



Determinantes sociales de salud: Una perspectiva de Capital Social.

Factores que inciden en la auto percepción de salud de la población chilena. Estudio entre los años
2015 y 2017.

POR: CARLOS FELIPE VEGA GAETE

Tesis presentada a la Facultad de Gobierno de la Universidad del Desarrollo para optar al grado
de Magíster en Políticas Públicas

PROFESOR GUÍA:

Sr. MAURICIO APABLAZA SALINAS

Abril de 2019

SANTIAGO

Índice de contenido

I. Resumen.....	4
II. Problematización.....	5
2.1 La salud en Chile.....	10
2.2 La inequidad en Salud.....	14
III. Marco Teórico.....	20
3.1 Coleman y el fundamento de la acción social.....	22
3.2 Putnam: bienestar y cooperación (working together).....	23
3.3 La literatura de Capital Social y Salud.....	24
IV. Diseño Metodológico.....	27
4.1 Elaboración conceptual del objeto de estudio.....	27
V. Análisis de resultados.....	30
5.1 Resultados descriptivos: auto-percepción de salud de los chilenos.....	30
5.2 Análisis de regresión: Predictores del estado de salud auto-reportado.....	35
VI. Conclusiones.....	42
VII. Bibliografía.....	44

Índice de figuras.

Figura 1. Modelo de análisis de determinantes sociales de salud.....	6
Figura 2. Evolución del gasto corriente destinado a Salud en Chile (2000 – 2015).....	11
Figura 3. Evolución de la esperanza de vida al nacer en países OCDE (1980 - 2016).....	12
Figura 4. Evolución de la esperanza de vida al nacer en América Latina (1980 - 2016).	12
Figura 5. Mortalidad infantil bajo 5 años de vida en América Latina (2016).	13
Figura 6. Comparación de la Esperanza de vida en hombres entre comunas de Chile y países seleccionados (2014).....	16
Figura 7. Malnutrición infantil en Chile desagregada por quintil de ingreso autónomo (2017).	17
Figura 8. Relación entre pobreza por ingresos y prevalencia de malnutrición infantil por regiones en 2017.	18
Figura 9. Relación entre la tasa de mortalidad ajustada y capital social en EEUU.....	25
Figura 10. Modelo de regresión logística ordinal	30
Figura 11. Distribución de la escala de salud auto-percibida población mayor de 15 años (2015 – 2017)	31
Figura 12. Distribución de la escala de auto-percepción de salud por grupo de edad (2017)	32
Figura 13. Distribución de la escala de auto-percepción de salud por grupo nivel de ingreso monetario del hogar (2017)	33
Figura 14. Distribución de la escala de auto-percepción de salud según capital social (2017)	34
Figura 15. Relación entre capital social y salud auto-percibida por comunas de Chile (2017).	35
Figura 16. Efectos marginales de la edad sobre la probabilidad de reportar un estado de salud excelente según capital social (2015 – 2017)	39
Figura 17. Efectos marginales de la edad sobre la probabilidad de reportar un estado de salud excelente según capital social (2015 – 2017)	40

I. Resumen

La presente investigación explora la relación entre el capital social y salud en Chile. Utilizando el modelo de determinantes sociales en salud, se analiza cómo el capital social y una serie de variables sociodemográficas afectan la salud de los chilenos.

La literatura sugiere que el capital social actúa como un factor importante de protección de la salud. La ausencia o bajos niveles de capital social disminuyen significativamente las posibilidades de contar con un buen estado de salud, especialmente en contextos con elevados niveles de desigualdad.

El presente análisis se aborda a partir de un enfoque de política pública y de investigación cuantitativa. Se estudian los efectos del capital sobre la auto-percepción de salud que presentan los chilenos mayores de 15 años controlando por características sociodemográficas, con datos provenientes de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) para los años 2015 – 2017.

Las estimaciones econométricas, demuestran que la confianza y reciprocidad presenta una alta asociación con la salud auto-percibida por los chilenos. En la medida que los recursos de capital social son escasos, la probabilidad de presentar un buen estado de salud disminuye significativamente.

II. Problematización.

La salud es un aspecto sustancial del desarrollo humano. La privación de una vida larga y saludable o la exposición a causas de muerte evitables constituyen vulneraciones irreversibles a las libertades humanas (Sen, 2001).

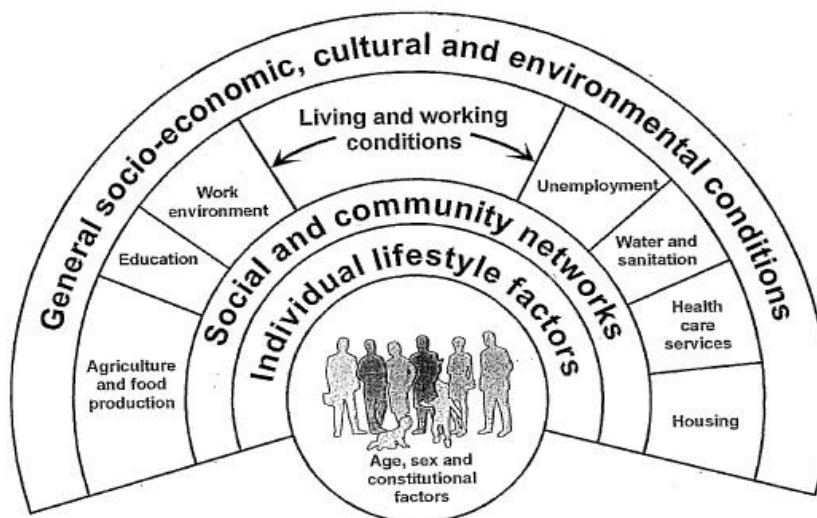
La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que comprender las condiciones materiales y de entorno en las cuáles los individuos nacen, crecen, trabajan y envejecen, es fundamental para alcanzar el desarrollo y la equidad en salud (Marmot, Friel, Bell, Houweling, & Taylor, 2008).

La generación de conocimiento sobre el origen de las inequidades en salud es una condición necesaria para la discusión de políticas públicas de salud (Gumà, Arpino, & Solé-Auró, 2018). En este sentido, el esquema de determinantes sociales ha sido un aporte significativo para el estudio interdisciplinario en salud pública, guiando el análisis empírico de los factores socioeconómicos que afectan la salud (Tamayo, Besoain, & Rebolledo, 2018).

Los determinantes sociales de salud han posibilitado el crecimiento de un extenso campo de investigación que explora las relaciones causales entre las condiciones sociales en las que se desenvuelven los individuos y su salud, convocando la atención de académicos y *policy-makers* (Braveman & Gottlieb, 2014; Ferrer, 2018).

El análisis de determinantes sociales sigue la estructura diseñada por Dahlgren & Whitehead (1991), el cual sugiere que existen tres niveles de factores que afectan los indicadores de salud. Existe un nivel de determinantes correspondientes a características propias de los individuos (sexo, edad, etnia, escolaridad, nivel de ingresos, entre otros). Luego, un grupo de factores asociados al entorno y redes de las personas. Y finalmente variables macroeconómicas de tipo culturales, sociales, laborales y medio ambientales afectadas por decisiones de política pública (Ferrer, 2018).

Figura 1. Modelo de análisis de determinantes sociales de salud



Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health* (1st ed.). Stockholm: Institute for future studies.

La literatura empírica ha centrado sus hallazgos en variables microeconómicas relacionadas con las características propias de los individuos para explicar diferentes indicadores de salud. No obstante, existe evidencia que evalúa la interacción de diversos factores ubicados en los distintos niveles del modelo de determinantes sociales.

Gumà et al. (2018), demostraron como el nivel educacional alcanzado (factor individual) y la composición del hogar (característica de entorno), afectan significativamente el estado de salud auto-percibido en la población española. La interacción de ambas variables señaló una mayor incidencia de los niveles de educación sobre la salud auto-reportada.

Por su parte, Caicedo & Berbesi (2015) señalan que mayores niveles de pobreza enfrentados por los individuos de distintas localidades en Colombia, aumentan la probabilidad de reportar un mal estado de salud, controlando por características socioeconómicas.

Desde una perspectiva macroeconómica, la evidencia sugiere que las condiciones de vida que ofrece un país generan consecuencias epidemiológicas importantes. Bacigalupe & Escolar-Pujolar (2014) indican que los procesos de expansión y recesión económica tienen efectos significativos sobre la salud mental y física de la población. Ante crisis económicas y alto nivel de desempleo las tasas de mortalidad general tienden a aumentar.

La literatura también señala que la desigualdad de ingresos incide en la salud. Altos niveles de desigualdad generan estrés sobre la población, empeorando las condiciones de salud de los individuos (Wilkinson, 2001).

Existe un interesante debate respecto al rol que juega la desigualdad en la distribución de ingresos sobre la salud. Wilkinson (1992) generó una línea extensa de investigación al indicar cómo la desigualdad económica se relacionaba con la esperanza de vida en países industrializados.

La investigación mediante técnicas de análisis multi-nivel ha permitido controlar los efectos de la desigualdad de ingresos por factores individuales y geográficos, reforzando los hallazgos sobre la incidencia de la desigualdad económica sobre diversos indicadores de salud.

Lochner, Pamuk, Makuc, Kennedy & Kawachi (2001) a partir de un análisis de niveles múltiples sobre población de Estados Unidos, demostraron que el riesgo relativo de muerte aumenta en individuos que residen en estados con alto nivel de ingreso y desigualdad en la distribución de estos, respecto de aquellos que viven en estados con bajos ingresos y menor desigualdad.

Siguiendo las orientaciones del estudio mencionado anteriormente, en Chile Subramanian, Delgado, Jadue, Kawachi & Vega (2003) generaron evidencia respecto a cómo el índice de Gini a nivel

comunal afecta la auto-percepción de salud, controlando por características sociodemográficas. En comunas con alto índice de *Gini* la probabilidad de reportar un mal estado de salud aumenta.

En relación a las condiciones medioambientales tanto al interior de los hogares como del entorno donde los individuos realizan sus actividades diarias, está demostrado que estas generan efectos significativos en la salud (Blázquez-Fernández, Cantarero-Prieto, & Pascual-Sáez, 2018).

La OMS estima que alrededor de 1,3 millones de personas en el mundo mueren por enfermedades asociadas a la polución al interior de los hogares, afectando principalmente a familias en situación de pobreza que no logran acceder al consumo de energías limpias (González-Eguino, 2015).

En atención a la evidencia presentada, se aprecia que las condiciones materiales y sociales bajo las que se desarrollan las personas generan efectos importantes en su salud. Es necesario comprender la multidimensionalidad del fenómeno de inequidad en salud y superar la concepción tradicional de la inequidad centrada en el acceso al sistema sanitario (Puyol, 2012).

Por otro lado, existe una extensa discusión en la literatura sobre qué mediciones de salud son más consistentes; indicadores observables como la prevalencia de enfermedades crónicas, conductas de riesgo o tasas de mortalidad, o percepciones subjetivas como la salud auto-reportada (Mackenbach, Simon, Looman, & Joung, 2002; Miilunpalo, Vuori, Oja, Pasanen, & Urponen, 1997).

El debate se centra en si las escalas de autopercepción de salud logran capturar el estado de salud o si presentan sesgos al ser evaluaciones de carácter subjetivo. Esta definición resulta relevante para la definición de estrategias de salud pública (Sen, 2002a).

En general y sin perjuicio de las limitaciones propias de cada estudio, la evidencia sugiere que las escalas de salud auto-percibida presentan una correlación alta con la prevalencia de enfermedades

crónicas y factores de riesgo asociados a causas de muerte específicas como enfermedades cardíacas, cáncer y suicidio (Benyamini, 2016; Okun, Stock, Haring, & Witter, 1984).

Davies & Ware (1981), mediante estudios psicométricos demostraron que las escalas de auto-percepción de salud capturan problemas físicos y mentales, así como dimensiones de comportamiento saludable relacionadas a la alimentación, deporte y uso de prestaciones médicas preventivas.

Krause & Jay (1994) reforzaron los hallazgos obtenidos por Davies & Ware. El estado de salud auto-reportado logra capturar; (i) problemas de salud específicos, (ii) problemas de movilidad físicas, y (iii) comportamientos saludables.

Stenholm et al. (2016) en un análisis de diseño cuasi-experimental siguieron el comportamiento de una población durante sus últimos 15 años de vida. Los resultados indicaron que las escalas de percepción de salud empeoraban antes y después del diagnóstico de alguna enfermedad, presentando así una alta asociación con la prevalencia de enfermedades crónicas.

Finalmente Benyamini (2016), sostiene que cuando los individuos juzgan su salud no están necesariamente reportando la presencia de enfermedades, sino pensando en cuán bien pueden realizar su labores diarias. En este sentido la OMS define la salud como el bienestar físico, mental y social, y no necesariamente la ausencia de enfermedades.

No obstante la evidencia señalada, la disputa entorno a los indicadores subjetivos de salud sigue abierta, la validez que adquieren las escalas de salud subjetiva esta mediada por factores contextuales y, es recomendable siempre para la discusión de política pública poner atención tanto a las mediciones objetivas como subjetivas (Sen, 2002a).

2.1 La salud en Chile.

El desarrollo económico alcanzado por Chile en las últimas tres décadas lo sitúa como una de las economías de mayor crecimiento en Latinoamérica. Desde 2013, el Banco Mundial clasifica a Chile dentro del grupo de países de ingreso alto con elevados indicadores de desarrollo humano.

Las consecuencias del crecimiento económico, han generado un aumento importante en la calidad de vida y salud de la población mediante el incremento de los recursos públicos destinados al sector salud (Cabieses, Bernales, Obach, & Pedrero, 2016).

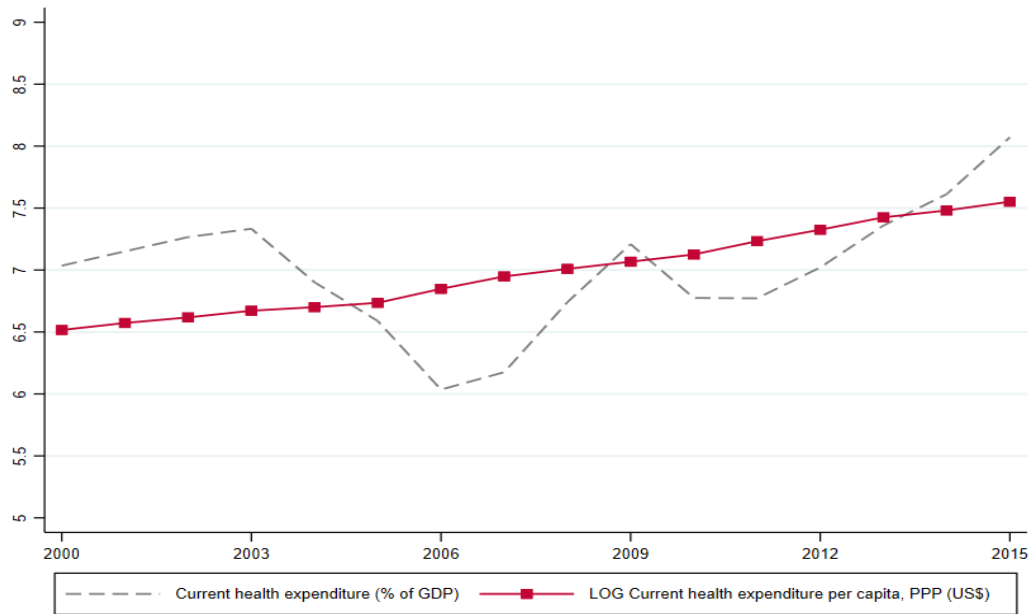
Al observar el gasto en salud durante los últimos 15 años, las cifras revelan un aumento significativo del gasto corriente per cápita ajustado por poder de compra. En 1990 el gasto corriente per cápita¹ alcanzaba los 675,9 dólares mientras que para el año 2015 la cifra fue de 1903,1 dólares. En la *figura 2* se describe el gasto corriente en salud entre 2000 – 2015.

De igual manera, el gasto de capital en salud como porcentaje del PIB creció considerablemente. En el año 2000 el gasto de capital era equivalente al 10,2% del producto interno bruto, alcanzado en 2015 el 32,3%.

El aumento sostenido del presupuesto destinado a salud, se ha reflejado en la mejora significativa de indicadores como la esperanza de vida, mortalidad infantil y cobertura de atención en salud (Cabieses et al., 2016).

¹ Para presentar los datos del gasto corriente per cápita en la figura 2, se utilizó el logaritmo en base 10 del gasto para normalizar la escala de medición.

Figura 2. Evolución del gasto corriente destinado a Salud en Chile (2000 – 2015)



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos del Banco Mundial (WDI²).

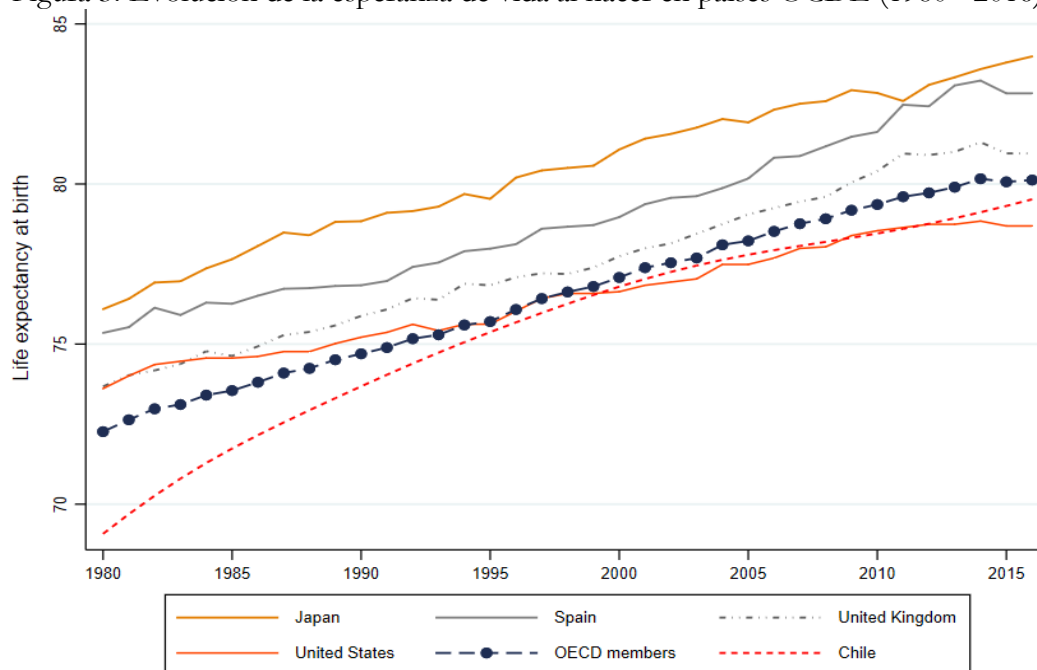
En la actualidad, la población chilena alcanza una esperanza de vida al nacer que supera los 80 años, siendo de las más altas en América Latina y, ubicándose marginalmente por debajo del promedio de los países OCDE.

Desde 1980 la esperanza de vida creció de 69,1 años a los 81 años, superando a países desarrollados como Estados Unidos (*figura 3*). Las proyecciones del Banco Mundial sugieren que al año 2050 la esperanza de vida estará sobre los 85 años, igualando a Alemania y Dinamarca.

En el mismo periodo, Chile sobrepasó las expectativas de vida de países latinoamericanos como Argentina y Uruguay quienes presentaban hasta 1975 los mayores niveles de la región (*figura 4*). En la actualidad, Chile se posiciona junto a Costa Rica y Cuba como los países con la más alta expectativa de vida en todo el subcontinente (*figura 4*).

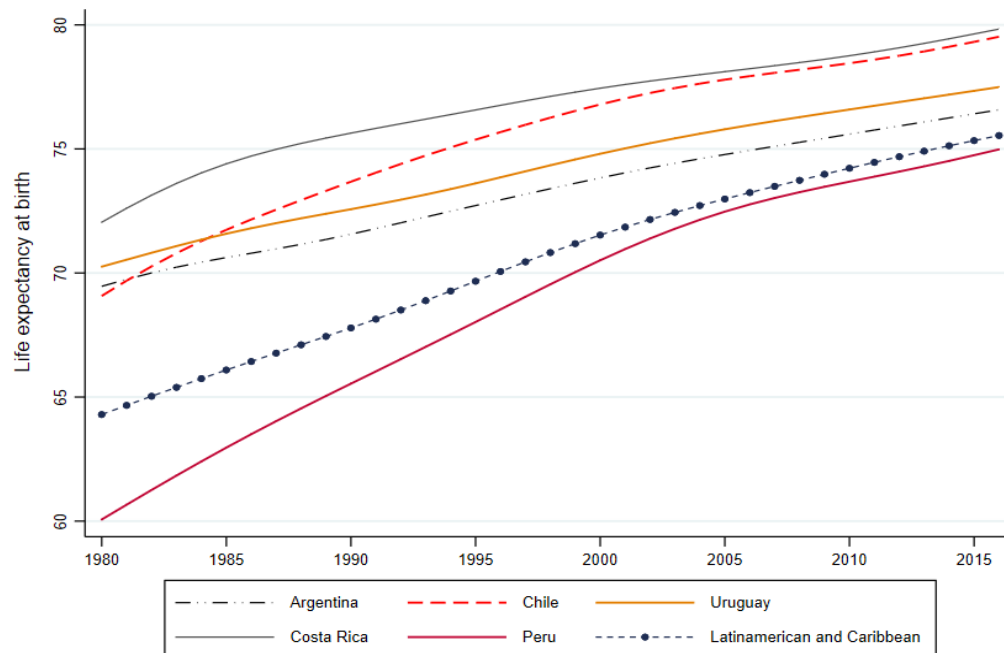
² WDI: World Development Indicators (<https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators>).

Figura 3. Evolución de la esperanza de vida al nacer en países OCDE (1980 - 2016).



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos del Banco Mundial (WDI).

Figura 4. Evolución de la esperanza de vida al nacer en América Latina (1980 - 2016).



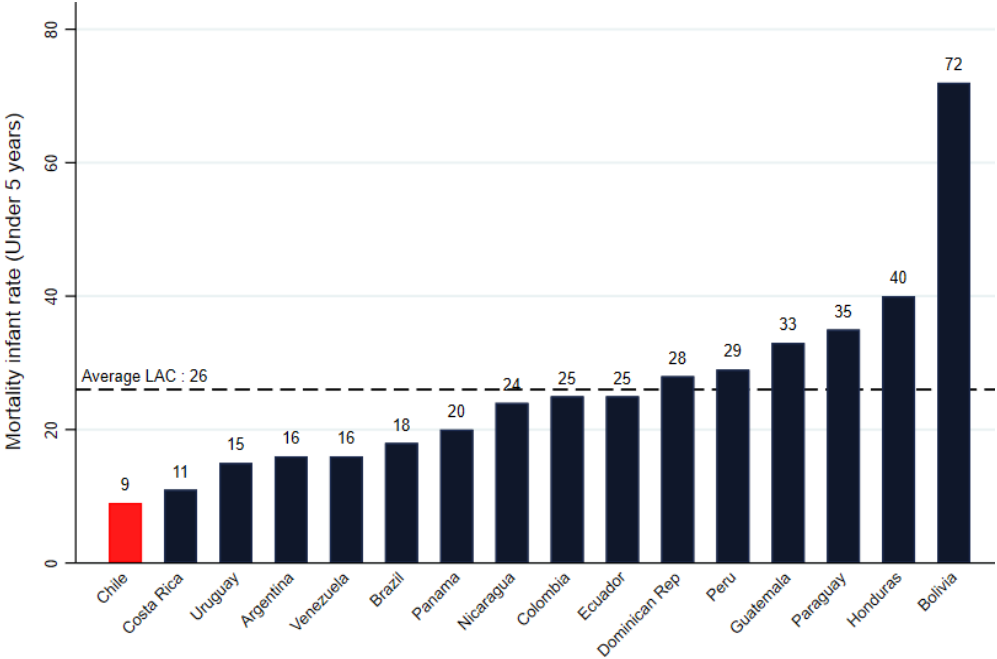
Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos del Banco Mundial (WDI).

Por su parte, desde principios de la década de 1990 la implementación de políticas públicas focalizadas en la salud materno-infantil y la prevención de enfermedades infecciosas, han contribuido a disminuir significativamente la mortalidad infantil en el país (Cabieses et al., 2016).

Las estadísticas del Banco Mundial indican que la tasa de mortalidad infantil en Chile hoy es de 7,2 por cada 1000 niños nacidos vivos, mientras que en 1990 era de 16. Al mismo tiempo la mortalidad infantil a los 5 años de vida disminuyó considerablemente pasando de 22 a 9 por cada 1000 niños menores de 5 años.

En América Latina, Chile es el país con la menor tasa de mortalidad infantil a los 5 años de vida, muy por debajo del promedio de la región que alcanza los 26 niños por cada 1000. En la *figura 5* se describe la tasa de mortalidad infantil para el año 2016 en América Latina.

Figura 5. Mortalidad infantil bajo 5 años de vida en América Latina (2016).



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos del Banco Mundial (WDI).

Como se aprecia a través de los macro-indicadores, Chile ha experimentado avances importantes en salud. Sin embargo, las estadísticas agregadas tienden a ocultar la realidad de un segmento de la población que presenta rezagos significativos en esta materia, abriendo el espacio para la reflexión ética sobre la vulnerabilidad en salud (Cabieses et al., 2016).

2.2 La inequidad en Salud.

Sen en sus innumerables reflexiones acerca de la justicia ha señalado la importancia que adquiere la salud en una teoría de la justicia social, posibilitando la discusión académica entorno a la equidad en salud (Anand & Dolan, 2005).

La salud juega un papel sustancial en la vida y las libertades humanas, está presente en todas aquellas posibilidades que las personas por diversos motivos valoran. La privación de contar con un buen estado de salud por razones sociales, como la pobreza, la discriminación arbitraria que podría sufrir una personas por su condición de mujer o de pertenencia a una determinada etnia o clase social, constituye un problema de agencia importante (Nussbaum, 2000; Sen, 2001, 2002b).

La consideración acerca del rol que desempeña la salud en una teoría de la justicia, no solo aparece en el enfoque de capacidades planteado por Sen y Nussbaum, la teoría rawlsiana también le asigna un papel significativo dentro de la justicia social.

Rawls (1971, 2001) sugiere que la salud es un bien primario que está presente en cualquier elección que un individuo racional hará sobre su vida, y una sociedad justa deberá garantizar de manera equitativa la distribución de esta.

En este sentido, la equidad es un concepto multidimensional que involucra factores que van más allá de la igualdad de acceso al sistema sanitario. La equidad en salud está mediada por todas aquellas

vulnerabilidades sociales que determinan la posibilidad de contar con un estado de salud favorable (Dahlgren & Whitehead, 1991; Marmot & Allen, 2014).

La definición de inequidad en salud descansa en las diferencias de indicadores de salud o distribución de los recursos, entre distintos subgrupos de la población que se derivan de las condiciones sociales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (Cabieses et al., 2016).

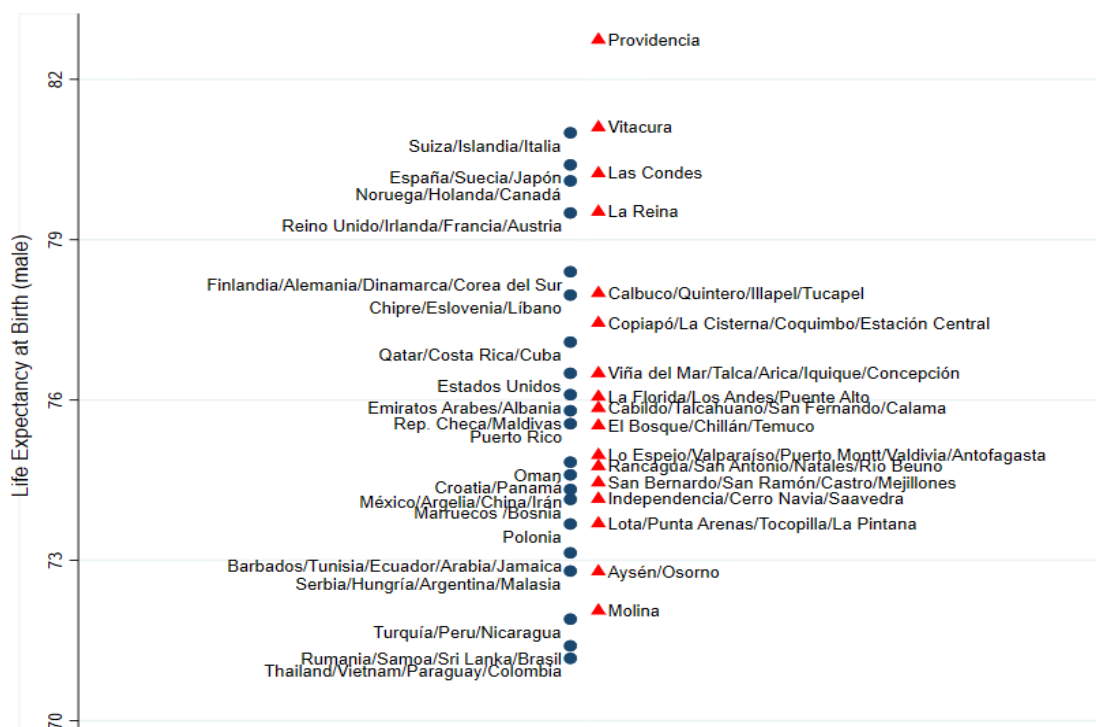
Como se describió anteriormente, Chile ha presentado mejoras sustanciales en sus indicadores de salud, sin embargo cuando se explora la distribución de estos indicadores por subgrupos de la población aparecen brechas importantes.

Al analizar la esperanza de vida en hombres a nivel comunal, se observan diferencias significativas entre las distintas comunas del país. En comunas de altos ingresos como Providencia, Vitacura y Las Condes la expectativa de vida supera los 80 años, mientras que Molina una comuna con alta proporción de población rural no sobrepasa los 72 años.

A modo de comparación se agruparon distintas comunas de Chile y países del mundo mediante análisis de cluster, generando grupos similares de acuerdo a la esperanza de vida en hombres alcanzada al año 2014. La clasificación refleja la desigual distribución en la expectativa de vida de la población chilena (*figura 6*).

La esperanza de vida alcanzada en Comunas de ingreso alto (Providencia, Las Condes y Vitacura) se asemeja a países desarrollados como Japón, Suiza, España e Islandia. Mientras que la población de Aysén, Molina, Tocopilla y Lota alcanzan niveles similares a países del norte de África (Argelia, Marruecos y Túnez).

Figura 6. Comparación de la Esperanza de vida en hombres entre comunas de Chile y países seleccionados (2014).

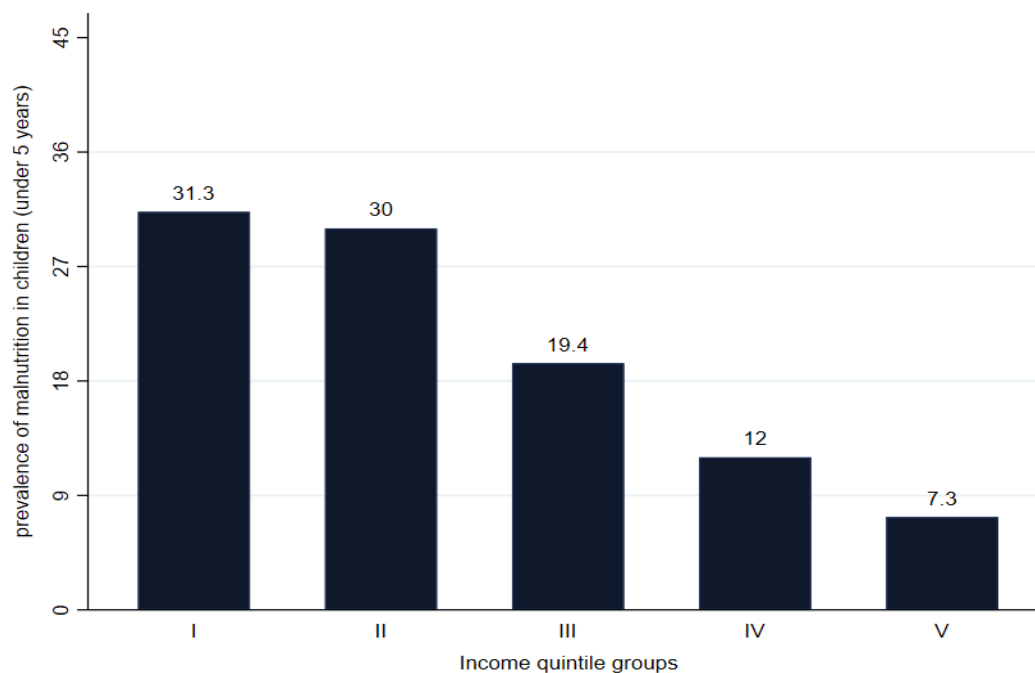


Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) perteneciente al Ministerio de Salud y el Banco Mundial.

Por otra parte, los datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN), señalan que alrededor de 244 mil niños se encuentra en estado de malnutrición en Chile, equivalentes al 18,4% de los menores de 5 años.

La mayor incidencia ocurre en los quintiles de menores ingresos. Alrededor del 61% de los niños entre 0 y 5 años de edad que se encuentra en estado de malnutrición se concentran en los primeros dos quintiles de ingreso autónomo, mientras que el 7% en igual condición pertenecen al quintil de más altos ingresos (Figura 7).

Figura 7. Malnutrición infantil en Chile desagregada por quintil de ingreso autónomo (2017).

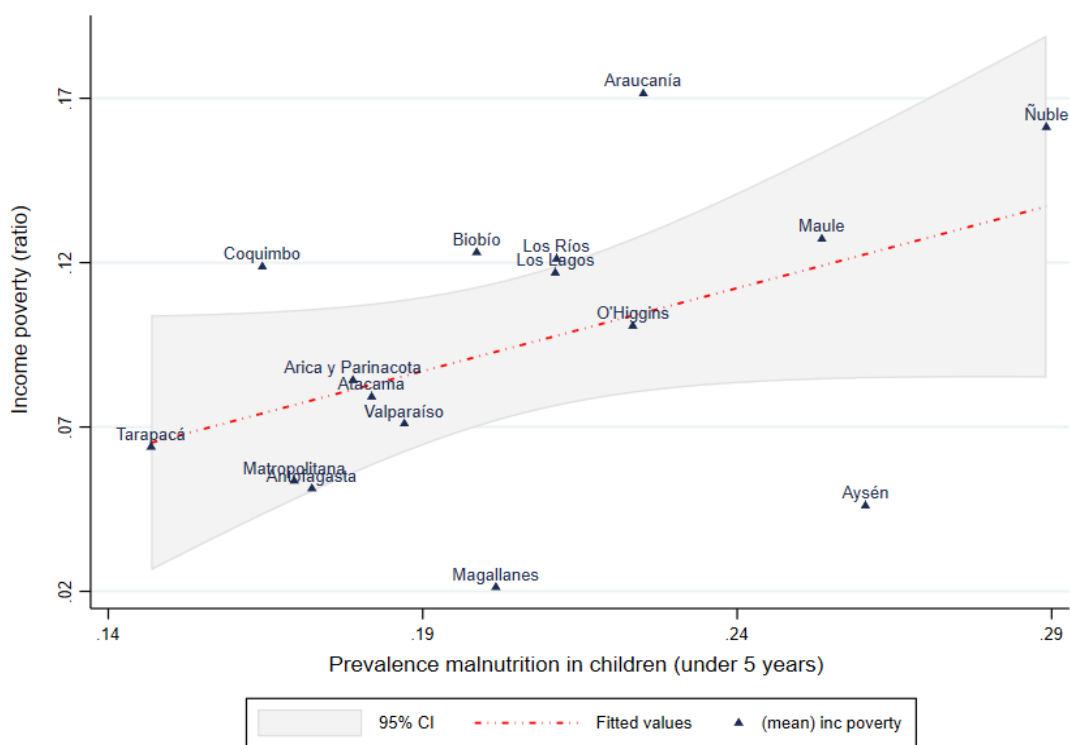


Fuente: Elaboración propia en base a datos de CASEN 2017.

La prevalencia de la malnutrición infantil es mayor en sectores rurales respecto de zonas urbanas. El 22,6% de los niños que residen en áreas rurales presenta estado de malnutrición, mientras que en localidades urbanas el 18,5% presenta dicha condición.

La evidencia es robusta al señalar que la malnutrición está mediada por vulnerabilidades sociales, especialmente por la pobreza (Pulfrey, 2006). En Chile, la pobreza por ingresos se encuentra altamente relacionada con la malnutrición infantil, en la medida que aumentan los niveles de pobreza monetaria también lo hace la prevalencia de la malnutrición a nivel regional.

Figura 8. Relación entre pobreza por ingresos y prevalencia de malnutrición infantil por regiones en 2017.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de CASEN 2017.

Al mismo tiempo, se observa una mayor proporción de malnutrición en niños pertenecientes a pueblos indígenas. El 23% de los menores de 5 años que pertenece a alguna etnia o pueblo originario clasifica en estado de malnutrición, mientras que en niños no pertenecientes a pueblos indígenas la proporción es de 18%.

Las consecuencias de la malnutrición infantil se encuentran ampliamente estudiadas en la literatura académica. La privación de contar con un buen estado nutricional en la infancia impacta significativamente en la vida adulta del individuo (Eaglesfield et al., 2012; Szutorisz & Hurd, 2016a; Taboada-Crispi et al., 2018).

Desde la neurociencia se ha establecido que la malnutrición en edades tempranas genera deficiencias en el desarrollo de la corteza pre-frontal, área del cerebro encargada de la ejecución de funciones

complejas como el aprendizaje, la toma de decisiones y la regulación de comportamientos morales (Carlson & Crockett, 2018; Szutorisz & Hurd, 2016b).

Del mismo modo, la malnutrición infantil genera retrasos en el desarrollo neuronal en los primeros años de vida que sobrepasan el grado de plasticidad cerebral, afectando la capacidad de adaptación del cerebro en etapas posteriores de aprendizaje (Chattopadhyay & Saumitra, 2016; Georgieff, 2007).

En virtud de lo descrito anteriormente y de la evidencia referida, es posible dimensionar la importancia que adquieren las condiciones sociales en la prevalencia de ciertas enfermedades o conductas de riesgo que, afectan las posibilidades de los individuos de contar con un buen estado de salud.

La función del modelo de determinantes sociales en salud no es únicamente la de describir el contexto socioeconómico en el que ocurre las enfermedades, sino de explicar cómo dichas circunstancias se traducen en inequidades de salud (Braveman & Gottlieb, 2014; Puyol, 2012).

Entre los factores explorados en la literatura de determinantes sociales, en las pasadas dos décadas emerge el concepto de capital social. La confianza y reciprocidad, la participación en organizaciones sociales y redes, son variables que han convocado la atención de expertos en salud pública y epidemiología (Szreter & Woolcock, 2004).

En Chile esta relación pareciera estar poco explorada, los estudios revisados corresponden a investigaciones acotados en términos de población. Es por esto que el objetivo de la presente investigación es explorar la incidencia del capital social en el estado de salud auto-percibido por la población chilena mayor de 15 años para el periodo 2015 – 2017, mediante modelos econométricos de regresión ordinal y utilizando datos de CASEN.

III. Marco Teórico.

Desde la Economía Política, el capital social se plantea como un concepto relevante para la comprensión de las relaciones entre individuos e instituciones. Es un recurso esencial para la superación del dilema de la acción colectiva, e indispensable para el funcionamiento de la democracia moderna (Fukuyama, 2001).

El capital social carece de una definición precisa en la literatura. Desde la economía, la sociología y la ciencia política se han generado distintas aproximaciones (Halpern, 2005; Svendsen & Svendsen, 2009).

Habitualmente la literatura empírica utiliza mediciones de confianza interpersonal y reciprocidad, participación en organizaciones sociales, redes sociales, y compromiso cívico como dimensiones de capital social (Dussailant & Guzman, 2015; Stone, 2001).

Dussailant & Guzmán (2015) sugieren que el concepto aparece formalmente en la literatura a principios del siglo XX en un artículo de Lyda Hanifan. De acuerdo a Hanifan (1916) el capital social se define como la cooperación y relaciones sociales entre grupos, individuos y familias, que permite el funcionamiento de una comunidad.

Una característica bastante aceptada por distintos autores es que el capital social no obedece a la definición tradicional de capital, no cabe dentro de la propiedad de un individuo ni posee un valor monetario, y los beneficios que reporta no son apropiables por un agente específico (Coleman, 1990; Halpern, 2005; Hanifan, 1916; Svendsen & Svendsen, 2009)

El capital social intenta explicar cómo mediante la cooperación entre los actores de una comunidad se resuelve el dilema de la acción colectiva (Ahn & Ostrom, 2009). En ocasiones presenta

características de un bien público, generando beneficios para todos quienes participan de la estructura social (Halpern, 2005).

Si bien la definición formal del concepto parece confusa, sus efectos son observables. La evidencia demuestra la importancia que adquiere la cooperación en el entendimiento de los fenómenos económicos, sociales y políticos de la sociedad contemporánea (Ahn & Ostrom, 2009; Dussailant & Guzman, 2015; Grootaert, 2001; Lochner, Kawachi, & Kennedy, 1999; Svendsen & Svendsen, 2009).

Entre los autores clásicos de capital social y ampliamente discutidos, aparecen Bourdieu, Coleman, y Putnam (Ramírez, 2005). La aproximación estructuralista de Bourdieu difiere significativamente con las definiciones entregadas por Coleman y Putnam (Lin, 2001).

Para Bourdieu (2001) el capital social es la acumulación de recursos de redes y relaciones de mutuo beneficio y reconocimiento más o menos institucionalizadas que, en interacción con formas capital económico y cultural genera mecanismo de diferenciación, y reproduce relaciones dominación entre clases.

En un sentido opuesto, Coleman y Putnam entienden las consecuencias del capital social como externalidades positivas que afectan a quienes componen una densa red de relaciones de cooperación (Coleman, 1990; Fukuyama, 2001; Millán & Gordon, 2004; Putnam, 2000). Para efectos de la revisión teórica que orienta esta investigación, a continuación, se repasan las perspectivas de capital social aportadas por Coleman y Putnam.

3.1 Coleman y el fundamento de la acción social.

Coleman (1990) representa el capital social como una serie de recursos insertos en la estructura de las relaciones sociales. Los individuos invierten recursos en la organización social con objeto de generar una dinámica de intercambio y cooperación para obtener beneficios.

En el concepto de capital social, Coleman busca conciliar dos visiones contrapuestas sobre los fundamentos de la acción social, la mirada sociológica centrada en la existencia de normas de reciprocidad, y la visión económica racional del interés propio (Ramírez, 2005).

Potencialmente toda relación social podría reproducir aspectos de capital social, sin embargo, en la visión de Coleman existen elementos particulares que determinan la presencia de este; confianza y reciprocidad, flujos de información, y existencia de sanciones efectivas (Millán & Gordon, 2004).

Una diferencia sustancial que presenta el capital social respecto de otras formas de capital es que este no pertenece exclusivamente a un individuo, se encuentra en las relaciones que se establecen entre integrantes de una comunidad. Los beneficios derivados de este no son apropiables por un agente específico (Dussailant & Guzman, 2015; Millán & Gordon, 2004).

En relación a sus efectos, del mismo modo que la acumulación de capital financiero y humano produce riqueza y bienestar (siguiendo la tesis de Adam Smith), el capital social lo hace. En este sentido, la existencia de este permite el funcionamiento de otras formas de capital (Dussailant & Guzman, 2015; Grootaert, 2001).

El desempeño de los mercados requiere de flujos de información y vínculos de confianza y reciprocidad para alcanzar su eficiencia (Halpern, 2005). “In the absence of these ties, elaborate and expensive bonding and insurance devices would be necessary-or else the transactions could not take place” (Coleman, 1988, p. 99).

En esta línea, Arrow (1972) indica que la confianza es un elemento que se encuentra implícito en toda transacción económica. La confianza es un recurso que genera certidumbre y estabiliza las relaciones de intercambio (Ben-Porath, 1980).

En atención a lo descrito la evidencia sugiere la existencia de efectos sustancialmente positivos de capital social en el desempeño institucional y económico de los países (Fukuyama, 1995, 2001; Helliwell & Putnam, 1995; Knack & Keefer, 1997; Knack & Zak, 2003; Putnam, Leonardi, & Nanetti, 1993; Whiteley, 2000).

3.2 Putnam: bienestar y cooperación (working together).

Putnam et al. (1993) definen el capital social como la participación activa en redes de compromiso cívico, existencia de normas de reciprocidad y confianza que facilitan la cooperación con objeto de alcanzar un beneficio mutuo.

Putnam, igual que Coleman entiende que la confianza y reciprocidad son elementos esenciales de capital social (Millán & Gordon, 2004). “Working together is easier in a community blessed with a substantial stock of social capital. This insight turns out to have a powerful practical implications for many issues on the American national agenda” (Putnam, 1997, p. 2)

La confianza es un valor fundamental en una sociedad que busque alcanzar el máximo bienestar posible (Fukuyama, 1995; Putnam, 1997). Esta, estabiliza las relaciones sociales porque elimina grados de incertidumbre y simplifica la cooperación entre individuos (Putnam, 2000).

En este sentido, el capital social supone un recurso valioso para la superación del dilema de la acción colectiva. Sortear con éxito el problema del *free-rider* es menos costoso en la medida que una

comunidad consigue generar dispositivos de cooperación estables (Ahn & Ostrom, 2009; Boix & Posner, 2000; Putnam et al., 1993).

Elevados niveles de capital social suponen beneficios directos en el bienestar de una sociedad. En la medida que existe un mayor stock de capital social, también aumenta la cohesión social y el desempeño institucional (Uslaner, 2009).

A partir del trabajo Putnam et al. (1993) la investigación empírica sobre capital social se ha extendido hacia distintas disciplinas. Su relación con el desarrollo económico, el bienestar y salud, la formación de capital humano, migraciones, y desigualdad económica son todas líneas de investigación extensamente exploradas (Halpern, 2005; Svendsen & Svendsen, 2009).

En la investigación social de salud pública, el capital social aparece como un factor importante en la protección de la salud. La cooperación, confianza y cohesión social operan como mecanismos supresores de estrés en la población, disminuyendo el riesgo para la salud de los individuos (Dussaillant & Guzman, 2015).

3.3 La literatura de Capital Social y Salud.

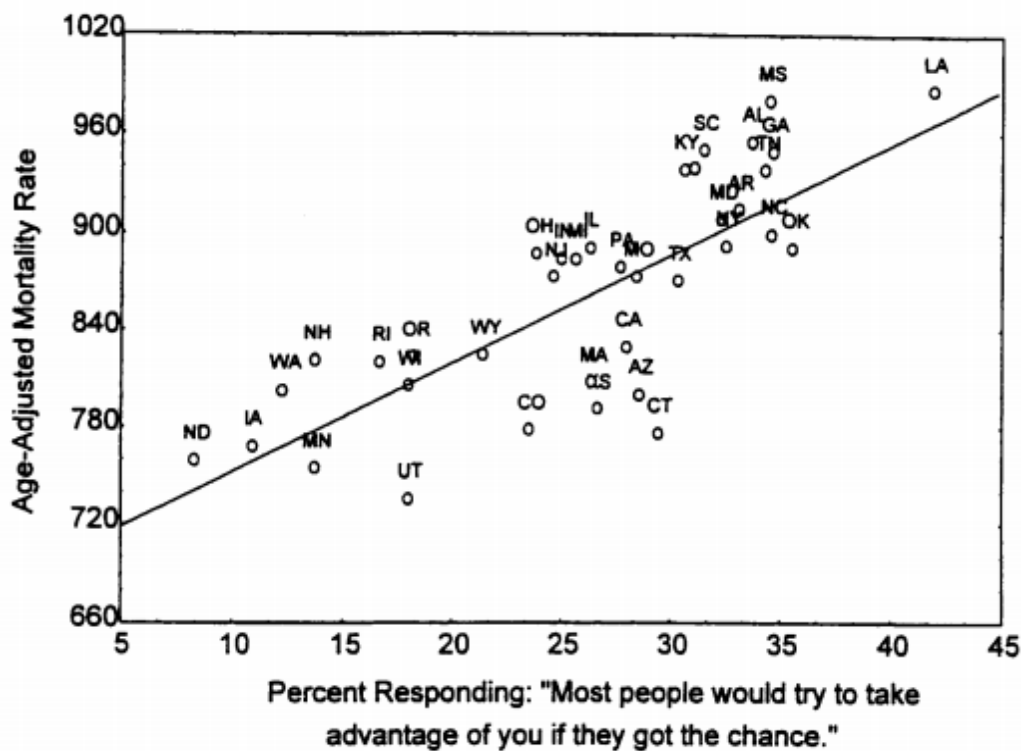
Desde que Durkheim (1897) definiera las causas sociales del suicidio, se ha discutido ampliamente en la literatura la vinculación entre los fenómenos sociales y la salud. En virtud de esto, es que la evidencia ha demostrado cómo se relaciona la aparición de enfermedades crónicas y conductas de riesgo con bajos niveles de cohesión social.

Szreter & Woolcock (2004), señalan que el capital social se encuentra fuertemente relacionado con la mortalidad, el bienestar subjetivo, la salud mental, muerte por enfermedades cardíacas y la prevalencia en el consumo de alcohol y drogas.

House, Robbins & Metzner (1982) en un estudio de cohorte, comprobaron cómo la integración social y las relaciones virtuosas que establecen los individuos, disminuye significativamente el riesgo de muerte.

Kawachi, Kennedy, Lochner, & Prothrow-Sith (1997), demostraron que en Estados Unidos, aquellos Estados con bajos niveles de confianza interpersonal presentaban mayores tasas de mortalidad general (figura 9).

Figura 9. Relación entre la tasa de mortalidad ajustada y capital social en EEUU



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

La hipótesis planteada supone que la desigualdad económica contribuye a menores niveles de cohesión social, al mismo tiempo, esta menor cohesión genera desincentivos para que las familias

inviertan en capital social, generando contextos de alta desconfianza que impactan en la mortalidad de la población.

En la misma línea, Mansyur, Amick, Harrist & Franzini (2008) revelaron cómo la ausencia de relaciones de confianza afecta la probabilidad de contar con un buen estado de salud auto-reportado, en la población de 45 países controlando por efectos de niveles múltiples.

Por su parte, Stoyanova & Díaz-Serrano (2009) sugieren que el capital social tiene una incidencia directa sobre la salud mental. Desde la dimensión de confianza interpersonal, los resultados indicaron que las relaciones de confianza tienen un efecto significativo sobre el índice de salud mental construido por los autores.

En Chile se encontró evidencia aportada por Sapag et al. (2008) que indica cómo el capital desde diferentes dimensiones afecta el estado de salud auto-percibido por una muestra de individuos localizados en una comuna urbana y de bajos ingresos de la Región Metropolitana.

Desde el punto de vista empírico la evidencia parece ser consistente al señalar la existencia de una relación entre el capital social, especialmente desde la dimensión de confianza interpersonal con distintos indicadores de salud.

A partir de la evidencia revisa y la discusión teórica presentada, la presente investigación explora la relación entre capital social, medido como relaciones de confianza y reciprocidad, con el estado de salud auto-reportado de la población chile, bajo el supuesto que menores niveles de confianza empeoran la salud.

IV. Diseño Metodológico.

4.1 Elaboración conceptual del objeto de estudio

Definición del objeto de estudio

Estado de salud auto-percibido y su relación con el capital social y características sociodemográficas de los chilenos mayores de 15 años entre los años 2015 y 2017.

Objetivo General

Explicar la salud auto-percibida por los chilenos mayores de 15 años, según variables de capital social controlando sus efectos por características sociodemográficas, para los años 2015 y 2017.

Objetivos específicos

- I. Caracterizar la población chilena, mayor de 15 años, según niveles de capital social y estado de salud auto-percibido, entre los años 2015-2017.
- II. Estimar los efectos de capital social sobre el estado de salud auto-percibido por la población mayor de 15 años en Chile, controlando por características socioeconómicas, para el periodo 2015 – 2017.

Hipótesis de estudio

Un elevado stock de capital social aumenta la probabilidad de presentar un mejor estado de salud auto-reportado por los chilenos mayores de 15 años en los años 2015 y 2017.

Se utilizó un enfoque de investigación cuantitativo de carácter transversal (*cross-sectional study*), dada las características de los datos empleados. Los análisis se realizaron mediante modelos econométricos de regresión logística ordinal.

La data utilizada proviene de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) para los años 2015 y 2017. CASEN cuenta con una muestra estratificada, poli-etápica y por conglomerados, representativa del total de la población del país.

El diseño de investigación es de carácter no experimental dado que por razones éticas no se pueden realizar intervenciones deliberadas sobre los sujetos de investigación o sobre la realidad. El alcance del presente estudio es explicativo, se explora una relación de causalidad entre el capital social y la auto-percepción de salud de la población chilena.

La factibilidad del estudio es alta, se dispone de los conocimientos teóricos y econométricos para el cumplimiento de los objetivos propuestos, y los datos de la Encuesta CASEN se encuentran a libre disposición en la página del Ministerio de Desarrollo Social. Los análisis estadísticos fueron realizados mediante el software Stata 15.

La *tabla 1* contiene el diccionario de variables incluidas en el estudio, acompañadas de una breve descripción y su operacionalización. Es preciso indicar que para capital social los modelos analizados incorporaron tres mediciones binarias de capital social y un indicador construido a partir de estas.

Para la creación de la variable latente de capital social se empleó análisis de componentes principales con una matriz de correlación tetracórica para los indicadores binarios de confianza y reciprocidad,

previo pruebas de robustez. Los análisis señalaron niveles aceptables de fiabilidad en la construcción del indicador de capital social (alpha cronbach: 0,6).

Tabla 1. Diccionario de variables empleadas

Variable	Descripción	Medición
Estado de Salud auto-percibido (variable dependiente)	Se pregunta al individuo ¿Cómo considera su estado de salud actual?	Escala de 1 a 7, donde 1 es “muy mal” y 7 “muy bien”
Variables independientes		
Capital social ^{1,2 y 3}	Se pregunta al individuo si él o algún miembro del hogar cuentan con apoyo de alguien externo al hogar ante diferentes situaciones (proxy de confianza y reciprocidad). (1) Necesidad de conseguir dinero (2) Necesidad de conseguir empleo (3) Asistencia en el hogar en caso de enfermedad	1: “Sí” 0: “No”
Capital social ⁴ (variable latente)	Se construyó un indicador de capital social a partir de las preguntas de capital social 1,2 y 3 con estimador de correlación “tetrachoric”.	Variable continua
Ingresos	Ingreso monetario del hogar	Variable continua (se utiliza el logaritmo del ingreso para normalizar los valores en la medición)
Discapacidad	Se pregunta al individuo si presenta alguna condición de discapacidad auditiva, física o visual.	1: “Sí” 0: “No”
Escolaridad	Años de escolaridad.	Variable discreta

Zona de residencia	-	1: Urbano 2: Rural
Etnia	Declara pertenencia a un pueblo originario.	1: Sí 0: No
Previsión de salud	-	1: Fonasa 0: Isapre
Sexo	-	1: Hombre 2: Mujer
Edad	-	Variable discreta

Para estimar los efectos del capital social controlados por predictores sociodemográficos, se utiliza la razón de probabilidad asociada a ubicarse en un nivel superior de la escala de auto-percepción de salud. A continuación, se presenta la ecuación del modelo de regresión logística ordinal empleada en el estudio.

Figura 10. Modelo de regresión logística ordinal

$$\ln(\sigma_{k-1, k=7}) = \alpha_i + \beta_{x1} + \beta_{x2} + \dots + \beta_p$$

Fuente: Elaboración propia en base a Scott Long & Freese (2006).

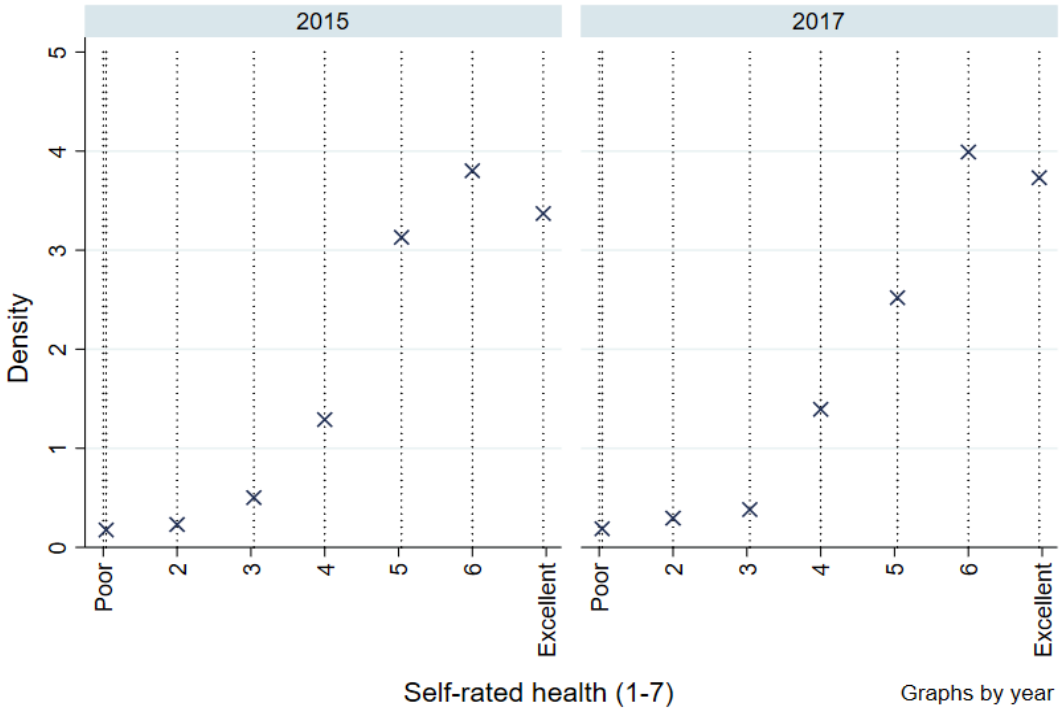
V. Análisis de resultados.

5.1 Resultados descriptivos: auto-percepción de salud de los chilenos.

A partir de la escala de auto-percepción de salud se aprecian niveles elevados de salud en la población chilena mayor de 15 años, en promedio la salud auto-reportada para los años 2015 y 2017 bordeó los 5,7 en una escala de medición que va desde 1 a 7, donde 7 representa un excelente estado de salud.

Entre los años 2015 – 2017 no se observaron variaciones importantes en la distribución de la auto-percepción de salud en individuos mayores de 15 años. En la *figura 11* se describe la distribución de la escala de salud auto-reportada para ambos años.

Figura 11. Distribución de la escala de salud auto-percibida población mayor de 15 años (2015 – 2017)



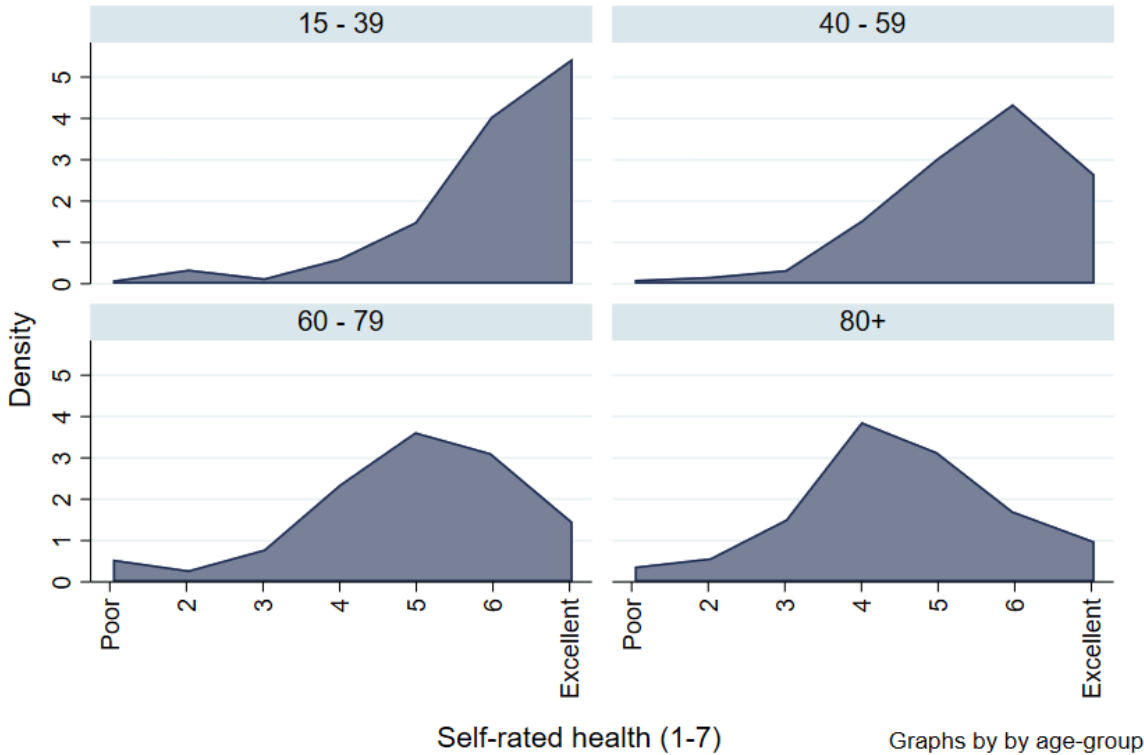
Fuente: Elaboración propia en base a datos de CASEN.

Al descomponer por sub-grupos de edad la distribución de salud subjetiva se observan diferencias significativas. En la *figura 12* se aprecia cómo cambia la distribución de la escala de salud auto-reportada por grupo etario, en la medida que la edad aumenta la escala tiende a presentar una distribución sesgada hacia valores más bajos.

En promedio una persona entre 15 – 39 años presenta una salud auto-reportada de 6 mientras que, un individuo sobre 80 años alcanza una media cercana a 4. En este sentido, la evidencia sugiere que

la edad y sus factores asociados tienden a empeorar la salud subjetiva de los individuos (Idler & Cartwright, 2018).

Figura 12. Distribución de la escala de auto-percepción de salud por grupo de edad (2017)

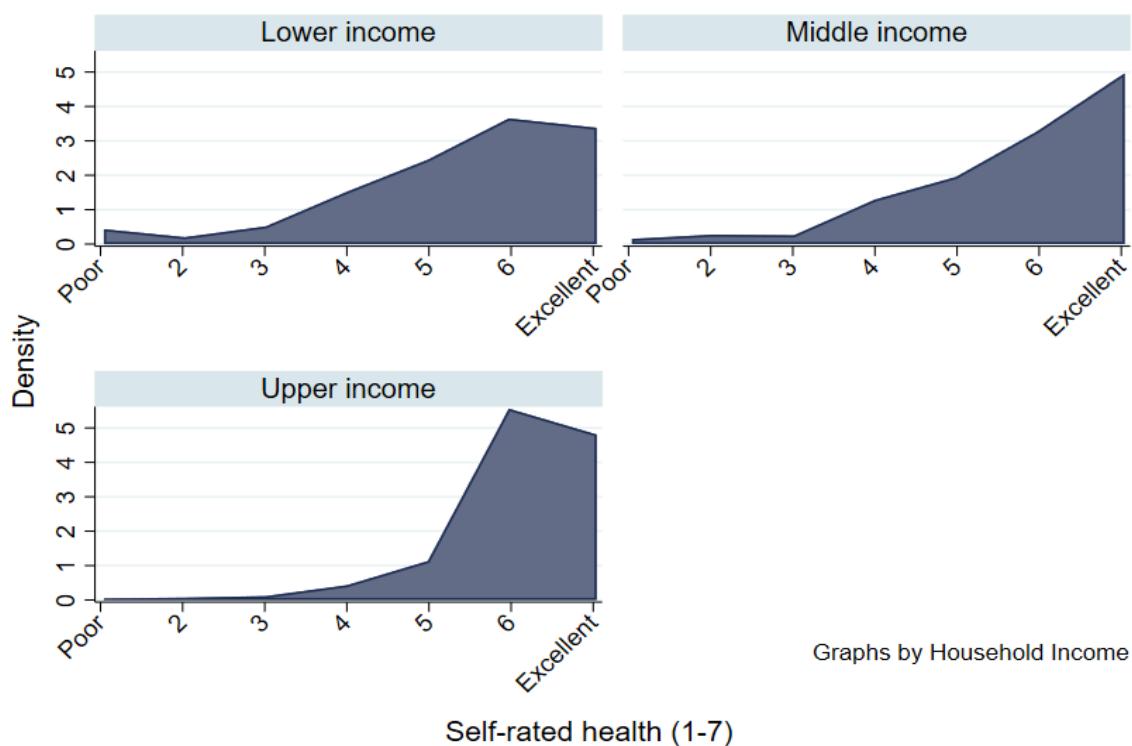


Fuente: Elaboración propia en base a datos de CASEN.

En relación al sexo del individuo, la brecha en el estado de salud auto-reportado a nivel descriptivo no resultó significativa, si bien los hombres (5,8) presentan en promedio una mejor percepción sobre su propio estado de salud respecto de las mujeres (5,7), estas diferencias son marginales. Este resultado es interesante de discutir dado que la evidencia en general sostiene que las mujeres tienden a presentar peores resultados de salud que los hombres (Östlin, 2008; Zajacova, Huzurbazar, & Todd, 2017).

Por su parte, cuando se clasifican los niveles de ingreso monetario del hogar ³también se aprecian brechas importantes en la distribución de la escala de salud auto-declarada. Individuos que residen en hogares con bajo nivel de ingreso monetario, presentan una peor percepción sobre su estado de salud respecto de individuos de hogares de ingreso alto.

Figura 13. Distribución de la escala de auto-percepción de salud por grupo nivel de ingreso monetario del hogar (2017)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de CASEN.

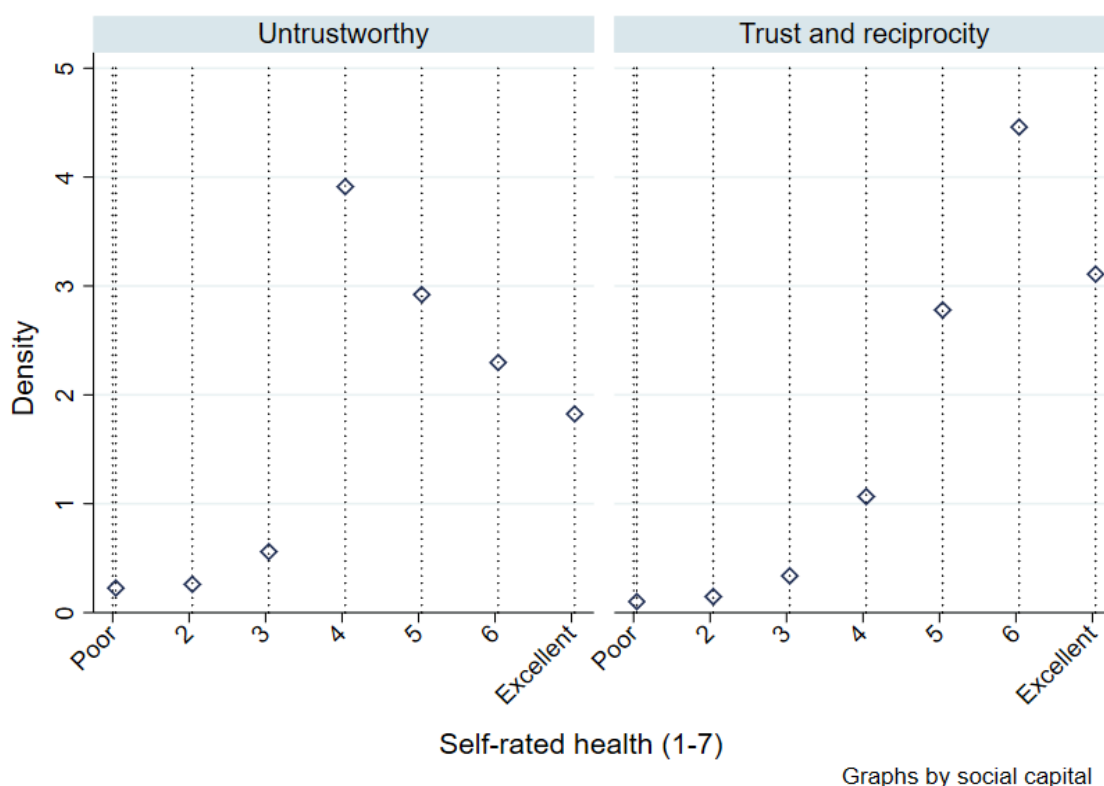
Lo anterior es consistente con la evidencia aportada por Subramanian et al. (2003) donde se demostró que el nivel de ingreso de un individuo en Chile está fuertemente asociado con la auto-percepción de salud. En la medida que el nivel de ingreso es más bajo, aumenta la probabilidad de presentar una mala auto-evaluación de salud.

³ (i) Lower income: ingreso monetario máximo alcanzado por el 25% de los hogares. (ii) Upper income: ingreso monetario máximo alcanzado por el 10% de los hogares de mayores ingresos.

Respecto de capital social, los análisis demuestran una diferencia significativa en la distribución de la percepción de salud entre individuos que poseen capital social y aquellos que no cuentan con vínculos de confianza y reciprocidad (figura 14).

En promedio una persona que cuenta con capital social se ubica en una posición cercana a 6 dentro de la escala de auto-percepción de salud mientras que, quienes no presentan capital social alcanzan una posición promedio inferior a 5.

Figura 14. Distribución de la escala de auto-percepción de salud según capital social (2017)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de CASEN.

El coeficiente de correlación de *Pearson* para el indicador de capital social (construido a partir de los ítems de confianza y reciprocidad) y la auto-percepción de salud, reportó valores de 0,12 y 0,22 para los años 2015 – 2017 respectivamente.

Para estimar los efectos de capital social, se generaron diferentes modelos que incorporaron cuatro variables⁴ de capital social a modo de presentar resultados robustos. En las *tablas 2 y 3* se presentan las estimaciones obtenidas para los años 2015 – 2017.

Tabla 2. Modelos de regresión logística ordinal sobre el estado de salud auto-percibido (2015)

Estado de salud auto-percibido	<i>Método de estimación: ODDS RATIO</i>			
<i>Año: 2015</i>	<i>Modelo 1.</i>	<i>Modelo 2.</i>	<i>Modelo 3.</i>	<i>Modelo 4.</i>
<i>Nº muestra</i>	75.306	75.306	75.306	75.306
<i>Tamaño de población</i>	4.881.084	4.881.084	4.881.084	4.881.084
Ingreso monetario per cápita (log)	1,246 (,017)***	1,239 (,017)***	1,240 (,017)***	1,238 (,017)***
Escolaridad	1,029 (,003)***	1,029 (,003)***	1,028 (,003)***	1,029 (,003)***
Capital social¹	1,256 (,039)***	1,207 (,037)***	1,169 (,035)***	
Capital social²		1,109 (,024)***	1,096 (,024)***	
Capital social³			1,166 (,041)***	
Capital social⁴				1,397 (,054)***
Sexo (mujer)	0,792 (,017)***	0,793 (,017)***	0,793 (,017)***	0,794 (,017)***
Edad	0,923 (,004)***	0,922 (,004)***	0,923 (,004)***	0,923 (,004)***
Zona (rural)	1,080 (,027)***	1,080 (,026)***	1,078 (,027)***	1,080 (,027)***
Previsión de salud (Fonasa)	0,881 (,033)***	0,885 (,033)***	0,887 (,034)***	0,887 (,034)***
Etnia	0,940 (,034)*	0,941 (,034)*	0,940 (,034)*	0,940 (,034)*
Discapacidad	0,378 (,011)***	0,299 (,011)***	0,299 (,011)***	0,299 (,011)***

p-value: *** p<0.01; ** p<0.05; * p<0.1 (Linearized Std. Error)

Fuente: Elaboración propia en base a datos de CASEN 2015.

⁴ (1) Relación de confianza y reciprocidad ante necesidad de conseguir dinero para el hogar; (2) relación de confianza y reciprocidad ante necesidad de conseguir empleo; (3) relación de confianza y reciprocidad ante situación de enfermedad; y (4) Indicador de capital social construido con análisis de correlación *tetrachoric* a partir de los ítems de confianza y reciprocidad.

Tabla 3. Modelos de regresión logística ordinal sobre el estado de salud auto-percibido (2017)

Estado de salud auto-percibido	<i>Método de estimación: ODDS RATIO</i>			
	<i>Modelo 1.</i>	<i>Modelo 2.</i>	<i>Modelo 3.</i>	<i>Modelo 4.</i>
<i>Año: 2017</i>				
<i>Nº muestra</i>	<i>89.044</i>	<i>89.044</i>	<i>89.044</i>	<i>89.044</i>
<i>Tamaño de población</i>	<i>8.153.225</i>	<i>8.153.225</i>	<i>8.153.225</i>	<i>8.153.225</i>
Ingreso monetario per cápita (log)	1,188 (,098)***	1,189 (,096)***	1,198 (,093)***	1,169 (,101)**
Escolaridad	1,082 (,027)***	1,079 (,028)***	1,080 (,028)***	1,078 (,027)***
Capital social¹	2,558 (,841)***	2,045 (,537)***	2,083 (,559)***	
Capital social²		1,478 (,274)**	1,510 (,286)**	
Capital social³			0,792 (,155)	
Capital social⁴				3,243 (1,32)***
Sexo (mujer)	0,906 (,16)	0,898 (,16)	0,884 (,156)	0,922 (,162)
Edad	0,895 (,033)***	0,894 (,033)***	0,893 (,032)***	0,895 (,033)***
Zona (rural)	1,178 (,253)	1,105 (,235)	1,129 (,243)	1,073 (,218)
Previsión de salud (Fonasa)	0,955 (,595)	1,016 (,626)	1,038 (,637)	0,964 (,603)
Etnia	2,079 (,606)**	2,268 (,703)**	2,284 (,715)**	2,307 (,728)**
Discapacidad	0,268 (,061)***	0,275 (,061)***	0,274 (,061)***	0,277 (,061)***

p-value: *** p<0.01; ** p<0.05; * p<0.1 (Linearized Std. Error)

Fuente: Elaboración propia en base a datos de CASEN 2017.

Los resultados son robustos al demostrar la incidencia significativa del capital social sobre la auto-percepción de salud en la población chilena mayor de 15 años, controlando por características sociodemográficas para el periodo 2015 – 2017.

En el año 2015, se aprecia que en promedio la probabilidad de reportar un mejor estado de salud creció 1,4 veces ante un aumento unitario en el indicador latente de capital social mientras que, para el año 2017 la razón de probabilidad incrementó a 3,2 veces (valores estadísticamente significativos al 1%).

Al mismo tiempo, las variables binarias de capital social también demuestran efecto sobre el estado de salud auto-percibido, en la medida que los individuos poseen relaciones de confianza y reciprocidad, presenta una mayor probabilidad de alcanzar un mejor estado de salud.

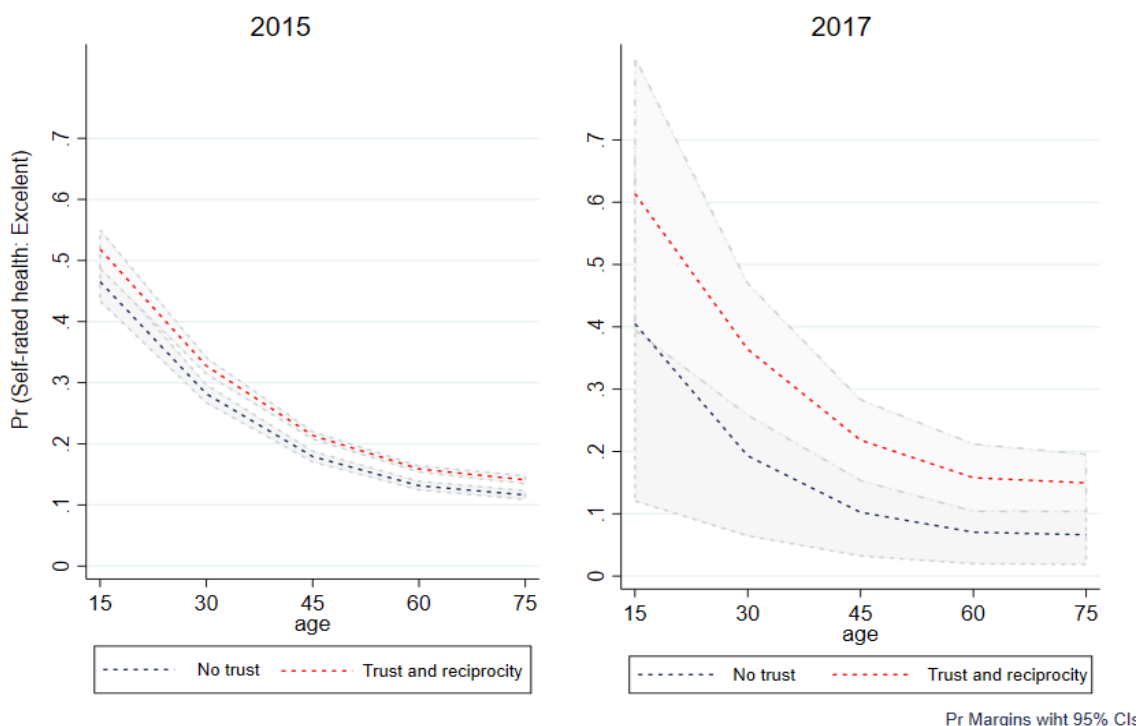
En relación con esto, la literatura sostiene que la ausencia de recursos de capital social genera un mayor riesgo de reportar un mal estado de salud. El aislamiento social y la falta de redes de apoyo emocional, elementos vinculados a un menor stock de capital social generan efectos adversos sobre la salud, y el bienestar físico y mental (Halpern, 2005).

La edad, un factor recurrente en el análisis de determinantes sociales indica que la probabilidad de alcanzar un mejor estado de salud disminuye a mayor edad. El envejecimiento trae consigo mayores dificultades de movilidad y una prevalencia más alta de enfermedades crónicas lo que empeora los niveles de salud auto-reportada (Idler & Cartwright, 2018).

Al observar la interacción de la edad con relaciones de confianza y reciprocidad se aprecia cómo la edad presenta una relación decreciente sobre la probabilidad de alcanzar un estado de salud excelente, sin embargo, la existencia de capital social genera una disminución considerable en el riesgo de reportar un peor estado de salud.

La *figura 16* describe los efectos marginales de la edad sobre la probabilidad de presentar un estado de salud-auto reportado como “excelente” diferenciando entre individuos que poseen relaciones de confianza y reciprocidad, y quienes no.

Figura 16. Efectos marginales de la edad sobre la probabilidad de reportar un estado de salud excelente según capital social (2015 – 2017)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de CASEN.

En cuanto al ingreso como predictor del estado de salud subjetivo, los análisis indican una asociación positiva. Un incremento de un 1% en el ingreso autónomo per cápita implica un aumento de 1,2 veces en la probabilidad de alcanzar un mejor estado de salud para ambos periodos analizados.

Los resultados de ingreso refuerzan los hallazgos de Subramanian et al. (2003), el ingreso per cápita actúa como un predictor a nivel individual sobre la probabilidad de presentar un buen estado de salud en Chile, especialmente los ingresos monetarios por su relación con la definición de la línea de pobreza monetaria.

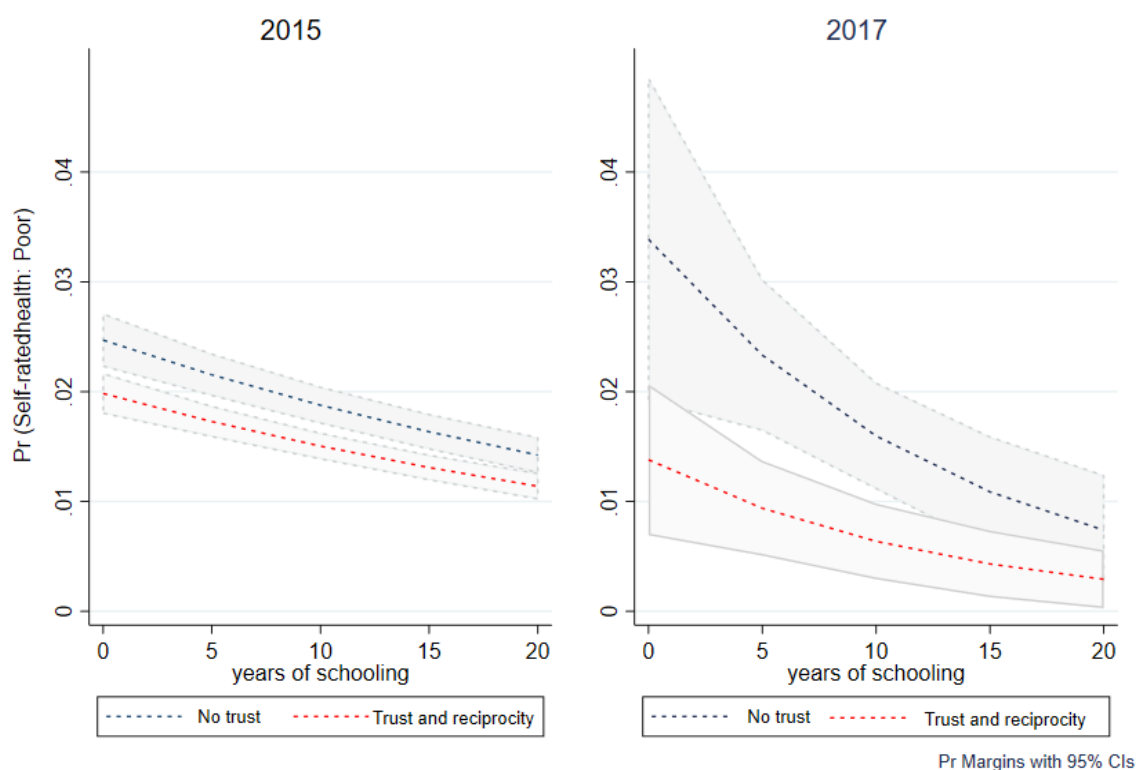
Por su parte, los años de escolaridad alcanzados también presentan efectos significativos sobre la probabilidad de presentar un buen estado de salud. En la medida que la escolaridad aumenta en un

año, la probabilidad de presentar un mejor estado de salud auto-reportado crece en 1,1 veces para los años 2015 – 2017.

Un nivel de capital humano más elevado supone acceso a mayores recursos de información que permiten a las personas tomar mejores decisiones en relación a hábitos de comportamiento saludable, al mismo tiempo que la escolaridad configura las oportunidades laborales de los individuos presentando también una alta asociación con los recursos económicos disponibles en el hogar (Braveman, Egerter, & Williams, 2011).

En relación al comportamiento de los efectos de la escolaridad sobre la auto-percepción de salud según confianza y reciprocidad, se percibe como el capital social es un factor de protección importante en la salud de los individuos.

Figura 17. Efectos marginales de la edad sobre la probabilidad de reportar un estado de salud excelente según capital social (2015 – 2017)



Fuente: Elaboración propia en base a datos de CASEN.

La probabilidad de situarse en un mal estado de salud disminuye en la medida que los años de escolaridad aumentan. No obstante la posesión de capital social inhibe aún más el riesgo de reportar una mala salud, especialmente en la población con menor escolaridad.

En cuanto al sexo para el año 2015 los resultados demuestran que la mujer presenta una menor probabilidad de alcanzar un mejor nivel de salud auto-reportada respecto del hombre (0,9 veces menor). En este aspecto, la literatura acusa la condición adversa de salud que enfrentan las mujeres derivada de la discriminación y segregación arraigada en la cultura, generando una acumulación de estrés crónico a lo largo del ciclo de vida (Braveman et al., 2011; Nussbaum, 2000).

En la misma línea, la condición de discapacidad también representa un riesgo mayor de presentar un mal estado de salud. Las estimaciones revelan que los individuos que tienen algún tipo de discapacidad poseen una probabilidad 0,3 veces menor (aproximadamente) de alcanzar un mejor estado de salud respecto de quienes no presentan discapacidad.

Finalmente, la pertenencia a una etnia, la zona de residencia y la participación en el sistema previsional de salud FONASA presentaron comportamiento disímiles en ambos periodos de tiempo, lo que invita a explorar en el largo plazo como inciden estos factores en el estado de salud auto-percibido por la población chilena.

VI. Conclusiones.

La salud desempeña un papel sustancial en el desarrollo humano. La producción de conocimiento sobre las vulnerabilidades sociales que enfrentan las personas y afectan su condición de salud es indispensable para la gestión en salud.

Chile ha experimentado un crecimiento económico importante en las últimas tres décadas, reflejo de ello es el mejoramiento significativo de sus indicadores de salud. Generando de esta manera mayores expectativas de vida, sin embargo un segmento considerable de la población no logra acceder a ellas.

Alcanzar la equidad en salud es una de las principales barreras para lograr el desarrollo. En este sentido, los desafíos sanitarios del Estado chileno planteados hasta el año 2020 indican la necesidad de superar las vulnerabilidades que afectan la salud de los chilenos.

En relación con lo anterior, la presente investigación buscó aportar evidencia que contribuya a la discusión de políticas de salud pública que vayan en la línea de la superación de inequidades de salud existentes en Chile.

Los hallazgos presentados refuerzan la idea sobre cómo la inequidad en salud se encuentra mediada por factores socioeconómicos. La edad, la escolaridad, el sexo, la condición de discapacidad son todas variables que inciden sobre las diferencias observadas en los distintos indicadores de salud. Al mismo tiempo, se comprobó la hipótesis que orientó esta investigación; existe un vínculo entre capital social y salud en Chile.

Los resultados demuestran que en la medida que los niveles de capital social aumentan o existen vínculos de confianza y reciprocidad, los individuos tienen una propensión más alta a alcanzar un

mejor estado de salud. En interacción con otros factores, se evidencia que el capital social adquiere un papel importante en la protección de la salud de la población chilena mayor de 15 años.

La literatura sostiene que la cohesión social y la confianza son elementos que promueven el autocuidado de la salud, protegen ante la aparición de enfermedades crónicas, reproducen hábitos saludables en la población e inhiben el estrés.

Si bien esta relación se encuentra ampliamente estudiada en la literatura, en Chile la evidencia parece ser acotada. Se espera que el conocimiento aportado resulte útil para continuar explorando el vínculo de capital social y salud en Chile.

Finalmente, considerando la pronta actualización de los objetivos sanitarios para la próxima década, sería interesante dejar abierta la reflexión sobre la inclusión del capital social en el modelo de determinantes sociales en Chile, especialmente dada la reciente disponibilidad de mediciones de capital social en la encuesta CASEN.

VII. Bibliografía

- Ahn, T.-K., & Ostrom, E. (2009). The meaning of social capital and its link to collective action. In G. L. H. Svendsen & G. T. Svendsen (Eds.), *The Handbook of Social Capital. The Troika of Sociology, Political Science and Economics* (1st ed., pp. 17–35). Oxford: Oxford University Press.
- Anand, P., & Dolan, P. (2005). Equity, capabilities and health. *Social Science & Medicine*, 60(2), 219–222.
- Arrow, K. J. (1972). Gifts and Exchanges. *Philosophy & Public Affairs*, 1(4), 343–362.
- Bacigalupe, A., & Escolar-Pujolar, A. (2014). The impact of economic crises on social inequalities in health: what do we know so far? *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 52.
- Ben-Porath, Y. (1980). The F-Connection: Families, Friends, and Firms and the Organization of Exchange. *Population and Development Review*, 6(1), 1–30. <https://doi.org/10.2307/1972655>
- Benyamini, Y. (2016). Self-rated health. In Y. Benyamini, M. Johnston, & E. C. Karademas (Eds.), *Assessment in health psychology* (2nd ed., pp. 175–188). Boston: Hogrefe.
- Blázquez-Fernández, C., Cantarero-Prieto, D., & Pascual-Sáez, M. (2018). On the nexus of air pollution and health expenditures: new empirical evidence. *Gaceta Sanitaria*.
- Boix, C., & Posner, D. (2000). Capital social y democracia. *Revista Española de Ciencia Política*, (2), 159–185.
- Bourdieu, P. (2001). The forms of capital. In M. Granovetter & R. Swedberg (Eds.), *The sociology of economic life* (3rd ed.). New York: Routledge.
- Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The social determinants of health: coming of age. *Annual Review of Public Health*, 32, 381–398.
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The Social Determinants of Health: It's Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Reports*, 129(2), 19–31.
- Cabieses, B., Bernales, M., Obach, A., & Pedrero, V. (2016). *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile. Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones* (1st ed.). Santiago de Chile: Universidad del Desarrollo.
- Caicedo, B., & Berbesi Fernández, D. (2015). Salud autorreferida: influencia de la pobreza y la desigualdad del área de residencia. *Gaceta Sanitaria*, 29(2), 97–104.
- Carlson, R. W., & Crockett, M. J. (2018). The lateral prefrontal cortex and moral goal pursuit. *Current Opinion in Psychology*, 24, 77–82.
- Chattopadhyay, N., & Saumitra, M. (2016). Developmental Outcome in Children with Malnutrition. *Journal of Nepal Paediatric Society*, 36(2), 170–177.
- Coleman, J. (1988). Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, 94, S95–S120.

- Coleman, J. (1990). *Foundations of social theory* (1st ed.). Cambridge: Belknap Press of Harvard University Press.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health* (1st ed.). Stockholm: Institute for future studies.
- Davies, A. R., & Ware, J. E. (1981). *Measuring health perceptions in the health insurance experiment* (1st ed.). Los Angeles: Rand Corporation.
- Durkheim, É. (1897). *Le suicide*. (F. Alcán, Ed.) (1st ed.). Paris: Ancienne Librairie Germer Bailliere.
- Dussailant, F., & Guzman, E. (2015). *Algunas Notas sobre el Significado e Investigación en Capital Social*. Santiago de Chile.
- Eaglesfield, G. D., Zichlin, M. L., Galler, J. R., Bryce, C. P., Fitzmaurice, G., & Waber, D. P. (2012). Infant Malnutrition Is Associated with Persisting Attention Deficits in Middle Adulthood. *The Journal of Nutrition*, 142(4), 788–794.
- Ferrer, R. L. (2018). Social Determinants of Health. In T. P. Daleman & M. R. Helton (Eds.), *Chronic Illness Care* (1st ed., pp. 435–449). Chapell Hill: Springer.
- Fukuyama, F. (1995). *Trust: The social virtues and the creation of prosperity*. New York: Free Press Paperbacks.
- Fukuyama, F. (2001). Social capital, civil society and development. *Third World Quarterly*, 22(1), 7–20.
- Georgieff, M. K. (2007). Nutrition and the developing brain: nutrient priorities and measurement. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 85(2), 614S–620S.
- González-Eguino, M. (2015). Energy poverty: An overview. *Renewable and Sustainable Energy Reviews*, 47, 377–385.
- Grootaert, C. (2001). The missing link. In D. Paul (Ed.), *Social capital and participation in everyday life* (1st ed., Vol. 23). London: Routledge.
- Gumà, J., Arpino, B., & Solé-Auró, A. (2018). Determinantes sociales de la salud de distintos niveles por género: educación y hogar en España. *Gaceta Sanitaria*.
- Halpern, D. (2005). *Social Capital* (2nd ed.). Cambridge: Polity Press.
- Hanifan, L. J. (1916). The rural school community center. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 67(1), 130–138.
- Helliwell, J. F., & Putnam, R. D. (1995). Economic growth and social capital in Italy. *Eastern Economic Journal*, 21(3), 295–307.
- House, J. S., Robbins, C., & Metzner, H. L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: Prospective evidence from the Tecumseh community health study. *American Journal of Epidemiology*, 116(1), 123–140.
- Idler, E., & Cartwright, K. (2018). What do we rate when we rate our health? Decomposing age-related contributions to self-rated health. *Journal of Health and Social Behavior*, 59(1), 74–93.

- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K., & Prothrow-Stith, D. (1997). Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health, 87*(9), 1491–1498.
- Knack, S., & Keefer, P. (1997). Does social capital have an economic payoff? A cross-country investigation. *The Quarterly Journal of Economics, 112*(4), 1251–1288.
- Knack, S., & Zak, P. J. (2003). Building trust: public policy, interpersonal trust, and economic development. *Supreme Court Economic Review, 10*, 91–107.
- Krause, N. M., & Jay, G. M. (1994). What Do Global Self-Rated Health Items Measure? *Medical Care, 32*(9), 930–942.
- Lin, N. (2001). Building a network theory of social capital. In N. Lin, K. Cook, & R. S. Burt (Eds.), *Social Capital: theory and research* (1st ed., pp. 3–28). New York: Walter de Gruyter.
- Lochner, K., Kawachi, I., & Kennedy, B. P. (1999). Social capital: a guide to its measurement. *Health & Place, 5*(4), 259–270.
- Lochner, K., Pamuk, E., Makuc, D., Kennedy, B. P., & Kawachi, I. (2001). State-level income inequality and individual mortality risk: a prospective, multilevel study. *American Journal of Public Health, 91*(3), 385–391.
- Mackenbach, J. P., Simon, J. G., Looman, C. W. N., & Joung, I. M. A. (2002). Self-assessed health and mortality: could psychosocial factors explain the association? *International Journal of Epidemiology, 31*(6), 1162–1168.
- Mansyur, C., Amick, B. C., Harrist, R. B., & Franzini, L. (2008). Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries. *Social Science & Medicine, 66*(1), 43–56.
- Marmot, M., & Allen, J. J. (2014). Social Determinants of Health Equity. *American Journal of Public Health, 104*(S4), S517–S519.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A. J., & Taylor, S. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet, 372*(9650), 1661–1669.
- Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P., Pasanen, M., & Urponen, H. (1997). Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology, 50*(5), 517–528.
- Millán, R., & Gordon, S. (2004). Capital social: una lectura de tres perspectivas clásicas. *Revista Mexicana de Sociología, 66*(4), 711–747.
- Nussbaum, M. C. (2000). *Women and Human Development: The Capabilities Approach* (1st ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Okun, M. A., Stock, W. A., Haring, M. J., & Witter, R. A. (1984). Health and Subjective Well-Being: A Meta-Analysis. *The International Journal of Aging and Human Development, 19*(2), 111–132. <https://doi.org/10.2190/QGJN-0N81-5957-HAQD>
- Östlin, P. (2008). Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. *Global Public Health, 3*, 1–12.

- Pulfrey, S. (2006). Malnutrition: a silent emergency. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 174(13), 1837–1838.
- Putnam, R. D. (1997). The prosperous community: social capital and public life. *Frontier Issues in Economic Thought*, 3, 211–212.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community* (1st ed.). New York: Simon & Schuster paperbacks.
- Putnam, R. D., Leonardi, R., & Nanetti, R. Y. (1993). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. Princeton university press.
- Puyol, Á. (2012). Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 178–181.
- Ramírez, J. (2005). Tres visiones sobre capital social: Bourdieu, Coleman y Putnam. *Acta Republicana: Política y Sociedad*, 4(4), 21–36.
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice* (2nd ed.). Cambridge: Harvard University Press.
- Rawls, J. (2001). *Justice as fairness: A restatement*. (E. Kelly, Ed.) (1st ed.). Cambridge: Harvard University Press.
- Sapag, J. C., Aracena, M., Villarroel, L., Poblete, F., Berrocal, C., Hoyos, R., ... Kawachi, I. (2008). Social capital and self-rated health in urban low income neighbourhoods in Chile. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(9), 790 LP-792.
- Scott Long, J., & Freese, J. (2006). *Regression models for categorical dependent variables using Stata* (2nd ed.). Texas: Stata Press.
- Sen, A. (2001). *Development as freedom* (1st ed.). Oxford: Oxford Paperbacks.
- Sen, A. (2002a). Health: perception versus observation: self reported morbidity has severe limitations and can be extremely misleading. *British Medical Journal Publishing Group*, 324(7342), 860–861.
- Sen, A. (2002b). Why health equity? *Health Economics*, 11(8), 659–666.
- Stenholm, S., Kivimäki, M., Jylhä, M., Kawachi, I., Westerlund, H., Pentti, J., ... Vahtera, J. (2016). Trajectories of self-rated health in the last 15 years of life by cause of death. *European Journal of Epidemiology*, 31(2), 177–185.
- Stone, W. (2001). Measuring social capital. *Towards a Theoretically Informed Measurement Framework for Researching Social Capital in Family and Community Life. Research Paper*, 24, 1–8.
- Stoyanova, A., & Díaz-Serrano, L. (2009). Differential impact of social capital on mental health in the native-born and immigrant populations living in Catalonia (Spain). *Gaceta Sanitaria*, 23, 93–99.
- Subramanian, V., Delgado, I., Jadue, L., Kawachi, I., & Vega, J. (2003). Inequidad de ingreso y autopercepción de salud: un análisis desde la perspectiva contextual en las comunas chilenas. *Revista Médica de Chile*, 131, 321–330.

- Svendsen, G. T., & Svendsen, G. L. H. (2009). *Handbook of social capital: the Troika of sociology, political science and economics* (1st ed.). Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Szreter, S., & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 650–667.
- Szutorisz, H., & Hurd, Y. L. (2016a). Feeding the Developing Brain: The Persistent Epigenetic Effects of Early Life Malnutrition. *Biological Psychiatry*, 80(10), 730–732.
- Szutorisz, H., & Hurd, Y. L. (2016b). Feeding the Developing Brain: The Persistent Epigenetic Effects of Early Life Malnutrition. *Biological Psychiatry*, 80(10), 730–732.
- Taboada-Crispi, A., Bringas-Vega, M. L., Bosch-Bayard, J., Galán-García, L., Bryce, C., Rabinowitz, A. G., ... Valdés-Sosa, P. A. (2018). Quantitative EEG Tomography of Early Childhood Malnutrition. *Frontiers in Neuroscience*, 12, 595.
- Tamayo, M., Besoain, A., & Rebolledo, J. (2018). Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación. *Gaceta Sanitaria*, 32(1), 96–100.
- Uslaner, E. M. (2009). Corruption. In G. L. H. Svendsen & G. T. Svendsen (Eds.), *Handbook of Social Capital The Troika of Sociology, Political Science and Economics* (1st ed., pp. 127–142). Oxford: Oxford University Press.
- Whiteley, P. F. (2000). Economic Growth and Social Capital. *Political Studies*, 48(3), 443–466.
- Wilkinson, R. G. (1992). Income distribution and life expectancy. *BMJ: British Medical Journal*, 304(6820), 165.
- Wilkinson, R. G. (2001). *Mind the gap: hierarchies, health and human evolution*. Yale University Press.
- Zajacova, A., Huzurbazar, S., & Todd, M. (2017). Gender and the structure of self-rated health across the adult life span. *Social Science & Medicine*, 187, 58–66.