. El formulario estaba conformado por las variables del estudio: Características sociodemográficas, variables asociadas a dimensiones del CS y autocalificación de nivel de salud familiar.

Para la evaluación de CS se utilizaron preguntas dicotómicas, así como calificativas tipo escala de Likert (e.g.: Muy mala, Mala, Regular, Buen servicio, Muy Buen Servicio o Muy en desacuerdo, Desacuerdo, No sabe, De acuerdo, Muy de Acuerdo), calificación como puntuación del 1-10 y selección múltiple, el modelo final de variables (cuestionario final) incluía únicamente variables dicotómicas y ordinales (calificación de 1-10).

El apartado de evaluación del nivel de salud familiar estaba compuesto por las variables ¿Para usted quién es el responsable de la salud familiar?”, ¿Cómo califica usted la salud familiar? (Mala/Regular/Buena/Muy Buena/Excelente, y Califique de 0-100 el estado de salud de su hogar.

Se aplicaron los criterios de Moriyama para el diseño, construcción y evaluación del cuestionario, se realizó además prueba piloto a 10 jefes de hogar de la zona de estudio para comprobar el nivel de comprensión de las preguntas y el tiempo de realización de la entrevista, no se incluyó esta información en el análisis final



Técnicas de recolección de datos

La recolección de la muestra se realizó mediante la aplicación del instrumento diseñado para esta investigación que constaba de preguntas abiertas y cerradas (Anexo 1), a través de una entrevista a cada participante del estudio.

Trabajo de campo

El estudio fue llevado a cabo en la aldea Santa Rosa, de Tegucigalpa, Honduras, se procedió a la recolección de la muestra mediante una visita domiciliaria, seleccionando cada hogar de forma aleatoria probabilística, hasta completar el tamaño de la muestra requerido.

La entrevista fue realizada por un equipo de tres encuestadores capacitados por el investigador principal. Una vez seleccionada la vivienda se procedió a realizar la entrevista a todo jefe de hogar con edad ≥ 19 años de ambos sexos y que se encontraba en la vivienda al momento de la visita y que cumplía con los demás criterios de inclusión. En el caso que la persona no cumplía con los criterios o no deseaba participar en el estudio, se procedía a visitar la siguiente vivienda, hasta completar el tamaño de la muestra asignada. Una vez identificada la persona se procedió a obtener el consentimiento informado (Anexo 2) y firmado, para poder ser incluido en el estudio.

Procesamiento de la información

La información obtenida fue digitada y sometida a proceso de control de calidad con el programa estadístico IBM-SPSS (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.). El procesamiento de la información también se realizó con el programa estadístico IBM-SPSS (IBM Corp. Released 2012. IBM-SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

Sesgos y control

- Selección aleatoria probabilística con reemplazo (Epidat 3.1, Xunta de Galicia/OPS-OMS, España, 2006) de hogares de la comunidad estudiada.
- Se aplican criterios de inclusión y exclusión.
- Se genera mapa aéreo (Google Earth™) y por inspección del área con asignación de un número para cada vivienda durante el periodo previo a la aplicación del instrumento de recopilación de información.



- Se realiza control de calidad de la información previo a la digitación de información y posterior a la misma.

Plan de análisis

El análisis de la información también se realizó con el programa estadístico IBM-SPSS (IBM Corp. Released 2012. IBM-SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.); para el análisis se generó estadística descriptiva, así como medidas de tendencia central y de dispersión (e.g. rango, desviación estándar, cuartiles), determinación de valor de Área Bajo la Curva (ABC-ROC). (Kachigan, 1991; Pérez C, 2009) También se determinaron valores de sensibilidad (S), la especificidad (E), valor predictivo negativo (VPN), valor predictivo positivo (VPP) (Figura 2. Coordenadas Area Bajo la Curva), Alfa de Cronbach (>0.600) como procedimientos redundantes de control para utilidad predictiva de CS y validez de contenido.

Se aplicó procedimiento de Análisis Factorial Exploratorio (AFE)1 configurando el proceso con aplicación del método de extracción de componentes principales, eigenvalue=1, rotación Varimax con Káiser, así como activando la opción de generación de tabla de puntuaciones factoriales (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) condicionando la adecuadidad de los datos para ser sometidos a AFE al cumplimiento de requisitos como valor del determinante (<0.000), test de KMO (Kayser-Meyer-Olkin) >0.600 y prueba de esfericidad de Bartlett <0.05 , el algoritmo del procesamiento de datos para generación de modelos se muestra en el Anexo 7.

Se determinó porcentaje que aportaba cada dimensión generada mediante AFE, utilizando el total de la suma de la matriz de coeficientes para el cálculo de las puntuaciones con el programa estadístico y posteriormente agrupando los componentes en dimensiones (MsExcel 16.0TM, Microsoft Corp, Redmond, WA, 2018) (Ruiz, 2012). Al final se calcularon los valores que alcanzó el tamaño muestral obtenido los valores de error de tipo I (5% [NC95%]) y error de tipo II (8.36% [Precisión: 91.74%]) (Epi-Dat 3.1, OMS/OPS-Junta de Galicia, España, 2006). Se generó score o sistema de puntuación resultado de la aplicación y procesamiento de datos con el procedimiento de Área Bajo la Curva activando la opción de generación de coordenadas (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) (Figura 2).



IX. RESULTADOS

9.1. Características sociodemográficas de los jefes de hogar

Fueron entrevistados 200 jefes de hogar quienes eran residentes del sector Santa Rosa 60.0% (120/200), Los Jutes 21.0% (42/200), Emmanuel 13.0% (26/200) y Santa Clara 6.0% (12/200).

Según la edad tenían entre los 19 y los 78 años, el grupo de edad más frecuente fue el de 30-39 con 26.0% (52/200), siendo la distribución de la media de 40.0 +/-14.2 años (Tabla 1).

Según el sexo de los entrevistados fue más frecuente femenino en 79.0% (158/200); eran mestizos 98.5% (197/200) y el estado conyugal era casado en 41.0% (82/200) (Tabla 1).

El ambiente de residencia más frecuente fue rural 81.0% (162/200) (Tabla 1).

La media del grado de escolaridad fue 9.1+/-4.2; rango 1-25. Según el nivel de escolaridad era más frecuente secundaria completa 30.0% (60/200) (Tabla 1).

Según La Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO), la mayoría de los jefes de hogar, su ocupación fundamental eran las tareas del hogar o amas de casa 62.0% (124/200) (Tabla 1).

Según la clasificación de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) eran pobre 50.0% (100/200) y la media del ingreso mensual del jefe del hogar en lempiras fue de 9,981+/- 6,687, rango 2,000-40,000 (Tabla 1).



Tabla 1. Características sociodemográficas de los jefes de hogar, aldea Santa Rosa, Tegucigalpa, Honduras, 2015-2017 n=200

Sociodemografía	Frecuencia	Porcentaje
Edad (años)		
19	6	3.0
20-29	50	25.0
30-39	52	26.0
40-49	39	19.5
50-59	29	14.5
≥60	24	12.0
Sexo		
Femenino	158	79.0
Masculino	42	21.0
Grupo étnico		
Mestiza	197	98.5
Caucásica	3	1.5
Estado conyugal		
Casado	82	41.0
Unión libre	63	31.5
Soltero	48	24.0
Viudo	5	2.5
Divorciado	2	1.0
Ambiente de residencia		
Rural	162	81.0
Urbano	38	19.0
Nivel de escolaridad		
Primaria incompleta	30	15.0
Primaria completa	49	24.5
Secundaria incompleta	39	19.5
Secundaria completa	60	30.0
Universidad incompleta	8	4.0
Universidad completa	14	7.0
Ocupación		
Profesionales	8	4.0
Técnicos y profesionales asociados	17	8.5
Personal de apoyo administrativo	14	7.0
Trabajadores de servicios y ventas	33	16.5
Artesanos y trabajadores de oficios afines	1	0.5
Ocupaciones elementales	3	1.5
No clasificados en otra parte	124	62.0
NBI		
No pobre	41	20.5
Pobre	100	50.0
Extremadamente pobre	59	29.5
Ingreso económico familiar (dólares)		
No responde	85	42.5
80-231	29	14.5
232-423	51	25.5
424-615	23	11.5
≥616	12	6.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos



9.2.Dimensión del Capital Social

Dimensión: Participación en redes

Respecto al Capital Social, según la dimensión de participación en redes comunitarias se encontró que el 55% (110/200) de los entrevistados tenían participación en redes sociales.

Aunque, solo el 39.0% (78/200) pertenecían a alguna organización, en mayor proporción refirió pertenecer a la Iglesia católica 24.0% (48/200) (Tabla 2).

Así también, refirieron realizar actividades colectivas o en grupo informal 33.0% (66/200); aunque en mayor proporción participaban en excursiones 20.5% (41/200) (Tabla 2).

Tabla 2. Dimensión participación en redes comunitarias, aldea Santa Rosa, Tegucigalpa, Honduras, 2015-2017 n=200

Participación en redes	Frecuencia	Porcentaje
Participación en redes comunitarias		
Si	110	55.0
No	90	45.0
Organizaciones a las que pertenece		
Ninguna (No pertenece)	122	61.0
Iglesia Católica	48	24.0
Iglesia Evangélica	21	10.5
*Otros	11	4.5
Participación en actividades colectivas		
Ninguna	134	67.0
Excursiones	41	20.5
Iglesia católica	17	8.5
Agrupación vecinal	3	1.5
Equipo de fútbol	2	1.0
Iglesia evangélica	2	1.0
Alcaldía	1	0.5

Fuente: Instrumento de recolección de datos

*Otros: Alcohólicos anónimos (2), Patronato (1), Partido Nacional (1), Asociación magisterial (1), Alcaldía municipal (1), Fundación indígena (1), Equipo de fútbol (1), Asociación técnico en radiología (1)



Dimensión: Reciprocidad

Entre las variables de reciprocidad se encontró alta prevalencia de variables asociadas como por ejemplo que un vecino podría ayudarle a darle un consejo de salud 92.0% (184/200), seguido por llevar a alguien de su familia al médico en 80.5% (161/200) (Tabla 3).

Tabla 3. Dimensión reciprocidad, aldea Santa Rosa, Tegucigalpa, Honduras, 2015-2017 n=200

Reciprocidad	Frecuencia	Porcentaje
Ayuda que da o recibe de un vecino		
Darle un consejo de salud	184	92.0
Llevar a alguien de su familia al médico	161	80.5
Una construcción/reparación importante	121	60.5
Darle un consejo legal	94	47.0
Hablar acerca de un problema personal	83	41.5
Aconsejarlo sobre cómo invertir dinero	77	38.5
Contactarlo con alguien para que le ayude	67	33.5
Contactarlo con un político para resolver problema	41	20.5

Fuente: Instrumento de recolección de datos



Dimensión: Confianza

La confianza en los vecinos con mayor frecuencia fue calificada alta por 35.0% (70/200); mientras que la confianza entre los habitantes fue calificada como Ninguna 30.0% (60/200) (Tabla 4).

La mayoría de los entrevistados refirieron que no tenían ninguna confianza en las ONG's 62.0% (124/200), en el patronato 44.5% (89/200), en la junta de agua 35.5% (71/200), en el gobierno 59.0% (118/200), en la empresa privada 61.0% (122/200), en el comité vecinal 74.0% (148/200) y en el equipo de deportes 80.5% (161/200) (Tabla 4).

Aunque, tenían alta confianza en las brigadas médicas en 40.5% (81/200) (Tabla 4).



Tabla 4. Dimensión confianza, aldea Santa Rosa, Tegucigalpa, Honduras, 2015-2017 n=200

Confianza	Clasificación según puntaje									
	Ninguna (1-2)		Alguna (3-4)		Moderada (5-6)		Buena (7-8)		Alta (9-10)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Confianza en los vecinos	43	21.5	13	6.5	46	23.0	28	14.0	70	35.0
Confianza entre los habitantes	60	30.0	15	7.5	45	22.5	22	11.0	58	29.0
Confianza en ONG's	124	62.0	5	2.5	30	15.0	14	7.0	27	13.5
Confianza en el patronato	89	44.5	8	4.0	42	21.0	18	9.0	43	21.5
Confianza en Junta de Agua	71	35.5	5	2.5	40	20.0	23	11.5	61	30.5
Confianza en el gobierno	118	59.0	13	6.5	28	14.0	10	5.0	31	15.5
Confianza en la empresa privada	122	61.0	6	3.0	40	20.0	12	6.0	20	10.0
Confianza en el comité vecinal	148	74.0	5	2.5	16	8.0	7	3.5	24	12.0
Confianza en equipo de deportes	161	80.5	4	2.0	6	3.0	3	1.5	26	13.0
Confianza en las Brigadas médicas	64	32.0	8	4.0	22	11.0	25	12.5	81	40.5

Fuente: Instrumento de recolección de datos



Dimensión: Normas sociales

Respecto a la dimensión normas sociales, el 26.5% (53/200) de los entrevistados refirieron que no se relacionaban con personas en la comunidad; siendo el motivo más frecuente debido a que eran personas engreídas en 5.0% (10/200) (Tabla 5).

La honestidad de las personas de la comunidad fue calificada por el jefe de hogar como altamente positiva 31.0% (62/200) (Tabla 5).

Los jefes de hogar estaban de acuerdo en que un vecino corrigiera a un hijo suyo o familiar si cometiera un error o una mala acción en 50.5% (101/200) (Tabla 5).

Los entrevistados refirieron que solo la madre o el padre debería corregir a un hijo o familiar que anda en malos pasos en 83.0% (166/200) (Tabla 5).

Según los entrevistados el responsable de la salud de las familias en la comunidad deben ser los padres en 55.0% (110/200) (Tabla 5).



Tabla 5. Dimensión normas sociales, aldea Santa Rosa, Tegucigalpa, Honduras, 2015-2017 n=200

Normas sociales	Frecuencia	Porcentaje
Personas en la comunidad con las que no se relaciona		
Si	53	26.5
No	147	73.5
Motivo por el cual no se relaciona		
No aplica	147	73.5
Por engreídos	10	5.0
No tienen afinidad	6	3.0
Falta de tiempo	5	2.5
Por problemas personales	5	2.5
Otros	27	13.5
Opinión sobre la honestidad de las personas en la comunidad		
Muy negativa	49	24.5
Levemente positiva	11	5.5
Moderadamente positiva	48	24.0
Muy positiva	30	15.0
Altamente positiva	62	31.0
Estar de acuerdo que un vecino corrija a un hijo		
Muy en desacuerdo	22	11.0
En desacuerdo	14	7.0
No estoy seguro	16	8.0
De acuerdo	101	50.5
Muy de acuerdo	47	23.5
Persona que debe corregir a un hijo		
Solo madre/padre	166	83.0
Parientes y/o vecinos	13	6.5
Cualquiera de la comunidad	11	5.5
Parientes cercanos	8	4.0
Otros: <u>Policía</u>	2	1.0
Responsable de la salud de las familias		
Padres	110	55.0
Jefe de familia	31	15.5
Gobierno	30	15.0
Ciudadanos	29	14.5

Fuente: Instrumento de recolección de datos



Dimensión: Proactividad

Según la dimensión de proactividad, se encontró que realizaban actividades colectivas 33.0% (66/200). La mayoría de los entrevistados no colaboraban con las organizaciones 85.0% (170/200) (Tabla 6).

Tabla 6. Dimensión proactividad, aldea Santa Rosa, Tegucigalpa, Honduras, 2015-2017 n=200

Proactividad	Frecuencia	Porcentaje
Realiza actividades colectivas		
Si	66	33.0
No	134	67.0
Organizaciones con las que colabora		
Ninguna	170	85.0
Iglesia católica	6	3.0
Teletón	5	2.5
Cruz Roja (donador sangre)	4	2.0
Junta de Agua	3	1.5
Iglesia Evangélica	3	1.5
*Otros	9	4.5

Fuente: Instrumento de recolección de datos

*Otros: Bomberos (1), Iglesia Bautista (1), Mujeres con cáncer (1), Regalar ropa (1), Patronato (1), Partido Nacional (1), Fundación Mujeres (1), Hospital Escuela (1), Programa Vida Mejor (1).



9.3. Salud Familiar Percibida por el Jefe del Hogar

La salud familiar autopercibida por el jefe del hogar fue muy buena en 55.0% (110/200) (Tabla 7).

Tabla 7. Salud Familiar, aldea Santa Rosa, Tegucigalpa, Honduras, 2015-2017 n=200

Salud familiar	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de salud familiar		
Mala	2	1.0
Regular	30	15.0
Buena	58	29.0
Muy buena	110	55.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos



9.4. Desarrollo y Validación de Indicador sintético para Medición de Capital Social

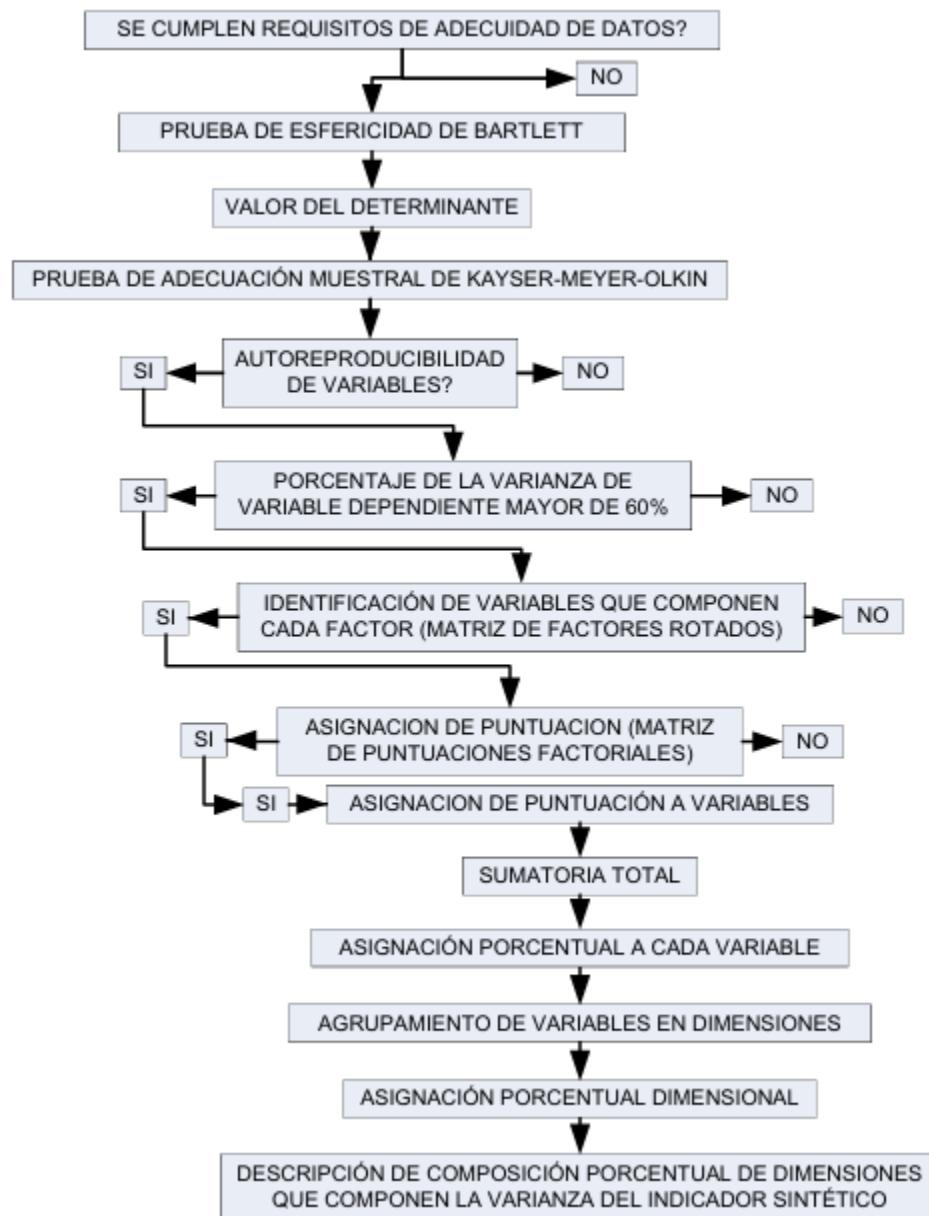
9.4.1. Análisis factorial

Se aplicó la técnica de reducción de datos, Análisis Factorial Exploratorio (AFE) (Figura 1), generando múltiples modelos y seleccionando el que demostró la mejor explicación de la varianza de la variable dependiente como la respuesta a la pregunta “¿Acepta que un vecino corrija a su hijo? Sí/No” (Kachigan, 1991; Pérez C, 2009) (79,3%, Tabla 9). El modelo estadístico seleccionado incluyó 13 variables o factores agrupados en seis dimensiones (Tabla 8), este modelo cumplió con los requisitos de adecuidad para ser sometido al proceso de AFE (determinante ($p=0,008$, prueba de Kayser-Meyer-Olkin $[(KMO)=0,619]$, prueba de esfericidad de Bartlett ($p=0,000$).

Todas las variables auto-reproducidas en la tabla de comunalidades del modelo seleccionado mostraron valores $>0,600$. Se determinó el valor Alfa de Cronbach (α -Cronbach: 0,580) y el Área Bajo la Curva (ABC) [ABC = 0,608 (IC del 95 %: 0,497-0,719)] en el modelo seleccionado (Figura 2).



Figura 1. Algoritmo de decisión para selección de modelo generado



Fuente: Autor



Variables para Modelo Capital Social Positivo

Tabla 8. Modelo de Variables agrupadas en dimensiones de Capital Social

Dimensión	Respuesta
Participación en redes de tipo social	
1. Realiza alguna actividad en grupo informal (Iglesia, agrupación vecinal, equipo deportivo, excursiones)	Si/No
2. Realiza actividades colectivas	Si/No
Reciprocidad	
Cree usted que el vecino podría ayudarle a usted en un momento dado con:	
1. Darle un consejo legal	Si/No
2. Conectarlo con un político para resolver un problema	Si/No
3. Aconsejarlo sobre cómo invertir dinero	Si/No
¿Hay personas en la comunidad con las que usted no se relaciona?	Si/No
Confianza	
Califique del 1 al 10 el nivel de confianza que le inspiran las siguientes instituciones	
a. Patronato	1-10
b. Junta de Agua	1-10
c. Brigadas médicas	1-10
d. Comité vecinal	1-10
Califique del 1 al 10 su nivel de acuerdo con las siguientes afirmaciones	
a. En esta aldea hay confianza entre los habitantes	1-10
b. Se puede contar con el apoyo de los demás si tiene problemas	1-10
c. Los habitantes de la comunidad sólo se interesan por ellos mismos	1-10

Fuente: Instrumento de recolección de datos



Varianza total de modelo seleccionado

Tabla 9. Varianza total de la variable dependiente explicada ^a por el modelo seleccionado

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3.403	26.179	26.179	3.403	26.179	26.179	2.393	18.405	18.405
2	1.874	14.417	40.596	1.874	14.417	40.596	2.173	16.718	35.123
3	1.666	12.812	53.408	1.666	12.812	53.408	1.737	13.358	48.481
4	1.304	10.030	63.438	1.304	10.030	63.438	1.722	13.244	61.725
5	1.057	8.129	71.567	1.057	8.129	71.567	1.228	9.447	71.171
6	1.006	7.738	79.305	1.006	7.738	79.305	1.057	8.134	79.305
7	.664	5.106	84.412						
8	.552	4.250	88.661						
9	.519	3.989	92.651						
10	.318	2.448	95.098						
11	.277	2.129	97.227						
12	.189	1.450	98.678						
13	.172	1.322	100.000						

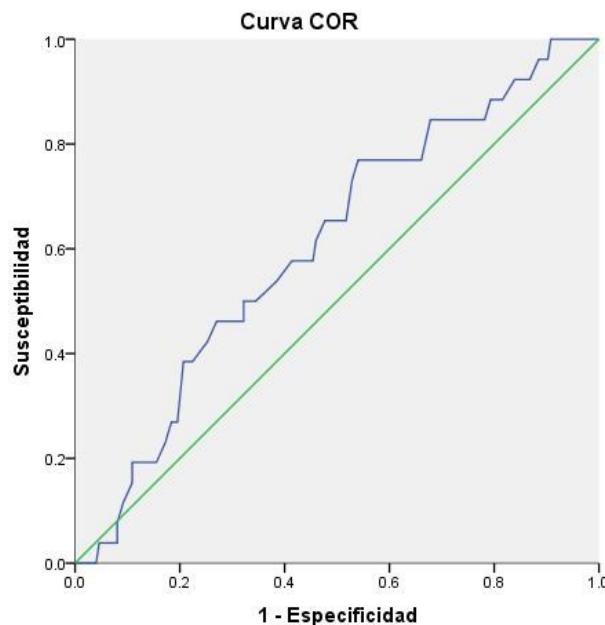
Extraction Method: Principal Component Analysis.

a. Only cases for which variable dependiente acepta usted que su vecino corrija a su hijo si anda en malos pasos? 1=de acuerdo+muy de acuerdo = Si are used in the analysis phase.



Procedimiento Área Bajo la Curva (A-ROC)

Figura 2. Área Bajo la Curva (ABC)



Los segmentos diagonales son producidos por los empates.

Fuente: Autor.

Área bajo la curva

Variables resultado de contraste: Suma CS no Zscore

Área	Error típ. ^a	Sig. asintótica ^b	Intervalo de confianza asintótico al 95%	
			Límite inferior	Límite superior
.608	.056	.076	.497	.719

La variable (o variables) de resultado de contraste: Suma CS al menos un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo. Los estadísticos pueden estar sesgados.

a. Bajo el supuesto no paramétrico

b. Hipótesis nula: área verdadera = 0,5

Se demuestra la potencial utilidad del indicador sintético para predecir CS interpretado como la VD en este estudio por inspección visual del gráfico mostrado y el resultado numérico del procedimiento (ABC: 0.608; IC95%: 0.497-0.719). A continuación, se muestran las coordenadas generadas por el programa estadístico útiles para identificación del punto de corte.



Procedimiento Área Bajo la Curva ... (cont.)

Coordenadas de la curva			
Variables resultado de contraste: Suma CS para detectar VD (CS)	Positivo si es mayor que	Sensibilidad	1 - Especificidad
	12.0000	1.000	1.000
	14.0000	1.000	.989
	15.5000	1.000	.977
	17.0000	1.000	.971
	18.5000	1.000	.966
	19.5000	1.000	.960
	20.5000	1.000	.954
	21.5000	1.000	.948
	22.5000	1.000	.937
	23.5000	1.000	.920
	24.5000	1.000	.908
	25.5000	.962	.902
	26.5000	.962	.885
	27.5000	.923	.868
	28.5000	.923	.862
	29.5000	.923	.839
	30.5000	.885	.816
	31.5000	.885	.793
	32.5000	.846	.782
	33.5000	.846	.770
	34.5000	.846	.764
	35.5000	.846	.741
	36.5000	.846	.713
	37.5000	.846	.684
	38.5000	.846	.678
	39.5000	.769	.661
	40.5000	.769	.644
	41.5000	.769	.621
	42.5000	.769	.603
	43.5000	.769	.569
	44.5000	.769	.557
	45.5000	.769	.540
	46.5000	.731	.529
	47.5000	.654	.517
	48.5000	.654	.511
	49.5000	.654	.477
	50.5000	.615	.460
	51.5000	.577	.454
	52.5000	.577	.414
	53.5000	.538	.385
	54.5000	.500	.345
	55.5000	.500	.322
	56.5000	.462	.322
	57.5000	.462	.310
	58.5000	.462	.299
	59.5000	.462	.287
	60.5000	.462	.270
	61.5000	.423	.253
	62.5000	.385	.224
	63.5000	.385	.207
	64.5000	.269	.195
	65.5000	.269	.184
	66.5000	.231	.172
	67.5000	.192	.155
	68.5000	.192	.138
	69.5000	.192	.132
	70.5000	.192	.115
	71.5000	.192	.109
	72.5000	.154	.109
	73.5000	.115	.092
	74.5000	.077	.080
	75.5000	.038	.080
	76.5000	.038	.075
	77.5000	.038	.063
	78.5000	.038	.057
	80.0000	.038	.052
	81.5000	.038	.046
	82.5000	.000	.040
	83.5000	.000	.029
	85.0000	.000	.023
	86.5000	.000	.017
	88.5000	.000	.011
	98.0000	.000	.006
	107.0000	.000	.000

La variable (o variables) de resultado de contraste: Suma CS no Zscore tiene al menos un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo.

a. El menor valor de corte es el valor de contraste observado mínimo menos 1, mientras que el mayor valor de corte es el valor de contraste observado máximo más 1. Todos los demás valores de corte son la media de dos valores de contraste observados ordenados y consecutivos.



Matriz de componentes

Tabla 10. Matriz de componentes rotados

Rotated Component Matrix^{a,b}

Pregunta/Item	Component					
	1	2	3	4	5	6
¿Realiza alguna actividad en un grupo informal	-.002	.900	.077	-.018	-.138	-.042
Realiza actividades colectivas	-.087	.901	-.030	-.147	.078	-.057
Darle un consejo de salud	.079	-.124	.156	.080	.837	.023
Darme un consejo legal	.094	.263	.039	.786	.197	-.028
El vecino me puede ayudar a conectar con un político para resolver un problema	.265	.509	-.108	.318	.445	-.231
Creo que un vecino podría aconsejarme sobre cómo invertir dinero	-.004	-.048	.140	.896	-.090	-.037
En Esta comunidad hay confianza entre los habitantes	.109	.061	.904	.068	.016	-.068
Se puede contar con el apoyo de los demás si tiene problemas	.065	.024	.908	.099	.107	-.009
Los habitantes de la comunidad solo se interesan ellos mismos	-.071	-.012	-.074	-.052	-.003	.971
Patronato	.902	-.017	.055	-.076	.143	-.023
Junta de agua	.889	-.031	.074	.003	-.021	-.163
Comité vecinal	.624	.364	.110	.276	.067	.149
Brigadas médicas	.534	.262	.073	.267	-.469	.001

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a.Rotation converged in 6 iterations.

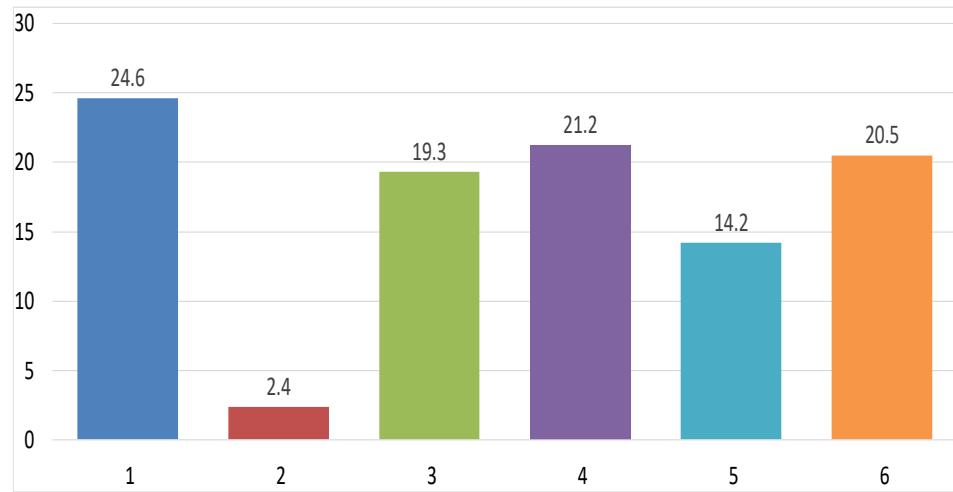
b.Only cases for which Está usted de acuerdo en que un vecino corrija a su hijo si este anda en malos pasos? = Si are used in the analysis phase.

Se muestran los datos generados como Matriz de componentes rotados, para cada ítem/pregunta se seguirá la línea horizontal de datos y se seleccionará el mayor valor (color rojo+subrayado+negrita) de esa línea, por ejemplo, para la pregunta ¿Realiza alguna actividad en un grupo informal? Se selecciona 0.900 en rojo y subrayado por ser el número mayor de esa línea y así sucesivamente se realizó el mismo procedimiento para todos los ítems/preguntas incluidas en el procedimiento factorial.

Luego se seleccionaron visualmente leyendo de forma vertical los grupos de preguntas que corresponden a cada componente principal, así por ejemplo para el componente 1 se agruparán las preguntas o ítems de: Confianza en Patronato+ Junta de Agua+ Comité vecinal+ Brigadas médicas, datos con los que se construye el siguiente gráfico cuya utilidad es mostrarnos la importancia de cada componente principal determinado en el proceso de AFE.



Gráfico 1. Aportación porcentual de cada componente principal a la varianza de la variable dependiente representativa de CS



Fuente: Autor

En este gráfico se muestra la aportación porcentual de cada componente a la varianza total explicada por los mismos (Tabla 9: Varianza total explicada: $79.305\% = 100\%$).



Matriz de componentes

Tabla 11. Matriz de coeficientes de puntuaciones de componentes rotados^{a,b}

Rotated Component Matrix^{a,b}

Pregunta/Item	Component							Total
	1	2	3	4	5	6	Total	
¿Realiza alguna actividad en un grupo informal?	-.002	.900	.077	-.018	-.138	-.042	.180	
Realiza actividades colectivas	-.087	-.901	-.030	-.147	.078	-.057	-.401	
Darle un consejo de salud	.079	-.124	.156	.080	.837	.023	.768	
Darme un consejo legal	.094	.263	.039	.786	.197	-.028	.506	
El vecino me puede ayudar a conectar con un político para resolver un problema	.265	.509	-.108	.318	.445	-.231	.389	
Creo que un vecino podría aconsejarme sobre cómo invertir dinero	-.004	-.048	.140	.896	-.090	-.037	.208	
En Esta comunidad hay confianza entre los habitantes	.109	.061	.904	.068	.016	-.068	.395	
Se puede contar con el apoyo de los demás si tiene problemas	.065	.024	.908	.099	.107	-.009	.523	
Los habitantes de la comunidad solo se interesan ellos mismos	-.071	-.012	-.074	-.052	-.003	.971	1.061	
Patronato	.902	-.017	.055	-.076	.143	-.023	.331	
Junta de agua	.889	-.031	.074	.003	-.021	-.163	.060	
Comité vecinal	.624	.364	.110	.276	.067	.149	.661	
Brigadas médicas	.534	.262	.073	.267	-.469	.001	-.021	
Total	1.1	-0.00050	0.9	1.0	0.7	1.0	4.7	
Porcentaje de la varianza total que representa cada componente	24.7	-0.01067	19.4	21.2	14.2	20.5	100.0	

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a.Rotation converged in 6 iterations.

b.Only cases for which Está usted de acuerdo en que un vecino corrija a su hijo si este anda en malos pasos? = Si are used in the analysis phase.

Dimensión de CS	Rotated Component Matrix ^{a,b}						
	Puntuación asignada Componente principal						Total
1	2	3	4	5	6	Total	
Red social							
¿Realiza alguna actividad en un grupo informal?	0						0
Realiza actividades colectivas	0						0
Reciprocidad							
Darle un consejo de salud					14.2		14.2
Darme un consejo legal				10.6			10.6
El vecino me puede ayudar a conectar con un político para resolver un problema	0						0
Creo que un vecino podría aconsejarme sobre cómo invertir dinero			10.6				10.6
Confianza							
En Esta comunidad hay confianza entre los habitantes		9.71					9.71
Se puede contar con el apoyo de los demás si tiene problemas		9.71					9.71
Los habitantes de la comunidad solo se interesan ellos mismos					20.5	20.5	
Patronato	6.2						6.2
Junta de agua	6.2						6.2
Comité vecinal	6.2						6.2
Brigadas médicas	6.2						6.2
Total							100

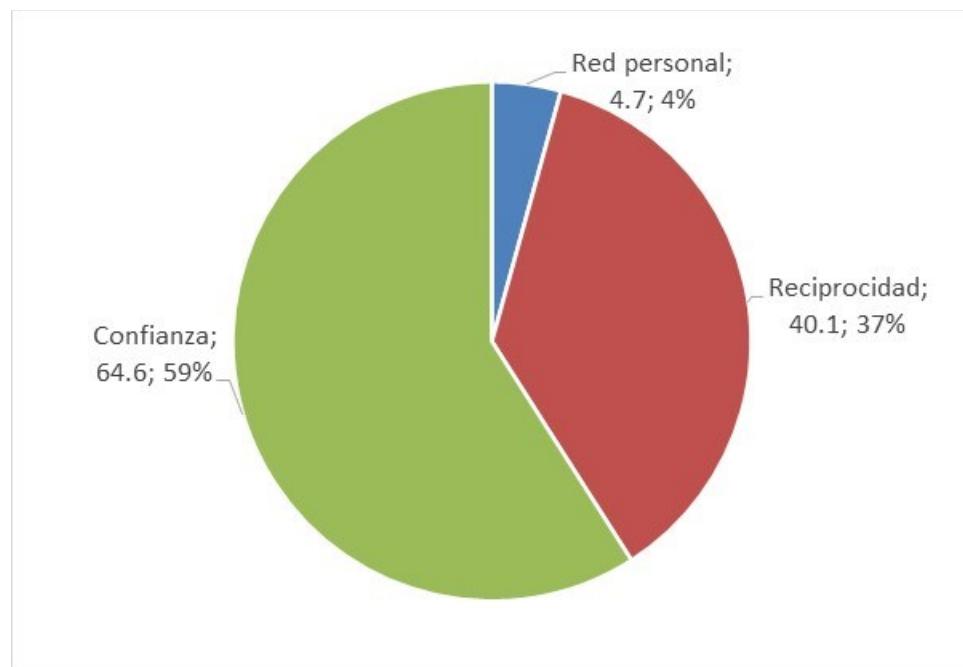


Con el porcentaje de la varianza total por cada componente, se procede a asignar a cada pregunta/ítem seleccionado en el modelo el valor en puntos en escala de 0-100 organizados de acuerdo a la dimensión de CS, así pues para el componente 1 se determina su aportación (4 ítems) en 24.7%, así se divide entre cuatro resultando en 6.2% por cada ítem es decir 6.2 puntos, por ejemplo para el componente 2 se asigna prácticamente 0 ya que su aportación fue 0.016% y así para los otros cuatro componentes, en el cuadro siguiente ya se presentan reorganizados de acuerdo a la dimensión de CS a la que pertenecen (Tabla 11).



Dimensiones que componen el Capital Social

Gráfico 2. Dimensiones que componen la varianza explicada por el modelo



Fuente: Instrumento de recolección de datos

Las dimensiones que componen la varianza explicada por la modelo relacionada con la Variable Dependiente (VD): ¿Acepta usted que su vecino corrija a su hijo si anda en malos pasos? Si/No, fue 79.305%.



X. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este estudio que exploró el CS y su relación con la Salud Familiar percibida llevado a cabo en 4 comunidades Aldea Santa Rosa, Aldea Los Jutes, Colonia Emmanuel y Colonia Santa Clara, jurisdicción de la Aldea Santa Rosa del Municipio del Distrito Central, encontrando que poco más de dos tercios de los entrevistados eran residentes del área rural; similares hallazgos a los reportados en el estudio llevado a cabo por Healy K, et al; entre 2001 y 2004 en cuatro comunidades geográficas de Nueva Gales del Sur, cuyo objetivo era examinar cómo la ubicación geográfica determinaba las percepciones de los residentes sobre el CS y su participación en su creación. (Healy et al., 2007)

Ha sido motivo de análisis en el estudio del CS la observancia de las interrelaciones de los individuos dentro de su comunidad de acuerdo a su contexto sociocultural, sin menoscabo de los demográficos, que en este estudio, el cual incluyó a 200 jefes de hogar como grupo social conformado principalmente por adultos jóvenes (Media edad 40.0+/-14.2 años), similares a los hallazgos referidos en la literatura por Healy K, et al; en el estudio del 2007 con el título de “Género, capital social y ubicación: comprender las interacciones”. (Healy et al., 2007)

Específicamente, estos autores reportaron que el 65% de los encuestados tenían menos de 55 años; (Healy et al., 2007) comparado con los hallazgos de este estudio donde el 73.5% de los jefes de hogar tenían menos de 50 años; es decir, población adulta joven, aunque, con una pequeña variación en la proporción según el rango de edad, es posible que esto se explique por la metodología utilizada debido a que estos autores recopilaron datos en una primera fase de grupos focales que incluyó a miembros mayores de la comunidad (≥ 55 años) y jóvenes (15-20 años), mientras que en la segunda fase realizaron una encuesta de CS al azar en cuatro localizaciones, (Healy et al., 2007) aunque en este estudio la selección de sujetos fue mediante aleatorización probabilística.

También se encontró que poco más de dos tercios de los jefes de hogar eran mujeres, y según el estudio de Healy K, et al; destacaron la relevancia del CS para ayudar a las personas a lograr resultados positivos, con énfasis en la percepción de hombres y mujeres de las contribuciones del CS sobre la salud y otros aspectos; (Healy et al., 2007) en este estudio el



hecho de que la mayoría de los jefes de hogar eran mujeres, los hallazgos aquí mostrados podrían considerarse confiables; es decir, aunque, ambos géneros son responsables de la salud de la familia, sin embargo en nuestra cultura usualmente es la mujer la encargada del cuidado de la salud en el hogar.

Por consiguiente, la importancia de la atención sostenida sobre los roles de género podría influir en los patrones de participación; particularmente los hombres se involucran más en clubes deportivos y roles administrativos, mientras que las mujeres en actividades de servicio comunitario, lo que tiene implicaciones de equidad de género en las iniciativas del CS, (Healy et al., 2007) aunque hay debates si estas diferencias de participación promueven o refuerzan los roles tradicionales; sin embargo, se considera a la mujer clave en el desarrollo de la comunidad y cuidado de la familia lo que limita su productividad; que en este estudio poco más de la mitad de las mujeres eran amas de casa, tarea que no es remunerada ni se reconoce en el calificador de cargos en Honduras como un trabajo; sino más bien es una labor desempeñada que no goza de reconocimiento social.

Así también, se encontró según el NBI la mitad de los entrevistados eran pobres; similares hallazgos reportados por Bowen GA; en el estudio sobre Capital social, fondos sociales y comunidades pobres, llevado a cabo en Jamaica; quien refirió que, en las comunidades pobres, las personas utilizan cualquier mecanismo de supervivencia que tengan a su disposición; siendo una característica definitoria de estas comunidades el acceso limitado a las redes sociales. (Bowen, 2009) En el entendido que la red social es una estructura en la cual los individuos desarrollan fuertes vínculos y una relación en base a valores similares compartidos.

Específicamente, las redes sociales desempeñan un papel fundamental en la determinación de la forma en que se gestionan las organizaciones y resuelven los problemas; por lo que a diferencia de los residentes de las comunidades pobres, las personas que tienen fuertes conexiones sociales y, por lo tanto, acceso a recursos y apoyos tienden a estar mejor contratadas, mejor alojadas y más saludables; lo que coincide con este estudio, al explorar el ingreso familiar mensual, se encontró que este era bajo (Media 9,981+/-6,687 Lempiras); es decir, ingresos inferiores al salario mínimo (año 2017, 7871 Lempiras); lo que refuerza el rol



del CS sobre las comunidades saludables, aunado a esto el nivel de escolaridad que limita el ingreso familiar, que en este estudio era bajo (Media escolaridad 9.1+/-4.2 años); específicamente nivel de secundaria o menos.

El CS es uno de los determinantes de la salud pública basado en la organización social que puede asumir características propias en cada grupo social, por lo que debe lograrse la instrumentalización estandarizada para medir y describir las dimensiones que lo conforman, esta estandarización es un reto para la investigación local, pero puede rendir frutos en la consecución de metas relacionadas con la salud pública, como son la promoción de estilos de vida saludable, la disminución de tasas de mortalidad, mejora en el acceso a la salud, además de generar una dimensión paralela de desarrollo relacionados con la transparencia en calidad de servicios sanitarios, entre otros aspectos demostrados en la literatura.

En el caso de un estudio llevado a cabo por Fantahun M, et al; sobre Capital social y salud infantil en Etiopía se identificó mediante análisis multivariado que el CS se relaciona con riesgo de mortalidad infantil en menores de cinco años (OR: 1.9; IC95%: 1.1-3.5). (Fantahun et al., 2007) Así también, en una publicación por Hendryx MS, et al; sobre acceso a la salud y capital social comunitario, que incluyó 22 áreas metropolitanas y 19,672 individuos, se identificó que el mayor nivel de CS se relacionó con aumento en el acceso a la atención sanitaria, sugiriendo que el CS puede jugar un papel en la mejora, concluyendo que los resultados son consistentes con el papel del CS relacionado con la eficiencia en el uso de los recursos comunitarios y promueven mecanismos asociados en la toma de responsabilidad individual. (Hendryx et al., 2002)

Según la dimensión de reciprocidad en este estudio se encontró que todos los entrevistados coincidieron en que ellos podían ayudarle a un vecino o viceversa, así también darle un consejo de salud o un vecino podría llevar a alguien de su familia al médico. Según la literatura revisada, la dimensión de reciprocidad ha sido objeto de interés teórico en las ciencias sociales, ya Alvin Goulder en 1960 proporciona explicaciones teóricas sobre la reciprocidad y calificó el concepto con un patrón de retorno o respuesta a los beneficios



recibidos, describiéndola como el "cemento moral" que estabiliza las relaciones sociales creando el sentido de obligaciones de uno para otro. (Pope & Miller, 2013)

En este estudio, un tercio de los entrevistados tenían alta confianza en los vecinos, sin embargo, no tenían ninguna confianza entre los habitantes; además, la mayoría refirió que no tenían ninguna confianza en las ONG's, el patronato, en la junta de agua, el gobierno, la empresa privada, en el comité vecinal y en el equipo de deportes, aunque si alta confianza en las brigadas médicas. Según un estudio llevado a cabo por Cao J, et al, en Indonesia, sobre CS y envejecimiento saludable reportaron que a mejor CS basándose en la confianza entre vecinos y participación comunitaria, habría asociación con mayor grado de movilidad física, independencia y bienestar mental, pero no mostró influencia sobre la enfermedad crónica, concluyendo que el CS modera la influencia de la mala salud, particularmente en las actividades de la vida diaria. (Cao & Rammohan, 2016)

Entre los principales hallazgos en este estudio están que poco más de la mitad de los jefes de hogar participaban en redes sociales; aunque, solo un tercio pertenecían a alguna organización y participaban en actividades colectivas. Así también, poco menos de un tercio de los sujetos se relacionaban con personas en la comunidad; mientras que la honestidad fue calificada altamente positiva. Uno de los aspectos más relevantes fue que la mitad de los entrevistados estaban de acuerdo que un vecino corrigiera a un hijo o familiar si cometiera un error o una mala acción; además que el responsable de la salud de las familias en la comunidad deben ser los padres; percibiendo la salud familiar como muy buena en poco más de la mitad de los entrevistados.

De acuerdo a los conceptos de CS la descripción ha evolucionado como característica de inversión de capital; (Farr, 2004) es decir, como un recurso que genera desarrollo y bienestar, sin embargo, esto no ha sido probado de forma determinista en la literatura disponible, con ejemplos particulares que no son extrapolables a otros grupos sociales, esto al menos relacionado con respecto al desarrollo socioeconómico, además no ha generado un cuerpo metodológico que permita estandarizar total o parcialmente los procesos a implementar.



Las causas han sido abordadas extensamente en la literatura; así pues, la piedra angular para lograr esto es mediante la determinación de las dimensiones y sistemas de puntuación con metodologías adecuadas, que es el punto central de este estudio, dado que los abordajes actuales son puramente descriptivos y basados en un amplio espectro de variables generadas originalmente de estudios cualitativos y cuantitativos; por consiguiente, determinar el tamaño de las dimensiones que conforman el CS a nivel comunitario es prioritario; sin embargo, no se cuenta con una herramienta para tal propósito; siendo la categoría “micro”, es decir datos procedentes de individuos, posiblemente la más susceptible de medición y aplicación para el uso comunitario, ya que depende de información individual para poder identificar y determinar la influencia de las dimensiones del CS en una comunidad.

Uno de los aspectos más importantes es la óptica del análisis, así por ejemplo se ha estudiado el CS como un ente unitario, lo que resulta imposible debido a que prácticamente es un constructo psicológico social con múltiples variables, con diferente expresión y peso en cada grupo social diferenciado culturalmente. El autor tiene como propósito en este estudio generar una sugerencia experimental sobre lo que podría ser útil para generar aproximaciones sectoriales o comunitarias para ser probado como potencial método para obtener información determinista que permita generar una medición cuantitativa así como delimitar las dimensiones que componen el constructo psicológico-social como es el capital social y correlacionarlo en el futuro con éxitos o fracasos en la inversión social y/o en la salud familiar/personal.

Por lo que mediante un proceso de desarrollo y validación, se selecciona un modelo de los muchos generados que podría ser potencialmente útil como propuesta de indicador sintético con potencial utilidad predictiva del CS, capaz de explicar el 79.3% de la varianza de la variable independiente, es un dato producto de un proceso de selección aleatoria probabilística en una muestra amplia, lo que se considera adecuado para implementar procesos de AFE; (Watkins, 2018) tal como otras experiencias publicadas que han utilizado AFE así como alfa de Cronbach para evaluar escalas de reciprocidad de apoyo social. (Pope et al., 2013)



En este proceso de generación exploratorio se identificaron múltiples modelos, seleccionando así al final del proceso el modelo expuesto en este trabajo en la Tabla 9. En este proyecto de investigación, el autor genera un proceso de AFE utilizando un espectro limitado de factores del CS sobre el comportamiento social, que son variables asociadas a conductas probadas en la literatura como “positivas” para el bienestar y desarrollo comunitario, es decir, un efecto positivo.

Esto a partir de la revisión de literatura y al arbitrio del autor que genera una conjunción de variables cuya máxima expresión de confianza, reciprocidad y valores cívicos se puede sintetizar en una sola variable cuya respuesta es “Si” (Está usted de acuerdo en que un vecino corrija a su hijo si este anda en malos pasos?) que fueron la mitad de los sujetos; como representante del máximo efecto positivo del CS en donde el sistema de puntuación busca identificar el nivel del efecto positivo sobre la comunidad de la calidad y tipo de relaciones entre individuos que la componen.

Por el contrario, la respuesta “No” representaría el efecto negativo de las relaciones entre los individuos, que a su vez refleja desconfianza, bajo nivel de reciprocidad y posiblemente valores cívicos bajos, al menos teóricamente, sin embargo, por cuestiones de recursos y limitaciones de tiempo y personal no fue objetivo la determinación de Capital Social Negativo (CSN); además, de la evaluación de otros efectos conocidos del CSN, como xenofobia, limitación de las libertades utilizando reglas válidas para la comunidad y poder dimensionar los componentes del CSN en la misma comunidad, de esta forma podría generarse una comparación entre los resultados de ambos estudios paralelos e identificar las posibilidades en el diseño de estrategias para el desarrollo de la comunidad en diversos aspectos, incluidos el de salud.

La generación de este indicador sintético podría contribuir a superar las barreras socioculturales que actualmente no se incluyen en el proceso de planificación y toma de decisiones relacionadas con políticas públicas y comunitarias por parte de un inversionista social (e.g. gerencia empresarial, gobierno, Organización No Gubernamental [ONG], etc.).



No obstante, existen herramientas para la evaluación “meso” o “macro” de un país o grupo social como las descritas por el Banco Mundial (2002), Putland (2013) y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial (2004). (Putland et al., 2013; The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, 2004; World Bank, 2002) Sin embargo, estas herramientas no son aplicables para determinar o describir el CS comunitario o sectorial; con algunos reportes sobre las mediciones de CS; sin embargo, la variabilidad metodológica y estadística hace difícil correlacionar sus hallazgos con los descritos en este estudio, incluyen determinaciones de dimensiones como reportes en forma numérica o utilizan variables dependientes diferentes.

En este estudio se generó un sistema de puntuación de CS, los ítems o preguntas seleccionadas en el proceso de generación del modelo fueron organizados por el proceso estadístico en “dimensiones”, así para construir la dimensión de reciprocidad por ejemplo fueron asignadas las preguntas relacionadas con reciprocidad, generándose tres dimensiones (reciprocidad, confianza y red social) (Tabla 8), con la suma de puntuaciones factoriales de cada dimensión se determinó el porcentaje que aporta cada dimensión a la varianza total de la variable designada como representativa de CS (Acepta usted que un vecino-pariente-policía corrija a su hijo si este anda en malos pasos?/Si, [79.3%]) (Tabla 9).

Aunque, para determinar la utilidad predictiva, autores como Acket et al., (2011); Agampodi et al., (2015) y Chen et al., (2009), sugirieron la generación de datos sobre CS en cada grupo sociocultural diferente. (Acket et al., 2011; Agampodi et al., 2015; Chen et al., 2009) En este estudio se determinó el valor de ABC como recurso con utilidad predictiva de CS (Figura 2), así como α de Chronbach (Resultados, numeral 9.4.1); se realizaron estos cálculos únicamente como recursos de validación, es decir que tan acertado es el punto de corte para predecir la Variable Dependiente (VD) que a su vez se utiliza como reflejo del CS comunitario expresado en forma de pregunta (79.305%), sin embargo hay que hacer notar que debido a la naturaleza experimental de este trabajo, se deben generar datos poblacionales con muestras mayores para confirmar estos resultados.



Estos parámetros tienen únicamente utilidad interna para este estudio y en esta base de datos, es importante hacer notar aquí que estos cálculos tienen un propósito didáctico de utilidad para otros investigadores en este campo, agregándose, así como parte de los procedimientos para generar modelos de utilidad para el analista en epidemiología o salud pública.

Así, utilizando una sola variable dependiente (“¿Acepta usted que un vecino corrija a su hijo?” [Sí/No]); las dimensiones que componen el CS encontradas en la población en estudio fueron confianza institucional (59%), reciprocidad entre habitantes (37%) y la red social personal (4%), esta última la que tiene menor influencia como componente del CS en la comunidad estudiada y posiblemente la más susceptible de ser mejorada con estrategias individualizadas (e.g. promover una cooperativa de mujeres, promover un campeonato de equipos de fútbol, implementar campañas comunitarias de limpieza, reclutar jóvenes para club de lectores), lo que podría aumentar la puntuación general del CS y la participación en grupos comunitarios.

El autor además hace notar aquí que esta aportación es esencial para generar líneas de base al estudiar una comunidad o grupo social, no se dispone en este momento de datos como para generar una recomendación para utilizar esta metodología como herramienta para generar datos con utilidad para monitoreo social, además de no disponerse de estudios al respecto en la literatura.

Es interesante observar que en este estudio la dimensión de confianza estaba compuesta por dos grupos de respuestas, la mitad por respuestas asociadas a confianza en instituciones locales y la otra mitad como confianza en los otros integrantes de la comunidad, esto podría implicar por ejemplo aprovechar este nivel de confianza para promover la salud pública mediante la implementación de estrategias dirigidas como podría ser la promoción del voluntariado en salud entre la población general o entre las organizaciones comunitarias.

En la literatura se diferencian las variables del CS estructural y el CS cognitivo, el primero asignado a conductas y acciones relacionadas con la red social comunitaria, y el segundo con las dimensiones de confianza y reciprocidad, es decir relacionado con el constructo psicológico social; (Pope et al., 2013) entendiéndose que estos últimos preceden a las



acciones que se toman en la descripción del CS estructural o dimensión de red social; sin lugar a dudas, los probables puntos de intervención social en esta comunidad se ubican dentro de las variables asociadas a CS cognitivo.

La diferenciación entre CS estructural y CS cognitivo consiste en que el primero se refiere a las conductas, la participación en asociaciones que facilitan el acceso y la influencia de redes que proporciona apoyo social; mientras que el segundo, ejemplificado en las dimensiones de confianza y reciprocidad, se refiere a los valores, percepciones y expectativas respecto a la conducta social que proporciona el sentido de pertenencia a una comunidad, así como la representación de lo seguro y estable de la realidad; es decir, el CS estructural se refiere a lo que las personas hacen y el cognitivo a lo que las personas piensan, e involucra los valores y percepciones que influencian la conducta del individuo respecto a la acción colectiva mutuamente beneficiosa, sugiriéndose que precede las acciones incluidas en el CS estructural. (Pope & Miller, 2013)

De acuerdo con lo anterior, en este estudio se encuentra predominio porcentual en la composición del CS del CS cognitivo, es decir confianza y reciprocidad (Gráfico 2), debiéndose observar el pequeño porcentaje que aporta la afiliación o membresía a organización sociales.

Entre las fortalezas de este estudio se encuentra que se desarrolla y valida un instrumento corto y de rápida aplicación, como contribución al *know how* de los estudiosos de este campo, esto contribuye a reducir costos y tiempo de capacitación del equipo que recogerá la información, permitiendo cobertura de áreas más extensas en el ámbito urbano-suburbano. Además, la documentación didáctica sobre el desarrollo de indicadores sintéticos para salud pública contribuye directamente con la iniciación de esta línea de investigación relacionada con proyectos futuros de ingeniería social dirigida al desarrollo y mejora de calidad de vida de grupos sociales que conforman algunas de nuestras comunidades postergadas.

Es decir, contribuir a la toma de decisiones de las autoridades respecto a la inversión social estatal y por parte de terceros como ONG's o donantes, sin embargo hay que hacer notar que la metodología sugerida en este estudio es sólo la primera fase de un proceso de diseño de



nuevas políticas públicas dirigidas al desarrollo comunitario, ya que es necesaria la inversión en proyectos de implementación de recomendaciones para contribuir a la calidad del CS en un grupo social que podrían durar de tres a cinco años antes de verificar si estas han sido exitosas o no. Las conclusiones derivadas de este instrumento se limitan a la determinación del CS en un grupo social característico, por supuesto es necesario generar datos y nueva experimentación con modelos para recopilar información que permita encontrar los patrones de datos y categorías para concluir al respecto.

Algunas limitaciones en la identificación de modelos de utilidad predictiva se han relacionado con la técnica AFE; (Villalonga-Olives & Kawachi, 2017) así, aunque en este estudio se ha demostrado la potencial utilidad predictiva del indicador sintético para detectar CS, en una muestra relativamente grande, claro que no se debe perder de vista que es un indicador experimental extrapolable a la población local, su utilidad principal es cumplir el propósito de servir de referencia estadística y operacional para disminuir y contribuir a la facilitación operativa de un proceso que normalmente requiere muchas horas de trabajo, como es el proceso de identificación de un modelo entre muchos generados computacionalmente al estudiar grupos sociales con el objetivo de encontrar patrones que permitan estandarizar mediciones.

Aunque no se consideró requisito en el proceso y determinación del modelo, la determinación de fiabilidad del cuestionario/modelo de variables seleccionado la determinación de α -Cronbach , aunque supera 0.500 ($\alpha=0.580$) lo hace por poco, con autores que refieren valores deseables entre 0.7-0.9; otros autores sin embargo establecen que este test es de fiabilidad, no es utilizable para validación, por lo tanto su determinación puede estar influenciada por un cuestionario corto, recomendándose agregar nuevas preguntas, lo que en este estudio no era posible, ya que fue realizado de forma prospectiva y el modelo fue el que mejor desempeño demostró con la técnica de AF, que es el procedimiento que valida el modelo; además otro factor relacionado con el bajo resultado de la prueba de alfa de Cronbach podría estar relacionado con un cuestionario que incluyó variables dicotómicas y ordinales, que está



referido en la literatura como asociado a subestimación de la fiabilidad del cuestionario (Tavakol & Dennick, 2011).

Un ejemplo de limitaciones encontradas en el modelo seleccionado, son los requisitos de adecuación de la base de datos, que estaban en el límite de aceptación, tal como la prueba KMO que superó apenas el límite impuesto en la metodología de este estudio (0.600) con 0.619, superando sobradamente los otros requisitos de adecuación de datos, como fueron la prueba del determinante ($p=0.008$) y el test de esfericidad de Bartlett ($p=0.000$), por lo que considerando que es un estudio exploratorio que propone una nueva herramienta experimental para ser sometida a prueba por otros investigadores, se consideró la base de datos del modelo de variables como aceptable y con potencial utilidad práctica, además de que su identificación cumplió con el propósito del investigador, que es promover este tipo de estudios como material didáctico útil para su aplicación como ejemplo operativo de campo para el desarrollo de indicadores sintéticos en salud pública. El autor recomienda la implementación de procesos de desarrollo similares en los diferentes grupos socioculturales del país, así como integrarlo a los procesos de planificación de políticas públicas para determinar la utilidad de esta herramienta.

Otro ejemplo de estas limitaciones es que en este trabajo no se incluyó la determinación del efectos en las conductas del grupo social, por ejemplo las que se relacionan con represión comunitaria o por parte del grupo social de la libertad de expresión a través de “reglas” no escritas, que es el extremo negativo de las conductas de un grupo social hacia sus miembros, haciéndose ver la necesidad de llegar a generar suficientes datos como para identificar causalidad o factores predisponentes, lo cual está en concordancia con lo sugerido por De Silva et al en una publicación que validó la escala SASCAT en Perú y Vietnam, (De Silva et al., 2006) de igual forma no se generan datos que permitan identificar el modelo de salud familiar propio del área y grupo social en estudio, por limitaciones materiales.

Otra limitante que influye en el nivel de discusión logrado, es que debido a cuestiones metodológicas propias de este campo de investigación, no hay estándares que permitan generar discusión alrededor de comparaciones ni la generación de patrones de datos para



lograr conclusiones generales ni hallazgos particulares, lo que dificulta la comparación entre los datos presentados en este estudio y los de otros autores, debido a dichas diferencias metodológicas y de procesamiento estadístico, puntualizando de nuevo en que el propósito de este trabajo es servir como guía para investigadores interesados en la demostración y prueba de modelos de ingeniería social y de desarrollo.

Varios autores en los países desarrollados han demostrado evidencia de la relación entre CS y salud percibida, especialmente en la dimensión de confianza generalizada a nivel comunitario y de la Unión Europea, (Ferraro & Farmer, 1999; Rocco et al., 2014) en este estudio no se encontró correlación entre el indicador sintético de CS y nivel de salud familiar percibida, esto podría deberse a un contexto local diferente al reportado en la literatura, que en gran parte procede de países desarrollados, un ejemplo de esto es que entre los hallazgos de este estudio, el ingreso económico declarado por los individuos estudiados mostró correlación negativa con el nivel de CS, así pues a menor ingreso económico mayor nivel en el score de CS, relación no esperada y que, aunque estadísticamente significativa, fue clasificada como correlación débil (-0.294, $p<0.001$), sin embargo ilustra sobre las diferencias entre los modelos socioeconómicos derivados de literatura del mundo desarrollado y uno no desarrollado, lo que podría haber influenciado el resultado.



XI. CONCLUSIONES

No se encontró correlación entre el indicador sintético de CS y nivel de salud familiar percibida, esto podría deberse a un contexto local diferente al reportado en la literatura, que en gran parte procede de países desarrollados.

El modelo de indicador sintético propuesto por el autor demostró una potencial utilidad predictiva para identificar nivel de CS seleccionado como categoría, así como demostró la metodología de un proceso de desarrollo de indicadores sintéticos de utilidad social así como para identificar la composición porcentual de cada una de las dimensiones que componen el CS, cumpliéndose con el propósito de aportar un documento que incluye los detalles del proceso de generación de propuestas experimentales de modelos estadísticos derivados de la aplicación del procedimiento de AFE con utilidad potencial para determinar categorías y composición de CS.

De acuerdo con otros autores, en este estudio se concluye que los resultados el CS estructural (participación en grupos sociales locales/formales/informales) fue identificado como con muy bajo nivel, lo que genera indicación de intervención social en forma de promoción de membresía a grupos sociales que incluyan actividades presenciales, esto podría aumentar el nivel de CS y convertir la comunidad en candidata a proyectos de inversión social de bajo riesgo.

Hay que hacer notar entre las limitantes del estudio que el resultado final es una propuesta para uso experimental de tipo académico, además de identificarse la necesidad de más datos para completar el modelo de Salud Familiar percibida derivado de características socioeconómicas particulares.



XII. RECOMENDACIONES

12.1.A nivel comunitario se recomienda la generación de proyectos de bajo costo de promoción de adherencia/membresía/participación en grupos/actividades sociales para elevar el nivel de CS entre los habitantes, que aunado al sentido cívico y confianza/reciprocidad entre vecinos podría crear las condiciones para intervenciones de desarrollo de bajo costo y bajo riesgo de fracaso.

12.2.Promover el estudio del CS aplicando nuevas metodologías como potencial recurso para generar información de utilidad en ingeniería social para el desarrollo socioeconómico y de bienestar de la población general.

12.3.Otorgar becas de investigación para ampliar la experiencia académica y generar un estándar para la implementación de diseños metodológicos y proyectos de investigación social y epidemiológica basados en modelado estadístico, así como en indicadores sintéticos aplicables a todos los campos en que el estado tiene un papel importante que influye sobre el bienestar de la población.

12.4. Generar proyectos de investigación social como la investigación presente para reunir datos que permitan determinar si la determinación del nivel de CS y las dimensiones que lo componen podrían ser útiles para el diseño de políticas públicas como salud y desarrollo socioeconómico.



XIII. BIBLIOGRAFÍA

- Acket, S., Borsenberg, M., Dickens, P., & Sarracino, F. (2011). Measuring and Validating Social Cohesion: A bottom-up approach (Working Papers, Issue. V. project). <https://www.oecd.org/dev/pgd/46839973.pdf>

Agampodi, T. C., Agampodi, S. B., Glozier, N., & Siribaddana, S. (2015). Measurement of social capital in relation to health in low and middle income countries (LMIC): a systematic review. *Soc Sci Med*, 128, 95-104. [https://doi.org/S0277-9536\(15\)00006-4](https://doi.org/S0277-9536(15)00006-4) [pii] 10.1016/j.socscimed.2015.01.005

Atria, R. (2003). La dimámica del desarrollo del Capital Social: Factores Principales y su Relación con los Movimientos Sociales In Comisión Económica Para América Latina y El Caribe (CEPAL) (Ed.), *CEPAL. Capital Social, Herramienta para los Programas de Superación de la Pobreza Urbana y Rural* (pp. 49-62). CEPAL.

Author, N. (2005). Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. *Archvios de Medicina Familiar*, 7, 19. www.medigraphic.com

Banco Centroamericano de Integración Económica. (2022). *Estrategia de País Honduras 2022-2026*. https://www.bcie.org/fileadmin/user_upload/Estrategia_de_Pais_2022_2026_Honduras_.pdf [Record #26 is using a reference type undefined in this output style.]

Beaudion C, Wendel M, Drake K. (2014). A Study of Individual-Level Social Capital and Health Outcomes: Testing for Variance between Rural and Urban respondents *Rural Sociology*, 79(3), 336-354.

Bowen, G. A. (2009). Social Capital, Social Funds and Poor Communities: An Exploratory Analysis. *Social Policy & Administration*, 43(3), 245-269. <https://doi.org/> DOI: 10.1111/j.1467-9515.2009.00660.x

Bravo Vallejos, N. D. (2017). [Social capital as a determinant of public health]. *Rev Calid Asist*, 32(6), 342-346. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.09.003> (El capital social como determinante de salud publica.)

Cao J, Rammohan A. (2016). Social capital and healthy ageing in Indonesia. *BMC Public Health*, 16(331), 1-14.

Cao, J., & Rammohan, A. (2016). Social capital and healthy ageing in Indonesia. *BMC Public Health*, 16, 631. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3257-9>

Chen, X., Stanton, B., Gong, J., Fang, X., & Li, X. (2009). Personal Social Capital Scale: an instrument for health and behavioral research [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Health Educ Res*, 24(2), 306-317. <https://doi.org/10.1093/her/cyn020>

Coreil, J., & Dyer, K. (2017). Social Science Contributions to Public Health: Overview. In S. Qua (Ed.), *International Encyclopedia of Public Health* (2 ed., pp. 599-611). Academic Press-Elsevier Inc. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-803678-5.00419-7>

De Silva, M. J., Harpham, T., Tuan, T., Bartolini, R., Penny, M. E., & Huttly, S. R. (2006). Psychometric and cognitive validation of a social capital measurement tool in Peru and Vietnam [Research Support, Non-U.S. Gov'tValidation Study]. *Soc Sci Med*, 62(4), 941-953. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.06.050>

Edwards, R. (2004). Present and absent in troubling ways: families and social capital debates. In E. B. a. F. a. S. C. E. R. Group (Ed.), *The Sociological Review* (pp. 1-20). Blackwell Publishing.



- Fantahun, M., Berhane, Y., Wall, S., Byass, P., & Hogberg, U. (2007). Women's involvement in household decision-making and strengthening social capital-crucial factors for child survival in Ethiopia. *Acta Paediatr*, 96(4), 582-589.
- Farr, J. (2004). Social Capital: A Conceptual History. *Political Theory*, 32(1), 6-33. <https://doi.org/10.1177/0090591703254978>
- Feres, J. C., & Mancero, X. (2001). Los Mapas de Pobreza en América Latina. In *El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina* (pp. 54). División de Estadísticas y Proyecciones Económicas/CEPAL/Naciones Unidas.
- Ferraro, K., & Farmer, M. (1999). Utility of health data from social surveys: is there a gold standard for measuring morbidity. *American Sociological Review*, 64(2), 303-315.
- Fiorillo, D., & Sabatini, F. (2015). Structural social capital and health in Italy. *Econ Hum Biol*, 17, 129-142.
- García Carmenate, M., & Díaz-Perera Fernández, G. (2008). Caracterización de la salud familiar en un consultorio Médico. Plaza de la Revolución. 2006. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(2), 1-10. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180418959013>
- Gerencia Estadísticas Sociales y Demográficas. (2024). *Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples*, Junio 2024 G. d. I. R. d. Honduras. <https://www.ine.gob.hn/EncuestaHogares.html>
- Grootaert, C., & Narayan, D. (2001). *Local Institutions poverty and Household Welfare in Bolivia* [Report]. The World BankSocial Development Family Environmentally and Socially Sustainable Development Network. http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2001/08/29/000094946_01080804100636/additional/124524322_20041117174052.pdf
- Hanson-Nord N, Skar M, Kaerulj F, Almendarez J, Bahr S, Sosa o, et al. (2014). Social capital and violence in poor urban areas in Honduras. *Aggressive and Violent Behavior*, 19, 643-648.
- Harpham, T. (2008). The Measurement of Community Social Capital Through Surveys. In I. Kawachi, S. Subramanian, & D. Kim (Eds.), *Social Capital and Health* (pp. 51-62). Springer.
- Healy, K., Haynes, M., & Hampshire, A. (2007). Gender, social capital and location: understanding the interactions. *Int J Soc Welfare*, 16, 110-118. <https://doi.org/> DOI: 10.1111/j.1468-2397.2006.00471.x
- Hendryx, M. S., Ahern, M. M., Lovrich, N. P., & McCurdy, A. H. (2002). Access to health care and community social capital. *Health Serv Res*, 37(1), 87-103.
- Ibáñez X, F. S., Rápalo R, Cárdenas C. (1999). Transformando los retos en oportunidades de participación. In Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (Ed.), *Reportes PNUD Honduras* (Editorama S.A. ed., pp. 313). Naciones Unidas-PNUD. www.pnud.org
- Jorge, J. E., Censi, F., Bertucci, J., & E-libro, C. (2002). *Capital social y pobreza casos y métodos en la construcción comunitaria*. Cambio Cultural. <http://site.ebrary.com/id/10065468>
- Kachigan, S. (1991). *Multivariate Statistical Analysis*. Radius Press.
- Kawachi, I. (1999). Social capital and community effects on population and individual health [Review]. *Ann N Y Acad Sci*, 896, 120-130. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08110.x>
- Kawachi, I., Subramanian, S., & Kim, D. (2008). Social Capital and health: A Decade of Progress and Beyond. In I. Kawachi, S. Subramanian, & D. Kim (Eds.), *Social Capital and Health* (pp. 1-28). Springer.



- Kay, C. (2006). Rural poverty and development strategies in Latin America. *Journal of Agrarian Change*, 6(4), 455-508. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0366.2006.00132.x>
- Kliksberg, B. (1999). Capital Social y Cultura, Claves esenciales para el Desarrollo. *Revista de CEPAL*, IX, 85-181.
- Kliksberg, B. (2000, Jueves 16 de Marzo). Bases Sociales de la Salud. *La Nación*, 2. <http://www.lanacion.com.ar/9233-bases-sociales-de-la-salud>
- Li Y, Wang X, Westlund H, Liu Y. (2015). Physical Capital, Human Capital, and Social Capital: The Changing Roles in China's Economic Growth. *Growth and Change*, 46(1), 133-149.
- Lindstrom M. (2008). Social Capital and Health-Related Behaviors In Kawachi I, Subramanian S, Kim D (Ed.), *Social Capital and Health* (pp. 215-238). Springer.
- Miranda, F. (2003). *Estrategias individuales y colectivas de capital social. El impacto de los programas de superación de la pobreza en la localidad de La Cruz* El aporte del capital social a los programas de superación de la pobreza rural: La interacción agentes estatales-locales Santiago, Chile. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6606/S039608_es.pdf?sequence=1
- Neira, I., Lacalle-Calderón, M., & Portela, M. (2016). Asistencia Oficial para el Desarrollo, Capital Social y crecimiento en América Latina. *Revista de CEPAL*, 119, 31-45.
- Organización Panamericana de la Salud(OPS)-Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *La Familia y la Salud* (Punto 4.7 del orden del día provisional). OPS/OMS.
- Pérez C. (2009). *SPSS 11.0: Guía para el Análisis de Datos*. Pearson/Prentice Hall.
- Pomagalska, D., Putland, C., Ziersch, A., Baum, F., Arthurson, K., Orchard, L., & House, T. (2009). *Practical Social Capital: A guide to Creating Health and Wellbeing*. Public Health Department, Flinders University.
- Pope, H., & Miller, M. (2013). Psychometric Analysis of a Scale to Assess Norms of Reciprocity of Social Support in Community-Based and Congregation-Based Groups. *SAGE Open*, 3(4), 2158244013516771.
- Pope, H. C., Miller, M. C., Wolfer, T. A., Mann, J. R., & McKeown, R. E. (2013). Psychometric Analysis of a Scale to Assess Norms of Reciprocity of Social Support in Community-Based and Congregation-Based Groups. *Sage Open*, 3(4), 2158244013516771. <https://doi.org/10.1177/2158244013516771>
- 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>
- Putland, C., Baum, F., Ziersch, A., Arthurson, K., & Pomagalska, D. (2013). Enabling pathways to health equity: developing a framework for implementing social capital in practice [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BMC Public Health*, 13, 517. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-517>
- Putnam, R. (2000). Thinking about Social Change in America. In *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community* (pp. 581). Simon & Schuster Paperbacks.
- Putnam, R. D., Leonardi, R., & Nanetti, R. Y. (1994). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton: Princeton University Press. <https://press.princeton.edu/books/paperback/9780691037387/making-democracy-work>
- Rocco, L., Fumagalli, E., & Suhrcke, M. (2014). From social capital to health--and back. *Health Econ*, 23(5), 586-605. <https://doi.org/10.1002/hec.2934>
- Rohman, A. (2014). The Positive and Negative Social Capital. *Kompasiana*, 25 November 2014, 3. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2304640>



- Ruiz, C. Y. (2012). Aplicacion del análisis de componentes principales como técnica para obtener índices sintéticos de calidad ambiental. *UCV - Scientia* 4(2), 145-153. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4369401>
- Scheffler, R., Petris, N., Borgonovi, F., Bronw, T., Petris, N., Sassi, F., Dourgnon, P., & Sirven, N. (2010). The Relationship between social capital, human capital and health. In S. Robitaille (Ed.), *Social capital, Human Capital and Health. What's the Evidence?* Centre for Educational Research and Innovation (IRDES-OCDE).
- Secretaría de Salud Honduras. (2010). *Plan Nacional de Salud 2010-2014*.
- Sen, A. (2000a). *Análisis del Documento. El Futuro del Estado de Bienestar* Círculo de Economía, Barcelona, España. <http://hysto.blogspot.com/2014/07/el-futuro-del-estado-de-bienestar-de.html>
- Sen, A. (2000b, 30 de Agosto, 2000). Las distintas caras de la pobreza. *El País*, 12. http://elpais.com/diario/2000/08/30/revistaverano/967586417_850215.html
- Sierra, R., Fernández, T., Trevignani, V., & Posas, M. (2002). La democracia desde la base. Informe sobre Desarrollo Humano Honduras 2002. In Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (Ed.), *Reportes PNUD Honduras* (Editorama S.A. ed., Vol. 5, pp. 230). Naciones Unidas-PNUD. www.pnud.org
- Solís, F., & Limas, M. (2013). Capital Social y Desarrollo: Origen, definiciones y dimensiones de análisis. *Nóesis. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 22(43), 187-212.
- The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. (2004). *Measuring Social Capital An Integrated Questionnaire* (World Bank Working Papers, Issue. The World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/515261468740392133/pdf/281100PAPER0MeasuringOsocial0capital.pdf>
- Villalonga-Olives, E., & Kawachi, I. (2017). The dark side of social capital: A systematic review of the negative health effects of social capital [Review Systematic Review]. *Soc Sci Med*, 194, 105-127. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.10.020>
- Villalonga-Olives, E., Kawachi, I., & von Steinbuchel, N. (2016). Pregnancy and Birth Outcomes Among Immigrant Women in the US and Europe: A Systematic Review. *J Immigr Minor Health*, 2, 613-622. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0483-2>
- Watkins, M. (2018). Exploratory Factor Analysis: A Guide to Best Practice. *Journal of Black Psychology*, 44(3), 219-246. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0095798418771807>
- World Bank. (2002). *Understanding and Measuring Social Capital* (24465). International Bank for Reconstruction and Development/World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/14098/multi0page.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Zarychta A. (2015). Community trust and household health: A spatially-based approach with evidence from rural Honduras. *Soc Sci Med*, 146, 85-94.
- Ziersch A, Baum F, Darmawan I, Kavanagh A, Bentley R. (2009). Social capital and health in rural and urban communities in South Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 33(1), 7-16.
- Ziersch, A. M., Baum, F., Darmawan, I. G., Kavanagh, A. M., & Bentley, R. J. (2009). Social capital and health in rural and urban communities in South Australia [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Aust N Z J Public Health*, 33(1), 7-16. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2009.00332.x>



ANEXOS



Anexo 1. Instrumento de Recolección de la Información

ENCUESTADOR

NÚMERO

INSTRUMENTO

Capital Social y Salud Familiar Percibida por el jefe de hogar, aldea Santa Rosa, Tegucigalpa, Honduras, 2015-2017

NORMAN BRAVO

SOCIODEMOGRAFIA

RESIDENCIA	No. MANZANA	CASA			
EDAD	SEXO	GRUPO ÉTNICO	ESTADO CONYUGAL	ESCOLARIDAD	
AMBIENTE DE RESIDENCIA		SECTOR DE RESIDENCIA		OCCUPACIÓN ACTUAL	
PUNTAJE NBI		NO POBRE		INGRESO MENSUAL DEL JEFE DEL HOGAR (LPS)	
CLASIFICACIÓN DE NBI		POBRE			
		EXTREMA POBREZA			

DIMENSIONES DEL CAPITAL SOCIAL

PARTICIPACION EN REDES COMUNITARIAS

PARTICIPA EN ACTIVIDADES EN GRUPO INFORMAL/FORMAL COMUNITARIO?	EXCURSIONES	AGRUPACION VECINAL
RECIPROCIDAD	IGLESIA CATÓLICA	IGLESIA EVANGÉLICA
EN QUE CREE USTED QUE UN VECINO PUEDE AYUDARLE?:	EQUIPO DE FÚTBOL	OTROS
ACONSEJARLO SOBRE COMO INVERTIR DINERO		
DARLE UN CONSEJO LEGAL		
CONECTARLO CON UN POLITICO PARA RESOLVER UN PROBLEMA		

CALIFIQUE DEL 1-10 SI PUEDE CONTAR CON EL APOYO DE LOS DEMAS SI TIENE UN PROBLEMA?

CONFIANZA

DEL 1-10 CÓMO CALIFICA USTED LA CONFIANZA ENTRE LOS HABITANTES DE LA COMUNIDAD?
 DEL 1-10 CÓMO CALIFICA USTED SI EN LA COMUNIDAD HAY QUE ANDAR ALERTA DE LO CONTRARIO LO PUEDEN FREGAR?
 CÓMO CALIFICA USTED LA CONFIANZA EN LAS SIGUIENTES INSTITUCIONES?

ONG'S	EMPRESA PRIVADA	PARTIDO POLITICO
PATRONATO	COMITÉ VECINAL	BRIGADAS MEDICAS
JUNTA DE AGUA	EQUIPO LOCAL	GOBIERNO

EN ESTA ALDEA HAY CONFIANZA ENTRE LOS HABITANTES

NORMAS SOCIALES

HAY PERSONAS EN LA COMUNIDAD CON LAS QUE USTED NO SE RELACIONA?	SI	NO	
DESCRIBA EL MOTIVO POR EL CUAL NO SE RELACIONA			
QUE TAN DE ACUERDO ESTÁ USTED QUE UN VECINO CORRIJA A UN HIJO SUYO/FAMILIAR SI COMETE UN ERROR O EN MALOS PASOS?			
MUY EN DESACUERDO	NO ESTOY SEGURO		
EN DESACUERDO	DE ACUERDO		
	MUY DE ACUERDO		
QUIEN CREE USTED QUE DEBE CORREGIR A ESE HIJO O FAMILIAR QUE ANDA EN MALOS PASOS?			
SOLO MADRE/PADRE	PARIENTES Y/O VECINOS	IHNFA	
PARIENTES CERCANOS	CUALQUIERA DE LA ALDEA	OTROS	

SALUD FAMILIAR PERCIBIDA

PARA USTED QUIEN ES EL RESPONSABLE DE LA SALUD FAMILIAR?	CIUDADANOS	GOBIERNO	PADRES			
	ALCALDIA	MAESTROS	JEFE DE FAMILIA			
COMO CALIFICA USTED LA SALUD FAMILIAR?	MALA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA	EXCELENTE	
DE 0-100 COMO CALIFICA EL ESTADO DE SALUD DE SU HOGAR?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			



Anexo 2.Consentimiento Informado y Firmado

Yo Norman Bravo, médico de profesión y vecino de este municipio, estoy solicitando a usted su colaboración voluntaria para participar en el estudio:

Capital Social y Salud Familiar Percibida por el Jefe del Hogar, aldea Santa Rosa, Tegucigalpa, Honduras, 2015-2017

Aclarando que está investigación es con el fin únicamente académico y la información solo será utilizada para esta investigación. Y le garantizó que la información que usted brinde será estrictamente de carácter confidencial, no serán divulgados su nombre ni sus datos personales, usted no será sometido (a) a presiones de ningún tipo, así como tampoco usted percibirá ningún tipo de remuneración económica o beneficio adicional por su participación o colaboración.

Su participación será de carácter voluntaria, sin embargo, usted tiene el derecho a retirarse o negarse a dar o continuar con la entrevista en el momento que así lo desee. No obstante, es importante hacer de su conocimiento que los resultados y conclusiones de esta investigación podrían ser útiles para mejorar el servicio de atención que se brinda en el centro de salud de esta comunidad, ya que los hallazgos serán socializados o compartidos con las autoridades sanitarias y los líderes comunitarios que estén involucrados con el desarrollo de esta comunidad, sin revelar su identificación o información personal.

A continuación, puede responder la siguiente pregunta a la persona que le está informando acerca de esto:

¿Ha comprendido usted la información que se le ha brindado? Si No

¿Desea usted participar o ser incluido (a) en esta investigación? Si No

Si su respuesta es afirmativa podría darnos su nombre, firma y/o huella digital

Nombre participante _____

Número de Identidad _____

Firma y/o huella _____



Anexo 3.Dictamen Comité de Ética

COMITÉ DE ETICA
IORG0001073
IRB00001470
FWA00000669
MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE OCCIDENTE
BARRIO EL CALVARIO SANTA ROSA DE COPAN
HONDURAS, CENTROAMERICA

Febrero 2017

Dr. Norman Bravo
Investigador Principal

Fecha de Aprobación: Febrero 2017
Fecha de Expiración: Febrero 2018

Título del Estudio: "Capital Social y salud Familiar en la aldea Santa Rosa, Tegucigalpa, Honduras, C.A. 2017"

Se procedió a la revisión anual del estudio por usted solicitada y esta ha sido aprobada en su totalidad por este comité. El Comité de Ética del Hospital de Occidente revisa y aprueba este estudio para el período de Febrero 2017 a Febrero 2018. Además, reconocemos que:

El FWA bajo el cual este Comité opera, requiere que todas las investigaciones deben ser revisadas al menos una vez por año, tomando en cuenta la coordinación de las fechas de renovación de cada institución de la colaboración. Es responsabilidad de los Investigadores Principales someter la revisión y obtener aprobación antes de la fecha de expiración y no debe continuar la investigación más allá de la fecha de expiración sin la aprobación del Comité.

La falta de aprobación después de la fecha de expiración pueda resultar en la congelación de la aprobación del estudio en la fecha de expiración. En caso de cambios en el protocolo estos deberán ser aprobados por el Comité antes de su implementación.

Gracias por su ardua labor y por sus esfuerzos para contribuir al pueblo de Honduras.

Atentamente,



Dr. German Barcenas.
Presidente



Anexo 4.Operacionalización de variables

Variable	Tipo de Variable	Definición	Categorías	Operacionalización
Salud familiar percibida	Dependiente	<p>La salud familiar o salud de los integrantes del hogar es la referencia del jefe de familia calificándola en categorías (Mala, Regular, Buena, Muy Buena, Excelente).</p>	<p>1. Padres 2. Jefe de familia 3. Gobierno 4. Ciudadanos</p> <p>0. Mala 1. Regular 2. Buena 3. Muy buena 4. Excelente</p> <p>1. 40-50 2. 51-60 3. 61-70 4. 71-80 5. 81-90 6. 91-100</p> <p>Para cada una de las categorías se construirán los valores porcentuales que corresponden según lo percibido por el jefe de hogar de la siguiente manera:</p> <p>% de jefes de hogar que refieren que los padres son responsables de la salud familiar % de jefe de hogar que refieren que ellos son los responsables de la salud familiar % de jefes de hogar que refieren que el gobierno es el responsable de la salud familiar % de jefes de hogar que refieren que los ciudadanos son los</p>	<p>¿Quién es el responsable de la salud familiar?</p> <p>¿Cómo califica usted la salud familiar?</p> <p>¿Cómo califica el estado de salud de su hogar (0-100)?</p>



			responsables de la salud familiar % de jefes de hogar que califican el nivel de salud familiar mala % de jefes de hogar que califican el nivel de salud familiar regular % de jefes de hogar que califican el nivel de salud familiar buena % de jefes de hogar que califican el nivel de salud familiar muy buena % de jefes de hogar que califican el nivel de salud familiar excelente % de jefes de hogar que califican el estado de salud de su hogar entre 40-50 puntos % de jefes de hogar que califican el estado de salud de su hogar entre 51-60 puntos % de jefes de hogar que califican el estado de salud de su hogar entre 61-70 puntos % de jefes de hogar que califican el estado de salud de su hogar entre 71-80 puntos % de jefes de hogar que califican el estado de salud de su hogar entre 81-90 puntos % de jefes de hogar que califican el estado de salud de su hogar entre 91-100 puntos	
--	--	--	---	--

Características sociodemográficas

Son todos aquellos aspectos que constituyen determinantes importantes para la ubicación del contexto de los entrevistados y comprende variables como la edad, sexo, grupo étnico, estado civil, lugar de residencia, nivel de escolaridad, ocupación, y las necesidades básicas insatisfechas.



Edad del jefe de hogar	Independiente	Años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha de la entrevista	<p>Se construirán categorías de grupos de edad decenal incluyendo como criterio solo aquellos individuos con edad comprendida entre los 19-78 años:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. =19 años 2. 20-29 3. 30-39 4. 40-49 5. 50-59 6. ≥ 60 	¿Cuántos años cumplidos tiene en este momento?
Sexo	Independiente	Son características sexuales de los individuos de una misma especie que los divide en masculino y femenino	<p>1. Femenino 2. Masculino</p> <p>Para cada una de las categorías se construirán los valores porcentuales que corresponden de la siguiente manera:</p> <p>% jefe de hogar del sexo Femenino % jefe de hogar sexo Masculino</p>	¿Cuál es el sexo del jefe de hogar?
Grupo étnico	Independiente	Reconocimiento del jefe de hogar con la comunidad humana que comparte una afinidad cultural que permite que sus integrantes puedan sentirse identificados entre sí, pudiendo en algunos casos compartir inclusive comportamientos sociales y/o aspectos lingüísticos	<p>1.Mestiza 2.Afrodescendiente 3.Indigéna 4.Caucásica</p> <p>Para cada una de las categorías se construirán los valores porcentuales que corresponden de la siguiente manera</p> <p>% de usuarios Mestizos % de usuarios Afrodescendientes % de usuarios indígenas % de usuarios Caucásicos</p>	¿En cuál grupo étnico usted se identifica o pertenece?
Estado conyugal	Independiente	Reconocimiento del jefe de hogar en función de su	<p>1.Casado 2.Soltero 3.Unión libre o de hecho</p>	¿Cuál es su estado conyugal?



		relación de pareja medie o no documento legal	4. Separado 5. Divorciado 6. Viudo Para cada una de las categorías se construirán los valores porcentuales que corresponden de la siguiente manera: % de jefes de hogar casados % de jefes de hogar solteros % de jefes de hogar en unión libre o de hecho % de jefes de hogar separados % de jefes de hogar divorciados % de jefes de hogar viudos	
Ambiente de residencia	Independiente	Espacio geográfico según características medioambientales donde reside un individuo o grupo de individuos	1. Urbana 2. Rural Para cada una de las categorías se construirán los valores porcentuales que corresponden de la siguiente manera: % de usuarios que reside en el área urbana % de usuarios que resides en área rural	Área urbana: -Residencial Santa Clara (247 viviendas) -Residencial Emmanuel (365 viviendas) Área rural: Sector Santa Rosa y Los Jutes constituido por 39 manzanas (659 viviendas)
Sector de residencia	Independiente	Comunidad o colonia donde habita la familia o domicilio actual del jefe de hogar al momento de realizar la entrevista	1. Santa Rosa 2. Los Jutes 3. Col. Santa Clara 4. Col. Emmanuel Se construirán valores porcentuales que corresponden a las siguientes:	¿Cuál es el sector de su residencia en este momento?



			% de jefes de hogar que residen en sector Santa Rosa % jefes de hogar que residen sector los Jutes % de jefes de hogar que residen en la Col. Santa Clara % de jefes de hogar que residen en la Col. Emmanuel	
Escolaridad	Independiente	Último grado aprobado en el nivel más alto de enseñanza al momento de la entrevista	<p>0. Analfabeta 1. Primaria incompleta 2. Primaria completa 3. Secundaria incompleta 4. Secundaria completa 5. Universidad incompleta 6. Universidad completa</p> <p>Se construirán valores porcentuales que corresponden a las siguientes:</p> <p>% de jefes de hogar analfabetos % de jefes de hogar con primaria incompleta % de jefes de hogar con primaria completa % de jefes de hogar con secundaria incompleta % de jefes de hogar con secundaria completa % de jefes de hogar con universidad incompleta % de jefes de hogar con universidad completa</p>	¿Cuántos años de escolaridad tiene?
Ocupación actual del jefe de hogar	Independiente	Actividades laborales u ocupacionales que realiza el individuo ya sean remuneradas o no	<p>Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO)</p> <p>1. Gerentes 2. Profesionales</p>	¿Cuál es su ocupación o labores que usted se dedica en este momento?



		<p>al momento de la entrevista</p> <p>3. Técnicos y profesionales asociados 4. Personal de apoyo administrativo 5. Trabajadores de servicios y ventas 6. Trabajadores cualificados de agricultura, silvicultura y pesca 7. Artesanos y trabajadores de servicios afines 8. Operadores de instalaciones y maquinas, y montadores 9. Ocupaciones elementales 10. Ocupaciones de las fuerzas armadas 11. No clasificados en otra parte</p> <p>Se construirán valores porcentuales que corresponden a las siguientes:</p> <p>% de jefe de hogar que son Gerentes % de jefes de hogar que son Profesionales % de jefes de hogar que son Técnicos y profesionales asociados % de jefes de hogar que son Personal de apoyo administrativo % de jefes de hogar que son Trabajadores de servicios y ventas % de jefes de hogar que son Trabajadores cualificados de agricultura, silvicultura y pesca</p>	
--	--	---	--



			% de jefes de hogar que son Artesanos y trabajadores de servicios afines % de jefes de hogar que son Operadores de instalaciones y maquinas, y montadores % de jefes de hogar que tienen Ocupaciones elementales % de jefes de hogar que tienen Ocupaciones de las fuerzas armadas % de jefes de hogar con ocupaciones No clasificados en otra parte	
Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	Independiente	Método directo utilizado para caracterización de la pobreza según indicador de acuerdo con los siguientes 6 criterios: 1.Tipo de vivienda 2.Hacinamiento 3.Disponibilidad de agua potable 4. Eliminación de excretas 5.Educación 6.Capacidad de subsistencia	Categorías de pobreza 1. No pobre 0 2. Pobre 1 3. Extrema pobreza ≥ 2 Para cada una de las categorías se construirán los valores porcentuales que corresponden de la siguiente manera % de jefes de hogar No pobre % de jefes de hogar Pobres % de jefes de hogar en Extrema pobreza	La condición de pobreza se cumple de la siguiente manera: No pobre: todas sus 6 necesidades básicas están satisfechas Pobre: Una de sus 6 necesidades básicas está insatisfecha Extrema pobreza: dos o más de sus 6 necesidades básicas están insatisfechas
Ingreso económico mensual del jefe de hogar	Independiente	Totalidad de ganancias mensuales percibidas por el jefe del hogar de acuerdo con la ocupación que realiza o actividades a que se dedica al	1. 80-231 \$ 2. 232-423 \$ 3. 424-615 \$ 4. ≥ 615 \$ % de jefe de hogar con ingreso de 80-231 \$ % de jefe de hogar con ingreso entre 232-423 \$	¿Cuánto es su ingreso económico mensual?



		momento de la entrevista	% de jefe de hogar con ingreso entre 424-615 \$ % de jefe de hogar con ingreso $\geq 616 \$$	
Dimensiones del Capital Social (CS)				
Constructo psicológico definido como: “Características de la organización social como redes, normas y confianza que facilitan la coordinación y la cooperación para el beneficio mutuo”				
Participación en redes comunitarias	Independiente	<p>Es la tendencia entre individuos o grupos a la sociabilidad y a la capacidad de formar nuevas asociaciones</p> <p>Para cada una de las categorías se construirán los valores porcentuales que corresponden de la siguiente manera</p> <p>% de jefes de hogar que pertenecen a organizaciones comunitarias % de jefes de hogar que participan en actividades en grupo informal/formal comunitario</p>	<p>0. Ninguno 1. Iglesia Católica 2. Iglesia Evangélica 3. Alcohólicos anónimos 4. Patronato 5. Partido político 6. Asociaciones 7. Alcaldía Municipal 8. Fundaciones 9. Equipo de fútbol 10. Otros</p> <p>0. Ninguna 1. Excursiones 2. Iglesia católica 3. Agrupación vecinal 4. Equipo de fútbol 5. Iglesia evangélica 6. Alcaldía</p>	<p>¿A qué organización comunitaria pertenece?</p> <p>¿Participa en actividades en un grupo informal/formal comunitario?</p>
Reciprocidad	Independiente	Es la capacidad del individuo de proveer un servicio a otro o	<p>1. Darle un consejo de salud 2. Llevar a alguien de su familia al médico</p>	¿En qué cree usted que un vecino podría ayudarle?



		<p>actuar para el beneficio de otros a un costo personal, con la expectativa de que este servicio le será devuelto en algún momento del futuro en caso de necesidad.</p>	<p>3. Una construcción/reparación importante 4. Darle un consejo legal 5. Hablar acerca de un problema personal 6. Aconsejarlo sobre cómo invertir dinero 7. Contactarlo con alguien para que le ayude 8. Contactarlo con un político para resolver problema</p> <p>Calificación según: Puntaje: 1-10</p>	<p>¿Califique si puede contar con el apoyo de los demás si tiene problemas?</p>
		<p>Para cada una de las categorías se construirán los valores porcentuales que corresponden de la siguiente manera</p> <p>% de jefes de hogar que cree que un vecino podría ayudarle % de jefes de hogar según puntaje que cuentan con apoyo de los demás si tiene problemas % de jefes de hogar según puntaje que</p>		<p>¿Califique si usted considera que los habitantes de la comunidad solo se interesan por ellos mismos?</p>



			considera que los habitantes de la comunidad solo se interesan por ellos mismos	
Confianza	Independiente	Implica la voluntad de aceptar riesgos, lo que se supone que las personas responderán como se espera y en formas en que ofrece apoyo mutuo de los vecinos, instituciones y organizaciones	Calificación según: Puntaje 1-10 Horas a la semana: 0. 1-5 horas 1. 6-10 horas Calificación según: Puntaje: 1-10 Calificación según: Puntaje: 1-10 Calificación según: Puntaje: 1-10 Calificación según: Puntaje: 1-10 Calificación según: Puntaje: 1-10	¿Cómo califica usted la confianza en sus vecinos? ¿Cuántas horas a la semana usted conversa con vecinos que no son su familia? ¿Cómo califica usted la confianza entre los habitantes de la comunidad? ¿Cómo califica usted si en la comunidad hay que andar alerta de lo contrario lo pueden fregar? ¿Cómo califica usted la confianza en las ONG's? ¿Cómo califica usted la confianza en el patronato? ¿Cómo califica usted la confianza en la junta de agua? ¿Cómo califica usted la confianza en el gobierno?



			<p>Calificación según: Puntaje: 1-10</p> <p>Calificación según: Puntaje: 1-10</p> <p>Calificación según: Puntaje: 1-10</p> <p>Calificación según: Puntaje: 1-10</p> <p>Para cada una de las categorías se construirán los valores porcentuales que corresponden de la siguiente manera</p> <p>% de jefes de hogar según puntaje que tiene confianza en sus vecinos % de jefes de hogar según horas a la semana que conversa con vecinos que no son familia % de jefes de hogar según puntaje que consideran que había confianza entre los habitantes de la comunidad % de jefes de hogar que consideran que hay que andar alerta en la comunidad Puntaje: 1-10</p>	<p>¿Cómo califica usted la confianza en la empresa privada?</p> <p>¿Cómo califica usted la confianza en el comité vecinal?</p> <p>¿Cómo califica usted la confianza en el equipo de deportes de la comunidad?</p> <p>¿Cómo califica usted la confianza en las brigadas médicas?</p>
--	--	--	--	---



			% de jefes de hogar según puntaje que tenían confianza en las ONG's % de jefes de hogar según puntaje que tenían confianza en el patronato % de jefes de hogar según puntaje que tenían confianza en la junta de agua % de jefes de hogar según puntaje que tenían confianza en el gobierno % de jefes de hogar según puntaje que tenían confianza en la empresa privada % de jefes de hogar según puntaje que tenían confianza en el comité vecinal % de jefes de hogar que tenían confianza en el equipo de deportes de la comunidad % de jefes de hogar según puntaje que tenían confianza en las brigadas médicas	
Normas sociales	Independiente	Son aquellas que proveen un control social informal, no están escritas, pero son aceptadas por todos para determinar que patrones de comportamiento se esperan en un contexto social dado y para definir qué formas de comportamientos son valoradas o	<p>1. Si 2. No</p> <p>Motivo</p> <p>1. Por engreídos 2. No hay afinidad 3. Falta de tiempo 4. Por problemas personales 5. Otros</p> <p>Calificación según: Puntaje: 1-10</p>	<p>¿Hay personas en la comunidad con las que usted no se relaciona, por qué?</p> <p>¿Cómo califica la honestidad de las</p>



		<p>socialmente aceptadas</p> <p>1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. No estoy seguro 4. De acuerdo 5. Muy de acuerdo</p> <p>1. Solo madre/padre 2. Parientes cercanos 3. Parientes y/o vecinos 4. Cualquiera de la comunidad 5. Otros</p> <p>Para cada una de las categorías se construirán los valores porcentuales que corresponden de la siguiente manera</p> <p>% de jefes de hogar según se relacionan con las personas de la comunidad % de jefes de hogar según motivo por el cual no se relaciona con las personas de la comunidad % de jefes de hogar que según puntaje consideran la honestidad de las personas en la comunidad % de jefes de hogar que están de acuerdo que un vecino corrija a un hijo suyo o familiar % de jefes de hogar que consideran que persona debe corregir a ese hijo</p>	<p>personas en la comunidad?</p> <p>¿Qué tan de acuerdo está usted que un vecino corrija a un hijo suyo o familiar si comete un error o está cometiendo una mala acción?</p> <p>¿Quién cree usted que debe corregir a ese hijo o familiar que anda en malos pasos?</p>
--	--	--	--



			o familiar que anda en malos pasos:	
Proactividad	Independiente	<p>Es el sentido de eficacia personal y colectiva, requiere del involucramiento activo y reivindicativo de los ciudadanos en una comunidad, y se refiere a las personas como creadoras y no como receptores pasivos de servicios o derechos</p>	<p>1. Si 2. No</p> <p>1. Iglesia católica 2. Teletón 3. Cruz Roja 4. Junta de Agua 5. Iglesia Evangélica 6. Otros</p> <p>Para cada una de las categorías se construirán los valores porcentuales que corresponden de la siguiente manera</p> <p>% de jefes de hogar que realizan actividades colectivas en la comunidad % de jefes de hogar que colaboran con organizaciones de la comunidad</p>	<p>¿Realiza usted actividades colectivas en la comunidad?</p> <p>¿Colabora usted con algunas organizaciones de la comunidad?</p>



Anexo 5. Artículo 1.

Publicación Revista Calidad Asistencial 2017; 32 (6): 342-346

URL: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-el-capital-social-como-determinante-S1134282X17300763>

Rev Calid Asist. 2017;32(6):342-346



REVISIÓN

El capital social como determinante de salud pública

N.D. Bravo Vallejos*



Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES), Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN), Managua, Nicaragua

Recibido el 18 de mayo de 2017; aceptado el 2 de septiembre de 2017
Disponible en Internet el 21 de noviembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Determinantes sociales de la salud;
Capital social;
Salud pública;
Sociología médica

Resumen

Contexto: El concepto de capital social (CS) originalmente descrito por Durkheim en 1893 está compuesto por dimensiones relacionadas con la cohesión y la confianza entre los integrantes de un grupo social y es considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parte de los determinantes sociales de la salud pública para la disminución de las inequidades y desigualdades en salud.

Objetivo: Contribuir a la difusión del concepto de CS relacionado con los determinantes sociales de la salud pública con el fin de ofrecer al lector elementos para visualizar las potenciales aplicaciones y prácticas en este campo.

Metodología: Se realizó una búsqueda de la literatura (Google Academics[®], PubMed, Science direct[®] y Ebsco Host[®]).

Resultados: Se obtuvieron 294 publicaciones de texto completo entre las que se seleccionaron las fuentes con mayor influencia sobre la evolución y aplicación del concepto de CS, desarrollo socioeconómico y salud pública en la última década.

Conclusión: Aunque la evidencia actual permite afirmar que el CS es un determinante relacionado con la salud, aún es necesario disponer de estándares para su medición, lo que permitirá la instrumentalización y aplicación del concepto, y facilitará su integración en forma de acciones que ejerzan influencia positiva, y contribuyan a la implementación de intervenciones institucionales planificadas para el desarrollo y la salud pública.

© 2017 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Social determinants of health;
Social capital;
Public health;
Medical sociology

Social capital as a determinant of public health

Abstract

Background: The concept of Social Capital (SC), originally described by Durkheim (1893), is composed of dimensions related to cohesion and trust between members of a social group, and considered by the World Health Organization (WHO) as part of the social determinants of public health for the decrease of inequities and inequalities in health provision.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: normanbra@yahoo.es

<https://doi.org/10.1016/j.cal.2017.09.003>

1134-282X/© 2017 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



Objective: To contribute to the dissemination of the concept of SC related to the social determinants of Public Health, in order to offer the reader in-depth content to observe the potential applications and practices in this field.

Methodology: Literature search (Google AcademicsTM, PubMed, Science directTM, Ebsco HostTM).

Results: A total of 294 full-text publications were obtained, and those selected were the most influential sources on the evolution and application of the concept of Social Capital, socioeconomic development and health in the last decade.

Conclusion: Although the current evidence shows that Social Capital is a determinant related to health, standards are still needed for its measurement. This could allow the concept to be measured, and facilitate its integration into the form of actions that exert positive influence and contribute to the implementation of institutional interventions planned for development and public health.

© 2017 SECA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El capital social (CS) en el campo de las ciencias sociales está relacionado con la cohesión del tejido social. En la actualidad, no existe acuerdo general sobre su definición exacta por lo que, en este trabajo se utilizará la propuesta por Putnam que se refiere al CS como las «características de la organización social como redes, normas y confianza que facilitan la coordinación y la cooperación para el beneficio mutuo»¹⁻³. Sobre lo que si hay acuerdo es respecto a que es un concepto multidimensional, que debe ser diferenciado de las connotaciones mercantiles, económicas o ideológicas. Bolívar y Elizalde proponen una interpretación que establece una equivalencia con la palabra «recursos»⁴ y que podría confundirse con terminología como «capital mercantil», «capital natural» y otros, ya que lo que se busca es delimitar una característica social derivada de un modelo de relaciones producto de la percepción individual, de la confluencia de intereses, de los valores personales y sociales entre los seres humanos que componen un grupo.

Con respecto a las dimensiones que componen el constructo del término tampoco hay acuerdo general. Sin embargo, en la literatura más reciente con mayor frecuencia se contemplan 3 dimensiones: la solidaridad de grupo y cohesión social (por ejemplo, confianza en otros, normas de reciprocidad), la capacidad del grupo social de llevar a cabo acciones colectivas (eficacia colectiva) y reforzar normas sociales (control social informal), y para algunos la dimensión de inclusión cívica y participación⁵. Este constructo es una de las aportaciones de la sociología médica que estudia la relación entre individuo, comunidad, instituciones y sistema social, o desigualdades poblacionales en salud, determinantes, clases y estratificación, organización y utilización de servicios, políticas de salud así como salud familiar; esta materia en conjunto con la demografía da forma al campo de la epidemiología social, que realiza distinciones aplicando métodos de campo y análisis estadístico cada vez más sofisticados empleados en la

identificación de grupos o poblaciones en riesgo, así como necesidades no identificadas previamente, indicadores de servicios sanitarios y otras aplicaciones, que influyen sobre la formulación y la planificación de las nuevas políticas de salud pública⁶. Algunos ejemplos de esto lo constituyen las descripciones socio-antropológicas de algunos problemas de salud pública como la descripción del embarazo adolescente, reacciones sociales y epidemia de sida, así como la obesidad y la promoción de estilos de vida saludable⁷.

Robert Putnam en su libro *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, hace aportaciones al CS que marcan una línea de interpretación y discusión relacionada con el espectro humanista y sus efectos sobre las mejoras en la calidad de vida. En el libro, Putnam discute las designaciones sociales precisas y su aplicabilidad al ocio, economía, organización, ciencias políticas, salud pública y ciencias sociales⁸. A partir de la publicación de este libro, el estudio de la relación entre CS y salud alcanza nivel global, con evidencia de que las conexiones entre individuos, aún entre familias son determinantes de la salud⁹. El objetivo de esta revisión es contribuir a la difusión del concepto de CS como determinante social de la salud pública; con el fin de ofrecer al lector contenido de profundidad para visualizar las potenciales aplicaciones y prácticas en el campo de la salud.

Material y métodos

Para lograr este objetivo el autor realizó una selección de 294 publicaciones de texto completo colectadas de motores de búsqueda como Google Academics[®], Science Direct[®], PubMed y Ebsco-Host[®], seleccionándose al final las fuentes con mayor influencia sobre la evolución y aplicación del concepto de CS, desarrollo socioeconómico y salud pública en la última década.



Resultados

A partir de los textos seleccionados, se establecen los siguientes elementos del concepto de CS:

Antecedentes históricos del concepto de CS

Durkheim (1893) acuña el término de solidaridad social, como el conjunto de normas, creencias y valores que integran a los hombres en una comunidad. Hannifan (1916) lo definió como: «esas sustancias intangibles con que cuentan la mayoría de las personas en la vida diaria». Weber (1944) introduce el término acción social, como elemento de la estrategia utilizada por los individuos para la obtención de recursos o beneficios. Putnam (1960) señala que el «capital social» se refiere las características de la organización social como redes, normas que facilitan la coordinación y la cooperación para el beneficio. Loury (1977) lo define como el conjunto de los recursos reales o potenciales que se vinculan con la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas, de Hace poco más de dos décadas Robert Putnam agrega una nueva definición (1994) y lo describe como «un capital conformado fundamentalmente por el grado de confianza existente entre los actores sociales de una sociedad, las normas de comportamiento cívico practicadas y el nivel de asociatividad» con intercambio de conocimiento y reconocimiento, terminología utilizada por las ciencias del desarrollo que incluyen nuevos campos como la sociología y la epidemiología médica, que han aportado conceptos de determinantes sociales y salud pública desde el primer reporte del cirujano general sobre tabaquismo en EE.UU. hasta la declaración de Río sobre la inclusión de determinantes sociales en el abordaje de la disminución de la inequidad en el acceso a la salud^{5,7,8}.

Elementos del capital social

Entre los elementos más estudiados en la literatura disponible, el autor identificó con mayor frecuencia los siguientes, que no deben confundirse con dimensiones del CS, aunque son parte de estas⁹:

- a) Normas sociales: Reglas que actúan como control social informal que obvian las acciones legales e institucionalizadas.
- b) Proactividad: Involucramiento activo y reivindicativo de los ciudadanos en una comunidad, se refiere a las personas como creadoras y no como receptores pasivos de servicios o derechos.
- c) Participación en redes: Es la capacidad de obtener beneficios conscientes de que las asociaciones y redes son necesarias.
- d) Reciprocidad: El individuo tiene la expectativa de que su «servicio» le será devuelto en algún momento futuro en caso de necesidad.
- e) Confianza: Aceptación de riesgos suponiendo que los favorecidos responderán como se espera y en forma de apoyo mutuo.

Capital social, desarrollo económico y salud pública

El desarrollo socioeconómico es esencial para la consecución de mejores efectos de las estrategias de salud pública, por lo que se debe tomar en cuenta como determinante de la salud, recientemente se acepta la utilidad del CS en el desarrollo financiero microeconómico como determinante de inversión¹⁰. Un ejemplo son las conclusiones de Neira et al. (CEPAL), que investigaron si la confianza se relaciona con la eficacia de la asistencia oficial para el desarrollo económico en 18 países de América Latina, sugiriendo que la confianza es más importante que la democracia como factor potenciador de eficacia de la asistencia social para el desarrollo, recomendando que se realicen inversiones dirigidas a sectores que favorezcan el desarrollo del CS como medio para escapar de la pobreza¹¹.

Capital social y salud individual

La evidencia entre CS y salud es fuerte, gran parte de los estudios empíricos encuentran asociación positiva. Se ha demostrado la relación entre aspectos del CS con beneficios para el bienestar y la salud individual^{10,12,13}.

A pesar de que escritores como Putnam establecen la importancia de estudiarlo a nivel «micro», de donde pueden derivar generalizaciones grupales o comunitarias que se traduzcan en estrategias comunitarias (meso) o nacionales (macro); y que la comisión de determinantes sociales de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifique las intervenciones como «macro», «meso» y «micro» de acuerdo al nivel de las políticas necesarias para reducir la desigualdad en salud, desde el punto de vista institucional sin embargo, solo se realizan evaluaciones «macro» y «meso»¹³.

Capital social y salud autopercibida

El CS juega un rol en la determinación de la salud actual y en la salud percibida¹, en una publicación de Rocco et al. reportan que al evaluar la relación entre salud y CS medida por la confianza generalizada, a nivel individual y comunitario, hay interrelación causal y positiva entre la salud auto percibida y el CS, y que esto actúa en ambas direcciones¹⁰. Ferraro y Farmer reportan que la morbilidad auto-reportada muestra desempeño pronóstico igual o superior al del médico¹⁴. Los mecanismos por los que el CS puede tener potencial influencia positiva sobre la salud individual están¹⁰:

- a) Proporciona acceso más fácil a información relevante sobre la salud, como resultado de interacciones sociales más intensas, a mayor involucramiento del individuo en interacciones sociales continuas, es más fácil y barato su acceso a la información.
- b) Facilita el suministro de atención sanitaria informal y/o apoyo psicológico, el apoyo financiero puede ser necesario para cubrir los gastos de la atención en salud.
- c) Puede facilitar los esfuerzos de gestiones y coordinación para la obtención de bienes que amplifican la salud, así como servicios.



- d) Incrementa la expectativa de la importancia y valor de la vida, puede inducir a las personas racionales a reducir el nivel de conductas de riesgo.

Capital social y salud comunitaria

Uno de los grandes hitos en la evolución del concepto de CS lo aportó Putnam, que puntuiza su investigación sobre conclusiones basadas en la participación o inclusión comunitaria como parte del concepto de CS, expresada como participación en asociaciones como voluntariado y su asociación con indicadores de morbilidad relacionados con enfermedad crónica, demostrando la relación positiva entre involucramiento cívico y salud poblacional, proporcionando nuevos medios para llevar la promoción de la salud a la comunidad¹⁵.

Capital social y salud pública

La amplificación poblacional del efecto del CS sobre la salud individual es la vinculación entre este y la salud pública, que a su vez es influenciada e influye en elementos como inequidad, esperanza de vida y otros, un ejemplo de esto lo demuestra Klksberg con la vinculación entre CS y esperanza de vida, explicando el 58% de la variación en la mortalidad general¹⁵.

La equidad incide en la riqueza del CS, y este en la salud pública, por consiguiente, si los vecindarios son fuertes, esto hace que se difundan con mayor rapidez los avances en salud, y que haya presión social sobre las conductas desviadas (p. ej., consumo de drogas), además si el CS es fuerte hay más participación en la sociedad civil y en la política, y los gobiernos responden más a las necesidades de los más desfavorecidos¹⁵.

La salud pública depende entonces de factores directamente médicos, de condiciones económicas poblacionales básicas, provisión de servicios fundamentales, así como del nivel de equidad social y fortaleza de su CS, el Premio Nobel Amartya Sen concluyó que los países con una esperanza de vida mayor con respecto a otros países con un producto interno bruto alto, es porque son menos desiguales y priorizan la salud y la educación¹⁵.

Amartya Sen puntuiza que la confianza de unos con otros contribuye de forma decisiva en mejorar el papel del estado en la asistencia sanitaria y las redes de seguridad social, los programas de alivio a la pobreza, y la posibilidad que tienen los ciudadanos de gozar de una existencia saludable, contrario a las sociedades excluyentes y autoritarias que restringen la participación económica, política y social^{16,17}.

Discusión

El CS es uno de los determinantes sociales de la salud basado en la organización social que puede asumir características propias en cada grupo sociocultural, por lo que debe lograrse la instrumentalización estandarizada para medir y describir las dimensiones que asume en cada grupo social, esta estandarización es un reto para la investigación local, pero que puede rendir frutos en logro de metas relacionadas

con la salud pública, como son la promoción de estilos de vida saludable, la disminución de tasas de mortalidad general, la disminución de inequidad en el acceso a la salud, las tasas de mortalidad materno-infantil, además de generar una dimensión paralela de desarrollos relacionados con la transparencia en calidad de servicios sanitarios y otros aspectos.

Conflictos de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A la Dra. Nereida Rojo por su colaboración en la revisión de redacción. Esta revisión surge como parte del Proyecto de Investigación «Capital Social y Salud Autopercebida, Aldea Santa Rosa, Honduras, c.A.» del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Este trabajo de investigación no ha recibido ningún tipo de apoyo financiero específico de instituciones públicas, privadas y fue realizado sin ánimo de lucro.

Bibliografía

1. Fiorillo D, Sabatini F. Structural social capital and health in Italy. *Econ Hum Biol*. 2015;17:129-42 [consultado 5 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1570677X15000180/pdf?md5=cf0bf64d9b8f072ed6c0168e39a4cb4&pid=1-s2.0-S1570677X15000180-main.pdf>.
2. Villalonga-Olives E, Kawachi I, von Steinbuchel N. Pregnancy and Birth Outcomes Among Immigrant Women in the US and Europe: A Systematic Review. *J Immigr Minor Health*. 2016;2:613-22 [consultado 28 Ene 2017]. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10903-016-0483-2>.
3. Kawachi I, Subramanian S, Kim D. Social Capital and health: A Decade of Progress and Beyond. En: Kawachi I, Subramanian S, Kim D, editores. *Social Capital and Health*. Boston, Massachusetts: Springer; 2008. p. 1-28.
4. Bolívar G, Elizalde A. Capital Social y Capital. *Revista de la Universidad Bolivariana*. 2011;10:7-16 [consultado 21 Mar 2017]. Disponible en: <https://polis.revues.org/1901>.
5. Coril J, Dyer K. Social Science Contributions to Public Health: Overview. En: Qua S, editor. *International Encyclopedia of Public Health*. 2 ed Academic Press-Elsevier Inc; 2017. p. 599-611 [consultado 10 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978012803678504197/pdf?md5=4db9fdd4a5c660686797e9e15884afc&pid=3-s2.0-B9780128036785004197-main.pdf>.
6. Scheffler R, Petris N, Borgonovi F, Bronw T, Petris N, Sassi F, et al. The Relationship between social capital human capital and health. En: Robitalle S, editor. *Social capital, Human Capital and Health What's the Evidence?* Washington D.C.: EUA: Centre for Educational Research and Innovation (IRDES-OCDE); 2010 [consultado 2 Feb 2017]. Disponible en: <https://www.oecd.org/edu/research/45760738.pdf>.
7. Klksberg B. Capital Social y Cultura, Claves esenciales para el Desarrollo. *Revista de CEPAL*. 1999;85-181. IX, [consultado 20 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/12190-capital-social-cultura-claves-esenciales-desarrollo>.



8. Solis F, Limas M. Capital Social y Desarrollo: Origen, definiciones y dimensiones de análisis. Nóesis Revista de Ciencias Sociales y Humanidades. 2013;22:187-212 [consultado 20 Ene 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85927874008>.
9. Atria R. La dinámica del desarrollo del Capital Social: Factores Principales y su Relación con los Movimientos Sociales. En: Comisión Económica Para América Latina y El Caribe (CEPAL), editor. CEPAL Capital Social, Herramienta para los Programas de Superación de la Pobreza Urbana y Rural. Santiago de Chile, Chile: CEPAL; 2003. p. 49-62. [consultado 2 Feb 2017]. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/6583>.
10. Rocco L, Fumagalli E, Suhrcke M. From social capital to health-and back. Health Econ. 2014;23:586-605 [consultado 2 Feb 2017]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/wol1/doi/10.1002/hec.2934/full>.
11. Neira I, Lacalle-Calderón M, Portela M. Asistencia Oficial para el Desarrollo. Capital Social y crecimiento en América Latina. Revista de CEPAL. 2016;119:31-45 [consultado Mar 2017]. Disponible en:http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40401/1/RVE119_Lacalle.pdf.
12. Pomagalska D, Putland C, Ziersch A, Baum F, Arthurson K, Orchard L, et al. Practical Social Capital: A guide to Creating Health and Wellbeing. Adelaide: Public Health Department Flinders University; 2009. p. 146 [consultado 12 Ene 2017]. Disponible en:<http://som.flinders.edu.au/FUSA/>
13. Putland C, Baum F, Ziersch A, Arthurson K, Pomagalska D. Enabling pathways to health equity: Developing a framework for implementing social capital in practice. BMC Public Health. 2013;13:517 [consultado 21 Ene 2017]. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-517>.
14. Ferraro K, Farmer M. Utility of health data from social surveys: Is there a gold standard for measuring morbidity. Am Sociol Rev. 1999;64:303-15 [consultado 21 Ene 2017]. Disponible en: https://www.jstor.org/stable/2657534?seq=1#page_scan_tab_contents.
15. Klitsberg B. Bases Sociales de la Salud. La Nación, jueves 16 de marzo del 2000; Sect. Opinión. [consultado 22 Feb 2017]. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/9233-bases-sociales-de-la-salud>.
16. Sen A. En: Sen A, editor. Análisis del Documento. El Futuro del Estado de Bienestar. Barcelona: Círculo de Economía; 2000 [consultado 8 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.ses.unam.mx/cuero2014/pdf/Sen.doc>.
17. Sen A. Las distintas caras de la pobreza. El País, 30 de agosto de 2000; Sect. Opinión. [consultado 8 Feb 2016]. Disponible en: http://elpais.com/diario/2000/08/30/revistaverano/967586417_850215.html.

Cursos de ciberseguridad | Academias - Edutin Acad | Cursos de Programación | Cursos de Ciencias - Edu | ¿Qué es la ciberseguridad? | Formación y Certificado | de Metropolis a Col Alto | Documentation for Visual | Download K-Lite Codec | El capital social como det:

[Inicio](#) [Todos los contenidos](#) [Acerca de la revista](#) [Métricas](#)

El capital social como determinante de salud pública

Social capital as a determinant of public health

N.D. Bravo Vallejos

Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES), Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN), Managua, Nicaragua

Leído

15253

Veces se ha leído el artículo

3292	Total PDF
11961	Total HTML

año/Mes	Html	Pdf	Total
2023 9	62	19	81
2023 8	209	68	277
2023 7	116	36	152

Información del artículo

ISSN: 1134282X

Idioma original: Español

DOI: [10.1016/j.cal.2017.09.003](https://doi.org/10.1016/j.cal.2017.09.003)

Datos actualizados diariamente

Continuada como Journal of Healthcare Quality Research

Revista de Calidad Asistencial se adhiere a los principios y procedimientos dictados por el Committee on Publication Ethics



Anexo 6. Artículo 2.

Publicación Revista de Salud Pública 2019, (21) 4: 1-5

URL: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/79890>

Rev. Salud Pública. 21(4): 1-5, 2019

Artículo / Investigación
Article / Research

Satisfacción del usuario de servicios sanitarios: lista de verificación de calidad metodológica

User satisfaction of the health services: A methodological quality checklist

Neyra Y. Padilla-Meléndez y Norman D. Bravo-Vallejos

Recibido 24 mayo 2019/ Envío para modificación 25 junio 2019 / Aceptado 23 julio 2019

RESUMEN

Objetivo Describir las características metodológicas de estudios observacionales del campo de evaluación de la satisfacción del usuario de servicios de Atención Primaria de Salud a nivel regional mediante la aplicación de una nueva lista de verificación generada por los autores.

Métodos Estudio descriptivo transversal, llevado a cabo entre abril y agosto 2017, que incluyó 17 publicaciones sobre satisfacción en atención primaria en salud publicados en revistas latinoamericanas.

Resultados En la clasificación de acuerdo con la lista de verificación aplicada a 17 publicaciones regionales, ambos revisores coincidieron en ítems como no inclusión de aspectos de ética (10/17; 58,8%); no declaración de población/universo (6/17, 35,3%); no cumple con objetivo declarado inicialmente (5/17; 29,4%), no declaran período de realización del estudio (4/17; 25,3%); no declara tipo de estudio (3/17; 17,6%). Valor de la correlación de Spearman RHO de ítems calificados entre ambos revisores ($r=0,653$).

Conclusiones Los abordajes metodológicos de las publicaciones caracterizadas son de tipo descriptivo, transversal con ausencia de ítems o características metodológicas importantes en casi todos los casos, lo que dificulta la reproducibilidad metodológica; con pocas publicaciones cuyos hallazgos son reproducibles. La lista propuesta mostró ser una herramienta práctica para verificación metodológica de estudios observacionales sobre satisfacción del usuario de servicios sanitarios en atención primaria de salud.

Palabras Clave: Satisfacción del paciente; servicios de salud; atención; atención primaria de salud (*fuente: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective Describe the methodological characteristics of observational studies in the field of evaluation of user satisfaction of PHC services at the regional level by applying a new checklist generated by the authors.

Methods A cross-sectional descriptive study, carried out between April and August 2017, included 17 publications on satisfaction in Primary Health Care published in Latin American journals.

Results In the classification according to the proposed checklist, both reviewers agreed on items such as: no inclusion of ethical aspects (10/17; 58,8%), no declaration of population/universe (6/17; 35,3%); does not comply with the initially declared objective (5/17; 29,4%), does not declare period of study completion (4/17; 25,3%) publications, does not declare study type (3/17; 17,6%). Value of the Spearman RHO correlation of qualified items between both reviewers ($r=0,653$).

Conclusions The methodological approaches of the characterized publications are descriptive, cross-sectional with the absence of important items or methodological characteristics in almost all cases, which makes methodological reproducibility difficult; with few publications whose findings are reproducible. The proposed list proved to be

NP: MD, M. Sc. Epidemiología. Ph.D. Ciencias de la Salud Pública. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN). Managua, Nicaragua. neyra@ yahoo.com.mx

NB: MD, M. Sc. Epidemiología. Ph.D. Ciencias de la Salud Pública. Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN). Managua, Nicaragua. normanbrv@yahoo.es

DOI: <https://doi.org/10.15446/rsp.v21n4.79890>



a practical tool for methodological verification of observational studies on user satisfaction of health services in Primary Health Care.

Key Words: Patient satisfaction; health services, attention; primary health care (source: MeSH, NLM).

La descripción y medición de la satisfacción del usuario es esencial para evaluar la gestión y eficacia de equipos de profesionales de servicios de salud. Esta consiste en identificar objetivos e implementación de estrategias que den lugar a la transformación organizacional y de equipos y centros de atención sanitaria en aspectos como seguridad, eficacia y eficiencia del servicio, así como generar programas responsables de su garantía y mantenimiento a nivel hospitalario y en el ámbito comunitario (1-3). En las sociedades occidentales desarrolladas, es una práctica común incluir la determinación de la satisfacción del usuario en evaluación de calidad de servicios sanitarios públicos y privados (4). La percepción de satisfacción del usuario se considera un constructo con dimensiones en común entre sociedades (estructura, proceso, resultado). Sin embargo, las variables que las componen pueden ser influenciadas por factores socioculturales (5). Hasta ahora esto ha sido un obstáculo para el desarrollo de estándares, ya que el primer paso es generar investigación local de calidad en cantidad suficiente que permita el avance hacia la innovación en la mejora de la satisfacción del usuario de servicios de atención sanitaria hospitalaria u comunitaria (1,5).

En salud pública el enfoque de la evidencia disponible con frecuencia es de tipo observacional, descriptivo y no aleatorizada probabilísticamente; sin embargo, aunque se reconoce la complejidad de las intervenciones en este campo, la evidencia de donde se deriva es considerada como de baja calidad (nivel III, grado de recomendación C/D), esto es especialmente cierto en estudios de atención primaria de salud (APS), dirigidos a evaluación/diagnóstico de problemáticas sanitarias que incluyen fuertes componentes de sociología médica (6), lo que da pie a la variedad en la metodología aplicada, que es un obstáculo para la estandarización del conocimiento. Así, existe una amplia variedad de escalas y listas de verificación (*checklist*) de calidad metodológica; sin embargo, la mayor parte se ajustan al contexto clínico-terapéutico, como se muestra en la tabla 1; entre las relacionadas con estudios observacionales epidemiológicos están MOOSE, Downs & Black, así como STROBE y la publicada por Silva & Ordóñez; la primera evalúa el metaanálisis; la segunda enfoca más en metodología de intervención, caso-control y/o seguimiento; la tercera evalúa estudios de prevalencia, estudios de cohorte y caso control; la cuarta se crea para evaluar estudios de prevalencia poblacional de enfermedades (6-11).

Tabla 1. Escalas y listados de verificación de calidad metodológica

Nombre de Escala	Nombre de Listados de verificación
Escala de Jadad	Lista Delphi
Escala de Maastricht	Lista de Maastricht-Amsterdam (MAL)
Single-case experimental design scale (SCED)	Registro MOOSE
Escala de Van Tulder	Lista Andrew
Escala PEDro	Lista Downs & Black
Escala Bizzini	Lista Nguyen
Escala Chalmers	Declaración CONSORT
Escala Reisch	Criterios de Colaboración COCHRANE
Escala Yates	Declaración STROBE
Escala Detsky	AMSTAR
Escala Sindhu	PRISMA
Escala de Validez del dolor Oxford (OPV)	
Escala Arrivé	
Escala Newcastle-Ottawa (NOS)	

Latinoamérica se caracteriza por ser una región con alto nivel de desigualdad, en donde la mayor parte de la población utiliza servicios de APS prestados por centros estatales sometidos a creciente demanda, reconociéndose en la región la necesidad de incluir investigación sobre satisfacción del usuario de APS para aumentar la calidad de atención (12, 13); sin embargo, es evidente la falta de estándares metodológicos que permitan extrapolar resultados

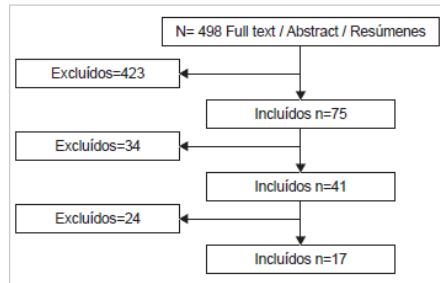
y hallazgos de investigaciones locales a los sistemas de APS de nivel regional. El objetivo de los autores es describir las características metodológicas de estudios observacionales del campo evaluación de la satisfacción del usuario de servicios de APS a nivel regional mediante la aplicación de una nueva lista de verificación generada por los autores, que podría ser útil para lectores, autores, editores y revisores del campo de estudio de satisfacción del usuario de APS.



MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal entre abril y agosto de 2017, que incluyó 17 publicaciones sobre satisfacción en APS publicados en revistas latinoamericanas. Para ello, se realizó una búsqueda de literatura en las bases de datos suscritas al índice de *Scientific Electronic Library* (*SCIELO*), publicadas entre los años 1997-2017, utilizando los términos: "Satisfacción" AND "Usuario", "Atención" AND "primaria", "Satisfacción" AND "percibida", "Satisfacción" AND "Usuario" AND "Servicios" OR "Salud", "Satisfacción percibida" OR "Percepción de satisfacción" y sus equivalentes en inglés y portugués. De esta manera se logró identificar un total de 498 publicaciones sometidas al primer tamizaje (se excluyeron 423 resúmenes de literatura, cartas, editoriales o estudios llevados a cabo fuera de Latinoamérica). El segundo tamizaje excluyó 34 publicaciones por adolecer de sección de metodología, no declaración de universo y/o muestra, no citable, temática no relacionada con servicios/políticas sanitarias. En el tercer tamizaje se excluyeron 24 investigaciones realizadas en servicios hospitalarios, pensionados, personal administrativo/enfermería. Al final se incluyeron 17 publicaciones, (Figura 1).

Figura 1. Proceso de selección de publicaciones



Se seleccionó un pool de preguntas de los listados *MOOSE*, *STROBE*, *Downs & Black* y *Silva & Ordúñez* (7-11). Para ello, se excluyeron preguntas relacionadas con la evaluación de estudios de prevalencia de enfermedades, comparación de grupos, seguimiento o de cohorte, así como de impacto de intervenciones, para generar una nueva lista de verificación compuesta por ítems dicotómicos (sí/no) relacionados con elementos de metodología observacional (Tabla 2).

Tabla 2. Lista de verificación (checklist) de calidad metodológica

ítem	Check
1. ¿Describe el diseño del estudio? (Tipo de estudio)	
2. ¿Se declara el período de tiempo del estudio?	
3. ¿Se utilizó técnica estandarizada para medir la variable satisfacción?	
4. ¿Se describen los excluidos? (algoritmos, diagramas, etc.)	
5. ¿Se describe instrumento aplicado?	
6. ¿Se describe el método de recolección de datos? (entrevista, autoadministrado, salida, domiciliar, etc.)	
7. ¿Cumple con los aspectos éticos correspondiente al diseño declarado del estudio?	
8. ¿Está descrita la población o universo?	
9. ¿Cumple con el objetivo propuesto?	
10. ¿Se expone el método de determinación muestral y se justifica?	
11. ¿Es aleatorizada la selección de la muestra?	
12. ¿Se describe el método de selección/recolección de la muestra?	
13. ¿Se declara determinaciones relacionadas con estadística inferencial? (Valor de p)	
14. ¿Es apropiado el método de medición de la variable dependiente principal?	
15. ¿Están descritos los principales hallazgos?	
16. ¿Se realizan estimaciones estadísticas sobre la variable satisfacción?	
17. ¿Se determinan las dimensiones que componen el constructo de satisfacción?	

Se aplicó la lista de verificación confeccionada por los autores a 17 publicaciones incluidas en el análisis, de acuerdo con la definición de cada uno de los 17 ítems que componen la lista. La información recopilada se digitó en una base de datos electrónica diseñada para tal efecto en el programa IBM-SPSS 21.0 (14), con el que se generaron listados, tablas de frecuencia y cruces, así como gráficos, y se verificó de acuerdo con ambos revisores determinando su nivel de correlación (Spearman RHO) ($r=0,653$).

DISCUSIÓN

En el horizonte de publicaciones sobre investigaciones realizadas en el campo de la satisfacción del usuario de servicios de APS en Latinoamérica, la mayor parte proceden de América del Sur, en este caso Brasil, Perú y Colombia, con solo una publicación mexicana y tres realizadas en Cuba, por lo que América Central y Panamá, así como el Caribe, no estuvieron representados entre las publicaciones



incluidas en este trabajo; aunque esto no es suficiente para calificar a la región, proporciona la idea del nivel de dificultad que enfrentan las autoridades y responsables de mejorar la calidad de atención en la región.

La calidad de los hallazgos y conclusiones de una investigación dependen, en gran medida, de la calidad metodológica implementada de esta, del nivel de logro en la calidad, de la validez de las conclusiones para ser extrapoladas a otros contextos dentro de los sistemas de APS, es decir, el nivel de validez externa; durante la investigación, el autor, sin embargo, no logró identificar ninguna publicación que propusiera o validara un sistema de evaluación de publicaciones de investigaciones observacionales dentro del campo de servicios de atención primaria en salud, por lo que se confeccionó una serie de preguntas y variables derivados de cuatro de las listas de verificación más relacionados con estudios observacionales y/o

epidemiológicos (7-11); lo que produce luego la exclusión de ítems o variables metodológicas no encontradas en estudios observacionales dentro del campo de estudio de la satisfacción del usuario de APS.

En este estudio se encontró que la mayor parte de las publicaciones reportan hallazgos sobre investigaciones que aplicaron abordajes metodológicos descriptivos y transversales, con muy pocos experimentales o de intervención, y algunos con aportes analíticos, con solo un estudio que aporta un modelo cualitativo gráfico, además de los hallazgos aplicables al contexto donde fue realizado (15) y otro en que se aplican técnicas de minería de datos para determinar el peso de las dimensiones de la satisfacción en una muestra grande, que no declara, sin embargo, el método de determinación de la muestra ni el período del estudio (16) (Tabla 3).

Tabla 3. Publicaciones según características metodológicas (n=17)

Número	Autor	País	Año	Tipo de estudio	Estadística
1	Acosta L	Argentina	2015	No declarado	Descriptiva, ANOVA
2	Batista L	Brasil	2014	Descriptivo, Cuantitativo	Descriptiva
3	Bucchi C	Chile	2012	Transversal	No declara
4	Chang M	Cuba	1999	Descriptivo, transversal	Alfa de Cronbach
5	Cuba-Fuentes M	Perú	2011	Descriptivo, transversal, análisis de casos	No declara
6	Díaz C	Colombia	2015	Transversal	Descriptiva, regresión logística, Chi
7	Gimenes L	Brasil	2016	Transversal	Descriptiva, regresión logística, Chi
8	Giraldo A	Colombia	2014	Mixto	Descriptiva, dispersión, Chi
9	Landman C	Brasil	2016	No declarado	Principal component analysis multivariate, logistic regression
10	Llanos F	Perú	2001	Transversal	Descriptiva, Chi, Spearman
11	López J	Colombia	2013	Exploratorio, mixto, transversal	No declara
12	Oliva C	Chile	2004	Cuasi experimental	Descriptiva, t-student, chi, Mann-Whitney
13	Pérez L	Brasil	2013	No declarado	Regresión logística
14	Rodríguez T	Cuba	2012	Descriptivo, longitudinal, prospectivo	No declara
15	Seclén A	Perú	2005	Transversal, analítico	Descriptiva, análisis bivariado, regresión logística múltiple, Chi
16	Vera J	México	2016	No experimental post-hoc	Análisis factorial, Alfa de Cronbach, ANOVA, análisis estructural
17	Zamora S	Perú	2016	Cuantitativo, transversal, observacional	No declara

En todas las publicaciones se encontró ausencia en la consignación de aspectos metodológicos importantes, y aunque la lista de verificación no está diseñada para categorizar la calidad metodológica, se demuestra que hay mucho por hacer para llevar a cabo investigaciones de utilidad, fuera del contexto donde se realiza, América Latina, en el campo de estudio de la satisfacción del usuario de APS.

Entre las fortalezas de este trabajo de investigación está el aporte de consolidación de la situación de la investigación latinoamericana en el campo de satisfacción del usuario de servicios de APS, que refleja falta de instrumentos y estándares metodológicos, además de aportar, por supuesto, una nueva propuesta de evaluación metodológica en forma de lista de verificación para evaluación

o implementación de estudios. Entre las limitantes de este estudio está que, aunque se genera una propuesta de verificación de ítems, como checklist para lectores, revisores, editores y autores, esta aún debe ser probada por un mayor número de revisores independientes. Aunque en este estudio se encontró correlación significativa ($r=0,653$), podría ser necesario disponer de más experiencias publicadas de su aplicación para concluir al respecto.

En conclusión, la mayor parte de las investigaciones incluidas demuestran que los abordajes metodológicos utilizados son de tipo descriptivo, transversal con ausencia de ítems o características metodológicas importantes en casi todos los casos, lo que dificulta la reproducibilidad metodológica, con pocas publicaciones cuyos hallazgos



son reproducibles. Se recomienda la iniciación de una línea de investigación académica en dirección al estudio de la satisfacción del usuario de servicios de APS, aplicando la lista de verificación propuesta ♦

Agradecimientos: A la Dra. Nereida Rojo, por su colaboración en la revisión de este manuscrito, que surge como parte del proyecto de investigación “Satisfacción de los usuarios de Servicio de Atención Primaria, Aldea Santa Rosa, Honduras, C.A.” del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

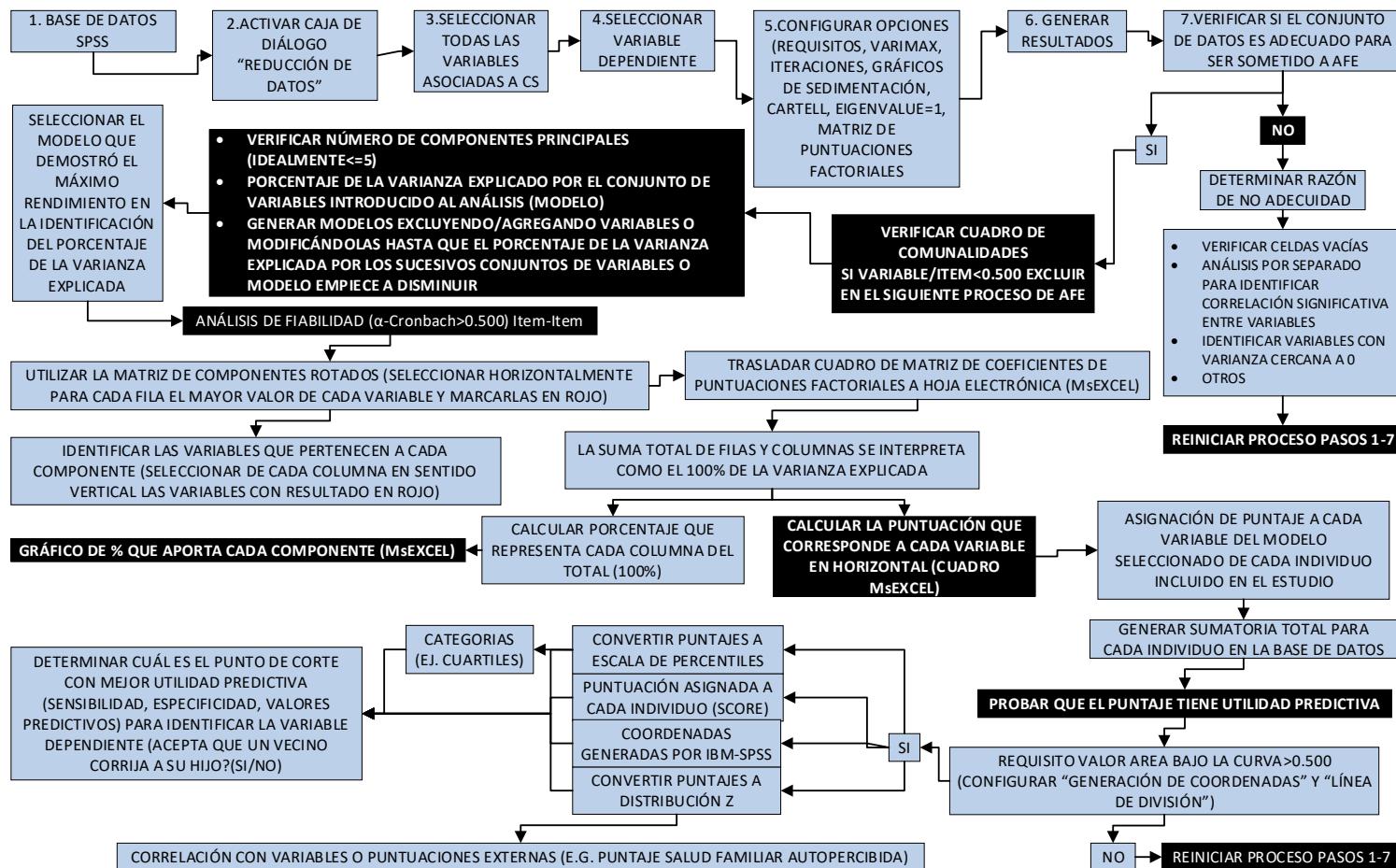
Conflictos de Intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Santos R, Bourliatx S, Martins M. Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2015; 31(1):11-25. DOI:10.1590/0102-311X0027014.
2. Ríos J, Ávila T. Algunas consideraciones en el análisis del concepto: satisfacción del paciente. Investigación y Educación en Enfermería. 2004 [cited 2019 Agost 20]; 22(2):128-37. Available from: <https://bit.ly/32GKgJl>.
3. Osorio A, Vélez C. Atención Primaria de Salud: Desafíos para su implementación en América Latina. Aten Primaria. 2013; 45(7):384-92. DOI:10.1016/j.aprim.2012.12.016.
4. Serrano F, Lorienti N. La anatomía de la satisfacción del paciente. Salud Pública de México. 2008; 50(2):162-72. Available from: <https://bit.ly/2FDlbpw>.
5. Fernández J, Shimabuku R, Granados K, Maldonado R, Barrientos A. Satisfacción del usuarios externo en el Instituto Nacional de Salud del Niño. 2012-2013. Lima, Perú: Instituto Nacional de Salud del Niño; 2014.
6. Kennelly J. Methodological Approach to Assessing the Evidence. In: Handler A, Kennelly J, Peacock N, editors. Reducing Radial/Ethnic Disparities in Reproductive and Perinatal Outcomes. Nueva York: Springer Science+Business Media LLC; 2011.
7. Shamliyan T, Kane RL, Jansen S. Quality of systematic reviews of observational nontherapeutic studies. Preventing chronic disease. 2010; 7(6):A133. Available from: <https://bit.ly/2RK9oUj>.
8. Cascaes F, Valdivia B, Rosa R, Barbosa P, DaSilva R. Escalas y listas de evaluación de la calidad de estudios científicos. Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud. 2013; 24(3):1-20. Available from: <https://bit.ly/3hKL03p>.
9. Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. JAMA. 2000; 283(15):2008-12. DOI:10.1001/jama.283.15.2008.
10. Downe SH, Black N. The feasibility of creating a checklist for the assessment of the methodological quality both of randomised and non-randomised studies of health care interventions. Journal of epidemiology and community health. 1998; 52(6):377-84. DOI:10.1136/jech.52.6.377.
11. Silva LC, Ordunez P, Paz Rodriguez M, Robles S. A tool for assessing the usefulness of prevalence studies done for surveillance purposes: the example of hypertension. Rev Panam Salud Pública. 2001; 10(3):152-60. Available from: <https://bit.ly/3ceDfml>.
12. Cruz M. La Atención Primaria de Salud, contexto histórico, conceptos, enfoques y evidencia. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud, 2011.
13. Carrillo D, Romero Y. Evaluación de calidad de la atención odontológica de los servicios de salud adscritos a la corporación Meridena de Salud del municipio Libertador del estado de Mérida. Acta Odontológica Venezolana. 2007; 45(2):1-13. Available from: <https://bit.ly/3kuyDMf>.
14. IBM Corporation. IBM-SPSS Statistics for Windows. 21.0 ed. Armonk, NY: IBM Corp.; 2012.
15. López-Portilla J, Pilatxi-Sánchez S, Rodríguez-Escobar L, Velásquez-Rivera A, Martínez-Delgado C, Agudelo-Suárez A. Determinantes de la satisfacción de la atención odontológica en un grupo de pacientes atendidos en la clínica del adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. Rev Gerenc Polit Salud. 2013; 12(24):209-25. Available from: <https://bit.ly/2RKyUhl>.
16. Vera J, Trujillo A. El efecto de la calidad del servicio en la satisfacción del derechohabiente en instituciones públicas de salud en México. Contaduría y Administración. 2018; 63(2):1-22. Available from: <https://bit.ly/35Rl6cs>.



Anexo 7. Algoritmo para generación de modelos aplicando proceso de reducción de dimensiones. AFE IBM-SPSS 21.0





¡Universidad del Pueblo y para el Pueblo!



