

*Partecipazione sociale e salute
in una comunità messicana.
Un approccio qualitativo al capitale sociale*

Rosa María Osorio Carranza

profesora investigadora titular, Área de antropología médica, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (CIESAS) (México)
[rosorioc@yahoo.com.mx]

La categoria di capitale sociale

Il capitale sociale, insieme ai suoi contenuti affini, è stato argomento di lavoro nel campo della sociologia, dell'antropologia e dell'economia-politica durante il secolo scorso, anche se è negli anni '90 che l'interesse per questo concetto è cresciuto in maniera sostanziale, in particolare grazie ai contributi di Robert David Putnam (PUTNAM R.D. 1993, 2000, 2003). In quegli anni si osserva un aumento del suo utilizzo sia in ambito accademico che nella ricerca applicata alla progettazione di politiche pubbliche, così come nel campo della salute.

La categoria di capitale sociale appare per la prima volta intorno al 1916, elaborata da Lyda Judson Hanifan, il quale a partire dall'analisi del sistema educativo di una regione povera degli Stati Uniti sostiene che diversi problemi sociali, politici ed economici delle comunità rurali nordamericane, potevano risolversi soltanto attraverso il rafforzamento delle reti di solidarietà. Hanifan proponeva la seguente definizione di capitale sociale:

«Una serie di elementi tangibili: la buona volontà, il compagnerismo, la comprensione e i rapporti sociali fra individui e famiglie, caratteristiche costitutive dell'unità sociale [...] [se il soggetto isolato] entra in contatto con i suoi vicini e questi con nuovi vicini, si produrrà un accumulo di capitale sociale che potrà soddisfare bisogni sociali sufficienti a migliorare le condizioni di vita di tutta la comunità. [...] tale capitale sociale potrà essere amministrato attraverso una abile leadership indirizzata a un miglioramento del benessere generale della comunità» (HANIFAN L.J., citato in PUTNAM R.D. 2000: 10).

In seguito la categoria di capitale sociale è stata recuperata, riscoperta o reinventata durante il XX secolo, sia dalla sociologia che dall'antropologia,

assimilando in alcuni casi nuove sfumature teorico-metodologiche o nuove tematiche su cui applicarla. In questo senso si può dire che la produzione dei concetti e delle categorie va costruendo la propria storia, possiamo riscontrare un periodo di oblio apparente o reale, una negazione o semplicemente un disuso di alcuni termini che possono assomigliarsi, anche se il loro potere esplicativo cambia seguendo una dinamica costante di appropriazione, risegnificazione e utilizzo di categorie teoriche legata ai contesti storici in cui si applicano (MENÉNDEZ E.L. 2002: 257). Allo stesso modo, il concetto di capitale sociale è stato recuperato da vari autori, alcuni con un maggior approfondimento teorico o empirico di altri, ma tutti hanno puntato sul ruolo che giocano le reti sociali di appoggio, la fiducia e la solidarietà sociale (SEELEY 1950, JACOBS 1960, LOURY 1970, BOURDIEU 1982, COLEMAN 1988, PUTNAM 1993 e 2000, citati in PUTNAM R.D. 2003)⁽¹⁾.

Parallelamente potremmo citare una serie di lavori antropologici prodotti in America Latina negli anni '60 e '70 che, sebbene in quel momento non si identificavano nella teoria del capitale sociale, proponevano lo studio delle reti sociali e della loro importanza per le popolazioni che si trovavano sulla soglia di povertà e di povertà estrema. Dal punto di vista delle teorie sulla marginalità si analizzavano la produzione e la riproduzione delle reti di appoggio sociale come una delle strategie di sopravvivenza dei gruppi sociali più svantaggiati socialmente ed economicamente (LOMNITZ L.A. 1978).

Nel suo saggio sulle forme del capitale, Bourdieu segnala che il capitale sociale

«sarebbe costituito dall'insieme delle risorse potenziali o attuali legate al possesso di una rete durevole di rapporti più o meno istituzionalizzati di conoscenza e riconoscimento mutuo, è l'insieme delle risorse basate sull'appartenenza a un gruppo» (BOURDIEU P. 2001: 145).

Bourdieu inquadra questa definizione in una complessa elaborazione teorica sulle forme del capitale in cui include anche le nozioni di *habitus*, di campo e di agenti sociali e riconosce l'esistenza sovradeterminata del capitale economico, del capitale culturale e del capitale sociale, i quali possono tutti trasformarsi in capitale simbolico. Anche se gli sviluppi di Bourdieu meriterebbero una maggiore analisi in questo lavoro vorrei approfondire principalmente la proposta di Putnam per la sua maggior diffusione internazionale e per il suo impatto sociopolitico, in particolare nel campo della salute.

Per questo autore, il capitale sociale coinvolge le reti sociali e le regole di reciprocità e di fiducia promosse fra i membri delle associazioni della co-

munità grazie alla loro esperienza nell'interazione e nella cooperazione sociale. Così come il capitale fisico e quello umano (gli strumenti e la conoscenza) creano valore individuale e collettivo, si può "investire" anche sulla costruzione di una rete di relazioni. Tuttavia le relazioni sociali non sono semplici beni di investimento, perché spesso creano valore di consumo diretto (PUTNAM R.D. 2003: 14).

Nel suo testo *Making democracy work*, pubblicato nel 1993, cerca di spiegare le differenze esistenti tra le regioni del nord e del sud d'Italia evidenziando che il loro sviluppo disuguale è originato dall'impronta storica che ha prodotto una dipendenza che si estende fino al XX secolo. Questo approccio ha ricevuto molte critiche che ritengono che sia vittima di una visione meccanicistica della storia e che i dati empirici che utilizza non siano consistenti. Nonostante ciò questa pubblicazione ha aperto la porta a innumerevoli discussioni intorno al ruolo del capitale sociale e della comunità civile in termini di funzionamento democratico di una società, in cui ci si domandava se la democrazia era il risultato della cultura civile oppure se, al contrario, questa era il prodotto di una società democratica. Le critiche al suo modello si sono centrate principalmente su tre punti: la relazione di causalità tra il capitale sociale e la democrazia non è unidirezionale, il concetto di capitale sociale non è preciso e le prove empiriche presentate da Putnam non sostengono in maniera esauriente la sua teoria (AGUILAR J.A. 2004).

Più recentemente la sua pubblicazione *Bowling alone* (2000) è risultata essere un testo chiave per capire i suoi postulati. In questo testo si sostiene che negli Stati Uniti ci sarebbe stato un calo del capitale sociale, ricavando questo dato da un'analisi statistica di diverse indagini nelle quali si registra, a partire dagli anni '70, una diminuzione del livello di partecipazione civile in determinate associazioni, come ad esempio quelle collegate alla partecipazione politica (attraverso le elezioni o l'affiliazione ai partiti politici), alla partecipazione religiosa, ai vincoli più o meno frequenti sul luogo di lavoro, così come ai vincoli informali che esistono fra le persone. Tuttavia, malgrado le critiche che ha ricevuto, il *boom* della teoria del capitale sociale nella sua versione Putnam, lanciata da Harvard, ha avuto come risultato l'identificazione del capitale sociale con una "risorsa" o una via per uscire dalle situazioni di povertà e di povertà estrema. Questa proposta è stata ripresa dalla Banca Mondiale come un utile raccomandazione nei confronti dei governi per la creazione di politiche pubbliche e per la canalizzazione di risorse finanziarie destinate al rafforzamento delle forme di cooperazione, di solidarietà e delle reti sociali nelle comunità. Le ricerche realizzate seguendo questa prospettiva ritengono che esisterebbe-

ro delle prove evidenti rispetto al fatto che la coesione sociale sia cruciale per far prosperare economicamente una società nel quadro di uno sviluppo sostenibile (BANCA MONDIALE 1999: <http://web.worldbank.org>).

Questo organismo finanziario mondiale sostiene gran parte delle sue raccomandazioni su informazioni statistiche raccolte per dimostrare i vantaggi sociali ed economici del capitale sociale. Allo stesso modo, si è sviluppata una linea teorica imprenditoriale che recupera il capitale sociale come nucleo fondamentale per il mantenimento e lo sviluppo di ogni tipo di organizzazione. Si sostiene, ad esempio, che nei sistemi educativi che riescono a generare una comunità civile, questo è possibile grazie ad una maggiore efficacia di quelle scuole in cui i genitori ed i gruppi di cittadini sono attivamente coinvolti, dimostrando un interesse più attento rispetto al benessere educativo dei bambini, favorendo così un maggior coinvolgimento dei professori, dei voti più alti da parte degli studenti ed un uso più attento delle strutture scolastiche. Ci potremmo chiedere se la maggior solidarietà partecipativa di una società sia il risultato e non la causa di un maggior sviluppo civile, e se tutto ciò esiste grazie al fatto che altri bisogni economici e sociali siano già stati coperti.

Dal mio punto di vista, questo approccio tende in pratica a sopravvalutare il ruolo del capitale sociale a detrimento delle altre forme di capitale ed esclude dalla sua analisi i conflitti sociali, così come la relazione dialettica che esiste fra i differenti tipi di capitale. Recuperando la prospettiva di Bourdieu:

«il capitale economico serve da base agli altri tipi di capitale, ma [...] le manifestazioni trasformate e mascherate del capitale economico non possono ricondursi totalmente ad esso [...] bisogna evitare di cadere nel "economicismo" che riduce le altre forme di capitale al capitale economico, allo stesso modo del "semiologismo" che riduce le relazioni sociali di scambio a fenomeni di comunicazione e ignora la riducibilità universale all'economia» (BOURDIEU P. 2001: 158).

Il rapporto tra capitale sociale e salute

La categoria di capitale sociale si è sviluppata di forma esponenziale nelle ricerche sulla salute come un modo di incorporare variabili sociali alla dimensione epidemiologica in una proposta analitica che collega le disuguaglianze sociali ed economiche con i processi di salute-malattia. Si può dire che il capitale sociale appare all'interno di un dialogo teorico, metodologico ed empirico che è risultato essere molto discutibile. In que-

sto paragrafo vorrei esporre brevemente alcuni dei principali postulati che si reggono su queste analisi senza pretendere di darne qui un quadro esaustivo.

Putnam prospetta l'esistenza di una relazione direttamente proporzionale tra la quantità di capitale sociale esistente in una società ed i livelli di salute e di felicità. L'idea sottostante è che l'appartenenza ad un gruppo sociale e la salvaguardia di reti sociali, relazioni di fiducia e reciprocità hanno un forte effetto protettivo sulla salute. Il ruolo del capitale sociale avrebbe molteplici effetti, attraverso aiuti tangibili come soldi, trasporti, cure, che ridurrebbero le tensioni e produrrebbero una rete di sicurezza; d'altro lato, le reti sociali favorirebbero modelli più salutari per il fatto che l'isolamento, al contrario, favorirebbe modelli più dannosi, per l'assenza di un meccanismo sociale di regolazione e di controllo sulle pratiche dannose per la salute (ad esempio, una persona che vive da sola tenderà a fumare o bere di più). A livello individuale inciderebbe il fatto che un sistema solido di sostegno sociale introdurrebbe meccanismi psicosociali, fisiologici ed immunitari in contrasto con lo sviluppo delle malattie. Infine, a livello sociale una comunità civile promuoverebbe una maggior organizzazione politica chiedendo un miglioramento della qualità dei servizi sanitari (PUTNAM R.D. 2001: 442).

Altri studiosi hanno proposto che l'impatto del capitale sociale sulla salute ha una doppia dimensione. Da un lato, avrebbe un effetto "strutturale" che influisce in maniera diretta sulla salute attraverso la creazione di un sostegno, la promozione dell'impegno sociale e facilitando i collegamenti interpersonali, rafforzando l'autostima e la sicurezza, favorendo comportamenti salutari e riducendo lo stress. Si pone un'enfasi speciale sullo spazio geografico dentro al quale si giocano queste relazioni. Dall'altro, si riconoscerebbe un effetto "contestuale" del capitale sociale, prendendo in considerazione gli effetti del capitale sociale sui fattori di tipo economico, politico, sociale e ambientale che sarebbero determinanti per la salute delle popolazioni (VEENSTRA G. *et al.* 2004).

Attraverso i risultati di ricerche che ne condividono il contesto teorico, Putnam cita molteplici e complesse correlazioni statistiche che dalla loro prospettiva dimostrerebbero il modo in cui l'isolamento sociale produca malattie o incrementi il rischio di morire, segnalando inoltre che l'isolamento sarebbe la causa e non la conseguenza di certe sofferenze come la depressione⁽²⁾. Putnam analizza attraverso inchieste nazionali ed alcune interviste, l'influenza di una serie di fattori come la classe sociale, l'etnia o il genere, o di certi comportamenti come il consumo di alcool e fumo, o

l'attività fisica, sulle principali cause di mortalità, sullo stato di salute autopercepita o sulla speranza di vita. Nonostante ciò considera il capitale sociale su cui contano gli individui come la variabile indipendente che determinerebbe in grande misura questi indicatori di salute. Secondo le ricerche da lui citate l'impatto del capitale sociale sulla salute è di tale importanza che, ad esempio, se qualcuno si spostasse a vivere in una località differente nella quale il capitale sociale è quantitativamente maggiore, questo fattore di per se stesso migliorerebbe le sue condizioni di salute allo stesso modo che se smettesse di fumare (PUTNAM R.D. 2001: 444).

In termini generali si può dire che le sue argomentazioni si reggono solamente su statistiche che procedono da vari studi di cui presenta soltanto quelle cifre che confermerebbero i suoi presupposti teorici e che lo portano a costruire una serie di estrapolazioni probabilistiche sugli effetti sulla salute degli individui in funzione del capitale sociale quantificato. Risulta un po' sorprendente il fatto che le sue affermazioni non si basino su un sostegno empirico sufficientemente analizzato nel testo, egli infatti né presenta una revisione critica delle sue fonti né discute con maggior profondità altri elementi che condizionano o determinano le condizioni di salute.

Putnam propone alcune conclusioni che risultano un po' azzardate, come la seguente:

«Il bilancio generale di questa moltitudine di studi è che, in linea generale, chi non appartiene a nessun gruppo ma decide di aderire a uno, ridurrà del 50% il rischio di morire l'anno seguente. Se una persona fuma e non fa parte di nessun gruppo può fare a *testa o croce* e decidere se smettere di fumare o aderire ad un gruppo. Queste conclusioni sono incoraggianti dato che è più facile entrare a far parte di un gruppo che perdere peso, fare esercizio regolarmente o smettere di fumare» (*Ibidem*: 448).

Considero che volendo dare sostegno alle sue argomentazioni intorno all'importanza del capitale sociale, Putnam cade in una visione riduzionista dei processi analizzati, la cui determinazione causale si centra in maniera esclusiva su questa variabile. Nel caso dei processi di salute/malattia gli approcci così delineati ci condurrebbero, inoltre, a sottovalutare i condizionamenti sociali, economici e politici che determinano questi processi. La sua argomentazione, superficiale dal mio punto di vista, raggiunge il suo climax quando propone un indice per calcolare la felicità degli individui a partire dal capitale sociale.

«La partecipazione regolare in un club, il volontariato, ricevere ospiti o la partecipazione in chiesa corrispondono, in termini di felicità, all'ottenere un titolo universitario o al raddoppiare il reddito. I vincoli civili sono elementi importanti quanto il matrimonio o la ricchezza in previsione di una vita felice» (*Ibidem*: 4).

Questi approcci potrebbero essere sottovalutati se non fosse per le conseguenze politiche e sociali che possono causare. Considero che questa visione del capitale sociale, visto come una panacea che può risolvere un gran numero di problemi, prospetta la costruzione di un mondo felice in cui gli individui con una cultura civile possono risolvere la maggior parte dei loro problemi. Questo approccio teorico non prende in considerazione l'esistenza di conflitti sociali, o se lo fa è solo in modo marginale.

La recente ricerca di Kawachi suggerisce che esiste una relazione tra il capitale sociale e la salute. Questo studio prende in esame la correlazione tra il capitale sociale e la salute auto-percepita ed i tassi di mortalità di venti villaggi dell'Ungheria. Gli autori hanno accertato che la vulnerabilità degli uomini ungheresi di mezza età è aumentata dopo i rapidi cambiamenti economici avvenuti nel Paese negli ultimi anni. Gli autori indicano che l'aumento dei tassi di mortalità non è il risultato di problemi legati all'assistenza medica, a cambiamenti legati al prodotto interno lordo o alla disparità nei redditi. Secondo questi autori le variazioni di capitale sociale potrebbero essere connesse in modo differente con i tassi di mortalità prematura di uomini e donne. Le loro ipotesi suggeriscono che il capitale sociale sia diminuito in Ungheria sulla base di un indebolimento dei valori comunitari, causati anche dalla sfiducia nei confronti delle leggi in materia economica che hanno portato la gente a ricorrere a forme di sussistenza atipiche per migliorare la propria qualità della vita.

Questo studio, basato principalmente sui risultati di alcuni sondaggi e interviste, trova dei riscontri statisticamente rilevanti tra le variabili che coinvolgono il capitale sociale e la mortalità in uomini e donne di mezza età. Così gli autori riferiscono che anche se i livelli di sfiducia erano elevati sia tra gli uomini che le donne, il tasso di mortalità maschile era da relazionarsi con una mancanza di aiuto da parte delle organizzazioni civili, mentre il tasso di mortalità femminile era da relazionarsi con la percezione della reciprocità. Gli autori concludono che è possibile che i cambiamenti nella società ungherese abbiano influenzato i sistemi sociali di sostegno e che questi cambiamenti abbiano maggiore impatto in quelli che coinvolgono gli uomini (ad esempio nel settore produttivo) rispetto a quelli relazionati con le donne. Sebbene gli autori riconoscano i limiti del loro studio, concludono rimarcando la necessità di comprendere i modi in cui il capitale sociale entra in relazione con altri fattori (KAWACHI I. *et al.* 2004).

Questa ricerca si può prendere come esempio di utilizzo dei dati statistici ricavati da inchieste nazionali per spiegare processi di disuguaglianza nell'accesso alle cure o un deterioramento nelle condizioni di salute della

popolazione, in cui la validità dei dati utilizzati per dimostrare queste ipotesi possono essere relativamente discutibili, dato che si stabiliscono correlazioni che, sebbene siano statisticamente significative, possono portare ad una serie di deduzioni che portano a una sopravvalutazione del capitale sociale come elemento esplicativo del deterioramento delle condizioni di salute della popolazione. Anche se potrebbe esistere una correlazione statistica ciò non implica necessariamente che essa sia di tipo causale. Coloro che propongono questa teoria argomentano che la mancanza di capitale sociale è chiave per spiegare l'alto grado di disuguaglianza in termini di salute in certe società che contano su un capitale sociale minore. Tuttavia è indispensabile prendere in considerazione le strutture sociali ed economiche materiali che rendono possibili determinati stili di vita "salutari" e che promuovono la produzione di capitale sociale (FORBES A. 2001).

D'altra parte, si potrebbe supporre che gli individui che non partecipano a reti sociali di tipo associativo possono avere una serie di conseguenze negative sulla propria salute, perciò la decisione di appartenere o meno ad un gruppo civile diventerebbe una questione di ordine psicosociale, di responsabilità personale/morale, o di un'attitudine civile inadeguata, legata alla risoluzione dei problemi di salute, di modo che questo approccio porterebbe alla colpevolizzazione della vittima.

La teoria del capitale sociale sviluppata da Putnam e dai suoi seguaci, è in grande parte frutto di una metodologia quantitativa pensata per ottenere determinati indici di partecipazione sociale attraverso associazioni civili, politiche e religiose che prendono in considerazione i processi di democratizzazione e consolidamento delle società civili e forse per alcuni Paesi industrializzati questo approccio teorico e metodologico risulta utile e realizzabile (PUTMAN R.D. 2003, ALTSCHULER A. *et al.* 2004, MOHAN J. *et al.* 2005). Nonostante ciò gli indicatori offerti da questa proposta non sono necessariamente applicabili o quantificabili in tutti i contesti socioeconomici e culturali.

Ci possiamo chiedere cosa succede in quelle società – come nel caso del Messico – in cui non è possibile applicare questa metodologia dato che non esistono i dati statistici o le serie storiche che permettano ai ricercatori di ricavare questi sofisticati indicatori quantitativi. Come analizzare il capitale sociale esistente in contesti geoeconomici e culturali in cui questo tipo di partecipazione associativa – tramite affiliazione – non è così istituzionalizzata e in cui tuttavia esiste un capitale sociale informale o vincolante che, anche se disseminato, è molto esteso e risulta strategico per capire la realtà sociale, ma nei quali detta linea teorica e questo

approccio metodologico non potrebbero realizzare una ricerca sulla diminuzione o sull'incremento del capitale sociale utilizzando gli stessi indicatori che Putnam usa per la società nordamericana (FORBES A. - WAINWRIGHT S. 2001).

Nel caso del Messico non esistono informazioni statistiche affidabili che diano conto del numero e del tipo di associazioni civili presenti. In ogni caso, esistono censimenti sulle organizzazioni non governative – che tra l'altro risultano essere insignificanti rispetto ai coefficienti di associazione civile proposti da Putnam per quantificare il capitale sociale – non ci sono però informazioni affidabili sulle associazioni civili, club o movimenti sociali che rientrano nel capitale sociale; molto meno si sa di quali siano le loro forme di affiliazione e come siano cambiate nel tempo, allo stesso modo che non esistono informazioni quantitative sugli indicatori di cultura civile, fiducia e solidarietà. Tuttavia il fatto che le associazioni civili non abbiano avuto ripercussioni dirette sul processo democratico messicano non vuole dire che esso non esista o che stia operando con altri meccanismi.

È importante menzionare che dalla metà degli anni '90 i programmi pubblici di sviluppo sociale applicati dal governo messicano per combattere la povertà e promuovere il miglioramento delle condizioni di salute, di alimentazione, di educazione o di sviluppo rurale, hanno utilizzato la nozione di capitale sociale tra le loro linee guida. Sebbene nel Paese i programmi di sviluppo economico e di Stato sociale contano su una lunga traiettoria, iniziata negli anni '40, hanno dimostrato avere una notevole continuità – in termini di progettazione, contenuto e popolazione beneficiaria – nei governi sessennali che ha avuto il Paese dalla seconda metà del XX secolo, anche se ogni nuovo governo ha presentato un nuovo programma sessennale di sviluppo e di Stato sociale per incidere sulla produzione, l'occupazione, la salute e l'educazione delle popolazioni più svantaggiate.

Si può dire che in ogni caso tutti hanno posto speciale enfasi sul ruolo della partecipazione comunitaria e dell'organizzazione delle reti sociali di sostegno come una delle principali risorse disponibili. Tuttavia nei programmi più recenti appare il tratto distintivo della teoria del capitale sociale come componente principale, come si nota dalla denominazione a loro assegnata: il "Programa Nacional de Solidaridad", "Progresas", "Oportunidades" e più recentemente "Contigo es posible", con essi si recupera con speciale interesse il potenziamento delle reti sociali, delle organizzazioni civili e della corresponsabilità nella gestione delle risorse e dei risultati ottenuti.

Il Programma *Contigo es posible* che il governo attuale porta avanti dal 2002, viene proposto come una strategia di sviluppo integrale, pragmatica e diretta alla lotta contro la povertà attraverso un'intensa partecipazione della società civile nei progetti di sviluppo. Si fa speciale enfasi sulla partecipazione della società civile e delle organizzazioni in quei processi di informazione e consulenza, progettazione strategica, accompagnamento, intervento e valutazione che in qualche modo possano contribuire all'utilizzo efficiente delle risorse pubbliche, alla qualità dei suoi risultati e all'impatto positivo sui gruppi di popolazione considerati più vulnerabili: come i poveri, la popolazione indigena, le donne, i bambini e i giovani. I progetti di sviluppo che contano con il finanziamento e il sostegno tecnico della Banca Mondiale in Messico costituiscono modelli di consulenza e partecipazione della società civile e delle sue organizzazioni (<http://www.bancomundial.org.mx>) e sono direttamente collegati agli Obiettivi del millennio dell'ONU, da raggiungere entro il 2015 (<http://www.un.org/millenniumgoals>).

Il Programma *Contigo es posible* si basa su cinque principi fondamentali che pretendono incidere su tutte le aree di intervento pubblico, questi principi sarebbero l'equità delle risorse, la trasparenza nella gestione delle stesse, l'integralità in termini di efficienza amministrativa e coerenza nella progettazione, la corresponsabilità fra i livelli di governo e la società civile, «la coesione sociale per rafforzare il tessuto sociale e promuovere lo sviluppo della comunità, la governance e la democrazia». Rispetto al campo della salute, uno dei programmi più importanti è quello del *Fortalecimiento de las comunidades saludables*, il cui interesse è quello di «promuovere la salute delle popolazioni vulnerabili attraverso azioni sociali ed educative che incrementino la coscienza pubblica sulla salute, favoriscano stili di vita salutari e stimolino l'azione comunitaria e la partecipazione sociale a favore di una migliore qualità di vita» (<http://www.contigo.gob.mx>).

Come si può notare, tra i principi centrali appaiono la promozione della partecipazione sociale, la coesione sociale, l'azione comunitaria e la partecipazione della società civile, come comunità civile e come elementi strategici per portare a termini le politiche pubbliche nell'ambito della salute. Questi programmi ci mostrano in che modo a livello governativo si sta applicando in Messico la nozione di capitale sociale nella pianificazione di progetti e politiche pubbliche di sviluppo sociale.

In aggiunta vorrei risaltare che nella mia prospettiva di analisi si riconosce l'importanza delle reti sociali di sostegno, di fiducia e di solidarietà come risorse strategiche fondamentali per affrontare le situazioni di povertà/

povertà estrema e per risolvere certi problemi di salute-malattia. Sebbene possa considerarsi una risorsa imprescindibile non è assolutamente sufficiente per risolvere i problemi principali della società e sarà sulla trasformazione della struttura sociale e sui condizionanti strutturali – economici e politici – su cui si dovranno focalizzare gli sforzi e le risorse delle politiche pubbliche.

Un approccio antropologico allo studio delle reti sociali

In quest'ultima parte del lavoro vorrei approfondire alcuni elementi che ci consentono di riflettere sul capitale sociale e di studiarlo – in senso ampio – attraverso un tipo di metodologia qualitativa, con la finalità di poter ripensare questa categoria alla luce di altre realtà storico-sociali, con l'obiettivo di mostrare l'importanza del capitale sociale per l'analisi dei processi di salute/malattia/cura, in un contesto in cui non ci sono indicatori quantitativi di esso, e se anche ci fossero – la loro utilità è ridotta e parziale a causa del rigido inquadramento di una teoria e di una metodologia che sono state prodotte per spiegare altri tipi di realtà.

Partendo da un approccio qualitativo si presentano alcuni dei meccanismi attraverso i quali agisce il sistema di reti sociali primarie, generando certe forme di reciprocità e di fiducia sociale. Mi interessa presentare un altro modo di analizzare le dinamiche di funzionamento del capitale sociale, quello che si dà fondamentalmente nelle relazioni informali e molto dense, in un contesto in cui il capitale economico è basso e il capitale culturale è eterogeneo. Alla luce di una ricerca svolta in una località periferica della città messicana di Dos Ríos, l'interesse principale è rivolto alla descrizione dei processi in microgruppi in cui il capitale sociale viene messo in atto nel campo della salute materno-infantile e che consentono di identificare alcuni elementi importanti rispetto alla dinamica salute/malattia e all'utilizzo dei servizi sanitari.

Questa località conta con poco più di 3.000 abitanti e si trova quindici chilometri a ovest di Città del Messico e pertanto sta vivendo un processo di rapida urbanizzazione. Anche se la maggior parte della popolazione va a lavorare ogni giorno al *Distrito Federal* o in aree della conurbazione, quest'area conserva peculiarità rurali come la coltivazione di piccoli appezzamenti di terreno, i rapporti di conoscenza mutua e una densa rete di relazioni familiari fra i suoi abitanti. Si è lavorato con gruppi di famiglie di strati socioeconomici subalterni, fondamentalmente con madri in età

fertile con figli con meno di 5 anni, così come con i principali terapeuti allopatrici e tradizionali che operavano nella zona, insieme ad altri informatori chiave. Si sono utilizzate tecniche qualitative di ricerca come l'intervista e l'osservazione diretta dei processi studiati, validate attraverso il contatto prolungato e quotidiano con i nostri informatori e la residenza nella località per lunghi periodi durante le differenti fasi del lavoro di campo realizzato durante dodici anni (1989-2001).

Durante questo periodo, si sono realizzate due ricerche di lunga durata intorno a differenti tematiche legate ai processi di salute/malattia/cura. La prima includeva l'elaborazione socioculturale delle sofferenze infantili attraverso l'epidemiologia popolare e la ricostruzione del percorso di diagnosi e cura nel quadro della cultura medica materna (OSORIO R.M. 1993 e 2001). Nella seconda ricerca si sono studiati i processi di gravidanza, parto e puerperio nei termini delle rappresentazioni e delle pratiche relazionate con la salute riproduttiva (OSORIO R.M. 2004). In entrambi i casi l'interesse è stato rivolto alle correlazioni esistenti tra la medicina allopatrica e la chiamata medicina tradizionale, riscontrabili nelle rappresentazioni e nelle consuetudini sociali delle madri.

Nonostante il nostro obiettivo di ricerca non considerasse l'analisi del capitale sociale come categoria di analisi teorica, abbiamo avuto l'opportunità di osservare certe forme di organizzazione sociale che coinvolgessero la partecipazione comunitaria collettiva e certe attività a livello di microgruppo o famiglia che intervenivano nella diagnosi e cura delle malattie attraverso le reti sociali familiari o di vicinanza. È in queste forme di partecipazione sociale che abbiamo potuto rilevare l'importanza delle reti sociali di sostegno, della coesione e della fiducia sociale nei processi di salute/malattia/cura.

Nella località studiata abbiamo identificato tre organizzazioni cittadine di cooperazione sociale che includono la partecipazione comunitaria volontaria in attività sociali, politiche, civili o religiose, con degli attori sociali che svolgono diversi tipi di funzioni: la rappresentanza cittadina, la trattativa con le autorità rispetto ai problemi comunitari, l'organizzazione di diversi eventi pubblici. Il primo di questi organismi è la *Delegación política*, formata dai rappresentanti degli abitanti di ogni quartiere della comunità che si incaricano di gestire politicamente o giuridicamente alcuni problemi comunitari di fronte alle autorità locali e statali, costituendosi come l'organismo di più alto grado gerarchico nella rappresentanza cittadina e risolvendo situazioni conflittive tra vicini attraverso un arbitrato interno alla località e, quando necessario, esterno con altre autorità; la seconda

organizzazione è il *Consejo de colaboración vecinal* che partecipa alla formazione di liste per le elezioni dei rappresentanti delegati e il cui lavoro si centra nella gestione delle opere pubbliche e dei servizi dei municipi, come l'installazione e la manutenzione del drenaggio dei terreni, della rete di acqua potabile, delle opere di pavimentazione, del trasporto pubblico, della sorveglianza. In questi organismi l'incarico è onorifico, senza stipendio, avviene attraverso nomine in assemblea vicinale o elezioni organizzate localmente, con voto segreto e diretto mediante liste elettorali, ci sono incluso campagne elettorali vere e proprie. Dal mio punto di vista le retribuzioni principali si ricevono in termini di status e prestigio più che in soldi e/o con potere di fatto.

La terza organizzazione popolare si chiama *Patronato "Reina de las Américas"*, che costituisce una delle principali forme di cooperazione sociale comunitaria, questa organizza annualmente i due eventi religioso-festivi più importanti in termini di coesione sociale: la festa grande del paese, che si festeggia il 12 dicembre, giorno della Madonna di Guadalupe, e il Pellegrinaggio al Santuario della Madonna de los Remedios, che si festeggia il secondo sabato di agosto e vede la partecipazione attiva e volontaria della maggior parte della popolazione. Il *Patronato* comincia a organizzare la festa grande all'inizio del mese di ottobre; è formato da membri importanti della comunità con un alto status economico e un alto prestigio sociale, che coordinano la creazione dei gruppi di vicini che partecipano all'organizzazione dei pasti, alla decorazione della Chiesa, alla scelta della musica, ai fuochi d'artificio. Tutto ciò comporta un contributo sostanziale (in termini di tempo, soldi e lavoro) dovuto a motivazioni religiose nel partecipare alla festa o ad attese legate al riconoscimento sociale e all'onore di organizzarla. Il pellegrinaggio al Santuario implica lo spostamento a piedi da Dos Ríos e il pernottamento sul posto di quasi 5.000 persone durante tre giorni ed il *Patronato* ed i suoi delegati finanziano e preparano da mangiare per queste persone.

La partecipazione sociale si osserva anche attraverso l'esistenza di certe associazioni di vicinato, pubbliche e private, nelle quali si svolgono alcune attività ricreative come lo sport, il ballo, i lavori manuali ed altre attività ludiche, anche se in questi casi in genere sono associazioni a scopo di lucro con delle quote di iscrizione (anche se simboliche).

Nel campo della salute troviamo il *Comité de salud*, formato in maggioranza da donne/madri che accedono al *Centro de salud* e decidono di collaborare alla realizzazione di migliorie alle strutture attraverso giornate di lavoro comunitario (che possono includere la pulizia e la tinteggiatura del centro,

la preparazione dei pasti dei medici), così come la diffusione e la promozione delle campagne sanitarie (di vaccinazione, di costruzione di latrine, di disinfezione) che periodicamente si portano a termine in queste località.

Ho avuto l'occasione di partecipare a tre campagne di vaccinazione insieme a donne di diverse età coordinate dalla responsabile sanitaria del centro. Queste sono passate durante due giorni consecutivi per la nostra comunità e il paese vicino per applicare i vaccini ai bambini con meno di 5 anni e in seguito è stato organizzato un pranzo offerto alle volontarie da alcuni abitanti di riconosciuto prestigio.

Tutte le organizzazioni di collaborazione vicinale menzionate comportano un tipo di partecipazione sociale organizzata in maniera collettiva e coinvolgono gli individui nello svolgere funzioni civili o sociali che hanno ripercussioni a livello comunitario e di gruppo, come la gestione delle richieste di migliorie nel paese o delle attività festive. In tutti i casi osserviamo che questa partecipazione rafforza le reti sociali di sostegno e favoriscono la coesione sociale, si inquadrano nelle relazioni di reciprocità e in maniera evidente concentrano gli elementi identitari di appartenenza ad un gruppo, favorendo un ambiente di fiducia sociale e anche se esistono resistenze e conflitti queste strutture di partecipazione fanno parte senza dubbio del capitale sociale comunitario.

Tuttavia c'è un altro tipo di partecipazione a livello di microgruppo – che non coinvolge grandi collettivi locali – che si esprime in maniera concreta e puntuale nei processi di salute/malattia/cura come parte della risposta sociale organizzata dal gruppo domestico nucleare o esteso e dalle reti vicinali più vicine. Mi riferisco alle attività di diagnosi, cura e prevenzione delle malattie che si mettono in atto – inizialmente all'interno del gruppo familiare e delle reti sociali primarie – che fanno parte della dinamica di autodiagnosi e autocura e che coinvolgono un insieme di attori, saperi e relazioni sociali, nelle quali partecipano le diverse forme di capitale nel senso di Bourdieu.

L'*autoatención* [autodiagnosi e autocura] coinvolge da un lato i saperi popolari come sintesi dei differenti modelli medici (MENÉNDEZ E.L. 1991) e dall'altro mette in gioco l'eterogeneità di relazioni che si stabiliscono tra i diversi attori sociali, le loro reti di sostegno, la reciprocità e la fiducia sociale. Si assegnano funzioni e responsabilità ai diversi attori sociali e si riconoscono campi di azione sociale a ciascuno di essi, per le quali è necessaria la presenza di capitale sociale vincolante ed esteso e di una riserva di fiducia sociale.

In questo senso considero che possiamo individuare certe forme di capitale sociale attraverso lo studio dell'autodiagnosi e dell'autocura nei processi di salute/malattia, dato che ciò consente di risaltare le relazioni che si stabiliscono tra le diverse donne che, come madri, condividono esperienze, saperi e risorse per curare le malattie dei loro figli e che costituiscono reti sociali di sostegno in quei momenti cruciali in cui spesso un consiglio o un aiuto specifico può essere decisivo per superare alcune malattie e incluso a volte determinare la vita o la morte di un figlio.

Nel nostro studio abbiamo potuto ricostruire l'itinerario di diagnosi e cura seguito in 71 casi di malattie in bambini con meno di cinque anni riscontrando che, rispetto al totale di richieste di attenzione medica (148), il 30% (45 richieste) ha fatto ricorso all'automedicazione, in questi casi l'automedicazione realizzata dalla madre del malato ha rappresentato il 23%, l'automedicazione realizzata da parte di un altro membro della famiglia, come la nonna, ha rappresentato il 4% e l'automedicazione realizzata da una vicina il 3% (OSORIO R.M. 2001: 202)⁽³⁾. Questi dati evidenziano l'importanza che i saperi materni hanno nel risolvere i problemi di salute all'interno delle famiglie e ci mostrano come si stiano generando dei processi di cooperazione e partecipazione sociale a livello di microgruppo nel campo della salute che producono importanti strategie basate sul capitale sociale.

Attraverso l'autodiagnosi e l'autocura possiamo analizzare anche i rapporti tra queste donne /madri e i loro figli, i loro partner o gli altri membri del gruppo domestico e individuare la loro posizione egemonica o subalterna rispetto ad essi nell'agire o nel prendere decisioni nell'ambito dell'attenzione medica oppure in altri aspetti come l'alimentazione, l'educazione, l'abbigliamento, l'igiene e il tempo libero.

Allo stesso modo possiamo capire quali siano le reti e le relazioni sociali tra questa fascia di popolazione e i diversi terapeuti (pubblici e privati, allopatrici e popolari, professionisti e membri del vicinato) e come si possono attivare o disattivare queste reti e relazioni, il perché del loro ricorso in caso di malattia e quando i fattori condizionanti includono la partecipazione di certe reti sociali di sostegno. Ad esempio possiamo osservare che la decisione di andare da un medico determinato o da una levatrice a volte dipenda dal consiglio o dalla conoscenza che le parenti, le vicine o le amiche hanno delle capacità dello stesso a seconda della situazione, oppure dal modo in cui queste donne si scambiano fra di loro le esperienze positive o negative avute con i terapeuti, segnalando, se consultate, gli aspetti positivi o negativo di cadauno.

Il peso che ha il prestigio sociale di un terapeuta che lavora in una località così piccola, molte volte è più importante rispetto ai costi dell'intervento medico o all'accessibilità dei servizi e questo prestigio sociale si guadagna non solo attraverso la dimostrazione di una competenza tecnica ma anche attraverso la fiducia sociale ed il tipo di relazioni interpersonali che si sono costruite con la popolazione. A volte le donne preferivano portare avanti la loro gravidanza con la levatrice e non con il medico – nonostante avessero riconosciuto in questo una maggior qualifica tecnica professionale – soltanto perché le levatrici le trattavano meglio e ciò le trasmetteva più fiducia. Il fatto di essere originarie della stessa comunità e di conoscerne tutta la famiglia, stabiliva dei legami più intimi con i loro pazienti, a volte la levatrice prestava i suoi servizi “a credito” o incluso poteva venir pagata con dei beni. Altre forme di sostegno sociale si manifestano nel momento in cui si può ricevere un prestito economico da parte di un vicino o di un parente per andare dal medico, dato che molte volte non si hanno i soldi per poter pagare la visita medica o il trasporto, le analisi o per comprare le medicine. Queste reti sociali di sostegno si attivano anche quando qualche parente o amico si offre per prendersi cura dei figli piccoli mentre la madre va all'ospedale per una visita o per partorire.

Potremmo continuare l'elenco dei diversi aspetti che ricoprono il capitale sociale a partire dalla nostra esperienza di ricerca nel campo della salute, tuttavia il mio interesse voleva essere solo quello di offrire, come esempio, una serie di attività, di relazioni e di attori sociali in cui si può evidenziare la produzione del capitale sociale e risaltare la necessità sempre più importante di rendere flessibili i contesti teorici e le metodologie di studio. Abbiamo tentato di delineare l'eterogeneità del capitale sociale e credo che sia importante approfondire questo concetto con altri approcci e strumenti metodologici.

Alcune riflessioni finali

La teoria del capitale sociale secondo la prospettiva di Robert Putnam può essere utile (anche se è questionabile in diversi punti) per evidenziare certi processi di democratizzazione dei Paesi industrializzati nei quali l'individualismo e il soddisfacimento di alcuni bisogni basici, come l'accesso a certi servizi, favoriscono lo stabilirsi di un tipo di relazioni sociali attraverso la formazione di associazioni ed organizzazioni corporative, ma forse ostacolano in modo importante la formazione di un altro tipo di reti sociali molto più estese ed informali, prodotte in contesti culturali e sociali dif-

ferenti attraverso istituzioni di sostegno sociale di gran peso nelle società latinoamericane, come ad esempio il ruolo della famiglia, del vicinato o del padrino.

Questa teoria ha cercato di spiegare le disuguaglianze osservate nella produzione, nello sviluppo e nel modo di risolvere i principali problemi di salute/malattia in queste società. Nonostante ciò, dal nostro punto di vista, la metodologia di studio del capitale sociale dovrebbe includere aspetti che possano evidenziare maggiormente le qualità delle relazioni sociali e non solo quantificarle attraverso indicatori statistici. Le disuguaglianze nell'ambito della salute non si riducono né si spiegano unicamente rilevando la presenza, la quantità o l'intensità del capitale sociale. Consideriamo che la prospettiva strutturale/relazionale dalla quale partiamo consente di capire la complessità dei processi economici, socio-culturali, ideologici e politici che sovrastano dinamicamente le forme di ammalare e guarire nelle società.

Sebbene esista un crescente utilizzo della teoria del capitale sociale nella ricerca epidemiologica e socio-sanitaria e nella progettazione di politiche pubbliche applicate alla salute, ci potremmo chiedere quale sia il suo impatto nella ricerca di soluzioni e nella definizione di obiettivi, nell'assegnazione delle risorse e nell'attribuzione delle responsabilità. È risaputo che coloro che pianificano gli interventi nell'ambito della salute preferiscono coefficienti ed indicatori che consentano di quantificare i loro progetti e programmi in termini di produttività o costo/beneficio, anche se questi dati non sono forse sufficienti per spiegare i meccanismi attraverso i quali si genera e si rafforza il capitale sociale nei processi di salute/malattia/cura.

Note

⁽¹⁾ R.D. PUTNAM (2003: 31) fa riferimento ad una serie di lavori che hanno utilizzato la categoria di capitale sociale, come ad esempio: HANIFAN L.J. (1916), *The rural school community center*, "Annals of the American Academy of Political Social Science", n. 67, pp. 130-138; SEELEY John R. - SIM Alexander R. - LOOSLEY Elizabeth (1956), *Crestwood Heights: A study of the culture of suburban life*, Basic Books, New York; JACOBS Jane (1961), *The death and life of great American cities*, Random House, New York; LOURY Glenn (1977), *A dynamic theory of racial income differences*, pp. 153-188, in WALLACE P.A. - LEMUND A. (curatori), *Women, minorities and employment discrimination*, Lexington Books, Lexington (Massachusetts); BOURDIEU Pierre (1983), *The forms of capital*, pp. 241-258, in RICHARDSON John (curatore), *Handbook of theory and research for the Sociology of education*, Greenwood Press, New York, 1983; COLEMAN James, *Social Capital in the creation of human capital*, "American Journal of Sociology", n. 94, 1988, pp. 95-120.

⁽²⁾ La questione dell'isolamento sociale come elemento scatenante o risultante nel caso dei disturbi mentali conta su una lunga tradizione in ambito sociologico, iniziata nella metà del XX secolo, con gli studi prodotti dalla Scuola di Chicago (vedere: BASTIDE R. 1986).

⁽³⁾ Ai fini del nostro studio consideriamo che la traiettoria di diagnosi e cura o corsa terapeutica si riferisce alla sequenza di decisioni e strategie che sono messe in atto dai soggetti per far fronte ad un episodio concreto di sofferenza, in cui partecipano diversi attori sociali, oltre al malato e al terapeuta. Questa può essere strutturata in una serie di fasi, in ognuna delle quali troviamo una risorsa di diagnosi e cura che può essere utilizzata in modo sequenziale o parallela e incluso lo stesso terapeuta e la madre può partecipare più volte a una stessa corsa terapeutica (OSORIO R.M. 2001: 39).

[traduzione dallo spagnolo di Lorenzo Mariani]

Bibliografia

- AGUILAR RIVERA J. A. (2004), *Cultura política y capital social en México: una interpretación crítica*, CIDE, México.
- ALTSCHULER Andrea - SOMKIN Carol P. - ADLER Nancy (2004), *Local services and amenities, neighbourhood social capital, and health*, "Social Science and Medicine", vol. 59, n. 6, 2004, pp. 1219-1229.
- BASTIDE R. (1986 [1965]), *Sociología de las enfermedades mentales, Siglo XXI, México, 1986* [ediz. orig.: *Sociologie des maladies mentales*, Flammarion, Paris, 1965].
- BOURDIEU Pierre (2001), *Poder, derecho y clases sociales*, Editorial Desclée de Brouwer, Bilbao.
- BOURDIEU Pierre (1988 [1979]), *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*, Taurus, Madrid [ediz. orig.: *La distinction: critique sociale du jugement*, Éditions de Minuit, Paris, 1979].
- BOURDIEU Pierre (1991 [1980]), *El sentido práctico*, Taurus, Madrid [ediz. orig.: *Le Sens pratique*, Éditions de Minuit, Paris, 1980].
- CARLSON Per (2004), *The European health divide: a matter of financial or social capital?*, "Social Science and Medicine", vol. 59, n. 9, 2004, pp. 1985-1992.
- FORBES Angus - WAINWRIGHT Steven (2001), *On the methodological, theoretical and philosophical context of health inequalities research: a critique*, "Social Science and Medicine", vol. 53, n. 6, 2001, pp. 801-816.
- HARPHAM Trudy - GRANT Emma - RODRÍGUEZ Carlos (2004), *Mental health and social capital in Cali, Colombia*, "Social Science and Medicine", vol. 58, n. 11, 2004, pp. 2267-2277.
- HENDERSON Gail (1998), *The influence of social factors on health and illness*, pp. 100-108, in HENDERSON Gail - KING N.M.P. - STRAUSS R.P. (curatori), *The social medicine reader*, Duke University Press, Durham, 1998.
- KAWACHI I. - SKRABSKI A. - KOPP M. (1999), *Social capital in a changing society: cross sectional associations middle-aged female and male mortality rates*, "Journal of Epidemiology and Community Health", vol. 57, n. 2, 1999, pp. 114-119.
- LINDSTROM Martin (2005), *Ethnic differences in social participation and social capital in Malmö, Sweden: a population-based study*, "Social Science and Medicine", vol. 60, n. 7, 2005, pp. 1527-1546.
- LOMNITZ Larissa A. (1978), *Survival and reciprocity: the case of urban marginality in Mexico*, in LAUGHLIN Ch. - BRADY I. (curatori), *Extinction and survival in human populations*, Columbia University, New York.
- McCULLOCH Andrew (2003), *An examination of social capital and social disorganisation in neighbourhoods in the British household panel study*, "Social Science and Medicine", vol. 56, n. 7, 2003, pp. 1425-1438.

MENÉNDEZ Eduardo L. (1990), *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México, 254 pp. (Cuadernos de la Casa Chata, 179), in particolare: cap. 7. *Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes*, pp. 165-203.

MENÉNDEZ Eduardo L. (2003), *La parte negada de la cultura*. Ediciones Bellaterra, Barcelona.

MOHAN John - TWIGG Liz - BARNARD Steve - JONES Kelvyn (2005), *Social capital, geography and health: a small-area analysis for England*, "Social Science and Medicine", vol. 60, n. 6, 2005, pp. 1267-1283.

OSORIO C. Rosa María (1993), *Sistemas de saberes y prácticas de atención a determinados padecimientos gastrointestinales. El rol materno en la carrera curativa*, pp. 294-309, in MERCADO F.J. et al., *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) - Universidad de Guadalajara - El Colegio de Sonora - Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), México, 1993.

OSORIO C. Rosa María (2001), *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) - Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH) - Instituto Nacional Indigenista (INI), México.

OSORIO C. Rosa María (2004), *Cambio y continuidad en los saberes reproductivos femeninos*, México (edizione mimeografica).

PUTNAM Robert D. (con Leonardi Robert - Nanetti Raffaella Y.) ([1993] 2000), *Per fer que la democràcia funcioni. La importància del capital social*, Ediciones Proa, Barcelona [ediz. orig.: *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*, Princeton University Press, Princeton, 1993 / ediz. italiana: *La tradizione civica nelle regioni italiane*, A. Mondadori, Milano, 1993].

PUTNAM Robert D. (2001 [2000]), *Solo en la bolera. Colapso y resurgimiento de la comunidad norteamericana*, Galaxia Gutenberg, Barcelona, 2001 [ediz. orig.: *Bowling alone: the collapse and revival of American community*, Simon & Schuster, New York, 2000].

PUTNAM Robert D. (curatore) (2003), *El declive del capital social. Un estudio internacional sobre las sociedades y el sentido comunitario*, Galaxia Gutenberg (Círculo de Lectores), Barcelona.

VEENSTRA Gerry - LUGINAAH Isaac - WAKEFIELD Sarah - BIRCH Stephen - EYLES John - ELLIOT Susan (2004), *Who you know, where you live: social capital, neighbourhood and health*, "Social Science and Medicine", vol. 60, n. 12, 2004, pp. 2799-2818.

Scheda sull'Autore

Rosa María Osorio Carranza è nata a Città del Messico il 21 marzo 1961. Ha compiuto gli studi di *Licenciatura* in Antropologia fisica (1984) e il Master in Antropologia sociale (1994) nella Escuela nacional de antropología a Città del Messico. Ha conseguito il Master in Antropologia della medicina (1996) e il dottorato in Antropologia sociale e culturale (1998) nella Universidad Rovira i Virgili, a Tarragona, Spagna. Ha svolto ricerche presso l'Istituto de investigaciones sociales della Universidad nacional autónoma de México (UNAM) (1983-1984), l'Istituto nacional de la nutrición "Salvador Zurbirán" (1984-1985) e dal 1987 ad oggi è profesora-investigadora titular nel Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social (CIESAS) (D.F.), nell'area dell'antropologia medica.

Le sue ricerche sono state rivolte alla cura medica materna nell'ambito della medicina domestica, alla costruzione socio-culturale delle infermità allopatiche e popolari, alle relazioni tra i diversi modelli medici, oltreché a varie tematiche concernenti la salute di genere e riproduttiva. Ha anche partecipato come docente in alcuni programmi post-laurea di università messicane e di altri Paesi.

È autrice di *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) - Instituto Nacional Indigenista (INI) - Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (CONACULTA) - Instituto Nacional de Antropología e Historia (INAH), México, 2001 (Biblioteca de la medicina tradicional mexicana) / *La estructura de autoatención y la cultura médica popular. Un análisis de los saberes maternos y las relaciones de hegemonía y subalternidad*, in *Actas del Congreso de antropología*, Instituto Catalán de Antropología, Barcelona, 2002 / *La cultura médica materna y la salud infantil. Síntesis de representaciones y prácticas sociales en un grupo de madres de familia*, pp. 264-275, in CAMPOS NAVARRO Roberto (curatore) *El empacho en la medicina tradicional mexicana. Antología (Siglos XVI-XX)*, Instituto Nacional Indigenista (INI), México, 2000 (Biblioteca de la medicina tradicional mexicana) / *Antropología médica y Antropología del género: convergencias posibles y necesarias*, "Ankulegi. Revista de antropología social", numero tematico: *Antropología feminista. Desafíos teóricos y metodológicos*, 1999 (Instituto Vasco de la Mujer, Donostia, País Vasco) / *La cultura médica materna en la atención de la salud materno-infantil*, pp. 45-54, in PÉREZ-GIL S. - RAMÍREZ J.C. - RAVELO P. (curatori) *Género y salud femenina: experiencias de investigación en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) - Universidad de Guadalajara - Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ), México, 1995 / *Sistemas de saberes y prácticas de atención a determinados padecimientos gastrointestinales. El rol materno en la carrera curativa*, pp. 294-309, in MERCADO F.J. et al., *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) - Universidad de Guadalajara - El Colegio de Sonora - Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), México, 1993 / *Usos, funciones y consecuencias de la alcoholización. El alcohol como instrumento de las relaciones familiares*, pp. 21- 41, in MENÉNDEZ E.L. (curatore) *Prácticas e ideologías "científicas" y "populares" respecto del "alcoholismo" en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México, 1992 / *Evaluación antropológica de un programa integrado de nutrición y atención primaria*, pp. 199-213, in MENÉNDEZ E.L. - GARCÍA DE ALBA J. (curatori) *Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre Antropología médica en México*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) - Universidad de Guadalajara, México, 1990 / *recensione del volume di MENÉNDEZ E. - R. DI PARDO - LERÍN S. - RAVELO P., Aportes metodológicos y bibliográficos para la investigación del proceso de alcoholización latinoamericana*, "Papeles de la Casa Chata" (México), anno V, n. 7, 1990, pp. 53-55.

Riassunto

Partecipazione sociale e salute in una comunità messicana. Un approccio qualitativo al capitale sociale

Obiettivo di questo articolo è discutere criticamente alcuni approcci sviluppati in quest'ultimo decennio dalla sociologia nordamericana – in particolare i contributi di R. D. Putnam – a proposito della teoria del capitale sociale e dei suoi rapporti con la problematica della salute. Da questa prospettiva certe forme di capitale sociale condizionerebbero in modo determinante situazioni come lo stile di vita, il tasso di mortalità, i fattori di morbosità, la speranza di vita delle popolazioni. Questo orientamento teorico ha improntato parte delle politiche pubbliche promosse dagli organismi finanziari internazionali i cui obiettivi sono stati appunto diretti a ridurre la povertà attraverso la produzione di capitale sociale.

Si propone qui di reimpostare l'analisi del capitale sociale mediante una metodologia qualitativa, al fine di riflettere sulle eterogenee forme che assume il capitale sociale nell'ambito di società in via di sviluppo come quella messicana. Ciò che ci sembra importante è evidenziare la funzione delle reti sociali di appoggio e le forme in cui si organizza la partecipazione comunitaria – come elementi costitutivi del capitale sociale – sulla base di quanto risulta da una indagine etnografica condotta in un'area suburbana prossima a Città del Messico. Si prendono in considerazione le forme di capitale sociale che intervengono a livello di comunità e di gruppo familiare nei processi di salute/malattia/cura, mettendo in luce che il capitale sociale è solo uno dei vari fattori che entrano in gioco nel condizionamento di tali processi.

Résumé

Participation sociale et santé dans une communauté mexicaine. Une approche qualitative au capital social

Cet article a pour objectif discuter critiquelement certains des approches développées dans la dernière décennie par la sociologie nord-américaine – en particulier les apports de R.D. Putnam – sur la théorie du capital social et son influence sur les problèmes de santé. Depuis cette perspective, la possession des certaines formes de capitale social conditionneraient d'une manière causale des aspects comme le style de vie, les taxes de mortalité, les causes de morbidité ou le niveau d'espérance de vie des populations. Cette orientation théorique a moulé une partie des politiques publiques propulsées par les organismes financiers internationaux dont les objectifs centraux sont dirigés au diminution de la pauvreté à travers de la production de capitale social.

On propose de récupérer l'analyse du capital social à travers d'une méthodologie qualitative, pour réfléchir aux formes hétérogènes que ce capital acquiert dans des sociétés dans les sociétés en voie de développement comme la mexicaine. L'intérêt est montrer le papier des réseaux sociaux d'appui et les formes de participation communautaire – comme éléments constitutifs du capital social –, lesquelles ont été résultat d'une investigation ethnographique développée dans une localité suburbaine proche de la ville du Mexique. On mentionne les formes de capital social qui se mettent en scène à un niveau communautaire et du groupe familial sur les processus de santé/maladie/soins en remarquant que ce capital est seulement l'un plus de les aspects qui conditionnent ces processus.

Resumen

Participación social y salud en una comunidad mexicana. Una aproximación cualitativa al capital social

Este artículo tiene como objetivo discutir críticamente algunos de los planteamientos desarrollados en la última década por la sociología norteamericana – en particular los aportes de R.D. Putnam – respecto a la teoría del capital social y su vinculación con la problemática de salud. Desde esta perspectiva, la posesión de ciertas formas de capital social condicionaria de manera causal en aspectos tales como el estilo de vida, las tasas de mortalidad, las causas de morbilidad o el nivel de esperanza de vida de las poblaciones. Esta orientación teórica ha moldeado parte de las políticas públicas impulsadas por los organismos de financiamiento internacional cuyos objetivos centrales se enfocan a la reducción de la pobreza a través de la producción de capital social.

Se propone recuperar el análisis del capital social a través de una metodología cualitativa, con el fin de reflexionar sobre las formas heterogéneas que adquiere dicho capital en sociedades en vías de desarrollo como la mexicana. El interés es mostrar el papel de las redes sociales de apoyo y las formas en que se organiza la participación comunitaria – como elementos constitutivos del capital social –, que han sido resultado de una investigación etnográfica desarrollada en una localidad suburbana cercana a la ciudad de México. Se mencionan las formas de capital social que se ponen en escena a nivel comunitario y del grupo familiar en los procesos de salud/enfermedad/atención, señalando que dicho capital es sólo uno más de los aspectos que condicionan dichos procesos

Abstract

Social participation and health in a Mexican community. A qualitative approach to social capital

The objective of this paper is to critically discuss the theory of social capital, as it has been developed in North American sociology particularly the contributions -particularly the contributions of R.D. Putnam - in the last decade, and examine its influence on questions of health. From the perspective of the social capital thesis, it is argued that the possession of certain forms of social capital can determine, in a causal fashion, indicators such as lifestyle, rates of mortality, causes of morbidity, or life expectancy levels in populations. This theoretical orientation has shaped many public policies, bolstered in part by international financial organizations, whose primary objectives focus on the reduction of poverty through the production of social capital.

This paper attempts to analyze the social capital thesis through the application of a qualitative methodology, in order to critically reflect on the heterogeneous forms that social capital manifests itself in developing countries, such as Mexico. Drawing on ethnographic research in a suburban location close to Mexico City, the paper outlines the role of social networks of support and the ways in which community participation is organized, as constitutive elements of social capital. More specifically, this paper emphasizes forms of social capital that are evident at the community level and in familial groups, especially with respect to process of health/illness/health-care. In doing so, the paper demonstrates that social capital is only one of many aspects that have an influence in this process.