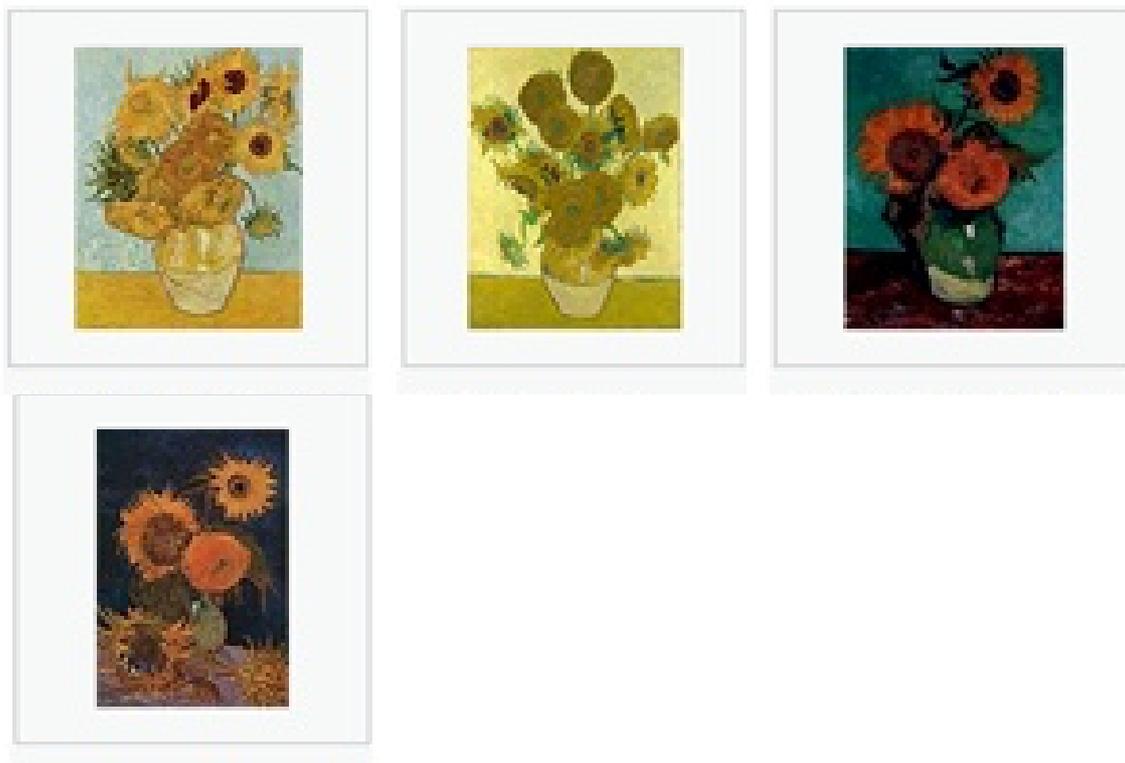


Jóvenes, redes y hábitos saludables

Claves para la intervención



TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA DE:

RAQUEL GONZÁLEZ ERANSUS

BAJO LA DIRECCIÓN DE:

Ander Gurruchaga Abad (UPV-EHU)

Ana Aliende Urtasun (UPNA-NAUP)



Para mis dos compañeros de viaje:

Juantxo y Unax

Agradecimientos

El arranque, proceso y fin de una tesis tiene muchos momentos, hitos y personas que de una u otra manera han determinado su contenido, estructura, lenguaje, así como las elecciones posibles. Esta tesis se inició tras varios años de investigación en distintas instituciones públicas y privadas en áreas de conocimiento y práctica social múltiples (científica, social, educativa, laboral y sanitaria) Es en el campo de la salud donde esta tesis ha tomado forma y desde donde he reflexionado sobre la práctica e intervenciones de las administraciones públicas sobre grupos de población específicos, sobre clasificaciones legítimas, y sobre las normalizaciones que no son sino artificios que legitiman acciones del Estado. Acciones para mantener y recuperar el equilibrio del mundo social mediante el control de las desviaciones consensuadas, por algunos, y que recae sobre todos como realidades en forma de conocimiento basado en evidencias.

Mi agradecimiento a todas las profesionales de la Sección de Promoción de la Salud y Salud en todas las políticas (Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra), pero especialmente a Marijose Pérez, Marga Echauri, Jesús Domínguez y Rocío Ibañez. por su acogida y por su generosidad, por compartir su experiencia y sus conocimientos.

Fue un placer pertenecer al Grupo de Investigación Alter, del Departamento de Trabajo Social de la Universidad Pública de Navarra. Gracias Begoña Pérez, Cristina García, Almudena Macías, Miguel Laparra y Manuel Aguilar, fueron años intensos y enormemente gozosos, por lo que aprendí y por lo que me llevé. A las vecinas del Departamento de Trabajo Social: Patricia Amigot y Natalia Tajadura que se unieron a los momentos de descanso, y discusión más díscolos.

Y a pesar de la distancia en el tiempo, dejaron su poso otras experiencias laborales como la del Servicio de Investigación de la Universidad Pública de Navarra, la de Cámara Navarra de Comercio e Industria (Unidad de Promoción y Desarrollo) o la del Instituto de Formación y Estudios Sociales (IFES).

Dejo para el final a quienes finalmente dieron contenido y forma a esta tesis, mi agradecimiento sincero a:

A Ana Aliende a quien la he sentido como compañera de viaje, por las provechosas conversaciones durante todo el proceso de esta tesis, por acompañarme en el re-encuentro con la sociología.

A Ander Gurruchaga por aceptar una “cita a ciegas” y ver brotes verdes donde yo veía hierbajos. Gracias por las certeras observaciones y referencias, y por poner ritmo y plazo a este trabajo.

Y a quienes me dieron un espacio en su vida, se dejaron observar y preguntar, y respondieron, a las preguntas, también impertinentes, de una observadora extraña: a todas las, y los, profesionales de la Fundación Ilundain Hartiz-Berri.

Índice de Contenidos

<i>Agradecimientos</i>	5
<i>Índice de Contenidos</i>	7
Introducción	11
La peste: los riesgos de las sociedades modernas	16
Los productores de sujetos: los soberanos por capacidad certificada	19
Las ratas: jóvenes sin competencia social total	22
Pensar sociológicamente las controversias que generan las intervenciones	25
Estructura general.....	27
I. Ensamblar el bienestar en la modernidad	31
<i>Introducción</i>	33
<i>Capítulo 1. El proyecto de la modernidad: Asegurar la salud y el bienestar</i>	48
1.1. La génesis de la Nueva salud pública a la luz de su pasado.....	51
1.1.1 Mantenimiento del orden y el enriquecimiento de los estados	52
1.1.2. Vigilancia del orden y desarrollo del bienestar	57
1.1.3. Evolución del concepto de salud	62
1.1.3.1 Metavalores de salud y bienestar	68
1.1.4. El significado de pública en el concepto de Salud Pública	75
<i>Capítulo 2. Los riesgos para la salud</i>	90
2.1. Una noción de riesgo	93
2.2. Tecnologías securitarias: La evaluación y gestión de los riesgos.....	95
2.2.1. Detectar y corregir la desviación	101
2.2.1.1. Ese otro a “corregir”	104
2.2.1.2. Lugares desde donde corregir colegiadamente: la innovación social de las agrupaciones locales.....	109
<i>Capítulo 3. Abordar la (in)seguridad: Normar, normalizar y normativizar</i>	114
3.1. Dispositivos securitarios: la Promoción de la salud	119
3.1.1. Socialización (em-poderamiento) y educación para la salud	124
3.1.1.1. Las recomendaciones en estilos de vida	125
3.1.1.2. La alfabetización de la población: educar para la salud.....	130
3.2. Bienestar y estilos de vida: relación indisoluble.	137
3.3. Los determinantes sociales de la salud y el medio como soporte a la acción comunitaria.....	140
3.4. Estrategias universales o selectivas	154
II. Identificar riesgos: los estilos de vida de las personas jóvenes	159
<i>Introducción</i>	161
<i>Capítulo 4. Actos de medición: Bienestar, calidad de vida y salud</i>	171
4.1. Institucionalización de la juventud. La investigación y el estudio de la condición joven	179
4.2. Los estudios sobre la salud joven	184
4.3. Teorías explicativas sobre las conductas relacionadas con la salud de las personas jóvenes ..	187
4.4 Jóvenes y determinantes sociales de salud	191
4.5. La epidemiología y las dimensiones de la salud joven.....	195

4.5.1. La Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013-14	203
4.5.1.1. Estilos de vida: Construcción y determinación del ciclo de la vida	208
4.5.1.2. Estilos de vida y ciclo de la vida	210
<i>Capítulo 5. Calendarización y secuenciación rítmica de la vida</i>	<i>215</i>
5.1. Ritualizar, rutinizar y naturalizar las transiciones o postergarlas	221
5.1.1. Inicio de consumo de sustancias	223
5.1.2. Inicio de las relaciones sexuales	237
5.2. Secuenciación rítmica temporal	242
5.2.1. Rutinización horaria y discontinuidad estandarizada	245
5.2.1.1. Realizar un número de comidas que aporte energía sin fin	246
5.2.1.2. Guardar vigilia durante el tiempo suficiente	248
5.3. Secuenciación rítmica espacial: Esfera pública y privada	251
5.3.1. Actividades en el tiempo de ocio	251
5.3.1.1. Gadgets corporales que mejoran la experiencia	254
5.3.1.2. Mejorar la experiencia en contacto con la naturaleza	262
<i>Capítulo 6. Normalidad, peculiaridad y arritmias</i>	<i>265</i>
6.1. Autopercepción de la salud y bienestar	270
6.2. Cuerpo e Imagen	282
6.2.1. Alimentación	284
6.2.2. Imagen corporal y dieta	289
6.2.3. Actividad física	295
6.3. Consumo de drogas	302
6.3.1. Consumo de tabaco	305
6.3.2. Consumo de alcohol	310
6.3.3. Consumo de cannabis y otras drogas	319
6.3.4. Policonsumos y otras drogas	323
6.3.4.1. Binomio cannabis-tabaco	325
6.3.4.2. Uso de otras drogas	326
6.3.5. Consumo de otras drogas de “curso legal”	328
6.3.6. Arritmias entre salud pública y seguridad ciudadana	330
6.4. Interrupción del embarazo e infecciones de transmisión sexual	334
6.5. Nuevas conductas, nuevas amenazas	337
6.5.1. Juegos de azar de apuestas con dinero	337
6.5.2. Los videojuegos	344
6.5.3. Internet y acceso a contenidos “vetados”	348
III. Espacios, rituales e instituciones: intervenciones sobre la población joven vulnerada	355
<i>Introducción</i>	<i>357</i>
<i>Capítulo 7. La institucionalización de la innovación social: las nuevas políticas sociales de inserción</i>	<i>368</i>
7.1. La des-penalización de las drogas	371
7.1.1. Marco legal y punitivo	379
7.1.2. Lugares y discursos sobre el problema de las drogas	380
<i>Capítulo 8. Espacios y rituales para un proyecto Socio-educativo</i>	<i>394</i>
8.1. La institucionalización del proyecto educativo de Iruñe	399
8.1.1. La dependencia en el proyecto educativo	403
8.1.2. Cuando la escuela y la familia pierden los papeles	412
<i>Capítulo 9. Recomponer una unidad de experiencia: Mucha maña y poca fuerza</i>	<i>426</i>

9.1. Los apoyos de las Administraciones públicas navarras	430
9.2 Abordar el conflicto: no valen las medias tintas	435
9.2.1. El silencio de las administraciones públicas, la transferencia de la culpa, los gritos de las familias	439
9.3. El proyecto educativo	441
9.3.1. El Otro en las entidades sin ánimo de lucro	446
9.3.2. La práctica profesional	449
9.4. Prevenir la automedicación del malestar	455
Ir concluyendo	461
Una salud de cuidados autopreventivos	464
Datos que producen luces y sombras	465
El cuerpo que todo (so)porta: Responsabilidad individual y social	468
Inocencias escolarizadas	469
Soflama por las personas jóvenes: estilos de vida	472
Necesidad de una pedagogía política para (co)producir bienestar	474
Repensar lo público	476
Bibliografía	479
Anexos	499
<i>Anexo 1. Ficha Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013-14</i>	<i>501</i>
<i>Anexo 2. Grupos de Discusión y Entrevistas. Fundación Ilundain Haritz-Berri</i>	<i>503</i>
I. Grupo Discusión Profesionales de la Fundación Ilundain	503
II. Grupo Discusión Alumnado de la Fundación Ilundain	505
III. Entrevistas	507
índice de Tablas	509
índice de Ilustraciones	511
índice de Cuadros	513
índice de acrónimos y siglas	515

Introducción

“...No puedo decir nada de las preocupaciones y pesares que ocupan su vida cotidiana, algo que no sepan ya... No me digan “¡aquí es diferente!”, ya que lo sé bien... Y a pesar de todas nuestras diferencias, vivimos en el mismo mundo, y en este planeta compartido en el cual quedan unas esquinas remotas donde la gente puede decir que asume sus asuntos de acuerdo con sus deseos, sin que les afecte lo que ocurre al otro lado del globo. Las condiciones de vida y los destinos de los habitantes del planeta están ahora entrelazados de manera cercana, intensa e íntima. Lo sepamos o no, todos ejercemos influencia en el destino de los demás...”
(Bauman, 2005a)

Cuando terminamos la lectura de “El flautista de Hamelin” no podemos dejar de hacernos una serie de preguntas sobre el orden, los dispositivos de control y los riesgos en las sociedades modernas. Conocemos cuál es el final para los desagradables roedores y sabemos que los niños y niñas (adolescentes o jóvenes) de Hamelin, siguiendo las dulces melodías del flautista, desaparecieron sin dejar rastro durante un lapso, el suficiente para que éste hiciera valer el acuerdo al que había llegado con la autoridad del pueblo. Así los niños y niñas no fueron devueltos a sus familias hasta que no fue saldada la deuda con el flautista.

El cuento parece basarse en un hecho real que tuvo lugar a finales del siglo XIII. El flautista que no era sino un carismático practicante de algún culto sedujo a más de cien niños y niñas nacidos en Hamelin, llevándolos a practicar viejos cultos paganos. Éstos fueron ejecutados en el Calvario, lugar donde en la época solían reprimirse las herejías. Hoy no ponemos fin de esta manera a las herejías o amenazas al orden y, sin embargo, contamos con flautistas, artistas o artesanos que ayudan a disipar las amenazas, o al menos hacerlas desaparecer durante un tiempo (horas, días, semanas, etc.) con la creencia en que el orden amenazado siempre puede ser restituido con arte u oficio. Las sociedades en la actualidad cuentan con sistemas, dispositivos y actores que permiten: detectar y señalar, a aquellas personas que suponen una amenaza para el estatus quo; contenerlas, en espacios donde queden ocultas mientras se les doblega, convence o recupera; e integrarlas, tras ser socializadas por viejas y nuevas instituciones que se constituyen como instrumentos que guían sus acciones, aportan normas y valores y que estructuran trayectorias hacia la vida adulta.

Una segunda interpretación del cuento nos introduce en la amenaza de las enfermedades para las poblaciones, como lo han sido hasta la actualidad las enfermedades infecciosas, tan difíciles de controlar por su gran poder de propagación como lo fue la peste. Nuestro flautista encarna a la muerte y las ratas son el vector que amenaza el orden, que circula y transmite con gran virulencia enfermedades, que provoca la pérdida de cosechas, etc. y la aparición de nuevas incertidumbres. Podemos ver en las ratas a aquellos vagabundos, mendigos o bohemios que debido al crecimiento de la población, quedaron sin amo, fueron económicamente superfluos y que a través de los cristales del miedo popular aparecían como leprosos, portadores de enfermedades, ladrones (Bauman, 1995).

El cuento nos describe y acerca a un imaginario social que permite pensar la necesidad de articular respuestas ante las contingencias de la vida. Incertidumbres que no siempre pueden preverse y que en muchos casos no pueden resolverse si no es con la concurrencia de distintos actores. En las sociedades modernas el Estado, sus instituciones, dispositivos y profesionales de lo público cobran gran relevancia.

Sea como fuere, y siguiendo con el cuento, uno de nuestros protagonistas, el flautista, en respuesta al engaño del alcalde, consiguió que todos los niños y niñas le siguieran excepto tres: uno de los niños era cojo y no podía mantener el ritmo de la música; otro era ciego y no podía seguir al flautista; y el tercero era sordo, por lo que no podía oír la hipnótica melodía. Los que pudiendo ser despreciados por su discapacidad podrían haber sido la única esperanza para el futuro de Hamelin.

El sordo, el ciego y el cojo nos recuerdan que a veces aquello que se esconde como debilidad, como desventaja o desviación, en otro momento se desvela como ventaja social (sordera, ceguera y cojera) aunque no reflexivamente, lleva a éstos a no seguir la corriente. La diversidad funcional es en esta circunstancia, tal vez no vuelva a darse más, una ventaja a los ojos de los padres y madres de Hamelin que vieron marchar a sus hijos e hijas. Las categorías sociales de lo que es funcional socialmente, de lo que es normal -o normalidad- y los procesos de selección de los más aptos no sirvieron para defender al resto de aquello de lo que todavía no se había descubierto, de lo que no se contaba con experiencia y de lo que no se había definido como un riesgo para la comunidad.

Dos tipos de legitimación de la autoridad y vigilancia del orden aparecen en este cuento que dan cuenta del cambio que estaba teniendo lugar entre las sociedades

tradicionales y la nueva “sociedad del riesgo”. Por un lado, la soberanía del pueblo que reside primero en la persona del alcalde/regente otrora de una ciudad/comunidad, elegido por el soberano del que emana un poder divino, se transforma en una autoridad legitimada por sufragio universal. Por otro lado, los artesanos (nuestro flautista) de las sociedades tradicionales, en los que se personifica a la vez lo sagrado y lo profano, que fueron capaces de lograr autonomía y autoridad en virtud de la transmisión práctica del conocimiento que había recibido en el taller y de la capacidad de convencer de sus talentos y conducta moral (Sennett, 2009) se han convertido en los expertos en bienestar, certificados por universidades que avalan su conocimiento y competencias, así como su compromiso con el positivismo científico y la evidencia científica.

Si bien la primera es una autoridad basada en la tradición y la segunda logra legitimarse a través de la razón, ambas implican la entrega de nuestro derecho de elección de valores, y pueden asociarse a la rendición de la responsabilidad (Bauman & May, 2001). Las dos tienen analogías, y, sin embargo, reflejan distintas escalas de relación con el mundo (Hernando, 2018). Los procesos de interacción, de relación con el mundo, que se producen a nivel micro en las ciudades-estado distan de ser iguales a las que se producen a nivel macro en el mundo de los estados modernos occidentales, pero en ambos hay agencia y estructura (Collins, 2009). La experiencia inmediata de la vida cotidiana contribuyó a la creación de sujetos con un fuerte sentido de comunidad en las sociedades tradicionales, mientras en las sociedades occidentales modernas los sujetos responden a convicciones individuales y no a deberes sociales interiorizados.

En Hamelin toda la población se ve afectada por un problema que se universaliza y, donde, la vulnerabilidad deja de ser patrimonio de grupos específicos de población y adopta una nueva forma hasta el momento desconocida. Nunca habían presenciado eventos como éstos, tampoco la ciudad de Orán descrita por Camus en su libro “La peste”. Los pobladores de Hamelin exhaustos, impotentes, carentes de ideas y de la capacidad para solucionar el problema demandaron la intervención del alcalde, autoridad, para recobrar el bienestar material y social que la aparición de las ratas, en primer lugar, y la desaparición de los niños y niñas, después, habían puesto en peligro.

Las ratas como agentes de transmisión de enfermedades pusieron en peligro todo aquello que en la era agrícola era la base de la economía de producción y de intercambios (personas y campo), y que aseguraban la reproducción social. El flau-

tista demostró poseer los conocimientos y las competencias clave que las circunstancias requerían. Supo utilizarlas para librar a Hamelin de las ratas, pero el conocimiento y habilidades fueron vulgarizadas por el regidor al negarle el pago por el trabajo hecho.

El menosprecio del alcalde convirtió a los menores de Hamelin en el chivo expiatorio de los errores de los adultos. Fueron llevados a una cueva y sufrieron el “calvario” de redimir los “pecados” del alcalde y de quienes depositaron en él su confianza. El castigo, la desgracia, recae no sólo sobre quien se delegó la tarea de hacer desaparecer las ratas de la ciudad sino sobre todos aquellos a los que representa. Todos los que delegaron su responsabilidad en la figura del alcalde lloraron la pérdida del “futuro”. Quien en calidad de representante del pueblo estuvo legitimado para dictar un modo de hacer, puso en un nuevo riesgo a la comunidad.

El trabajo estaba realizado y la deuda, contraída por el alcalde, insatisfecha. El flautista ejerce su derecho a la propiedad llevándose a quienes por edad estaban incapacitados para tomar parte en las cuestiones de la comunidad. Toma lo que considera es suyo por derecho como pago a su trabajo. Apropiándose así del futuro del pueblo y produciendo una reordenación del poder. La población es ahora dependiente de un flautista que tiene el conocimiento y se ha hecho con lo que lo que les permitía perpetuar su linaje.

El cuento podría acabar aquí, pero sabemos que no es así. El cuento como en la vida nos ofrece, al menos, una segunda oportunidad. La movilización de los vecinos de Hamelin logra restituir el poder del pueblo. Una vez reconocen la injusticia cometida con el flautista, deciden actuar con responsabilidad y exigen al que era su alcalde, el pago de la deuda contraída con el flautista.

De la breve exposición de los hechos no podemos deducir que en el acto del pueblo o en el del propio flautista existiera compasión, más plausible es pensar en una simple restitución de derechos y cumplimiento de obligaciones que en última instancia, parece ser que estructura y mantiene el orden en las sociedades modernas.

No obstante, no podemos dejar de pensar que con el flautista se ha producido una injusticia, también con los niños y niñas de Hamelin. Pero las injusticias no son siempre fáciles de detectar o señalar. Los actos suelen ir acompañados de un barniz que las oculta, y el antídoto bien pudiera estar al alcance de todos si educar

en la responsabilidad, en la asunción de deberes con uno mismo y con la sociedad, así como educar la moral y cultivar la compasión fuera una tarea de las personas que a lo largo de la vida entran en contacto con las generaciones futuras.

Lo que estaba en juego en Hamelin no era únicamente la solución de un problema social sino la reorganización de los ámbitos de poder y el reajuste de los mecanismos de control social, ante el cambio radical de las condiciones de vida en las ciudades. Espacio donde aparecen problemas de orden público que amenazan la salud pública y provocan tensiones en las pautas tradicionales de aprovisionamiento y reproducción social. La institucionalización de la vigilancia surge como un problema por derecho propio en las sociedades modernas para el que se necesitan nuevos dispositivos y herramientas.

El temor a nuevas incertidumbres, hoy en día, permite al Estado, y a los especialistas nombrados por él, certificando y creando títulos, apoyando a fundaciones y centros de investigación, convertirse en los transmisores de valores y patrones de comportamiento que aseguren el orden. Para ello, ha sido necesaria la creación de dispositivos para hacer frente a los riesgos, incertidumbres o contingencias sociales no esperadas, que contribuyeron a formar una falsa conciencia de seguridad en todos aquellos y aquellas que se sienten amenazados por los “hombres sin amo” (nuestra ratas), así como la institucionalización de una cultura democrática del individualismo (Beck, 1999) que legitima procesos de socialización jurídicamente sancionados que producen sujetos con una gran capacidad de ser influidos, modelados y perfeccionados (Bauman, 1995).

El cuento del flautista de Hamelin nos ha permitido acercar a quien lee, por primera vez, esta tesis a sus elementos constitutivos: la juventud, los estilos de vida, la salud/bienestar y a las instituciones propias de los Estados de Bienestar que tienen la capacidad de actuar, en nombre de la ciudadanía, para lograr mejoras sociales y sanitarias, a la vez, que han logrado hacer de cada sujeto un ente de control y vigilancia de sí mismo.

Las instituciones que actúan en nombre de la ciudadanía han convertido la vigilancia de la salud en un dispositivo de control sobre el desarrollo y bienestar económico y social. El COVID_19 ha evidenciado cómo la “razón” económica se impone a los criterios científicos y cómo la “voluntad” de estar sano pone en peligro los principios de crecimiento económico y social.

Aceptando que los sistemas y políticas sanitarias tienen un correlato con las necesidades de cada etapa histórica y social, resulta pertinente que introduzcamos

cómo los intentos de los estados, a través de las políticas que despliegan administraciones públicas y sus profesionales, provocan el estiramiento de las exclusiones, desventajas y el posicionamiento de los “otros” peligrosos y precarios en los márgenes (Lorey, 2016) cuando intentan reducir las incertidumbres que suponen las “vidas precarias” de los sujetos, de cuerpos finitos y dependientes (condición precaria que todos compartimos desde el nacimiento), para el desarrollo y crecimiento económico sin fin.

La peste: los riesgos de las sociedades modernas

Conocí la historia de Leonor a través de una de las asociaciones con las que cada año, con motivo de la convocatoria de ayudas para entidades sociales del “Plan de Prevención: drogas y adicciones” de Navarra (PPDA), un reducido número de mujeres de edad avanzada, en pie de guerra desde los años noventa, acompañadas por el marido de una de ellas, acudían a nuestras oficinas para recordarnos que seguían ahí, trabajando por encontrar respuestas para las familias que tienen que sortear las dificultades administrativas para el tratamiento y atención de sus hijos e hijas con *dependencia* a las drogas.

Esta vez el motivo de la reunión era el desvelo de una de sus socias por su hija. Juana¹ en esta ocasión no venía acompañada de su marido. Su hijo falleció a los 45 años, tras más de 25 años de dependencia a las drogas. Su marido murió, esta es mi opinión, extenuado tras años de lucha, poco después de la muerte de su hijo. A pesar de todo lo vivido en los últimos meses, ella seguía en pie, dando apoyo y acompañando a las madres que mantienen la esperanza, no ya de recuperar a sus hijos e hijas de las garras de las drogas, sino de que puedan gozar de una vida más digna.

Juana venía acompañada por Blanca, madre de Leonor, quien pronto tomó la palabra para describir cómo su hija, tras años de tratamientos, volvía a estar en la calle, vendiendo su cuerpo para conseguir comprar el *pico* que le permitiera sentirse bien. Según su relato, su hija había “perdido la cordura”, ya no era posible su entrada a una comunidad terapéutica y su dependencia hacía imposible que fuera admitida en una residencia de acogida para mujeres. En la calle había sufrido varias agresiones sexuales y la última vez que la policía la subió a un furgón le amenazaron con meterla en la cárcel porque estaba en la calle buscando a quien vender sus servicios.

¹ No haremos uso de los nombres reales, para evitar en la medida de lo posible mantener su anonimato.

No éramos las primeras personas a las que acudían y si bien no éramos su única esperanza sí fuimos la última. Peor aún, no fuimos la respuesta que esperaban oír. Entendimos, y así se lo hicimos saber, que lo que nos estaban pidiendo era que encontráramos la manera de incapacitar a su hija y lograr su ingreso en alguna residencia, no ya de tratamiento sino de acogida.² Empezamos por responder a la segunda de las cuestiones, inconsciente coincidimos en dejar en un segundo plano la cuestión de la incapacitación. El “Plan de prevención: drogas y adicciones”, adscrito al Instituto de Salud Pública y Laboral (ISPLN) desde 2011 y con anterioridad al Departamento de Salud es, y ha sido, desde sus inicios un recurso para la prevención del consumo de drogas y adicciones, no así de tratamiento o de incorporación social. Tratamiento pertenece a Salud Mental e inclusión social a Derechos Sociales.

Nada de esto era nuevo para Juana, la relación entre las dos entidades, entre la asociación a la que pertenece desde hace años y el Plan, viene de lejos. Sin embargo, aquí estaba entre nosotros una vez más llamando insistentemente la atención sobre el trato que reciben desde las instituciones y las condiciones a la que se ven obligadas a vivir las personas consumidoras.

De sus palabras dedujimos que esperaban poder contar con un recurso público que permitiera acoger a estos hijos e hijas, cuando el deterioro físico y mental es tal que sus familias ya no pueden, por edad, por medios, porque hay otros familiares a los que cuidar, etc. en un lugar en donde fueran “contenidos”, cuidados y tratados con respeto, en donde recobrarán la dignidad perdida y sus familiares un poco de paz.

La primera de las cuestiones a atender no era fácil de responder. Incapacitar a una persona y obligarla a ingresar en una *residencia* es una cuestión que atañe a un juez y la demanda debe ser iniciada por familiares, ascendientes o descendientes. No obstante, en caso de que estas personas no existan o no lo hubieran solicitado, el procedimiento puede ser iniciado a instancia del Ministerio Fiscal.³ En este caso, la familia no parecía estar preparada para dar el paso, tampoco quienes escuchamos atentamente su exposición. Mientras Leonor, la hija de Blanca,

² En estos casos es necesario el cambio de enfoque de los modelos médico y social. Enfoques que se ajusten a su situación real de exclusión y deterioro, clínico y social. Cuando recuperar la integración que su dependencia le ha quitado no es posible, los objetivos a perseguir sean reducir el dolor y ofrecer un hogar, tal vez, la compasión se convierta en la respuesta.

³ Cualquier persona está facultada para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que puedan ser determinantes de la incapacitación. Las autoridades y funcionarios públicos que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal (Art. 757.3 L.E.C.).

seguiría en la calle, prostituyéndose, enferma y soportando palizas, vejaciones y dejaciones, incluso de quienes tienen la responsabilidad de mantener el orden y de quienes deben procurar la protección de las personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad, o son vulnerados por las circunstancias en las que viven, no porque no quieran salvarlas, sino porque no pueden.⁴

No obstante, de haber contado con la persona o personas dispuestas a iniciar el procedimiento habría sido necesario que éstas u otras aceptaran ser su tutora o tutor, que asumieran la responsabilidad de cuidar y atender a Leonor. En nuestro caso, parecía no haber nadie. La familia no podía hacerse cargo de la situación y la administración no contaba con los medios necesarios. No parecía que el contexto fuera favorable para ofrecer una solución a corto plazo que permitiera sacar a Leonor de las calles.

La reunión terminó con brusquedad y con un claro mensaje de resentimiento hacia los profesionales de las administraciones públicas que les habíamos atendido. Palabras que no han dejado de tener eco en mi cabeza, y que provocaron una pequeña discusión entre compañeros.

“...tras finalizar vuestra jornada laboral, sois capaces de volver a nuestras casas, como si nada hubiera pasado, con la tranquilidad que da ser funcionarios y disfrutar de vuestras familias mientras Leonor vende su cuerpo por un pico...”.

No fui consciente, hasta que vi la cara de la persona que me acompañaba en la reunión, que pronuncié en alto un malestar que, sin embargo, sonó a reproche. ¿Por qué no fuimos capaces de dejar de reproducir lo que con otras palabras y en otros lugares habían escuchado? Era una pregunta sobre la naturaleza de nuestro trabajo, del fundamento de las instituciones públicas en la que trabajamos. Instituciones que hoy, se dice en las normativas que las justifican y ordenan, tienen como deber responder de sus propios actos y omisiones, además de impulsar la discusión sobre la necesidad de nuevos o mejores dispositivos que respondan a las contingencias que en distintos momentos y por distintas razones las personas

⁴ La cita “yo soy yo y mis circunstancias, si no las salvo a ellas no me salvo yo” tan conocida de Ortega y Gasset, de su libro *Meditaciones de un Quijote*. Viene a decirnos que en nuestras acciones no hay libertad original, ya que el hecho de vivir supone adaptarse. Adaptación que supone sumisión y renuncia. De modo que, si queremos liberarnos de la sumisión y recobrar nuestra capacidad de obrar, será necesario que abordemos el contexto. Abordar el contexto para quienes son vulnerados se convierte en una Odisea, ¿quién es el Hércules capaz de superar los 12 trabajos cuando no se cuenta con la fuerza y habilidades necesarias?

debemos salvar. En aquel momento, no pensaba en cambiar objetivos sino en revisar ideas, modelos, dispositivos, etc. Hoy creo no estar en el mismo sitio, tal vez el trabajo que tengo me ha permitido clarificar dónde estoy.

Desde aquel día, pienso en las acciones u omisiones de las administraciones públicas que, de manera consciente, o inconsciente, producen lo mismo sujetos adaptados que reproducen la exclusión o producen nuevos espacios y geografías de vulnerabilidad social.

Los productores de sujetos: los soberanos por capacidad certificada

No sólo en la atención y relación con agentes externos a las instituciones públicas se producen controversias, también entre los y las profesionales que trabajamos en lo público.

En ocasiones he tenido la sensación de formar parte de un archipiélago de pequeñas islas que flotaban, como un *mar de sargazos*,⁵ que dopadas de conocimiento y de evidencia científica naturalizamos, racionalizamos, patrimonializamos e institucionalizamos las intervenciones sobre los estilos de vida de las personas a nivel comunitario.

Pocas veces nos cuestionamos las intervenciones, tampoco llegamos a saber si en verdad entendemos lo mismo por “intervención” y “comunitario”, o generamos espacios para compartir y discutir sobre lo que dificulta la participación de todos los agentes en espacios de trabajo socio sanitarios a nivel comunitario, local. Lugares en los que se construyan narrativas, o relatos, con *equivalencias* reales entre quienes participan en ellos: ciudadanía, trabajadores y trabajadoras de los servicios sociales, de los centros de salud y entidades sociales.

Reduciendo el problema a la equiparación de los, y las, profesionales de los servicios sociales y sanitarios, desde las propias administraciones, que deben garantizar la igualdad de trato, no sólo a quienes sirven, sino también entre quienes son sus trabajadores y trabajadoras, tienen a su disposición mecanismos como son las subvenciones, sujetas a normativa específica y al criterio de quienes las gestionan, que permiten financiar la contratación de profesionales del ámbito social (trabajadoras sociales, educadoras, técnicos de integración social, animador

⁵ Miguel Ángel Criado, Un inmenso mar de sargazos florece en el océano dopado de fertilizantes. El País https://elpais.com/elpais/2019/07/04/ciencia/1562219478_533571.html. Consultado Septiembre de 2020.

sociocultural)⁶ de ayuntamientos y mancomunidades para el desarrollo de programas de prevención de las adicciones.⁷

La Ley de Servicios Sociales de Navarra establece que serán de implantación obligatoria en toda la Comunidad Foral de Navarra, de manera progresiva y atendiendo a la situación de cada zona básica, al menos cuatro programas: Acogida, Autonomía, Integración e Infancia y Familia. Normativa que determina que los Servicios Sociales de Base (SSB) tienen la responsabilidad de ofrecer: a) intervenciones sociales a las personas que presenten demandas ante los servicios sociales; b) favorecer la inclusión social de personas en riesgo o en situación de exclusión social en cualquiera de sus ámbitos; c) asegurar a los menores de edad un entorno que permita su desarrollo personal, mediante mecanismos de protección, apoyo personal, familiar y social.⁸

En el caso de la asistencia sanitaria, la Ley de Salud de Navarra establece que, en el marco territorial de su Zona Básica de Salud, la atención primaria de salud tiene el deber de: a) ofrecer asistencia primaria individual; b) actividades orientadas a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y reinserción social; c) actividades de educación sanitaria, docencia e investigación; d) colaborar en programas médico-preventivos de salud pública y de protección sanitaria de grupos sociales con riesgos sanitarios, que específicamente se determinen, e) gestionar registros de datos para elevar el estado de salud de la población; y, finalmente, actuaciones de orientación y consejo a los ciudadanos en el uso de su libertad de elección y, en general, en su desenvolvimiento dentro del sistema sanitario.

El acceso al empleo público de cualquier persona en posesión de un título correspondiente al ámbito sanitario o social (sea personal funcionario o laboral) debe respetar los principios de igualdad, mérito y capacidad. Estableciendo procedimientos de selección en los que se garantizan los principios mencionados.⁹

⁶ Me referiré a ellos como trabajadores de los social, ahora de las administraciones públicas, en los capítulos siguientes, también, de entidades sociales.

⁷ Puede consultarse por ejemplo la convocatoria de subvenciones del año 2019. [Resolución 190/2019](#) de 19 de febrero, del Director General de Salud, por la que se aprueba la convocatoria para la concesión de subvenciones a entidades locales, fundaciones y asociaciones sin ánimo de lucro para programas de salud durante el año 2019.

⁸ [Ley Foral 15/2006](#), de 14 de diciembre, de Servicios Sociales

⁹ Además de los mencionados se garantizan: publicidad de las convocatorias y de sus bases, principio de transparencia; Imparcialidad y profesionalidad de quienes integran los órganos de selección; independencia

A cualquiera nos sorprendería, nos produciría rubor y estupor, que las nóminas de profesionales de la enfermería, medicina o pediatría estuvieran compuestas por una retribución fija y una variable. Determinada esta última por la cantidad de dinero destinado a subvenciones y del número de proyectos que concurran a la convocatoria de ayudas públicas. En Navarra esto es posible para los trabajadores de lo social que desarrollan actividades de prevención de las adicciones y promoción de la salud en los servicios sociales de base.¹⁰

Pero, no es sólo la diferencia en el modo de financiar, y estabilizar las plantillas, lo que nos muestra lo lejos que estamos aún del reconocimiento social, y de equiparación real, de las profesiones del ámbito de los servicios sociales con las profesiones del ámbito sanitario. La diferencia de valor se consolida, normativiza y naturaliza en las políticas públicas educativas en su expresión de grados (años de carrera y especialización) así como en el acceso al empleo en las administraciones públicas (nivel al que da acceso en las administraciones públicas). Todo ello imprime dos velocidades en las carreras y proyectos profesionales de los y las trabajadoras del ámbito sanitario y trabajo social, así como en la financiación de los servicios y evolución de los programas desarrollados por las administraciones públicas.

A la disciplina de trabajo social le ha faltado evidencia científica y le sobra, como me dijo un sociólogo, “amateurismo”. Pero esto no es sino simplificar, lo que es mucho más complejo. La manera en que España ha afrontado la “cuestión social” tiene componentes históricos, culturales y religiosos, y Navarra tiene peculiaridades que iremos descubriendo.

y discrecionalidad técnica en la actuación de los órganos de selección; adecuación entre el contenido de los procesos selectivos y las funciones o tareas a desarrollar.

¹⁰ No es el único caso. Existe también una convocatoria anual de subvenciones para Técnicos de Igualdad de los Ayuntamientos. Pero en este caso las subvenciones son para la incorporación y consolidación de Agentes de Igualdad de Oportunidades en las Entidades Locales. El periodo máximo subvencionable son 7 años a partir del cual la plaza debe consolidarse y formar parte de la estructura de la Entidad Local. La normativa específica además que todas las personas contratadas lo serán por un año, con nivel B y a jornada completa. [Orden Foral 10E/2019](#) de 19 de febrero, de la Consejera de Relaciones Ciudadanas e Institucionales.

En el caso de las personas contratadas por las entidades locales para la prevención de adicciones, tal como expresaron en un encuentro mantenido en el ISPLN el 12 de Junio de 2012 existen diferencias que se reflejan en los contratos: el mismo trabajo /responsabilidades puede ser asumidas por un nivel B o C, la equiparación se hace en ocasiones vía complementos (discrecionalidad). En aquel momento entre los asistentes al encuentro los contratos de nivel C doblaban al número de contratos de nivel B (14 frente a 7).

A las controversias que provocan las administraciones públicas al intervenir sobre los estilos de vida como, a las se producen entre los propios profesionales de los servicios, hemos de añadir las controversias que se producen cuando, en nombre del conocimiento y la evidencia científica se imponen intervenciones sobre un grupo de población concreto en aras de mejorar su salud y bienestar.

Esta tesis pone su mirada en la juventud y en la vigilancia de los estilos de vida, relacionados con su salud y bienestar, así como en las intervenciones llevadas a cabo desde distintas instituciones públicas y privadas bajo lo que parece imponerse como una máxima moral: aplicar "lo mejor que la ciencia nos enseña sobre cómo se comportan las personas y qué impulsa su bienestar" (Ecclestone & Hayes, 2009).¹¹

Las ratas: jóvenes sin competencia social total

El comportamiento y los estilos de vida de la población joven han ocupado un lugar relevante en la literatura y en la investigación en las ciencias sociales. El foco se ha puesto sobre el estudio del comportamiento de la persona joven atendiendo a las culturas y subculturas juveniles, como desviación respecto a lo "normal" o a lo aceptado por la cultura mayoritaria o dominante; sobre el riesgo relacionado con los procesos de creación-recreación identitaria o las transiciones y elecciones que afectarán a su futuro personal y social (educación, trabajo, emancipación, vivienda); sobre el tipo de ocio, el ocio y su relación con el consumo de drogas; en torno a la participación social y los valores inspiradores de sus conductas individuales y sociales; o sobre las políticas de juventud desplegadas por las administraciones públicas.

Las biografías juveniles no pueden comprenderse al margen de las transformaciones que ocurren en distintas esferas de la vida social, como tampoco fuera de los marcos espacio-temporales en los que se socializan e insertan las nuevas generaciones de jóvenes o de cómo se ha tratado a la juventud en la literatura y en la investigación de las ciencias sociales. De tal manera, para nuestro estudio nos interesamos sobre todo por aquellas investigaciones sobre la juventud que durante finales del siglo XX y principios del siglo XXI reflejaban la vinculación con los marcos conceptuales de distintos autores (Castel, Giddens, Bauman, Beck,

¹¹ 'The best that science teaches us about how people behave and what drives their well-being' and 'if we know how to make everyone better, I think we would all agree that we should' los autores del artículo recogen los mensajes lanzados a una audiencia formada por directores de proyectos sobre resiliencia, profesorado y medios de comunicación por dos de sus ponentes. La primera de las citas corresponde al que fue Ministro de Transporte durante el Gobierno de Cameron, la segunda a un miembro del Ejército.

Furlong, Benedicto, Criado, Freixa, Lasén...) que consolidan investigaciones en torno a las biografías, la individualización de las transiciones, la distribución de oportunidades o las estrategias para integrarse en la sociedad en un momento de globalización, cambios tecnológicos y sociales y crisis económicas que ponen en riesgo las redes de seguridad articulados durante los años gloriosos del Estado de Bienestar.

Pensaremos la juventud no como una categoría homogénea sino como grupo que se constituye en base a analogías, y en el que toma forma agencia y estructura. Si bien como grupo poblacional comparte modos de inserción en la estructura social, y adoptan estilos de vida relacionados con la salud marcados por la génesis de culturas propias de su generación, este grupo es capaz de definir al mismo tiempo formas propias y diversas de agregación, adscripción, organización y adopción de hábitos y estilos de vida al margen de las vías institucionales clásicas o tradicionales, y de otros jóvenes.

Comprender por qué la juventud se ha convertido en objeto de estudio y de intervenciones para el campo de la salud implica tener en cuenta que: a) la juventud es un momento, una etapa del ciclo vital, en el que produce la adquisición o en el que todavía se está a tiempo para modificar las conductas que tendrán importantes consecuencias en la vida adulta y que condicionaran su salud y bienestar futuro; b) el importante cambio en los patrones de enfermedad y causas de mortalidad que ha supuesto la transición de enfermedades transmisibles a enfermedades no transmisibles, crónicas y evitables; c) el aumento de la esperanza de vida y el consecuente envejecimiento de la población; d) el aumento de la esperanza de vida y el consecuente envejecimiento de la población; e) la falta de experiencias de movilidad social ascendente a través del trabajo, se traslada a la vivencia de las etapas de la vida, del ciclo vital, en la que la juventud vive su primavera del 68; y, f) la juventud se convierte en un espacio para las prácticas políticas y económicas, prácticas que en el nuevo estadio del capitalismo neoliberal tiene unas características específicas.

Todos estos factores tienen un importante efecto sobre la carga de enfermedad y la pérdida de años de vida saludables, la toma de decisiones políticas y los modelos de intervención normalizados e institucionalizados por las administraciones públicas. Cuando sobre estos cinco elementos redirigimos el potente foco que nos ciega con racionalizaciones y evidencia científica, comenzamos a ser conscientes de las sombras que en torno a ellos se dibujan, los mecanismos de control social que cada vez se nos hacen más difícil de captar y describir. Es inexcusable

pensar en las condiciones institucionales que provocan socializaciones diferentes en la población de menores, adolescentes y jóvenes.

La salud se ha convertido en un valor que permite modelar, convencer y disuadir a la población. Los datos sobre estilos de vida que definen el grado de bienestar o salud de la población de adolescentes y jóvenes racionalizan, normalizan y naturalizan e institucionalizan discursos e intervenciones para la mejora de salud no sólo para quienes están en peores condiciones sino para todas las personas independientemente de cuál sea su estado de salud. El descubrimiento de numerosos factores de riesgo, el cribado y detección precoz, o suposiciones como “es mejor prevenir que curar (o lamentar)” ha garantizado una gran popularidad de la promoción de la salud. Los programas de educación para la salud que se originaron en el mundo de la medicina han adquirido una gran dimensión social y política, por lo que sus intervenciones no pueden ser comprendidas solo en términos médicos.

Las instituciones educativas tradicionales de socialización que se constituyeron como instrumentos que guiaban la acción, aportaban normas y valores que estructuraban trayectorias homogéneas a la vida adulta (vía inserción laboral), en la actualidad, se han convertido en dispositivos de bloqueo temporal. Instituciones que para lograr armonizar y homogeneizar estas trayectorias han creado herramientas de contención (aumento en dos años de la educación obligatoria, diversificación de másteres de especialización para la incorporación laboral de los graduados universitarios, diversificación de tipos de contratación para la formación -aprendizaje, prácticas, etc.-) que retrasan la transición a la vida adulta (emancipación, acceso a vivienda, crédito, etc.) y permiten regular el flujo de entrada al mercado laboral. Dejando a un gran número de jóvenes en espera hasta que les llegue “el momento”, sin importar, salvo algunas excepciones¹², su capacitación y la inversión realizada.

Dentro de la cultura normalizadora y dominante, sin embargo, adolescentes y jóvenes logran crear su propia cultura, normas, valores, formas de relación, rituales, etc. Son capaces de disputar, como lo hicieron generaciones de jóvenes pasadas, a las instituciones el privilegio de certificar valores, credenciales e identidades. Nos advierten, como lo hicieron los que les precedieron, de que existen distintos modos de ser joven. Esta premisa pone en jaque el diseño e implementación de intervenciones (políticas y administrativas) cuyo objetivo es lograr que

¹² [Programa Next](#) de Gobierno de Navarra para el retorno d jóvenes residentes en el extranjero.

la opción de “la conducta más saludable” sea la más atractiva para este grupo poblacional, o mejorar las competencias y habilidades a través de la permanencia en el sistema educativo durante más tiempo con la promesa de acceder a un puesto de trabajo que les dé acceso al consumo.

Intervenciones que producen sujetos *adaptados* a las demandas de sociedades de consumo, en las que todo aquello que genera identidad es objeto de intervención y mercantilización. De igual manera, las mismas intervenciones, producirán sujetos inadaptados: a) los que tienen dificultades con el sistema escolar, a menudo determinados por una relación desafortunada con el sistema escolar, que se esfuerzan por desmentir, sin saberlo, una identidad legítima impuesta por el Estado a través de actos de categorización legítimos realizados por el profesorado mediante formalismos burocráticos en forma de evaluaciones, formularios, etc.; o, b) quienes a través de actos de “rebelión” frente al consenso en estilos de vida (calendario, consumo de drogas, alimentación, uso de pantallas, ...) son clasificados como población de riesgo susceptibles de intervenciones públicas por elegir estilos de vida que se alejan de las recomendaciones sobre salud.

Pensar sociológicamente las controversias que generan las intervenciones

Wright Mills (1961) apostilló que los sociólogos deben iluminar los tipos de naturaleza humana revelados en la conducta y el carácter de las sociedades en períodos particulares. Con modestia, nos atrevemos a poner el foco sobre las intervenciones dirigidas a la población joven en los ámbitos de la salud y la educación que, se dice, buscan la mejora de su bienestar presente y futuro, guiadas por el deseo de dotarles de competencias, habilidades, capacidad de autogestión de la vida, resiliencia, libertad para hacer elecciones, etc. Intervenciones y políticas positivas que a nadie negaríamos si se tratara de la primera cita. Las sucesivas citas provocarán que la venda se desprenda y descubramos con estupor que producen sujetos que se guían de forma no consciente en la toma de decisiones y que las elecciones realizadas han llegado a constituirse como hábitos, antes de tener consciencia (Bauman & May, 2001).

Nos proponemos como objetivo de la tesis doctoral imaginar sociológicamente el bienestar y el desarrollo de la población de adolescentes y jóvenes. Combinando, siguiendo a Mills (1986), ideas históricas, psicológicas y filosóficas, para iluminar las cuestiones morales y éticas que suscitan la legitimidad de las intervenciones y evaluaciones normativas de los sistemas sanitario y educativo. Todo ello en un momento en el que el bienestar y el desarrollo están en simbiosis perfecta en los discursos de la política y la economía.

Si reconocemos que la producción y distribución del bienestar se construye socialmente, poniendo en relación múltiples actores, que han contribuido a la articulación de modelos de bienestar con efectos distintos sobre la ciudadanía, para pensar en un estado de bienestar, que aún se piensa a sí mismo, debemos cuestionar las presuposiciones y pre-construcciones descritas en la realidad, tanto en el análisis como en los pensamientos del analista (Bourdieu et al., 1994).

Para alcanzar este objetivo partimos de que, si bien es importante la generación de conocimiento y la producción de evidencia científica para la mejora social y el bienestar, desde la mirada sociológica, lo que además importa es el modo en que el conocimiento puede influir sobre la comprensión del bienestar, los estilos de vida relacionados con él, y el desarrollo social. Y cómo éste favorece el diseño de unas políticas educativas, sanitarias y sociales específicas en torno a la juventud y no otras, teniendo presente que éstas siempre son la elección entre una diversidad posible.

Las políticas públicas no son neutras, ni carentes de ideología. Las políticas públicas tienen la capacidad de generar orden, y esto no es otra cosa que limitar la probabilidad de los acontecimientos a través de la definición de objetivos, recursos, etc. Un orden presente, condicionado por el carácter que damos al futuro, condicionando el orden al logro de la predictibilidad mediante la existencia de panópticos, registros de datos, elaboración de algoritmos, protocolos, etc. Un orden que remite a estructuras de aprendizaje y experimentación tutelados por el Estado (Bauman & May, 2001).

Como sucede en una orquesta, dirigida por un directora o director, cada intérprete hace sonar, con más o menos habilidad y destreza, cada uno de los instrumentos que permite que la orquesta pueda asumir más o menos partituras, llámolas retos, aspectos expresivos o cognitivos. Cada intérprete toca el instrumento para el que se ha formado y le ha permitido ocupar una posición en la orquesta. Algunos habrán alcanzado gran maestría y tendrán la capacidad de interpretar y encontrar nuevos tonos en cada nueva partitura, y ocuparán un lugar preferente. En otros casos los puestos serán más modestos porque se limitan a seguir, fielmente, las pautas de su director o directora. Sin todavía destrezas para generar algo nuevo, a la dirección le corresponde hacer desaparecer las *disonancias*, resaltar los momentos de solos, de instrumentos y familias de instrumentos (metales, percusión, viento, etc.), para encontrar el timbre de la voz de la orquesta que mejor se ajusta a los deseos del espectador.

En las orquestas como en las administraciones la accidentalidad se ha ido reduciendo a través de la racionalización y estandarización, cada profesional está reservado a momentos concretos de la *obra*. Sin embargo, la orquesta sabe cuál es su esencia. En las administraciones a través del uso de argumentos racionales y científicos se ordena, divide, simplifica y excluye, siendo capaces, utilizando la metáfora de Bauman (1995) de producir lo mismo mala hierba que flores. La sonoridad que producen hoy las instituciones -y sus programas institucionales- ligando actores sociales y sus conflictos, es hoy ensordecedora porque mezcla muchas voces discordantes de derechas e izquierdas, defensores de la tradición y del progreso, del desarrollo y de la sostenibilidad.

Estructura general

La primera parte de este estudio, “Ensamblar el bienestar de las personas jóvenes en las sociedades modernas”, tiene por objetivo describir cómo se ha constituido una nueva forma de soberanía, la *voluntad de estar sano*, patrocinada por el Estado a través del engranaje de instituciones públicas y privadas con capacidad para influir sobre la salud y bienestar de las personas. Mediante la discusión de la evolución del concepto y campo de salud desde mediados del siglo XX y las implicaciones que estos cambios suponen para las instituciones responsables de la salud nos acercamos a la conceptualización de la salud y bienestar. Esto nos obliga a pensar en la historicidad y en el modo en el que los estados han diseñado políticas públicas para atender las contingencias sociales de la población y de grupos poblacionales específicos. Artes, conocimiento certificado y evidencia científica, en gran parte, basada en la cuantificación y objetivación de todo acto o conducta.

En la segunda parte, “Identificar riesgos: los estilos de vida de las personas jóvenes”, se discute la producción de los sujetos jóvenes a través de los estilos de vida normativizados. Utilizaremos para ello la Encuesta Navarra de Juventud y Salud de 2013-14.¹³ La cuestión de la medición de los estilos de vida es fundamental para entender cómo el bienestar ha llegado a ocupar un espacio tan destacado hoy en día. Medir el bienestar permite: a) utilizar el concepto de muy diversas maneras (es intercambiable, lo mismo vale para referirnos a la salud de las personas que al desarrollo económico de una sociedad); b) evaluar y comparar cuestiones tan dispares como las horas de sueño, el tipo de alimentación, las horas

¹³ El trabajo de campo se desarrolló entre los meses de noviembre de 2013 y enero-febrero de 2014.

dedicadas a las pantallas, el vínculo social, riesgo de salud mental, etc.; c) establecer relaciones de causalidad con otras variables, o determinantes sociales, como renta, nivel de estudios, acceso a servicios públicos, etc. y d) al cuantificar el bienestar podemos presentarlo, y comunicarlo, como neutral y objetivo, en el que basarse para guiar un amplio espectro de decisiones personales e intervenciones políticas y económicas (Cabanas & Illouz, 2019).

En la tercera parte, "Espacios, rituales e instituciones: intervenciones sobre la población joven vulnerada" describiremos el proceso que generó y definió un modelo de intervención para adolescentes y jóvenes que transitan por espacios formativos y educativos divergentes a aquellos que lo hacen dentro del sistema normalizado, teniendo presente las condiciones sociales, y las políticas públicas en las que se gestaron. Relataremos un proceso que creemos ayudará a comprender cómo surgen dispositivos securitarios que intentan corregir las desviaciones en las trayectorias de la población de jóvenes. Desviaciones en las que también interviene la mano de las administraciones públicas y que son corregidas en "escuelas de segunda oportunidad". Centros educativos y formativos en los que los jóvenes que "objetan" a las instituciones su poder para imponer una forma de ser y estar, y de estilos de vida saludables son resocializados.

Para desarrollar y cumplir con el objetivo del trabajo, hemos utilizado documentación escrita, cuestionarios, entrevistas, material audiovisual, noticias aparecidas en prensa y otros medios de comunicación y datos de evaluaciones realizados por la Fundación Ilundain Haritz-Berri y el Plan de prevención: drogas y adicciones (PPDA). Hemos realizado grupos de discusión con alumnos y profesionales de Ilundain, así como entrevistas en profundidad con responsables de la Fundación, del Departamento de Derechos Sociales, de otras entidades que también intervienen con menores y adolescentes, y profesionales de la prevención de los ámbitos de la salud, educación y atención social. Para "construir nuestro objeto de investigación" (Bourdieu et al., 2002) igualmente, hemos participado en sesiones de trabajo con responsables y técnicos de recursos comunitarios de prevención, de residencias de menores en conflicto, así como de entidades de tratamiento terapéutico ambulatorio. Además, hemos manejado estudios de técnicos y sociólogos que han propuesto interpretaciones que ayudan a recrear el entorno del periodo estudiado y a comprender el pasado en su contexto.

Hemos de añadir que muchas de las personas que he podido observar a lo largo de estos años, no eran objeto de entrevistas formales o grabadas para un posterior

análisis que aportara datos para esta tesis, sino que, dada mi posición como socióloga de la Sección de Promoción de la Salud y Salud en todas las políticas del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, he podido estar, ocupar espacios, dedicar vista y oídos a personas e instituciones con las que me relaciono usual y rutinariamente en el desarrollo de mi trabajo.

La experiencia vivida, ha sido un viaje a la consciencia del modo de hacer sociología en un campo en el que el saber técnico y la aplicación de tecnologías parecía dificultar hacer otro tipo de estudio sociológico que no fuera sobre el rol de los expertos de la intervención y el de los usuarios. Ha sido como lo es la propia sociología “actuar como extranjero entrometido e irritante” que examina aquello que se da por sentado en un intento por re-examinar nuestra experiencia en busca de nuevas posibilidades (Bauman & May, 2001).

*No es sólo una crisis profesional, un enfado o hastío
hacia la organización: está siendo una crisis de conciencia.*

Raquel G. Eransus, abril de 2019

I. Ensamblar el bienestar en la modernidad

Introducción

Es la paradoja de la salud, que en la práctica se transforma en la búsqueda persistente y obsesiva de una salud perfecta, con desprecio del nivel de salud real que se posee.

J. Gervás y M. Pérez (2008)

La búsqueda de la salud se ha convertido en el principal factor patógeno

Ivan Illich (1999)¹⁴

Al prometerse un mejor uso individual de mejores condiciones sanitarias comunes, similar a un reparto más equitativo de las riquezas, ¿estamos seguros de no generar una enfermedad obsesiva por la salud?

G. Canguillen (2004)

A partir de mediados del siglo XX, las Ciencias Sociales se han preocupado del concepto de modernidad y de sociedad moderna principalmente en relación con los procesos que han sido denominados modernización y desarrollo, y que han inspirado una extensa literatura. Una redefinición de ambos conceptos supone admitir, en el caso de desarrollo, que éste excede las pautas económicas empleadas para medir el crecimiento, esperanza de vida o la mejora de las condiciones de vida.

La modernización, entendida como progreso social en el que mañana será mejor que hoy, apuesta por una mejora venidera y actúa en consecuencia poniendo en relación el crecimiento e instituciones capaces de crear conocimiento, innovación e impulsar cambios sociales; y, por ende, provocar transformaciones en los estilos de vida de los grupos poblacionales. Relación que se traduce en el crecimiento y difusión de una serie de organizaciones que logran la transformación social por medio de las tecnologías que transforman el nuevo conocimiento en nuevas prácticas, hábitos o estilos de vida. Olvidando, sin embargo, a menudo que una concepción limitada tecno-económica del desarrollo, tan característico de la modernidad, ignora el tejido mismo de nuestras vidas, la parte gratuita de la existencia que son nuestros dones personales (Douglas, 1996).

Las instituciones modernizantes, que han sido desde comienzos del siglo XIX el moderno capitalismo industrial y el moderno estado burocrático, han sido un tema central del pensamiento sociológico por su capacidad de imponerse a la actividad y a la conciencia del individuo como control, como limitación y como opción normalizadora que transforma cada cambio en un ritual vinculante que

¹⁴Illich, I. L'obsession de la santé arfaite, Le Monde Diplomatique, marzo de 1999. <https://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/2855>. Texto traducido en: https://groups.google.com/forum/#!topic/la-enfermedad/l_GPfpTZEK8. Consultado en Septiembre de 2020.

permita el mantenimiento de sociedades cohesionadas en constante desarrollo y crecimiento.

Cuando hablamos de instituciones nos referimos a aquello que se ha materializado (valores, modos de ser y hacer, etc.) y se hace observable en un momento determinado, así como a los procesos de institucionalización, puesta en circulación de valores y de legitimización de esquemas interpretativos que surgen en momentos y espacios concretos. Desde esta perspectiva puede concebirse a las instituciones como entidades capaces de dar sentido y orientación a las reglas que produce y legitimar decisiones en torno a cuestiones públicas (educación, salud, trabajo, etc.).

Así mismo, llamamos instituciones a los dispositivos reguladores del comportamiento colectivo, que permiten estabilizarlo de forma recurrente. Y por variada que sea su naturaleza —instituciones económicas, políticas, familiares, etc.—, siempre consisten en reglas de juego: definiciones de la realidad, clasificaciones compartidas, programas de interacción y acción colectiva, sacralizaciones legitimadoras del orden vigente (Douglas, 1996).

En ocasiones, de forma más acotada, la institución es sinónimo de organizaciones capaces de distribuir reglamentos, normas y bienes. Sin embargo, no todas son capaces de generar formas específicas de socialización. No tienen la capacidad de generar procesos de institucionalización, esto es: interiorización de lo social por la interiorización de la cultura y una manera peculiar de llevar a cabo ese trabajo (Dubet, 2013) como lo fue, por ejemplo, la naturalización de lo femenino que determinó la salud de la mujer. O como el positivismo científico y social que han marcado la manera de hacer ciencia y práctica social.

Hablar de salud, y en concreto de la salud de la población joven, supone comprender los procesos a través de los cuales cada institución social construye relatos en los que se imagina y recrea, en la que los sujetos crean y conforman sus condiciones de posibilidad de existencia. Cada institución construye, en conflicto con otras instituciones y sus agentes, su propia narración de unos valores compartidos que generan sentido de pertenencia y se potencian, favorecen, y dibujan situaciones que movilizan emociones y se inscriben en la memoria individual y colectiva del grupo los valores institucionales.

La salud y la educación se ha convertido en el objeto, por el gran valor que ha adquirido, de todo un engranaje de instituciones públicas y privadas con capacidad para actuar e influir sobre las personas desde distintos niveles, teniendo en

cuenta que actualmente los procesos de institucionalización se producen en espacios local, geográfica y temporalmente situados, y continuos. Procesos que contribuyen a la personalización e individualización de las responsabilidades sobre las trayectorias biográficas individuales y a la generación de nuevos espacios para las relaciones sociales de personas con un mismo sentir, y que a la postre favorecen el encuentro de personas que buscan respuestas a los problemas sociales que viven.

No obstante, frente a la cantidad de posibilidades que las sociedades modernas ofrecen, sólo una minoría de la población entreteje la red de instituciones capaz de generar el aparato tecnológico apto para generar, contener o contrarrestar, procesos de cambio, crisis o riesgos, porque tiene los medios y competencias clave para convertirse en mediadores. Hablamos de una élite de expertos que logra que sus acciones cristalicen y afecten, directamente, no sólo a la vida práctica, sino también a la conciencia de la población y provoquen la adhesión a estilos de vida y modos de hacer y relacionarse apoyados por las instituciones creadas para tales fines.

Instituciones y expertos que permiten introducir suaves desviaciones de la línea central, dando lugar a la institucionalización de nuevos modos de relación siempre y cuando la diversidad no vaya más allá de un número tolerable de grupos en los márgenes, tantos como los dispositivos sociales permitan controlar, o no diste mucho de una normatividad construida socialmente de lo tolerable o moralmente aceptable. Aun cuando las transformaciones que casi todas las instituciones están experimentando (familia, empleo, educación, salud, etc.) abran un periodo de incertidumbre del que tenemos poca experiencia. De modo que cabría hablar también de procesos de desinstitucionalización o decadencia del programa institucional en el sentido de pérdida de capacidad reguladora de las reglas institucionales a la que estábamos acostumbrados (François Dubet, 2013).

En la mayor parte de los países, ayudar a promover y proteger la salud, prevenir y controlar las enfermedades, se ha convertido en una necesidad de los programas institucionales con un nuevo barniz. Países que con características específicas culturales, económicas y políticas han definido un mismo horizonte: bienestar, desarrollo y crecimiento sin fin. Modelo de sociedad para el que todavía es necesario garantizar, a través de políticas e instituciones, la mano de obra de *nuevos pobres capaces*, ahora con salud, durante más tiempo porque lo mismo que nos

dicen que crece la esperanza de vida¹⁵ y debemos “cuidarnos” para reducir la carga de enfermedad, se nos anuncia que parece ineludible prolongar los años de vida laboral para sanear las cuentas de la seguridad social.¹⁶ Vivir más años con salud y trabajar durante más años requiere de muchas competencias y no pocas habilidades que se mercadean y comercializan.

Exigencia que se produce en un momento, además, en el que se están produciendo cambios constantes en los propios regímenes de protecciones que hace que los “individuos por defecto” accedan a formas inferiores de protección (inmigrante ilegales, jóvenes titulados sin experiencia laboral, desempleados de larga duración, desempleados de más 55 años, trabajadores precarios)¹⁷ para los que se crean ayudas *ad hoc*, por no estar incluidos en el mercado de trabajo, que se caracterizan por su transitoriedad y condicionalidad (Castel, 2010). Poblaciones que son derivadas a dispositivos de protección que les exigen la movilización, activación de sus capacidades. Triunfando el principio de individualización en el que cada persona, independientemente de la situación personal, es responsable de construir su proyecto profesional. Individualización que supone, por otra parte, el crecimiento de las incertidumbres porque las regulaciones “colectivas para dominar los avatares de la existencia están ausentes” (Beck, 1998).

En estas mismas sociedades, donde políticos, expertos e instituciones normativizan la vida social, determinan estilos de vida y establecen recomendaciones para el mantenimiento de la salud, coexisten otros sujetos, que transitando por los mismos espacios, buscan respuestas a los problemas que viven, personas que han sido capaces de dar nombre a sus necesidades y buscan la solución que mejor se

¹⁵ La esperanza de vida al nacimiento en España de 1980 a 2012 ha aumentado 3,2 años en las mujeres (promedio anual) y 4,79 años en los hombres (promedio anual). Registrándose un descenso en la brecha de género de esperanza de vida, debido a una combinación de cambios de la mortalidad específica y por causa de muerte. (García González & Grande, 2018) La revista *The Lancet* publica que España se encuentra entre los países que en 2040 superarán la esperanza de vida de 85 años para los dos sexos (85,5 a 90) produciéndose un aumento considerable de las muertes por enfermedades no transmisibles (Foreman et al., 2018).

¹⁶ Existe unanimidad en cuanto al importante reto demográfico al que se enfrenta España en los años venideros, con una población envejecida fruto de una creciente esperanza de vida y unos niveles de fertilidad históricamente bajos. Atraer mano de obra inmigrante para paliar este problema o incentivos que fomenten la entrada de mano de obra femenina en el mercado laboral, la reducción de la cuantía de las nuevas pensiones que se vayan causando o incorporar en el cálculo de la pensión las cotizaciones de toda la vida laboral de los trabajadores, en lugar de las de los últimos años como ocurre actualmente son algunas de las soluciones que se plantean.

¹⁷ Trabajadores que carecen de las condiciones necesarias para conducirse y ser reconocidos como individuos de pleno derecho (jornada parcial, periodos de trabajo y no trabajo, seguridad y asistencia, integración y desafiliación, donde faltan las condiciones para construir su independencia económica y social (Castel, 2010).

adapte a las mismas, poniendo en relación instituciones, creando redes y consolidando nuevos espacios que se perdieron por acción u omisión de las políticas públicas, expertos e instituciones clásicas.

La juventud es uno de esos grupos de hombre y mujeres que provocan tensiones corporales y sociales porque generan nuevos procesos de relación y porque presionan para incorporar nuevas pautas o modelos de relación, así como para poner en circulación nuevos valores. Las nuevas generaciones, caracterizadas por una gran heterogeneidad, plantean retos a las instituciones públicas, especialmente a las instituciones educativa (capacitación para el empleo y para la vida), laboral (flexibilidad y seguridad) y sanitaria (estilos de vida saludables) que no pueden responderse, únicamente, desde lo local y para las que no bastan las respuestas universalistas ofrecidas por los poderes públicos de ámbito estatal y autonómico.

Bauman (2007) en la *Sociedad Sitiada* plantea una metáfora que ayuda a pensar sobre las controversias que surgen entre las dinámicas del espacio local y de ámbito más amplio (estatal o global), y entre generaciones (jóvenes y adultas). De acuerdo con el autor, si bien les corresponde a los seres humanos -en tanto individuos- llevar su propia causa adelante y defenderla ante los promotores de otras causas, aunque estén organizados, hayan conseguido legitimidad y apoyo de las administraciones locales, los nuevos movimientos (aun materializados en instituciones legítimas generadas a nivel local) cuando se enfrentan a las grandes instituciones, provocan fragmentaciones sociales. Potenciando, de este modo la génesis de nuevos modos de diferenciación social, y el juego por diferenciarse para lograr la prometida movilidad social lleva a la compra en el mercado de lo que nos promete hará la diferencia. El refrán “busque, compare y si encuentra algo mejor cómprelo”¹⁸ alcanza a todos los públicos y espacios de la vida de cada persona.

En este contexto, en el que los referentes colectivos o sociales se desvanecen, en el que las nuevas generaciones jóvenes pierden los referentes colectivos o sociales válidos, la juventud tiene la difusa tarea de ajustar los medios, a su alcance, a los fines para conquistar transiciones seguras a la vida adulta y construir una identidad que implica el triple desafío (y riesgo): confiar en uno mismo, en otros y también en la sociedad en un mundo globalizado en el que se desdibujan los puntos de referencia para inventarse con todos los recursos que se tienen a mano

¹⁸ Slogan publicitario de los años 80 de una famosa marca de detergentes.

(Bauman, 2005a). Exigencia que se produce en el momento en que las instituciones clásicas, aquellas que se conformaron de la mano del Estado de Bienestar tras la Segunda Guerra Mundial¹⁹, que guiaban las transiciones a la vida adulta y generaban posibilidades de ascenso social, nos advierte Bauman, se han fundido. Cuando, por otra parte, las transiciones ya no se definen por procesos de integración a espacios creados y asegurados por el Estado sino que se configuran como procesos de integración a una sociedad de prosumidores²⁰, y en un momento donde las incertidumbres ya no son solo los medios (abundantes, pero desigualmente repartidos en los Estados racionalizados), sino también los fines, ahora difusos, dispersos e inciertos.

Todo ello ha supuesto la caída de valores como la uniformidad, homogeneización, control, predictibilidad, certidumbre, planificación eficiente o linealidad, entre otros, que eran valiosos para procesos de educación y socialización regidos por instituciones clásicas formales y poco flexibles, que podían asegurar trayectorias de movilidad ascendente para grupos homogéneos de categorías socio-profesionales, y ocultaban, por otro lado, antagonismos sociales, violencias institucionales y la reproducción de injusticias que como Bourdieu, Bauman, Wacquant, Cohen, Foucault, Illich o Castel sostienen nunca son tan eficaces como cuando se disimulan bajo racionalizaciones eruditas desinteresadas.

Actualmente, sobre la juventud recae el proyecto de construir su identidad para *incrustarse* en espacios sociales/culturales cuya característica es la transitoriedad. Si bien en la modernidad sólida "... la tarea que les quedaba a los individuos no era otra que encajar, incrustarse en el nicho asignado comportándose como lo hacían sus residentes ya establecidos" (Bauman, 2006) hoy, en la modernidad líquida, las opciones para una transición segura de las nuevas generaciones de adolescentes y jóvenes están al cuidado del mercado y/o del Estado.

Tiene la población joven la compleja tarea de elegir los recursos entre los posibles a su alcance, para alcanzar los fines inciertos por los que han apostado, no sin costes personales. El mercado se convierte en el aliado para quienes tienen más capital cultural y económico, o el Estado en el caso de consumidores imperfectos, con menor capacidad para ejercer su libertad individual y para conducir su vida como un asunto privado entre ellos y el mercado (Bauman, 2018). Posiciones ex-

¹⁹ Desarrollo que en España fue aletargado como consecuencia de la Dictadura y procesos democráticos tardíos en el S. XX

²⁰ Hoy se exige a los jóvenes que sean los consumidores de sus propios productos.

tremas en un espectro que excluye una multitud de situaciones intermedias, sobre las que sin embargo es necesario insistir, ya que no estamos en el marco continuo de posiciones de una sociedad salarial que *protegía a todos*²¹ y prometía el ascenso social.

En uno y otro caso la libertad de cada sujeto se transforma en un cálculo de medios-fines que permite el dominio, y la manipulación, sobre sus conductas ante el alto grado de inseguridad. Cálculo que permite la imposición de regulaciones y normativizar recomendaciones por medio de cada sujeto-agente libre de elegir, ahora convertido en objeto del Estado y/o del mercado.

La tarea de construir estilos de vida que aseguren transiciones a la vida adulta en un mundo que defiende la libertad de elección entre posibilidades diversas será sancionada por los adultos que, aunque lucharon por la defensa de sus libertades, a la vez, son proclives de los vínculos sociales que las instituciones tradicionales promueven, porque proveen a la población de los recursos para los fines compartidos y cohesión social. Instituciones que también provocan el cierre social sobre grupos sociales, generaciones, que representan estilos de vida y valores sociales que ponen en riesgo y cuestionan el estado de las cosas.

La sociedad del siglo XXI sigue siendo, como lo fue su predecesora, una sociedad de la norma, que normativiza e institucionaliza intervenciones públicas -que repiten esquemas de género-, se legitiman ante propios y extraños a través de procesos de experimentación, creación de conocimiento y transferencia. Las buenas prácticas, avaladas por el conocimiento experto, reciben del Estado, y las administraciones públicas que los representan, testimonio de validez, rigor y protección legal; los profesionales de los ámbitos de la educación, la salud y la protección social reciben el aval para controlar, sujetar y orientar a los profanos; y, se solicita, que la conciencia de cada individuo esté alerta, que actualice conocimiento y capacidades y adopte decisiones informadas y adaptadas a las demandas sociales de cada momento, teniendo en cuenta que “la respuesta sólo se considerará acertada si sustenta el pensamiento institucional que ya existe en las mentes de los individuos cuando tratan de decidir “(Douglas, 1996).

La experiencia de cambio constante nos hace dependientes de la necesidad de actualizar el conocimiento de forma constante. La amenaza de no saber dar res-

²¹ Una sociedad salarial pensada en clave masculina, con trayectorias, modelos de integración a la vida adulta y protecciones sociales (desempleo, enfermedad, etc.) que se diseñaron por y para hombres.

puesta lleva a ponerse en las manos de otros y otras en los que depositamos nuestra confianza porque tienen el conocimiento y los recursos para adecuar las respuestas. P. Khanna escribe en “Conectografía” (2017) que, *si se quiere ser tienes que estar* y para ello los pasos a dar es conectarse, generar las infraestructuras que lo permiten y entrar a jugar un papel relevante en la cadena de suministros.

La sociedad parece así haber depositado en el “otro” la responsabilidad de prever los problemas futuros y proveer las respuestas. Éstas son las claves para estar en el futuro y ser el presente. “Las cadenas de suministros -dice Khanna- son el ecosistema integral de productores, distribuidores y vendedores que transforman las materias primas (recursos naturales o ideas) en bienes y servicios que se distribuyen a las personas en cualquier lugar del planeta”. Ideas como la capacidad de comprender, transformar el presente o diseñar el futuro requieren de conocimiento. Y éste es el resultado de un proceso de experimentación donde hombres y mujeres y las instituciones aprenden, adquieren destrezas y transforman las preguntas, describen las respuestas y transfieren conocimiento a otros individuos, grupos e instituciones que invierten, una y otra vez, en las redes de las que forman parte hasta que se agotan y se vuelve a empezar.

Así pues, que sean los más vulnerables, por edad, los que, sin haber participado de las actuaciones y decisiones de los adultos, deban ser quienes conecten y produzcan las soluciones a las nuevas necesidades en un mundo globalizado y, a la vez, situado, introduce nuevos elementos para la discusión: las oportunidades, o probabilidades de desviaciones respecto a la normatividad instaurada por las instituciones clásicas hoy en crisis. Teniendo presente que en las sociedades modernas occidentales no se trata tanto de identificar la desviación de la norma en individuos concretos, suponiendo que la desviación es una respuesta normal, sino de la vigilancia y la prevención de oportunidades de desviación.

Este cambio supone estar siempre alerta, mirar al futuro, estar con un pie en el presente y otro en el futuro en el momento en el que también el conocimiento como respuesta a los problemas del presente y del futuro descubre nuevas inseguridades: se replantean las estructuras del trabajo, la desigualdad y la movilidad ascendente que sirvieron de modelo a las generaciones anteriores.

La inserción de los más jóvenes en el futuro tendrá lugar en un nuevo escenario en el que: a) ya no es posible asegurar el empleo como tampoco lo es, de tenerlo, que éste asegure una vida digna y el acceso a la ciudadanía plena; b) lo que se sabe debe ser aprendido por uno mismo porque las agencias que vinculaban a los individuos, roles e instituciones padecen de fatiga de materiales (recursos y

servicios) de manera que son más débiles el grado, las formas y los vínculos concretos que aseguran las respuestas a las incertidumbres. El éxito comercial del *do it yourself*, que tantos beneficios ha aportado a empresas como IKEA, tiene consecuencias no esperadas en tanto y cuanto las tareas no están claras o no las hay, los roles se difuminan (todos podemos ser capaces de construir nuestra república independiente) y la posibilidad de nuevas experiencias se multiplican (tantas como posibles elementos que se intercambia en el montaje de objetos diferentes). La libertad de construir la propia identidad se transforma en incapacidad para dar sentido a la vida propia. Y la comunidad se redescubre ligada a expectativas de consumo, de acceso a recursos y movilidad ascendente que a duras penas puede dar salida. c) El sentido del Estado se difumina en la prestación de servicios públicos y privados. Al incremento de la complejidad de sus funciones y su objeto se suman la diversificación en los recursos utilizados y su financiación; la descentralización y comunitarización de las políticas públicas, y las expectativas de nuevos grupos y movimientos de presión. No es extraño que la capacidad simbólica atribuida al Estado se desvanezca como lo hacen sus recursos materiales en la maraña de redes de competencias y gobernanza, y no es nuevo que términos como gestión, calidad, evaluación, evidencia o buenas prácticas se hayan normalizado en los discursos y políticas públicas del Estado, comunidades autónomas y municipios.

Todo lo cual acontece bajo la atenta mirada de la población de adultos que observa, evalúa y determina soluciones para hacer frente a los riesgos que nos acechan, ciega o negando incluso las oportunidades que las nuevas generaciones ponen al alcance de la sociedad, despreciando valores y modos de relación, que permiten enfrentar los desafíos de la sociedad globalizada. Mientras sólo algunos “quijotes” desde los márgenes se atreven y son capaces, de explorar y buscar soluciones aprovechando el talento y dones de las nuevas generaciones e incluso de aquellos y aquellas que van perdiendo trenes y son derivados a lugares y dispositivos de protección.

El nuevo reto que conjurar es jugar con las intervenciones para humanizarlas conjugando la acción del mercado, la del Estado, la actividad del individuo y el funcionamiento del sistema institucional, bajo el paraguas de un sistema de valores de ética pública que juega sobre el terreno de la incertidumbre. Se hace necesario, más que nunca, que la socialización concebida como un proceso de creación de conductas y de personas conformes, en cuanto favorece la cohesión social, sirva a la vez como proceso de generación de personas con capacidad de ser li-

bres, con capacidad para gobernar sus vidas. De lo contrario se produce la paradoja de que los actos de las instituciones niegan a las nuevas generaciones la posibilidad de prepararse para vivir, con la incertidumbre y la ambigüedad, en igualdad de condiciones, les niegan nuevos modelos y medios para adaptarse a los fines que deben producir en un marco de tolerancia que permita mantener el bienestar y la cohesión social. De no hacerlo así, las instituciones seguirán enfren-tándose a las crisis, reaccionando al cambio de los entornos y a las demandas sociales, expresando problemas y buscando soluciones, incluso antes de com-prender su naturaleza, utilizando un repertorio de respuestas probadas que se transforman en estilos de vida para las nuevas generaciones sin pensar en los efectos no queridos de sus propias actuaciones. Obviando que proyectamos nuestras vidas en simbiosis con las circunstancias que contribuyen a crearnos y que nos obligan a explorar nuestros talentos y ajustar nuestras expectativas.

La tendencia y los cambios acaecidos invitan a pensar en modelos de socializa-ción que para explorar y consolidar una manera de encontrar conocimiento cuando se necesita y establecer nuevas formas de relación.²² Modelos que abracen los cambios sociales y las mutaciones culturales a la que dan sentido movimien-tos sociales como el feminista o el ecologista. La socialización no sería ya una “socialización lograda” en la que se “oculta al sujeto el poder de producirse, asig-nándole una figura que no puede mantener por sí mismo” sino una que conduce a una sociedad que enseña al individuo las capacidades, competencias y compor-tamientos sociales para producirse por él, de acuerdo a las expectativas de inte-gración social que contribuyen a la internalización de la forma de vida, los valo-res, las reglas de conducta, las normas y códigos sociales que están presentes en toda interacción social (Gorz, 1995, 1998).

Es difícil que toda la juventud cuando trata de decidir sus trayectorias vitales comparta sin fisura el pensamiento, valores y normas de las instituciones sociales que han marcado un modelo de socialización que reproduce el discurso social dominante en el que los individuos siguen siendo el medio que permite el avance de las sociedades. Si entendemos la socialización como un proceso que permite

²² Simmel señaló cómo el dinero marcó un modelo de relación social, modelo de expresión abstracta de acciones recíprocas, que consolidó una economía monetaria que trajo alienación y cosificación. Las relaciones de internautas que comparten conocimiento sin mediar intercambio monetario que han permitido el crecimiento de comunidades solidarias, cooperativas han provocado la desestabilización de la estructura del sistema capitalista y éste ha sabido defenderse, comprando las aplicaciones desarrolladas que permitía este tipo de intercambios y poniendo límites a la Red (cerrando webs, prohibiendo contenidos, etc.) bajo la atenta mirada y oposición de adultos que temen perder el control sobre la socialización de las nuevas gene-raciones, y azuzan la red lanzando mensajes sobre la amenaza al orden de las *fake news*.

adoptar unos patrones como propios, con el objetivo de conseguir adaptarnos a las exigencias y expectativas sociales, los y las jóvenes han de ser capaces de conseguir autorregular sus deseos e intereses, lo cual requiere no poca consciencia cognoscitiva y gestión emocional (Yubero, 2004) ¿No será mejor entonces que la sociedad “se convierta en el espacio donde cada uno contribuye a crear para todos y todos para cada uno las condiciones de un desarrollo libre de su individualidad?” (Gorz, 1998).

En las sociedades modernas, las y los jóvenes “adquieren la capacidad de reflexionar sobre sus condiciones sociales de existencia y de cambiarlas” (Giddens et al., 1997), con gran potencial de transformación de la realidad social, sin provocar rupturas, y que nos enseña que los modelos de socialización seguirán produciendo individuos frustrados y desorientados mientras se perpetúen intervenciones orientadas a la integración social *unidimensional*, “la integración social por el empleo” o a través del tipo de empleo que fue la génesis del Estado de Bienestar.

La creación de identidades en un mundo que se rinde al culto del consumo,²³ en el que se universalizan las expectativas de éxito, pero en el que las oportunidades se venden caras implican cambios en el modelo de relaciones entre generaciones, jóvenes e instituciones e incluso en el modo de ser agencia y construir identidades. Así, la juventud transgrede el orden social a través de sus prácticas (sus conductas, manifestaciones y expresiones desbordan los límites de normalidad) y la población adulta responde definiendo nuevos problemas sociales y articulando políticas, y programas que ayuden a restituir el orden.

Comprender las tendencias y nuevas formas de relación y estilos de vida de las nuevas generaciones, implica en el mundo actual comprender las relaciones sociales que se generan a través de las tecnologías digitales y dispositivos en red (Canclini & Castro-Pozo, 2017). Las redes sociales son para los jóvenes un espacio de colaboración, participación y compromiso, y un nuevo medio para responder a la exigencia de tener que construir su identidad en interacción con un mundo cada vez con menor control de los adultos y de las instituciones clásicas. En un mundo globalizado en el que se desdibujan los puntos de referencia para inventarse con todos los recursos que se tienen a mano. La Red se ha convertido en el

²³ Henry A. Giroux (2003) en su libro “La inocencia robada. Juventud, multinacionales y política cultural” nos advierte de cómo la cultura comercial ha modificado el estatus de la juventud a la vez que ha logrado redefinir los términos mediante los cuales se nombran, comprenden y tratan las experiencias e identidades de los jóvenes.

espacio, y el recurso, donde cada uno contribuye a crear y donde cada persona encuentra nuevas oportunidades para producirse.

La Red ha contribuido a la deslocalización y globalización de la adquisición de nuevas capacidades. Los conocimientos y destrezas aprehendidos por las personas jóvenes en distintos lugares las capacitan y empoderan, para estar en mejores condiciones para modificar los contextos y las relaciones de poder y desdibujar los límites entre lo situado a nivel local y global. La Red permite el contacto entre personas con intereses comunes de países y culturas distintas que de otra manera no habrían podido compartir sus creaciones, y poner en circulación nuevos valores. La juventud es capaz de dibujar nuevos rituales y hábitos en el proceso de construir identidad en un nuevo espacio que se construye bajo la atenta mirada de las instituciones clásicas que aun debilitadas ostentan todavía gran poder a la hora de determinar los modos de ser y estar en el mundo.

A este nuevo mundo, donde se convive con todo un entramado de redes institucionales, todos venimos “cableados” para formar conexiones e intercambios íntimos con los demás y con el entorno. Conexiones que permiten que se genere una nueva creatividad gracias a esta conectividad, aunque, al mismo tiempo, al incrementarse la frecuencia y la densidad de las interacciones emerjan nuevas formas de malestar social, de incertidumbre colectiva y de ambivalencia. En este contexto defenderemos que las instituciones son necesarias porque proponen marcos de referencia universales, suscitan modos de integración social, pero sobre todo porque en un mismo movimiento pretenden contribuir a la tarea de construir individuos como sujetos autónomos²⁴, reflexivos y dueños de sí mismos (Dubet, 2013).

A las administraciones y poderes públicos les corresponde el “fortalecimiento de las facultades críticas y autocríticas y el valor necesario para asumir la responsabilidad por las elecciones que se hacen y sus consecuencias; [que] debe significar la formación de la capacidad para <<cambiar los marcos>> y para resistir la tentación de huir de la libertad, con la ansiedad de la indecisión que acarrea junto con las alegrías de lo nuevo y lo inexplorado” (Bauman, 2001b).

²⁴ Para Gorz (1998) la autonomía no es algo que pueda enseñarse sino suscitarse. Convertir el espacio social en el marco de referencia donde poder experimentar acompañados, pero sin pretensión de adoctrinar, disciplinar.

Mientras llega el momento en el que las instituciones se adecúan a los nuevos tiempos, se originan nuevas poblaciones vulneradas y nuevos espacios de vulnerabilidad²⁵, así como nuevas y heterogéneas problemáticas sociales que concitan la defensa de los intereses individuales a través de grupos de presión formal o informalmente constituidos que distorsionan la capacidad para resolver los problemas de las administraciones públicas y de la población. Las instituciones públicas ante la creciente demanda de necesidades sociales y las presiones de grupos organizados, como hace el espejo, devuelven la responsabilidad sobre el individuo, no sin cierta distorsión, a través de las intervenciones de los profesionales de la educación, el trabajo social o de la salud, como si el individuo tuviese la capacidad de resolver los problemas que él no ha creado pero que, sin embargo, tienen consecuencias y condicionan sus formas de vida y bienestar; y se convierten en problemas locales lo que se ha producido globalmente.

A través de estas dinámicas cobran relevancia los discursos que justifican la externalización de los servicios, si no la compra de éstos en el mercado libre, porque la provisión pública de cuidados no alcanza a todos, o no siempre llega al lugar y en el momento adecuado. De manera que se pide hoy que recuperemos la capacidad, ahora atrofiada, de actuar, de activar capacidades, recuperar la disposición de intervenir activamente, proactivamente. Se olvida intencionadamente que la distribución de oportunidades no corre hacia los sectores que ocupan posiciones más subordinadas, se encuentran en los márgenes o sufren situaciones de vulnerabilidad.

En este contexto, el mercado logra ventaja competitiva en la definición y oferta de medios y de *futuros deseables*. “Si al mercado se le deja que distribuya libertades de la manera que distribuye la riqueza, entonces correremos un grave peligro. No quedará ninguna de las instituciones sociales democráticas creadas en la primera modernidad para defender a la gente” (Beck & Beck-Gernsheim, 2003).

²⁵ “La amenaza que la medicina actual representa para la salud de las poblaciones es análoga a la amenaza que el volumen y la intensidad del tráfico representan para la movilidad, la amenaza que la educación y los medios masivos de comunicación representan para el aprendizaje, y la amenaza que la urbanización representa para la habilidad de construir una morada. En cada caso una gran empresa institucional ha resultado contraproducente. La aceleración del tráfico, consumidora de tiempo; las comunicaciones ruidosas y confusas; la educación que entrena cada vez más gente para niveles de competencia técnica y formas especializadas de incompetencia general cada vez más altos: todos estos son fenómenos paralelos a la producción de la enfermedad iatrogenica por parte de la medicina. En cada caso un gran sector institucional ha apartado a la sociedad del propósito específico para el cual dicho sector fue creado y técnicamente instrumentado (Illich, 1975).

En relación con la salud y el bienestar, el neoliberalismo ha conseguido que cale hondo la idea, difundida con la ayuda de científicos y expertos, de que la salud y la educación no son un fin sino un *proceso sin fin* que requiere vigilancia continuada, producto de una voluntad que no debe detenerse nunca. En la actualidad la mejora de la salud, como sucede con el éxito académico, no son ya cuestiones que se reducen a límites entre lo “normal” y “anormal”, basados en el diagnóstico y evaluación. Lo normal y satisfactorio, cualquier estándar que generaba certeza se ha dejado atrás y ha tomado posición el cálculo de probabilidades.

Hoy hemos sido seducidos, por el genuino carácter de la elección del consumidor que trata de optimizar los riesgos. Así, la prueba de *estar sano* o *ser empleable* no se sitúa en el presente sino en el futuro, y el bienestar y desarrollo de las sociedades occidentales que miran al futuro dependerá de las políticas públicas que hoy se diseñan para el mañana con ayuda de no pocos artificios.

No es extraño entonces que hayan retomado fuerza los estudios sobre la juventud. Hoy las sociedades se adecúan para afrontar las contingencias de la vida, mirando al futuro y pensar la juventud se ha convertido en una tarea de estas sociedades en las que el cuerpo se ha convertido en objeto y sujeto de las intervenciones de los distintos actores sociales para optimizar los riesgos y reducir la incertidumbre para el logro de los objetivos de crecimiento, desarrollo y bienestar social y económico.

Las ideas que se irán desarrollando en las siguientes páginas, se insertan en una línea argumentativa compleja²⁶ que delimita su marco de análisis. Partiendo de la premisa de que, si bien el conocimiento debe poder validarse y considerarse objetivo, no es menos cierto que necesitamos introducir aquello que se escapa a la ciencia positiva (responde a criterios de orden, clasificación, estabilidad o consciencia) por tratarse de comportamientos negados e inconscientes (Hernando, 2018). Recurrimos al modelo teórico de complejidad y realizaremos la tarea de ensamblar lo visible y lo oculto tras los pliegues (Latour, 2008) de las políticas en salud y de las intervenciones que desde las instituciones que forman parte del campo de la salud y la educación para cumplir con la tarea de socióloga de desplegar la gama de controversias que surgen cuando estas políticas e instituciones

²⁶ Así es definida la salud por la OMS en “A conceptual framework for action on the social determinants of health” publicado en 2010. El resumen ejecutivo comienza diciendo que “la complejidad define la salud. Ahora, más que nunca, en la era de la globalización, es así. La Organización (OMS) estableció la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) para llegar al corazón de esta complejidad”

han definido como objeto de las intervenciones, para el mantenimiento futuro de la salud y bienestar de las sociedades, a la población de adolescentes y jóvenes.

El problema sería más sencillo de exponer si no fuera porque todo un entramado de instituciones ha logrado negar los mecanismos de control que las políticas públicas suponen, y que han permeado el mundo de la vida, y dar carta de naturaleza a estilos de vida ritualizados, previamente des-ritualizados, respondiendo a una necesidad de orden, estabilidad y equilibrio de una élite de expertos con conocimiento científico para cubrir las necesidades sociales olvidando que no es posible racionalizar todas las necesidades humanas que relacionamos con la salud y bienestar, no sin provocar más y nuevas vulneraciones a personas que les faltan los recursos, no los tienen al alcance, para llevar a cabo sus proyectos y ser dueños de sus elecciones haciéndoles pagar que son incapaces de arreglárselas por sí mismas (Castel, 2010).

Como lo hiciera Foucault (1975) en su obra *Vigilar y castigar*, entendemos que es necesario, además, poner la mirada no tanto sobre las conductas sino sobre los procesos por los que se sancionan unas conductas y no otras, y utilizar la descripción como punto de partida para comprender los aparatos e instituciones. Entender la tecnología de la que se dota el poder para disciplinar a hombres y mujeres o, con otras palabras, cumplir con el programa institucional de socializar a las nuevas generaciones de jóvenes que retan a las instituciones y desenmascaran el arte de la naturalización y normalización de dispositivos de control social como los que se describen en los siguientes capítulos. Dispositivos que a la postre corren el riesgo de producir y perpetuar aquello que pretenden erradicar o por lo menos reducir, las desigualdades sociales y en salud, la exclusión y la vulnerabilidad.

Esta primera parte, ensamblar la salud joven, constituye un ejercicio de reflexión y de aproximación a la comprensión de los procesos que han naturalizado y normativizado las intervenciones públicas, de instituciones administrativas y políticas, sobre la población juvenil en nombre de la salud y bienestar y desarrollo, individual y social, en base al conocimiento científico y la tecnología.

Capítulo 1. El proyecto de la modernidad: Asegurar la salud y el bienestar

Yo sé a ciencia cierta Que cada uno lleva en sí mismo la peste, porque nadie, nadie en el mundo está indemne de ella. Y sé que hay que vigilarse a sí mismo sin cesar para no ser arrastrado en un minuto de distracción a respirar junto a la cara de otro y pegarle la infección. Lo que es natural es el microbio. Lo demás, la salud, la integridad, la pureza, si usted quiere, son un resultado de la voluntad, de una voluntad que no debe detenerse nunca. El hombre íntegro, el que no infecta a casi nadie es el que tiene el menor número posible de distracción. ¡Y hace falta tal voluntad y tal tensión para no distraerse jamás! Sí, Rieux, cansa mucho ser un pestífero. Pero cansa más no serlo. Por eso hoy día todo el mundo parece cansado, porque todos se encuentran un poco pestíferos. Y por eso, sobre todo, los que quieren dejar de serlo llegan a un extremo tal de cansancio que nada podrá librarlos de él mas que la muerte.
(Camus, *La peste*, 1947)

La peste fue publicada por primera vez en 1947. El primer caso de sida en España se diagnosticó en octubre de 1981 en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona. Apenas habían pasado cuatro meses desde el 5 de junio de 1981,²⁷ cuando se describieron los cinco primeros casos de todo el mundo en Los Ángeles, Estados Unidos. Si bien todavía no se hablaba de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) como tal, fue a partir de 1982 cuando comenzamos a denominarlo de esta manera y no fue hasta un año más tarde cuando fue conocido el virus que provocaba la enfermedad tan temida.

El SIDA se convirtió en la peste de finales de siglo XX y contribuyó a reforzar las bases de la nueva salud pública,²⁸ y la promoción de la salud, que necesita de vigilancia, voluntad y un sentido compartido. Esta enfermedad despertó un amplio interés público, fue una enfermedad que adquirió una gran carga simbólica, y proporcionó un escenario donde las personas afectadas, la salud pública, la ciencia y la medicina, desarrollaron y adaptaron nuevos enfoques. Su aparición

²⁷ El caso fue publicado en la revista *The Lancet* en marzo de 1982.

http://www.rtve.es/contenidos/documentos/primer_caso_sida_espana_lancet.pdf

<http://www.rtve.es/noticias/20110602/primer-caso-sida-espana-se-detecto-hace-30-anos-hospital-vall-dhebron/436543.shtml>

²⁸ La declaración de la OMS de Alma Ata en 1978 fue el intento frustrado que en cierto modo intentó compensar la Carta de Ottawa de 1986. Alma-Ata fue una conferencia que se recuerda por definir objetivos ambiciosos y atrevidos para la época y que además confrontaba intereses políticos que no estaban por el cambio y/o desarrollo de la salud para todos. (Organización Mundial de la Salud, 1991) El texto íntegro de la Conferencia puede consultarse en:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?sequence=1> Consultado en abril de 2019.

y avance durante los 80 y 90 supuso una amenaza que movilizó a individuos e instituciones para reforzar y controlar los límites de las conductas y las relaciones sexuales y sociales (Kopp, 2002).

Como afirma Kopp el SIDA sirvió, como la enfermedad paradigmática, para trazar la línea entre lo sano y lo contaminado. La fuerte percepción del estigma y la exclusión social de las personas entrevistadas por Kopp contrastaba con su percepción física de la enfermedad, éstas vivían con la paradoja de un estigma provocado por una condición física que no podían percibir. La infección por el Virus de inmunodeficiencia Humana (VIH)²⁹ adoptaba una doble forma de existencia social / no-existencia física que adoptaba la forma de "una sombra o un fantasma", de "un estado quimérico". La experiencia de la infección suponía para éstas, la necesidad de redefinir corpóreamente la relación yo-sociedad, la convivencia, y controlar el virus.

La enfermedad perdió su fuerza letal y se transformó en una enfermedad crónica con la aparición de los tratamientos con retrovirales, dejando una tarea para quienes la padecen que implica redefinir el yo, reconstruir la biografía y actualizar la representación constante del cuerpo y coherentemente de acuerdo con las circunstancias sociales y personales. Las enfermedades infecciosas como el SIDA, antes y ahora, suponen un cambio en la biografía de las personas provocada por un proceso de transformación, que se inicia tras recibir la noticia de ser seropositivo, en torno a las nociones culturalmente valoradas de control y responsabilidad (sobre uno mismo, sobre los determinantes sociales o sobre las causas de las causas).

Que el VIH se convirtiera en una enfermedad crónica, gracias a avances científicos y médicos, impulsó la transformación del imaginario social sobre la misma, y en esto fue y sigue siendo significativa la contribución de la industria farmacéutica, a pesar de la resistencia inicial de los especialistas a ver el VIH como una enfermedad crónica (indeterminación temporal) y controlable a través de los retrovirales (poder de la medicina y la industria farmacéutica).

La acumulación de grandes beneficios por las empresas con la venta de retrovirales produjo un fuerte debate social. El alto coste de los tratamientos impedía el acceso a tratamiento a todas las personas, en los países ricos, pero la presión social y política logró abaratar el coste del tratamiento a costa de otorgar a las em-

²⁹ El Virus de Inmunodeficiencia Humana es el que causa el SIDA.

presas el derecho a proteger sus patentes durante 20 años y en casos de emergencia de salud pública los Estados podrían producir genéricos siempre y cuando éstos pagaran a la empresa los derechos de patente y fueran importados de países distintos a donde eran manufacturados. Y así, para las personas con VIH, tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo la cronicidad proporcionó un medio para desafiar el estigma, la asociación con la muerte y describir el VIH como una enfermedad sobre la que se puede intervenir y que se puede revertir. Se abre paso un discurso sobre la esperanza (Kopp, 2002).

El conocimiento adquirido sobre el funcionamiento del virus, las formas de transmisión y los resultados de los tratamientos, llevaron a cuestionar la capacidad de la acción de los retrovirales, frente a nuevas corrientes científicas que otorgaban mayor importancia a la capacidad autoinmune del cuerpo. Así mismo las personas con VIH y médicos generalistas comenzaron a rechazar públicamente modelos mono-causales y a expresar su creencia en el poder que los factores individuales tenían sobre el progreso de la enfermedad, poniendo el acento sobre estilos de vida como la alimentación o la dieta. A finales de los 90 aparecen las primeras advertencias sobre cómo intervenciones preventivas tempranas pueden llevar a perder la capacidad natural del cuerpo a auto defenderse y se ofrece una nueva imagen del sistema inmunitario como una red flexible que aprende y se adapta constantemente. Se relacionan en este momento dos ideas que siguen hoy vigentes en las intervenciones de promoción de la salud lideradas por los institutos de salud pública: la capacidad orgánica de nuestro cuerpo (inmunización) queda ligada a la idea de que es posible entrenar al sistema inmune (educación para la salud). Empezando por los estilos de vida.

A las enfermedades infecto-contagiosas, que se dice controladas (si no erradicadas a través de toda una serie de dispositivos: programa de vacunación, medidas preventivas, sistemas de vigilancia y alerta temprana, etc.) se han sumado las enfermedades no transmisibles. Enfermedades que suponen una importante carga para las cuentas de los Estados desde finales del siglo XX y principios del XXI. El conocimiento científico, convertido en práctica clínica (protocolos de cribado, tratamientos) y la tecnología (equipos de diagnóstico, tratamientos, etc.), han favorecido el aumento de la esperanza de vida, la cronificación de enfermedades y sobre todo ha convertido a las *tecnologías de la seguridad* en los nuevos dispositivos de control social.

En un momento donde la defensa de las libertades individuales es incuestionable, el gran logro de los sistemas de salud ha consistido en hacer de cada persona

su propio vigía, de las recomendaciones sobre los estilos de vida su guía y, a la postre, que cada persona quien demande ante los temores de nuevas *epidemias* la intervención del Estado. En esto los medios de comunicación siguen jugando un papel relevante.

La obligación moral de estar bien que surgió con el desarrollo de la medicina social (s. XVII) se ha convertido en una voluntad de optimización de la salud. El desarrollo de políticas, investigaciones, programas e infraestructuras relacionadas con la salud, desde mediados del s. XX, ilustran lo que el sociólogo Rose (2001) ha llamado la “voluntad de la salud” para describir una de las características de las sociedades occidentales contemporáneas (Duff, 2014).

Alcanzar el grado máximo de salud que se pueda se ha convertido, desde mediados del siglo XX, en responsabilidad de los Estados de Bienestar e instituciones internacionales como la OMS, si bien con cambios sustanciales a lo largo del tiempo. En la segunda mitad del s. XX las instituciones públicas, profesionales, expertos y burócratas, en la medida que lograron apropiarse de la ingeniería social y técnica basada en el conocimiento, se convirtieron en los encargados de ofrecer los recursos y dispositivos para la prevención y protección de la salud, y así mantener la salud en un nivel de “normalidad” aceptable que no supusiera riesgo para la población (calendario de vacunas, registro de enfermedades, recomendaciones, etc.) A finales del siglo los debates en torno a la provisión de atención médica y su financiación, cedieron paso hacia el desarrollo de políticas públicas que posibilitaran una mayor comprensión de la susceptibilidad de la salud ante el entorno social y de lo que se conoce como los determinantes sociales de la salud.

1.1. La génesis de la Nueva salud pública a la luz de su pasado

Un acercamiento a la génesis de la medicina social hasta su transformación en la nueva salud pública nos ayudará a comprender el significado y alcance del campo de la salud. A la vez que descubrir y comprender, cómo ha logrado normalizar la presencia de las instituciones de la Salud Pública cuya inserción comunitaria va a imponerse progresivamente de la mano del paradigma de Promoción de la Salud (PS).³⁰ Modelo de aproximación al sujeto que mejore la salud y el bienestar de las poblaciones.

³⁰ Modelo que contempla intervenciones que relacionen los elementos biológicos (cuerpo), psicológicos (individuo) y sociales (comunidad o sociedad) en todos los niveles de relación (micro, meso y macro).

1.1.1 Mantenimiento del orden y el enriquecimiento de los estados

El nacimiento del estado moderno, el crecimiento de las ciudades y el surgimiento de la clase obrera son según las tesis de Foucault (2017) la génesis del nacimiento de la Medicina Social, nombre con el que se ha denominado a la Salud Pública a lo largo de la historia. Génesis que Foucault³¹ sitúa en la experiencia inglesa anterior a Lord Beveridge,³² en la que el control de enfermedades vino de la mano de toda una serie de medidas higienistas, registro, vigilancia y normalización de la práctica y saber médico.

De acuerdo con la manera con la que estos tres fenómenos se relacionaban fueron surgiendo diferentes formas de medicina social: del estado, urbana y de la fuerza del trabajo (Foucault, 1999). La primera de ellas se relaciona con la necesidad de un sistema de vigilancia epidemiológica, así como con la normalización de la vigilancia y el saber médico. Etapa que coincide con el momento a partir del cual los pobres, esencialmente a través de la “Ley de pobres” (Poor Law) aprobada en 1601, fueron sometidos al control médico, y de un poder local, la parroquia, para librar del riesgo de epidemias a los ricos y para asegurar que fueran aptos para el trabajo. Ley que años más tarde se completa con la Ley de asentamiento (Law of Settlement) que precisaba la organización territorial y, si no prohibía, sí dificultaba que las parroquias pudieran deshacerse de los pobres, poniendo barreras al cambio de domicilio y por otra parte, la expansión de enfermedades (Polanyi, 1957).

La segunda de ellas, la medicina urbana, contemplaba el control del agua, del aire y el análisis de los espacios urbanos o los lugares de localización de elemen-

³¹ Revista Cubana de Salud Pública. (Michel Foucault, 2017) La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. Fuente: Educación Médica y Salud. 1976; 2: 152-70. Conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil.

³² La génesis del planteamiento de Lord Beveridge se encuentra en Alemania, primer país del mundo en adoptar un programa de seguro social para la vejez, diseñado por Otto von Bismarck como medida para promover el bienestar de los trabajadores –a fin de que la economía alemana siguiera funcionando, sorteando las contingencias (accidentes, enfermedad, etc.) debidas a la actividad laboral–. Combinado con el programa de indemnización a los trabajadores creado en 1884 y con el seguro de “enfermedad” promulgado el año anterior, dio a los alemanes un completo sistema de seguridad de los ingresos basado en los principios de la seguridad social. De Bismarck a Beveridge: seguridad social para todos. (2009, diciembre). Trabajo. La Revista de La OIT, 67.

tos para la vida en común. Un ejemplo de esta etapa la encontramos en la Alemania de mediados del s. XIX³³ donde Virchow y Neumann reconocieron los efectos de las condiciones sociales, la pobreza o el estatus social sobre la salud (Strech, 2013). Virchow como concejal de Berlín introdujo medidas higienistas, e imaginó un Estado que no sólo fuera garante de las necesidades básicas para la existencia y que asistiera a todo aquel cuyo trabajo no le bastara para solventar esas necesidades; el Estado debe hacer más, debía asistir a cada uno de tal manera que tuviera las condiciones necesarias para una existencia en condiciones de salud.

Virchow introdujo además los factores culturales como factores que mediaban entre la naturaleza y el hombre (hoy pensaría que son las condiciones naturales quien están produciendo un cambio cultural con impactos sobre las conductas de los pobladores de una tierra desgastada, sobreexplotada y agotada):

Las epidemias naturales siempre se han presentado cuando los cambios estacionales o climáticos alteran las condiciones de vida, y la gran masa no se protege con medios artificiales. Se repiten cuantas veces lo exigen las condiciones externas y duran mientras ellas se mantengan. En todas las épocas han existido diarreas, fiebres intermitentes y neumonías. Las epidemias artificiales, sin embargo, son atributos de la sociedad, productos de una cultura falsa, de una cultura a la que no tienen acceso todas las clases. Son indicadores de los defectos producidos por la organización política y social y por lo tanto afectan fundamentalmente a las clases que no participan en las ventajas de la cultura. Aquí entran el tifus, el escorbuto, la fiebre militar, y la tuberculosis" (Rosen, 1985).

La última de las etapas se corresponde con el Plan de Lord Beveridge, la que dará origen a la que entendemos por sistema sanitario asistencial. A él le debemos el logro de que la medicina social se considerara un deber del Estado, germen de los actuales servicios, prestaciones y protecciones relacionadas con la salud y bienestar. La salud pasa, según Foucault en los años 1940-1950, a ser considerada un deber abstracto del Estado, y el derecho a la salud se convirtió en el medio para corregir, organizar y vigilar a la población e hizo del cuerpo el objeto de su intervención.

³³ No es tema de esta tesis ahondar en el surgimiento de la medicina social. Sin embargo, recomendaremos la lectura del capítulo ¿Qué es la medicina social? Un análisis genético del concepto publicado en Rosen G. De la policía médica a la medicina social. Siglo XXI; 1985. Accesible en Google Books.

<http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=mXfqGa4l50IC&oi=fnd&pg=PA9&dq=Rosen+G.+De+la+polic%C3%ADa+m%C3%A9dica+a+la+medicina+social.+Siglo+Veintiuno+XXI%3B+1985.&ots=EKkLxdilK7&sig=55UVjihhBuiqdL2dM0eVCWHSe8o>

Estos años fueron el germen de lo que, más adelante, supuso el desarrollo de unos servicios de sanidad a la comunidad y otras prestaciones y recursos que quedaban fuera de las competencias de un Servicio Nacional de Salud: una buena alimentación y provisión de recursos de primera necesidad, acceso a viviendas salubres para elevar el nivel de vida y salud, un programa de educación que cubriera la totalidad de la educación de los adultos y la enseñanza de los jóvenes que contribuyese “a hacer tanto posible como digno de consideración el progreso material” y la planificación del desarrollo industrial y agrario (Beveridge, 1988).

Las propuestas de Beveridge contribuyeron a mejorar las condiciones de los trabajadores, centrando la mirada sobre la insuficiencia de ingresos, así como sobre otros determinantes sociales, generadores de desigualdades sociales y que hoy se contemplan en el diseño de políticas e intervenciones sobre la salud como son la educación o la vivienda. El logro del informe de Beveridge fue la transformación del seguro social en seguridad social, supuso la integración en un sistema todas las situaciones que tienen lugar a lo largo de la vida, integrar la prevención de los riesgos y necesidades sociales que surgen a lo largo de toda la vida (ayudas a madres, educación, orfandad, viudedad, desempleo, jubilación...). Ese modelo de seguro social contribuyó a la concepción de las bases del moderno Estado de Bienestar y llega a nuestros días como lo hiciera entonces compartiendo espacios con la oferta de servicios privados y con una estructura administrativa burocratizada. Aparece así una medicina social ligada a la clase obrera, la masa de asalariados, que necesita mantenerse sana, aptos como fuerza laboral disponible y dispuesta.

Con el Plan Beveridge, la salud entra en el campo de la macroeconomía, se transforma en objeto de preocupación del Estado, produciéndose una inversión: “el concepto del individuo en buena salud para el Estado se sustituye por el del Estado para el individuo en buena salud” (Foucault, 1999). El plan resulta útil para el desarrollo económico de los estados al mismo tiempo que contribuye a mejorar la salud de la población (reducción de las tasas de mortalidad prematuras, aumento de la esperanza de vida, aumento de la escolarización de niños y niñas, etc.).

A la publicación del Plan Beveridge en 1942, en pleno apogeo de la segunda guerra mundial,³⁴ se sumaron otros hechos, que citaremos brevemente, que contribuyeron a la creación de un marco y modelo social europeo fundamental para los sistemas de protección social en su conjunto y para los sistemas sanitarios en particular. En Francia, Pierre Laroque lideró los esfuerzos gubernamentales por extender la protección social a toda la población, y en 1946 se constituyó un sistema nacional de seguridad social.

En 1945 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y en su artículo 22 reconoce que “toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social”. La Organización Internacional del Trabajo (OIT), en 1952, ratifica en el Convenio sobre la Seguridad Social que todos los Estados firmantes del Convenio deberán garantizar a las personas protegidas la concesión, cuando su estado lo requiera, de asistencia médica, de carácter preventivo o curativo (art. 7). De modo que lo que estuvo ligado a la actividad laboral, a la vinculación entre asistencia y empleo con el fin de afrontar la cuestión del tratamiento de los pobres capaces (personas en edad activa en situación de pobreza) poco a poco fue incorporado a otros colectivos (mayores, discapacitados, menores, etc.).

Las políticas para asegurar la mano de obra supusieron una respuesta al problema que la pobreza planteaba a las ciudades y un proletariado vulnerable que vivía en condiciones paupérrimas. El vagabundo, o mendigo, cristalizaba el conjunto de la cuestión social, a la vez que el pauperismo “reveló” el peligro de una desafiliación de masas inscrita en el corazón mismo del proceso de producción de la riqueza” (R. Castel, 1997). El vagabundo estaba en la periferia del espacio social y fuera del orden productivo y el trabajador, sin embargo, debido a la falta de regulaciones laborales adecuadas al nuevo contexto de desarrollo incipiente industrial estaba falto de seguridad, de bienes seguros y vínculos estables que repercutían de forma negativa en los deseos de los nuevos propietarios y empleadores.

Se crearon instituciones de trabajo, cuyo origen vuelve a estar en Inglaterra, para recluir a quienes preferían mendigar o estar en la calle a trabajar o buscarse los medios de subsistencia por sus propios medios, a través de un trabajo digno. Al mismo tiempo se aprobaron una serie de políticas que impulsaron la extensión

³⁴ El Plan respondía al compromiso firmado en 1941 por el Presidente Roosevelt y el Primer Ministro del Reino Unido, Winston Churchill en la Carta del Atlántico, en la que se comprometían a mejorar las normas laborales, el progreso económico y una seguridad social para todos

de las garantías del Estado de Bienestar tras el reconocimiento desde la esfera política de un catálogo de riesgos sociales ligados a la pérdida de la “normalidad productiva” (Alonso, 2008) tratando de reducir los riesgos y asegurar la cobertura de los infortunios.

Este modelo aseguró una cierta paz social y dio lugar a la consolidación de tres hitos en las trayectorias vitales de los “hombres”, no digamos de la población en general ya que ésta entenderíamos que integra a las mujeres y la realidad entonces era bien distinta. Estos pasos o hitos de madurez fueron educación, producción y retiro. Llegar hasta aquí no fue tarea fácil “se necesitaron siglos de sacrificios, sufrimiento y ejercicio de la coacción para fijar al trabajador en su tarea, y después mantenerlo en ella con un abanico de ventajas sociales que caracterizaban un estatuto constitutivo de la identidad social” (Castel, 1997).

El trabajo se convirtió en un valor promocional, de movilidad social gracias a la aparición de instituciones de socialización y normalización que fueron las bases del desarrollo de todo un sistema de formación y credenciales profesionales y aseguramiento de ingresos estables que garantizaban la satisfacción de necesidades de alimento, vivienda y de ahorro, a la vez que estabilizaban las trayectorias de la mano de obra en un proceso biográfico lineal que reconocía entre otros derechos, incrementos salariales por antigüedad y la promoción de grado (aprendiz a oficial) de acuerdo a las habilidades adquiridas en el interior de la empresa y contribuyeron a mejorar su nivel de vida.

El trabajo se define en un contexto y constitución históricos y, en el contexto concreto de la madurez de la reforma social — con el Estado de Bienestar como regulador universalista —, el empleo como relación de intercambio mercantil tendía a hacerse sinónimo del trabajo como actividad colectiva generadora de riqueza y solidaridad social (Castel, 2008). De tal modo, la preocupación por dar cobertura a los riesgos del mercado fue mutando hacia sistemas sociales de protección al margen de los mercados en un intento por minimizar los riesgos que el futuro incierto de la vida supone para el desarrollo de los estados.

La extensión de los modelos de bienestar permitió reducir la pobreza y superar la concepción que entendía la pobreza como consecuencia no deseada e inevitable del capitalismo pasando a constituir una problemática abarcable en las sociedades del bienestar. La mayoría de los gobiernos europeos impulsaron medidas para la extensión de servicios sociales y de prestaciones económicas destinadas a combatir las situaciones de dificultad (Pérez Eransus, 2005) con efectos sobre la salud de las poblaciones.

1.1.2. Vigilancia del orden y desarrollo del bienestar

Las antiguas funciones del Estado de mantenimiento del orden y organización del enriquecimiento son superadas y se instaura una función más avanzada. La vigilancia, forma administrativa inicial que aseguró el orden, da paso al conocimiento, las técnicas de la medicina, la higiene o la estadística que requiere de la intervención de expertos y del Estado.

Foucault señaló que lo que se inició en el s. XVIII e inicios del XIX como un análisis del funcionamiento “regular” del organicismo, derivó en una regulación de la normalidad que cumplía dos funciones sobre el sujeto: primero, la supervisión detallada por parte de un doctor (experto) de la salud y la vida de la población; segundo, el estímulo estatal al autocontrol individual y colectivo de la salud, al propagar el saber médico por medio de la educación en sanidad. El conocimiento médico devino en una racionalidad positivista reguladora con capacidad de definir y extender el modelo médico de lo normal y lo patológico en clara conexión con los poderes políticos dominantes. Ese saber médico positivista fue tomado, al mismo tiempo, como modelo para el análisis de estilos de vida relacionados con la salud. El conocimiento médico fue centralizado y convertido en instrumento del Estado y del cuerpo médico que llega hasta nuestros días en forma de Salud Pública, Promoción de la Salud, Educación para salud y recomendaciones en estilos de vida.

La medicina social, convertida en Salud Pública, se ha expresado a través de la seguridad social, el cuidado médico, la epidemiología y los sistemas públicos de salud en las actuales Estados del Bienestar. Lo que fueron dispositivos de orden, para el control de la pobreza y los problemas de inseguridad de la clase trabajadora, lograron naturalizar a través de la racionalización del conocimiento médico y el desarrollo tecnológico, un sistema de aseguramiento teniendo en cuenta modelos como el de Lord Beveridge o Bismarck, que plantean dos retos en las sociedades occidentales contemporáneas, la dependencia y la eficiencia.

El desarrollo de la salud pública vino de la mano del reconocimiento del derecho a la salud y su garantía a través de la financiación de recursos, servicios y profesionales de la salud. Todo un sistema, entramado de organizaciones, que a la vez que genera seguridad puede generar la pérdida de autonomía de las personas al crear estilos de vida basados en relaciones asimétricas generadoras de dependencia a los recursos de salud o, por el contrario, de no acogerse al estilo de vida que se deriva del sistema de seguros y protecciones, vulnerabilidad o exclusión.

Hacer frente a la dependencia y a la vulnerabilidad y exclusión implica hacer autónoma a la población, con capacidades para hacer elecciones libres, a la vez que las administraciones públicas deben ser capaces de aceptar las decisiones autónomas de la *población administrada*. Son necesarios como ya anunciaba Beveridge programas de educación que cubran la educación de la totalidad de los adultos y la enseñanza de los jóvenes. Hoy el precepto es *lifelong learning*, como sucede con la salud, voluntad de mantener un buen estado de salud a lo largo de toda la vida. Se impone el aprendizaje como proceso que cubre todas y cada una de las etapas de la vida. La educación se convierte en el mecanismo para reequilibrar nuestro organismo y nuestras oportunidades en momentos de crisis que se producen a lo largo del ciclo de la vida.

Al deliberar sobre los resultados de las políticas de salud, es muy importante tener en cuenta, el modelo económico neoliberal tan presente en las sociedades occidentales en la conceptualización de los sistemas de aseguramiento, atención, cuidado y rehabilitación de las poblaciones. Modelo que define como principio y método de racionalización la optimización de los recursos para el logro del mayor rédito posible poniendo límites a la inflación de los costes de la protección y aseguramiento de las contingencias de la vida. Modelo que impone la conexión necesaria y causal de tres conceptos nada neutros: seguridad, riesgo y liberalismo, del que se deduce que la organización de la vida pasa por comprender la desigualdad y la competencia en términos de escasez.

En la actualidad los límites al gasto social se han traducido en propuestas de seguridad distintas y en reacciones contra el Estado de Bienestar: frente al desembolso del Estado en políticas sociales se ha impuesto la estrategia de individualizar y de devolver a las personas la responsabilidad de gobernarse desde la libertad y autosatisfacer sus necesidades y aspiraciones estableciendo nuevos modelos de relación con expertos y comunidades de pertenencia:

“está tomando forma una nueva fórmula de gobierno, una que quizás podamos denominar de liberalismo avanzado. El gobierno liberal avanzado depende de la experiencia de una manera diferente, y conecta a los expertos de manera diferente con las tecnologías de gobierno. Busca des-gubernamentalizar el Estado y des-estatalizar las prácticas del gobierno, separar la autoridad sustantiva de la experiencia de los aparatos de regulación política, la reubicación de expertos dentro de un mercado gobernado por las racionalidades de la competencia, la responsabilidad y la demanda del consumidor. No busca gobernar a través de la “sociedad”, sino a través de las elecciones reguladas de los ciudadanos individuales, ahora interpretados como sujetos de elecciones y aspiraciones de autorrealización y realización personal. Los individuos deben gobernarse a través de su libertad, pero no como átomos aislados de la economía política clásica, ni como ciudadanos de la sociedad,

sino como miembros de grupos heterogéneos, como comunidades de lealtad, ya que la "comunidad" emerge como una nueva forma de conceptualizar y administrar las relaciones morales entre las personas".³⁵

Un liberalismo que presenta como hoja de ruta única la economía y al mercado como espacio de puesta en juego de las competencias y recursos de cada individuo o "comunidad emergente"; que dibuja dispositivos, prácticas y normas que organizan la vida común y que aseguran el buen funcionamiento de las competencias, propias o adquiridas en el mercado, en cualquier ámbito de la vida social (García & Ávila, 2015). Nuevas tecnologías de seguridad que configuran un *dispositivo securitario* formado por políticas públicas que definen el sistema sanitario (recursos, servicios, cobertura del sistema, etc.), normativas que sancionan estilos de vida (ley del tabaco), sistemas de vigilancia epidemiológica (enfermedades de comunicación obligatoria, registro de enfermedades raras, seguimiento crónicos, protocolos de cribado poblacionales -cáncer de mama, colon, etc.-) y discursos públicos sobre el agotamiento del sistema que criminalizan aquellas conductas individuales que amenazan el mantenimiento del sistema.

El neoliberalismo ha contribuido a crear toda una estructura narrativa que ha favorecido el cambio de paradigma en las intervenciones gestadas desde las instituciones de la salud pública. Mientras, éstas a través de la promoción de la salud han contribuido a que el ciudadano no sólo sea el objeto del dispositivo securitario, sino a que éste sea un sujeto activo en la producción de dicha seguridad.

Los factores de riesgo y su correlato en términos de seguridad y de reducción de riesgo y daños para la salud adquieren un nuevo valor social, provocando una nueva instrumentalización y funcionalidad de la disciplina, hoy convertida en *voluntad de ser y estar sano*. El paso de factores patógenos que ponen en peligro la salud, a factores de riesgo ha facilitado el crecimiento y aceleración de sistemas, métodos y técnicas que han cambiado las fronteras entre lo normal y lo patológico. Del mismo modo han cambiado el sujeto de las intervenciones de la salud,

³⁵ "a new formula of rule is taking shape, one that we can perhaps best term 'advanced liberal'. Advanced liberal rule depends upon expertise in a different way and connects experts differently into the technologies of rule. It seeks to degovernmentalize the State and to de-statize practices of government, to detach the substantive authority of expertise from the apparatuses of political rule, relocating experts within a market governed by the rationalities of competition, accountability and consumer demand. It does not seek to govern through 'society,' but through the regulated choices of individual citizens, now construed as subjects of choices and aspirations to self-actualization and self-fulfillment. Individuals are to be governed through their freedom, but neither as isolated atoms of classical political economy, nor as citizens of society, but as members of heterogeneous communities of allegiance, as 'community' emerges as a new way of conceptualizing and administering moral relations among persons" (Rose, 1996, p.41)

su calendarización y su frecuencia; y han provocado el incremento de manera exponencial el interés de los profesionales de la salud por la prevención y promoción de la salud. Interés que está motivado por la transición epidemiológica de enfermedades transmisibles a crónicas como principal causa de mortalidad, el envejecimiento de la población -con su correlato en el aumento del gasto de los cuidados- y la evidencia científica que relaciona las conductas individuales con el aumento del riesgo de pérdida de años de vida con calidad o muerte prematura.

La evidencia acumulada, por otra parte, confirma la importancia de la detección precoz, de protocolos de cribado, programas de educación, etc., justifica la intervención de los profesionales de la salud sobre las poblaciones sanas, menores, adolescentes y jóvenes. El mensaje ya no es solo luchar contra la enfermedad o eliminar a los *transmisores* de enfermedad, o el logro de una salud para todos. El discurso enaltecido por todo un tejido de empresas que aseguran, tratan y rehabilitan, y que hoy además nos ofrecen todo un sin fin de herramientas tecnológicas de cribado, detección precoz o estudios genéticos³⁶ que generan grandes ex-

³⁶Recojo extractos de la noticia publicada en el Diario de Navarra el 30 de noviembre de 2019. En el que se anuncia que la Clínica Universitaria de Navarra ofrece realizar estudios genéticos.

En detalle, el chequeo genómico de la Clínica consiste en una evaluación médica específica, que incluye la secuenciación del genoma y su interpretación, además de una consulta con un especialista en Medicina Interna, una analítica completa, un TAC de cuerpo entero con este nuevo equipo y un informe con la valoración final, estas últimas, pruebas propias de un chequeo médico convencional.

...el conjunto de procedimientos médicos que se agrupan bajo el paraguas del chequeo genómico sirve, en definitiva, para analizar el estado de salud actual, a la vez que ofrece información sobre la predisposición genética del paciente.

Obtener esta información de carácter genético ayuda a predecir estados de salud y a tomar decisiones médicas a la vista de los resultados obtenidos, con el objetivo de minimizar o anticiparse a las condiciones que la genética anuncia, lo que ayuda a hacer una medicina predictiva.

... la importancia del chequeo genómico radica en “la posibilidad de reducir en algunas ocasiones el riesgo asociado a las mutaciones genéticas al aplicarse medidas de seguimiento, tratamiento y cambios de estilo de vida asociados con el riesgo”.

Además, a medida que se identifiquen nuevas asociaciones entre la genética y la patología o cambie su interpretación, “podremos actualizar la relevancia clínica de los datos genéticos y actuar de nuevo sobre genes secuenciados hace meses o años”, señala la directora de la Unidad de Medicina Genómica de la Clínica, Ana Patiño.

No obstante, “la clave de la secuenciación del genoma no está tanto en la obtención de la información como en la interpretación de esos datos genéticos. Eso es lo clínicamente relevante y lo que va a repercutir en la salud del paciente”, subraya.

Por eso, el especialista deberá informar al paciente de las variantes que suponen riesgo de enfermedad y asesorarle para que tome las medidas oportunas.

pectativas para los mundanos y para quienes aprueban políticas sanitarias o inversiones en investigación, es que siempre existe la posibilidad de mejorar la salud, la condición física o mental.

Sin embargo, esta evidencia construida a partir de herramientas muy sofisticadas que permiten recoger una gran cantidad de datos deja a un lado que el significado de esta maraña de datos se nos escapa, que simplemente medimos. La ciencia no ha avanzado hasta el grado que permita entender la funcionalidad de cada elemento, aspecto observado en el organismo y las relaciones que entre los elementos entre sí y con el organismo. En 2013, un estudio realizado por la Oficina de Cuentas de Estados Unidos a petición del Congreso sobre la venta de pruebas genéticas, fue contundente ya en título “Misleading test results are further complicated by deceptive marketing and other questionable practices”³⁷ (Gervás & Pérez-Fernandez, 2015).

Como veremos, la concepción de la salud, así como la concepción de la población sujeta a las intervenciones de las instituciones públicas y privadas ha ido evolucionando históricamente respondiendo a cambios en el contexto sociopolítico, provocando cambios en la definición de la salud pública. Entendida ésta como el conjunto de intervenciones encaminadas a mejorar la salud de la población, o en palabras de diferentes autores “lo que como sociedad hagamos colectivamente para asegurar las condiciones en que las personas pueden mantenerse saludables” (Strech, 2013), como “la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través de los esfuerzos organizados de la sociedad” (Rodés, 2006) o tal cual se define en la Ley General de Salud Pública,³⁸ “actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud, y así prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como colectiva”.

El análisis del ADN aporta información sobre esas más de 650 enfermedades de origen genético, de las cuales más de 225 son potencialmente hereditarias, como algunos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y alteraciones del sistema inmune. Además, también aporta información sobre la eficacia y toxicidad de más de 150 fármacos usados para tratar diferentes enfermedades.

<https://www.diariodenavarra.es/noticias/navarra/2019/11/27/la-cun-pone-marcha-chequeo-genomico-que-analiza-predisposicion-enfermedad-672396-300.html>

³⁷ Resultados equívocos, complicados por propaganda engañosa y otras conductas reprobables.

³⁸ Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2011/BOE-A-2011-15623-consolidado.pdf>

En definitiva, dentro de la denominación de Salud Pública pueden incluirse los esfuerzos organizados de la sociedad para mejorar la salud y sus determinantes, y puede caracterizarse por ser una ciencia, así como un arte que implica a múltiples sectores, instituciones, profesiones y a la comunidad. No obstante, para poder entender bien el concepto de salud pública consideramos oportuno y necesario definir los conceptos que la constituyen salud y pública.

1.1.3. Evolución del concepto de salud

Como sucede con otros campos, en la conceptualización, la racionalización y objetivación de la salud la historicidad, espacio y tiempo, son esenciales en tanto que facilitan la comprensión del campo articulado de prácticas científicas y sociales. La formulación de un concepto significa identificar un problema, construir su historia y reconocer a través de la sucesión de las teorías que creen resolverlo (Canguilhem, 1986). La evolución del concepto viene marcada por el desarrollo de métodos para tratar la salud, por la variación en el valor que se ha dado a la salud históricamente y el modo en el que se han articulado y explicado las relaciones entre salud, enfermedad y sociedad desde disciplinas como la epidemiología, la sociología, la medicina o la psicología social.

La definición de la salud ha evolucionado, igual que lo han hecho los conocimientos en salud y las prácticas sociales entorno a la misma. La salud se ha ido adecuando al cambio histórico de las enfermedades: de las grandes epidemias infectocontagiosas agudas de los s. XVIII y comienzos XIX, pasamos en el periodo de la industrialización y desarrollo social y económico a una etapa o época en la que adquieren protagonismo las enfermedades infectocontagiosas, hasta finalmente llegar al momento de las enfermedades sociales, así denominadas por tener como origen los estilos de vida (Gómez & Rabanaque, 2000).

La definición de salud es relativamente joven, adoptado por la OMS en 1948³⁹ estuvo motivada por una serie de actores como el desarrollo de la epidemiología que permitió tener un conocimiento más preciso de la salud, el desarrollo del conocimiento técnico de los profesionales de la medicina, los cambios en los sistemas sociales de provisión de recursos y servicios sanitarios y sociales, el desarrollo de los derechos sociales de las personas, la aparición de teorías sistémicas y ecológicas, y el avance en los sistemas de comunicación y tratamiento de datos

³⁹ Organización Mundial de la Salud, en el año 1946 definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», entrando en vigor en el año 1948.

e información o la globalización. Todos ellos factores que han ido construyendo un discurso único sobre la salud y sus prácticas o estilos de vida.

La definición de la OMS que aparece en el preámbulo de su constitución describe la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no como simplemente ausencia de enfermedad”. No se identificaron hasta 1974, cuando Canadá realizaba un análisis de las causas y los factores básicos de la morbilidad y la mortalidad,⁴⁰ una serie de componentes o determinantes de la salud que provocaron su revisión, introduciendo: *la capacidad de adaptación al medio sea éste biológico o sociocultural; el equilibrio entre la alimentación o dieta y las necesidades de nuestro organismo; y, finalmente, las relaciones sociales y afectivas.*

En el documento de objetivos de la estrategia “Salud para todos en el año 2000”, programa lanzado por esta institución en 1984, ya no aparece la palabra completo, el objetivo será que todos podamos lograr un nivel de salud suficiente para poder trabajar y participar activamente en la vida social de la comunidad. Se define como objetivo de salud que “todos los habitantes de todos los países del mundo tengan el nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente en la vida social de la comunidad en la que viven” (Gómez López & Rabanaque Hernández, 2001). La salud se define entonces como la habilidad de adaptación y autogestión (Huber et al., 2011) para lo cual es necesario una creciente alfabetización, convertir a cada individuo en responsable, adversario a los riesgos y convencido de que debe maximizar su “destino biológico” (Duff, 2014).

El concepto de salud que sale de la Conferencia de Otawa en 1984 es un concepto amplio que integra espacios y saberes, y que hace referencia no a la normalidad, entendida ésta como ajuste o adaptación orgánica o vinculado a parámetros considerados “normas” de adaptación y de equilibrio con el medio, sino a la libertad de instituir nuevas normas⁴¹ que provocan nuevas situaciones que requieren a su vez la activación de las capacidades y recursos individuales o grupos de población específicos, así como de recursos y servicios propios del Estado de Bienestar. La salud adquiere nuevas connotaciones que van más allá de la normalidad, o ajuste o adaptación orgánica o vinculada a parámetros considerados “normas” de adaptación y de equilibrio con el medio. Si el individuo como agente que goza de libertad debe ser capaz de “crear salud” (Organización Panamericana de la

⁴⁰ Lalonde, M. (1981) A new perspective on the health of Canadians. A working Document, Ottawa, Government of Canada

⁴¹ La tarea específica del hombre es la invención y renovación de tareas cuyo ejercicio requiere a la vez aprendizaje e iniciativa, en un medio modificado por los propios resultados de este ejercicio (Canguilhem, 2004)

Salud, 1996) de cambiar o adaptarse al medio, puede del mismo modo hacer juicios, cuestionar y reclamar nuevos valores, prácticas y objetivos ya que crear salud no será posible sin cambiar el entorno.

La salud nace en este momento como concepto positivo que enfatiza los recursos personales y sociales, así como las capacidades físicas. Para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.⁴² Surge así en torno al cuidado de la salud nuevos problemas susceptibles de ser tratados, creciendo el desafío a definir los objetivos de la salud y bienestar de las personas, y sobre todo para quienes diseñan y gestionan los recursos y servicios de los sistemas de salud.

A partir de Ottawa la salud dejó de ser una cuestión individual para convertirse en objeto de intervención de la salud pública. Se reconoce que la corrección de los hábitos que son perjudiciales para la salud (beber alcohol, fumar, dieta alta en grasas, sedentarismo, etc.) no agotan las posibilidades de actuación de las instituciones públicas, ni son suficientes para mejorar la salud y bienestar. De manera que, intervenir sobre aspectos más amplios que modelan las elecciones individuales y que están lejos de ser controlados por los individuos comienzan a formar parte de la agenda política de los distintos estados.

La OMS invita a los países a intervenir sobre aquellos factores ambientales que constituyen grandes obstáculos para la salud: entornos no seguros, falta de recursos para cubrir las necesidades básicas de alimentación, vivienda y esparcimiento (lo que nos permite desarrollar nuestro potencial humano de manera placentera), aislamiento y pobreza/exclusión o vulnerabilidad social, además de tener en cuenta, en sus respectivos análisis de situación, los efectos acumulativos que un entorno desfavorable tienen sobre la salud y que persisten a lo largo de generaciones.

Este concepto supone un importante instrumento para el análisis de la salud, así como la determinación de necesidades y selección de los medios para satisfacer las necesidades (OMS, 1999) y contempla a partir de este momento cuatro componentes: *biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de la salud*. A los cuatro componentes se les otorga el mismo grado de importancia, los cuatro componentes se evalúan en interacción para conocer la importancia relativa de cada uno, permitiendo establecer la importancia relativa de los

⁴² Así se recoge en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986)

factores contribuyentes y planificar programas concretos atendiendo al peso de los factores. Incluye componentes que están más allá de la responsabilidad de las personas, mejorar la salud o su mantenimiento a lo largo del ciclo de la vida es una cuestión de responsabilidad compartida entre gobiernos, profesionales e instituciones. En el siguiente cuadro se recoge las distintas concepciones que en torno a la salud fueron incorporadas en las distintas conferencias de la OMS.

Cuadro 1. Evolución del concepto de salud. Concepciones en torno a la salud durante el siglo XX

1. Concepción tradicional. La salud es la ausencia de enfermedades e invalideces, es la vida en el silencio del cuerpo.
2. Salud bienestar. El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades.
3. Salud adaptación, equilibrio, capacidad de funcionar. La salud es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio.
4. Salud como forma de vida. La salud es una forma de vivir que es satisfactoria, autónoma, solidaria y feliz.
5. Salud positiva, potencial personal y factor de desarrollo humano. La salud es la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los problemas del ambiente.

Fuente: Palomino Moral et al., (2014) "La salud y sus determinantes sociales..."⁴³

La OMS introdujo en Ottawa un cambio importante sobre el sujeto objeto de la atención e intervenciones públicas relacionadas con la salud. Históricamente la responsabilidad del sistema médico fue la de atender a la población que acudía a dicho sistema, población que representaba sólo la punta del iceberg. Quienes acudían al sistema era tan sólo la parte visible, conocida para los médicos, mientras una gran parte de la población permanecía invisible, población que estando sana era vulnerable a la enfermedad y cuya vulnerabilidad podría reducirse e incluso eliminarse.

Asistimos a los primeros pasos de un proceso sin fin que amplía el campo de intervención de la salud, articulando medidas de prevención y promoción de la

⁴³ Palomino Moral et al., "La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI" Revista Internacional de Sociología (RIS) Vol. 72, extra-1, 71-91, junio 2014

salud dirigidas a toda la población carente o no de salud. Cambios que desembocan en la reformulación del perímetro de intervención y las modalidades de organización (sistema y profesionales). Proceso que supone pensar anticipándose a acontecimientos indeseables, antes de que se produzcan; un nuevo modelo de vigilancia “epidemiológica” y la implantación de programas y protocolos de seguridad (alimentaria, medicamento, etc.) de reducción de riesgos (ensayos, pilotajes y cribados) y de autocuidados (escuelas de pacientes, de parentalidad positiva,...) cada vez más ambiciosos con la participación necesaria y responsable de las poblaciones.⁴⁴

Todo un entramado de prácticas, saberes y tecnologías constitutivas del nuevo dispositivo de seguridad, o securitario, que ha favorecido la institucionalización del cuidado de la salud y hacer que cada vez sean más las afecciones, problemas o situaciones susceptibles de ser tratadas por las instituciones de la salud y sus profesionales avalados por el Estado. Incluso aquellas cuestiones más íntimas y privadas de la persona, que forman parte de su cotidianidad gracias a la capacidad de las nuevas técnicas de introducirse en la conciencia de cada sujeto.

Llegados a este punto parece apropiado plantear que se hace necesaria una definición sustantiva de la salud que vaya más allá del tradicional “funcionamiento normal” figurado del organismo, como ausencia de enfermedad o silencio de los órganos e incluso de la capacidad para adaptarse al ambiente. Hacerlo supone revocar la hegemonía del “sujeto”, la “naturaleza” y la “biología” y el desafío de acomodar una serie de fenómenos sociales y estructurales. Lo que ha llevado a algunos autores y corrientes, feministas o postestructuralistas, a considerar los análisis científicos sobre los objetos (y cuerpos) de la investigación sobre la salud que cuestionan la vasta investigación positivista o al compromiso de ofrecer formas de estudiar la salud que permitan dibujar una nueva ciencia de la salud sin ambiciones normativas. Si las ciencias de la salud ofrecen asesoramiento normativo se debe al compromiso adquirido históricamente con el funcionamiento del organismo humano, su recuperación y adaptación al medio, admitiendo un sujeto al mismo tiempo “natural” y “cultural” ignorando las dificultades ontológicas que esto implica (Duff, 2014).

Las ciencias de la salud y sociales han admitido que la salud es la propiedad normal de un cuerpo naturalmente sano y, sin embargo, cuando nos referimos a

⁴⁴ La intensificación de las campañas de vigilancia de prevención del cáncer de colon o de mama son tan sólo dos ejemplos de cómo se trata de convencer a la población sana a participar de los protocolos de cribado tan sólo por pertenecer al grupo de riesgo determinado por la edad.

cuerpos individuales sanos es necesario que reconozcamos que en éstos se encarnan funciones históricas, políticas y tecnológicas y que es preciso abordar cuestiones como qué o quién define o determina un cuerpo sano, quienes o cómo se normativizan los cuerpos. Cuestiones que nos llevan a reflexionar sobre las prácticas saludables que se normativizan e institucionalizan, los ambientes que los propician, así como sobre su coste individual y colectivo.

Hasta el momento dos han sido las tendencias que las ciencias de la salud han abordado este desafío: tratar la salud como “hecho natural” del cuerpo “normal” (Mol, 2002) que confiere un sentido positivo a la salud producto de factores sociales, biológicos e individuales. La salud se convierte en el resultado previsible e inevitable en un ambiente propicio, con políticas sanitarias y sociales adecuadas y/o una dotación genética favorable. Las definiciones de la OMS acaban por instrumentalizar la salud como un recurso para el objetivo de vivir, *la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no como simplemente ausencia de enfermedad, para que todos los habitantes de todos los países del mundo tengan el nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente en la vida social de la comunidad en la que viven.*

Muy diferente es la postura adoptada desde un enfoque más crítico que ha surgido en los debates de disciplinas como la antropología, sociología o las ciencias políticas relativas a la biopolítica, biopoder o bioética y que han provocado un impulso compensatorio del tratamiento de salud como objeto contingente de diversas fuerzas sociales, culturales, políticas y económicas implicadas en la extracción del valor biológico y una población dócil. No obstante, ver en la salud un dispositivo más de biopoder que se apropia del cuerpo social, corre el riesgo de ser indiferente al carácter positivo y sustantivo de la salud (Duff, 2014).

Abordar y definir la salud de manera sustantiva supone ir más allá de las proposiciones de estas dos tendencias. Implica un acercamiento a la dimensión cognitiva, la manera en que conocemos, creamos conceptos y categorizaciones y cómo se viven y practican (dimensiones ontológica, epistemológica y práctica). Sin embargo, las instituciones que velan por la salud pública han abandonado el interés por el contenido sustancial de la salud, poniendo énfasis en el abordaje de los determinantes sociales y combatiendo las desigualdades aumentando los factores que contribuyen de manera positiva.

Nos advierte Illich (1975) que la salud después de todo es “una palabra cotidiana que se usa para designar la intensidad con que los individuos hacen frente a sus

estados internos y sus condiciones ambientales”. Mientras “saludable es un adjetivo que califica acciones éticas y políticas” que hace de la salud de la población dependiente, al menos a una parte, de las acciones políticas que “condicionan el medio y crean las circunstancias que favorecen la confianza en sí, la autonomía y la dignidad para todos, especialmente los débiles”. De lo que se deduce que el objetivo de salud para todos será posible en tanto y cuando “el ambiente favorezca una capacidad de enfrentamiento, autónoma, personal y responsable”, y no normativa, normativizada por la ciencia y sus expertos, y naturalizada por los sujetos- objeto de las intervenciones públicas. Los niveles de salud según Illich “sólo pueden declinar cuando la sobrevivencia llega a depender más allá de cierto punto de la regulación heterónoma (dirigida por otros) de la homeostasis del organismo. Más allá de un nivel crítico de intensidad, la asistencia institucionalizada a la salud -no importa que adopte la forma de cura, prevención, o ingeniería ambiental- equivale a la negación sistemática de la salud” (Illich, 1975).

El concepto de salud hasta ahora formulado por la OMS invita, además, a formular juicios normativos de lo adecuado o inadecuado de adopción de estilos de vida, sobre el tipo de “cuerpo ideal”, la dieta adecuada, las horas de sueño necesarias, y los objetivos relativos, valores y prácticas a los que debe sujetarse el cuerpo. Y aunque si bien se impone aclarar los contenidos normativos de la salud, los intentos realizados han llevado a la sustitución del concepto por otros más o menos aceptables -bienestar, calidad de vida, capacidad o recurso-, no debemos tampoco condenar a la ligera las oportunidades para la vida y la salud que nos ofrecen la salud pública y la promoción de la salud (Duff, 2014; Greco et al., 2016).

1.1.3.1 Metavalores de salud y bienestar

La idea de salud, y su campo, ha evolucionado hasta el punto de incluir todo un entramado de factores biológicos, genéticos, psíquicos, sociales, culturales, políticos y económicos, dando lugar a una normalización que va más allá de las normas de la biología. La salud se ha transformado en un tipo de meta-valor central para el desarrollo y bienestar de las sociedades occidentales.

Medir la salud y su relación con la economía, en tanto que indicadores de bienestar y desarrollo económico y social de las sociedades, se ha convertido en una cuestión social. La medición o la cuantificación de los fenómenos (lo que se ha denominado por algunos sociólogos como “commensuración”) es fundamental para entender cómo la salud, el bienestar e incluso la felicidad ha llegado a ocupar un espacio tan destacado hoy en día (Cabanas & Illouz, 2019).

En el año 2013, no habiendo resuelto las dificultades de la definición del propio concepto de salud, tampoco los problemas para su medición,⁴⁵ la Oficina Regional Europea de la OMS encomienda a un grupo de expertos la tarea de lograr una definición de *bienestar* y determinar los principios de medición o indicadores⁴⁶, de acuerdo con los principios propuestos para las definiciones europeas de indicadores de salud. La propuesta de la OMS incluía, además, que cualquier definición de bienestar debía tener en cuenta los trabajos previos desarrollados por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE).⁴⁷

No extraña entonces que la segunda de las reuniones de este grupo de trabajo propuesto por la OMS estuviera organizada por la OCDE. La OMS necesitaba tener referencias claras para definir los objetivos de desarrollo para el año 2020⁴⁸ y recabar el apoyo político de gobiernos, y administraciones, de los distintos países. El modo de lograrlo se tradujo en la oferta de una guía que permitiera la rendición de cuentas de las políticas públicas. Los dos organismos por otra parte ganaban credibilidad ante la opinión pública y legitimidad como instituciones que contribuyen al funcionamiento de la democracia.

⁴⁵ Se incorpora al corpus nuevos términos, así tenemos health, well-being, wellness, quality of life. El documento puede consultarse en:

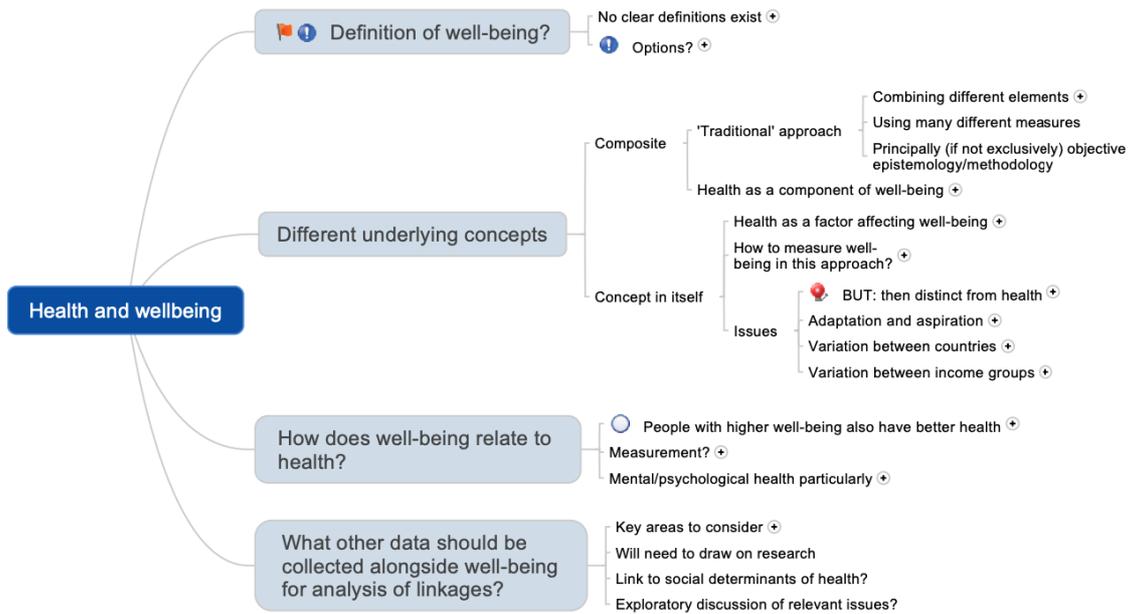
<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/measurement-of-and-target-setting-for-well-being-an-initiative-by-the-who-regional-office-for-europe> Consultado en abril de 2019.

⁴⁶ Los resultados del estudio y revisión de las definiciones de salud realizado quedan recogidos en Measurement of and target-setting for well-being an initiative of the WHO Regional Office for Europe.

⁴⁷ Entendemos que se refiere a las recomendaciones formuladas en 2009 por ésta sobre la medición del desarrollo económico y el progreso social. Recomendaciones construidas alrededor de tres dominios distintos: condiciones materiales, calidad de vida y sostenibilidad, cada uno con sus dimensiones relevantes.

⁴⁸ http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/378945/Targets4_EN_WEB.pdf. Consultado en noviembre de 2019.

Ilustración 1. Descripción conceptual de la salud y el bienestar



Fuente: OMS (2012), Measurement of and target-setting for well-being: an initiative by the WHO Regional Office for Europe.⁴⁹

Entre los principales acuerdos alcanzados por este grupo de expertos está que la salud deviene estado de bienestar, mientras el bienestar contribuye a la salud, *health contributes to well-being and well-being contributes to health*. Adoptar esta postura significa entender que existen interacciones entre un estado de salud real y la experiencia subjetiva de bienestar, lo que ha provocado que los dos términos se utilicen indistintamente a pesar de las diferencias sustantivas que existen entre ambos.

La propuesta de definición de bienestar que ofrecen los 13 expertos para la OMS quedó de la siguiente manera: *Well-being exists in two dimensions, subjective and objective. It comprises an individual's experience of their life as well as a comparison of life circumstances with social norms and values.*⁵⁰ Esto implica comprender, a la postre, el bienestar como un concepto más amplio de salud. Supone tener en cuenta que las definiciones acuñadas en cada momento histórico y en cada etapa de la vida

⁴⁹ Se puede consultar en:

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/181449/e96732.pdf

⁵⁰ El bienestar existe en dos dimensiones, subjetiva y objetiva. Comprende la experiencia individual de su vida, así como una comparación de las circunstancias de la vida con las normas y valores sociales.

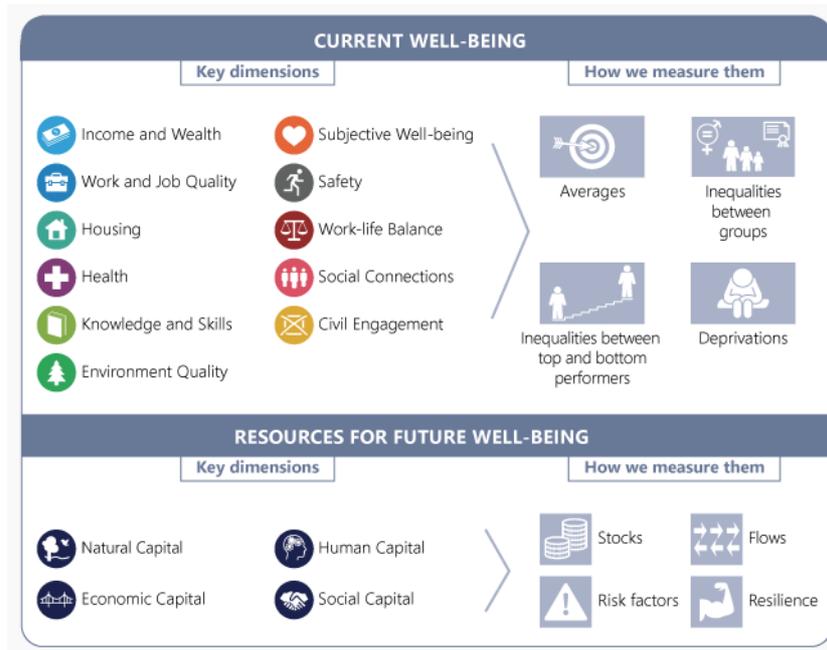
de los individuos determinarán el tipo de experiencias de bienestar y éstas determinarán a su vez las acciones de éstos en aras de mantener su espacio entre los “saludables”, entre los que están en buena forma.

Del mismo modo que deberá tenerse presente que la descripción del hecho de “estar sano”, o saludable del mismo modo que las nociones de riesgo, carga y daño, relacionados con nuestro campo de estudio se nos presentan como una ordenación selectiva de la realidad. Los informes, diagnósticos, elaborados se realizan gracias a la selección, interpretación y evaluación de determinados factores, y no otros, guiados por una manera de hacer ciencia particular, de tal manera que las informaciones sobre las cuales el profesional basa su poder-hacer se fundamentan hermenéuticamente. Han sido limitadas a lo que deben responder⁵¹ y en nuestro caso el círculo se cierra en torno a una definición de unos estilos de vida que más se adecúan a la demanda de las sociedades actuales: mejora de la salud física y mental y reducción de la carga de enfermedad, asegurando de esta manera la disponibilidad de mano de obra lista en todo momento para poder trabajar. Mano de obra sana y con capacidad de sanar para mantener un desarrollo y crecimiento sin fin, ahora sostenible.

La medida objetivamente construida, como lo hace la OCDE de bienestar requiere el uso de diferentes indicadores, diferentes medidas de salud, y otros factores como el ingreso, la educación, la vivienda, y añadir lo que se considera en la práctica factores subjetivos, o lo que es lo mismo preguntar a las personas sobre sus percepciones de bienestar.

⁵¹ G. Gadamer, “El estado oculto de la salud”, Gedisa Editorial, Barcelona, 1996, p.42.

Ilustración 2. Esquema de la OCDE para medir el bienestar y el desarrollo



Fuente: La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos⁵²

La propuesta precisa de un trabajo técnico importante y no queda claro el interés de la OMS por ir más allá de esta conceptualización de la salud. El barómetro de bienestar no será el mismo en cada etapa de nuestra vida, será difícil establecer objetivos bajo este enfoque o definir estrategias adaptativas que permitan resolver las nuevas situaciones. Teniendo además muy presente que lo que era una conducta saludable, o que no entrañaba riesgo en un momento de la vida, se convertirá en daño para la salud y reducción en los años de vida sin enfermedad.⁵³

Además, está la cuestión de cómo el bienestar afecta a la salud o cómo la salud afecta al bienestar. La salud es un estado cambiante e inestable que permite afrontar las contingencias de la vida con más o menos garantías, y que se adapta a los marcos y expectativas sociales de acuerdo con cada momento, espacio y grupos sociales de pertenencia.

Sea como fuere, la salud, ahora bajo el paraguas del bienestar, que durante siglos estuvo fuera del mundo mercantil, hoy es capaz de producir riqueza en la medida que la salud se ha convertido en objeto de consumo y factor de desarrollo

⁵² <http://www.oecd.org/statistics/measuring-well-being-and-progress.htm>

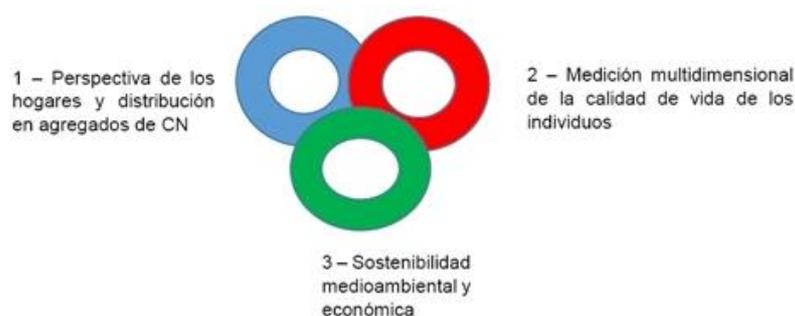
⁵³ Las estimaciones de pérdidas para la salud relacionadas con la desigualdad como un bien de capital (que conduce a una menor productividad laboral) parecen modestas en términos relativos (1,4% del PIB) pero son grandes en términos absolutos -€ 141 mil millones anuales- (WHO, 2015)

económico y social traducido en bienestar. La salud ha pasado a jugar en la categoría del “IBEX” (BigPharma conglomerado formado por 10 grandes empresas: Johnson&Johnson, Bayer, Pfizer, Bristol Myers, Squibb, Sanofi aventis, GlaxoS-mithKine; Novartis Roche, Merck y Wyeth).⁵⁴ Del mismo modo ha logrado una presencia política que legitima acciones en nombre de un desarrollo social y económico que parece no tener límites si no tenemos en cuenta la sostenibilidad.

Los indicadores propuestos cuestionaron la validez del PIB, indicador construido y utilizado tradicionalmente para conocer el desarrollo. Indicador que no proporcionaba según sus críticos una imagen suficientemente detallada de las condiciones de vida que experimenta la gente común ya que evaluar el desarrollo requiere observar no solo el funcionamiento del sistema económico sino también las diversas experiencias y condiciones de vida de las personas.

La iniciativa de la OMS-OCDE se une a varias iniciativas que desde hace más de 20 años comenzaron a medir el progreso social y económico, como el Índice de Desarrollo Humano (IDH) de Naciones Unidas. Sin embargo, el que ha suscitado mayor atención e impacto ha sido el Informe Stiglitz-Sen-Fitoussi (SSF) publicado en septiembre de 2009 por encargo del gobierno francés. El Informe SSF distingue tres grandes apartados interrelacionados y que se superponen en algunos aspectos dentro del enfoque multidimensional de la medición del progreso de las sociedades (recogemos en la Ilustración 3, los indicadores utilizados para medir la calidad de vida).

Ilustración 3. Informe Stiglitz-Sen-Fitoussi (SSF)



Fuente: Página web del Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de calidad de vida.⁵⁵

⁵⁴ Consultado en septiembre de 2020: <https://www.documentales-online.com/salud-en-venta/>

⁵⁵ Instituto Nacional de Estadística. Indicadores de calidad de vida. Consulta realizada en septiembre de 2020.

<https://www.ine.es/ss/Satellite?c=Page&cid=1259936854013&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLA-yout&L=0>

Como resultado de este informe Eurostat publicó en 2013 en su web un conjunto de Indicadores de *calidad de vida* que fue actualizado en 2016, quedando agrupados según dimensiones: a) Condiciones materiales de vida; b) Trabajo; c) Salud; d) Educación; e) Ocio y relaciones sociales; f) Seguridad física y personal; g) Gobernanza y derechos básicos; y h) Entorno y medioambiente.

A todo ello podemos añadir los índices e indicadores del desarrollo humano que en el marco del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) se definen como herramienta para el seguimiento y evaluación de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS). Como el propio administrador del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo afirma en la introducción en el texto publicado en 2018, “el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del PNUD ha sintetizado en un solo número el progreso humano, al combinar información sobre la salud, la educación y los ingresos de las personas. Con los años, el IDH ha servido como una herramienta comparativa de excelencia y como una plataforma fiable para la celebración de debates públicos enérgicos sobre las prioridades nacionales. ... los datos siguen siendo el elemento principal para la adopción de decisiones informadas”, y se reconoce como fuente para “obtener información fiable y fácil de comprender en medio de la avalancha actual de nuevos índices, indicadores y estadísticas” y sigue demandando “recopilar, integrar y filtrar nuevos datos para ver el panorama general y desarrollar mejores soluciones” ya que gracias al *big data* “estamos en un período fascinante para los informes de desarrollo humano” (Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2018).

En las palabras de Achim Steiner, Administrador del Programa, se refleja la *fe* en la capacidad de las tecnologías de la información (sean éstas big data, procesadores de datos, algoritmos⁵⁶, etc.) para elaborar una nueva generación de informes

⁵⁶ En un congreso realizado en noviembre de 2019 en Madrid, uno de los ponentes expuso cómo aplicar la inteligencia artificial a la lucha contra el cáncer y las dolencias cardiovasculares. Para Nikos Paragios los videojuegos pueden ser reeducados para ser efectivos detectores de marcas visuales de cáncer gracias a las posibilidades de crear gráficos en tres dimensiones cada vez más realistas, “poder encontrar cosas que ni siquiera habíamos podido ver en los datos”. Añade, que el objetivo de la inteligencia artificial servirá para clasificar pacientes, diagnosticar tumores y elegir el mejor tratamiento en función del perfil genético de cada persona. Otro de los ponentes Karim Lekadir pretende crear la mayor base de datos para prevenir y tratar el infarto de miocardio para lo que ha obtenido 6 millones de euros de la Unión Europea (incluye 35 bases de datos de países europeos entre los que se encuentra España). Este investigador ya está pensando en otro posible estudio para el que se requiere una gran inversión en bases de datos que permita seguir a las personas desde unos meses antes del nacimiento.

https://elpais.com/elpais/2019/11/25/ciencia/1574706041_209646.html. Consultado septiembre de 2020

sobre el desarrollo humano y modos de vigilancia continuada y para una regulación sin límites (a nivel mundial) que permita determinar las estrategias de actuación sobre las diversas caras de la desigualdad, las repercusiones de la crisis ambiental y las formas en las que progresan las comunidades. Parece estar proponiendo una *nueva epidemiología* que restituya el poder de las viejas instituciones mediante el poder que da la utilización de informes de gran complejidad, por la cantidad de indicadores, pero presentados con enorme sencillez. El éxito para estas instituciones está asegurado.

En el ámbito europeo las encuestas de calidad de vida, y los indicadores de calidad de vida producidos, y difundidos, por el Instituto Nacional de Estadística (INE) se han convertido en la fuente de datos que permiten disponer de referencias comparativas de la distribución de ingresos y la exclusión social. “La realización de la ECV permite poner a disposición de la Comisión Europea un instrumento estadístico de primer orden para el estudio de la pobreza y desigualdad, el seguimiento de la cohesión social en el territorio de su ámbito, el estudio de las necesidades de la población y del impacto de las políticas sociales y económicas sobre los hogares y las personas, así como para el diseño de nuevas políticas”.

No obstante, y a pesar de la gran inversión realizada por los distintos países no está claro cómo convertir los datos recopilados a estrategias de intervención a nivel individual y comunitario. Para llegar a este nivel de *traducción* se necesitan inversiones económicas en otro tipo de estudios que están lejos de tener el mismo valor para las instituciones que definen en qué campos poner el dinero y que partan de otros modelos de conceptualización.

1.1.4. El significado de pública en el concepto de Salud Pública

El intento de dar contenido al adjetivo “pública” que sigue a Salud, ha tenido también su historia. El término está cargado de ambigüedad y distintas connotaciones. El término se ha equiparado con la acción del Estado, con la participación de comunidad organizada, con los servicios que se aplican en beneficio de la comunidad (medidas como saneamiento, o la educación para la salud), con los servicios a poblaciones en situación de vulnerabilidad (grupos específicos, clasificados y detectados) o con las intervenciones dirigidos a contingencias o padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad (catástrofes naturales, pandemias, ...).⁵⁷

⁵⁷ Frenk, J. “La salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción” en La salud de la población. Hacia una salud pública. Edición electrónica:
http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/sec_9.htm

Pública se relaciona con población, con el sujeto de acción del sistema salubrista (Navarro, 1999), con la comunidad que se esfuerza por cambiar las condiciones ambientales para mejorar y reducir las desigualdades en salud. El que adquiriera una perspectiva poblacional ha propiciado dos aplicaciones prácticas de la salud pública que han adquirido un importante desarrollo: 1a) la investigación epidemiológica -conocimiento de los estilos de vida y sus consecuencias o de los determinantes de salud-, y b) la investigación en sistemas de salud a través de las repuestas al estado de salud de la población en general o grupos poblacionales específicos (la promoción de la salud o la educación para la salud entre otras posibles intervenciones públicas).

La práctica epidemiológica ha tomado como objeto de vigilancia e investigación, por un lado, a la población, de acuerdo al número agregado de personas que adoptan distintas formas (la sociedad en general, grupos familiares, étnicos, comunitarios, etarios -infancia, juventud, vejez, etc.-) así como los espacios que habitan, que viven y que tienen efectos sobre su salud (ciudades, barrio, campo, etc.) a la familia como espacio que garantiza la transmisión de valores y los cuidados; y a la ciudad como espacio físico de ordenamiento descentralizado que mejora las posibilidades para conducir a la población.

Empezaremos por el último, la población. Con sus variables de número, dispersión geográfica/espacial o cronológica, se convirtió desde el s. XVIII en un problema teórico a la vez que político, como un objeto de vigilancia, de análisis y de intervenciones que llegan a nuestros días convertido en un cuerpo portador de nuevas variables -sexo, edad, clase social, lugar de residencia, etc.- que necesita se organice en torno a ellos toda una serie de dispositivos que aseguren su vigilancia, su sometimiento, pero sobre todo su utilidad (Foucault, 1999). Produciéndose un avasallamiento de la individualidad en la constitución y acción de los grupos convertidos en unidades ideales de análisis e intervención; y, provocando estrategias de tratamiento de problemas sociales a partir de la gestión de particularidades del individuo convertidos en agregados sociales por la epidemiología. La población dejará de ser un dato básico para convertirse en una multiplicidad de variables que estarán sometidas a toda una serie de leyes (impuestos, circulación, etc.), de condiciones ambientales (clima, entorno natural -arbolado, calidad del agua, aire, etc.-); y, de costumbres y valores morales.

La población, se convertirá para la salud pública, y la promoción de la salud, en un fenómeno social que no puede modificarse por decreto. Si bien es accesible a agentes y técnicas de transformación, ésta sólo será posible en la medida que se

realicen por personas avaladas por el Estado, certificando competencias y capacidades, y las intervenciones se hayan meditado y calculado. La población como icono de algo en movimiento, de algo que sabemos que no es estable (sujeta a cambios naturales socializados en forma de etapas del ciclo de la vida) ni fácil de controlar, ha dado origen a mecanismos para controlar a la población,⁵⁸ mecanismos en algunos casos tan horribles que constituyen un tabú (Illich,1991).

Surge aquí uno de los pilares de la promoción de la salud: la alfabetización de la población por profesionales de la salud; el segundo, surge de las relaciones entre la población y el Estado. Si se pretende que éstas sean justas, será necesario que el Estado actúe ante la multitud de factores que a primera vista parecen estar fuera del alcance de la población misma y su propio comportamiento, los determinantes sociales. La alfabetización, educación para la salud, y la legitimación del Estado para regular, legislar sobre los determinantes de salud en las sociedades modernas se convierten en las nuevas técnicas de seguridad en una sociedad en la que el riesgo significa una actitud de cálculo de las posibilidades de acción con las que nos enfrentamos de continuo en nuestra existencia social contemporánea individual y colectivamente a las incertidumbres del futuro y en donde los entornos de riesgo se han institucionalizado (Giddens, 1995).

La iniciativa de corregir, reducir los daños, ante los riesgos posibles basados en el cálculo de probabilidades y la introducción del cálculo de los costos en términos económicos, de años de vida sin salud y carga de enfermedad permite al Estado, y sus instituciones, obtener la legitimidad para regular e intervenir sobre cada vez más aspectos de la vida de las personas. Intervenciones que en espacios localmente situados provocan la ruptura de las prácticas segregativas a favor de intervenciones directas sobre la comunidad gracias a la extensión de los tentáculos del Estado a través de instituciones específicas distribuidas por todo el tejido social, dejando sobre unidades locales lo que estaba centralizado en el Estado. Descentralización que se produce conservando la responsabilización de las poblaciones, integrando estrategias que van desde prevención hasta la de reinserción/resocialización e incorporando la innovación/renovación de las condiciones de asistencia/atención a la población, sin perder la vocación de servicio público.

Se presenta así en forma de dualismo entre el grupo pequeño y el grande el ideal numéricamente determinado por la acción de los grupos y por las intervenciones

⁵⁸ Tomemos por ejemplo la representación de la curva gaussiana, como algo que está dentro del campo de una realidad administrativa que se nos escapa, que otro ha elegido, legitimará a un experto a que no instruya con el uso del icono, no ya de la palabra.

exteriores (Simmel, 2018) que se manifiesta no sólo en la descentralización de las competencias de los Estados sobre las comunidades sino también en la dualización que se traduce en el debate sobre políticas públicas que ponen el foco sobre la población general o sobre grupos específicos (estrategias universales o selectivas) Surgen aquí al menos dos cuestiones en absoluto menores: ¿Si podemos o estamos preparados para sacrificar de acuerdo a un fin superior las necesidades de una minoría? o ¿cómo movilizar los intereses, los compromisos y los recursos de los grupos más amplios en pro de los grupos más vulnerables y/o en situación de exclusión? Lo discutiremos más adelante, cuando abordemos el tipo de estrategias universales o selectivas se implementan desde la promoción de salud.

La familia⁵⁹ se convirtió, por otra parte, en la sociedad tradicional de occidente en el agente de aculturación médica, de medicalización, sobre la que recayó y todavía recae la responsabilidad moral de los cuidados y hace de bisagra entre los objetivos de un cuerpo social sano y el deseo de los individuos del cuidado (Foucault, 1999). La familia como instancia primera de salud que sustituye a la función de los hospitales -la hospitalización pasa a ser a domicilio, se reducen los días de hospitalización y los cuidados paliativos se trasladan a la casa familiar- y como unidad referencial de convivencia es el espacio primordial de socialización y de cuidados de las personas. Modelo que convive hoy con nuevos modelos de familia, en el marco de relaciones personales que están experimentando cambios significativos, pero con mismas funciones, en tanto estructura relacional que potencia la inversión en salud, estilos de vida de vida saludables, por su plusvalía de armonía y distinción (Castel, 1984).

La familia ha adquirido una cara pública, que sigue el dictamen público de planificar y llevar a cabo biografías y carreras profesionales que permiten conciliar vida laboral y familiar (*work-life balance*). Unas biografías que los defensores de los valores tradicionales de la familia no tienen, en algunas ocasiones, en consideración. Satisfacer las necesidades del mercado de trabajo de movilidad, formación permanente (*lifelong learning*), flexibilidad de horarios y jornadas, etc. están teniendo un alto coste para las familias que se mide en nupcialidad, separaciones, divorcios, natalidad, responsabilidad en la educación de los hijos e hijas, etc.

⁵⁹ No hace falta aclarar que cuando Foucault (1999) habla de la familia como agente de cuidados, aculturación y medicalización, realmente es sobre el cuerpo femenino donde recaen todas estas tareas, cuerpo social sometido a cumplir con la tarea de asegurar el mantenimiento y conservación del estado saludable de la familia y por extensión de las comunidades.

La emergencia de nuevas relaciones flexibles, marcadamente individualizadas e interdependientes parecen apuntar hacia nuevas formas de relaciones familiares que pierden consistencia institucional pero que adquieren un creciente prestigio en tanto que ha ganado intensidad emocional. "La pérdida de peso de la familia en la organización social ha acompañado su importancia cada vez mayor como fuente de identificación emocional. A medida que se ve privada de entidad como institución, más la valoramos ... Si en los años sesenta la familia sobraba, ahora falta" (Flaquer, 1998).

En palabras más elocuentes "la libertad y la conciencia de libertad que actualmente están sacudiendo la vieja familia y que están buscando un tipo de nueva familia, no son en su origen un invento individual, sino un hijo tardío del mercado laboral amortiguado por el Estado social, por lo que también representa una forma de libertad del mercado laboral, donde el concepto de libertad adquiere el sentido de auto obligación y auto adaptación. Las exigencias con las que aquí hay que cumplir, deben internalizarse, integrarse en la propia persona, en la planificación y el estilo de vida y entonces chocan con la estructura familiar, la división familiar del trabajo cuyos modelos excluyen justamente esto" (Beck & Beck-Gernsheim, 2003).

Ahora existen un sinnúmero de opciones relacionadas con la construcción ajuste, mejora o disolución de las uniones. Beck & Beck-Gernsheim (1999, 2001, 2003) examinaron las pautas familiares y relaciones sociales en el contexto de un mundo que cambia rápidamente, en el que desaparecen las normas y directrices que solían regir las relaciones personales. Hoy las personas que quieren convivir son cada vez más legisladores de su propia forma de vida desvinculándose de los modelos y seguridades tradicionales, de los controles y leyes morales.

La acción, la toma de decisiones y la autoconstrucción de biografías aumentan y esto llevado al plano familiar supone que las familias se han democratizado y, en lugar de una biografía laboral hay que compatibilizar dos. Los roles de género se liberan y surgen intereses enfrentados entre la familia, el trabajo, el amor y la libertad para luchar por los objetivos individuales, necesidades personales y profesionales de la pareja. Sin embargo, esto es posible a costa de construirse una existencia propia a través del mercado laboral, el trabajo y de la movilidad, en detrimento, si así es necesario, de las relaciones familiares, amorosas o vecinales (Beck & Beck-Gernsheim, 2001).

La igualdad y la libertad son componentes esenciales de las familias contemporáneas y los cambios recientes que están sufriendo las familias son reflejo de

transformaciones en el mundo social más amplio, de presiones externas sin las cuales no podremos entender la *conducta estratégica* de las familias. No es posible defender un único ideal de familia y la principal razón para rechazar la familia tradicional reside en que perpetúa una larga serie de desigualdades sociales (mantenimiento de diferencias de clase, subordinación de las mujeres respecto a los hombres, carga de cuidados, etc.)

Las familias adoptan estilos de vida en relación con las propiedades estructurantes de la sociedad, no son agentes pasivos ante los cambios que se producen en la sociedad. Particularmente, es necesario considerar el papel de los condicionantes estructurales y las respuestas y/o comportamientos de los grupos frente a éstos, lo que remite tanto a su carácter de actores sociales como a las mediaciones entre dicho comportamiento y la estructura social (Giddens, 1984). Como consecuencia, la clase social de la familia, la participación del Estado y las oportunidades del mercado de trabajo son los factores que intervienen en las conductas estratégicas de la unidad doméstica (Flaquer, 2004).

La incorporación de la mujer al trabajo puso en jaque a los estados de bienestar sobre todo al español, eminentemente familista. El contingente de cuidadoras, educadoras, trabajadoras domésticas gratuitas se evapora y obliga a los estados a cubrir las nuevas necesidades de las familias. Se demandan nuevos recursos y servicios para el cuidado de la infancia (guarderías), atención a personas dependientes (centros de día, residencias), cuidado enfermos y seguimiento de tratamiento de enfermos crónicos (centros de salud), etc. Así, lo que eran responsabilidades familiares en el Estado de Bienestar tradicional español se convierten en responsabilidades del Estado, que exhausto por el aumento de demandas opta por externalizar parte de las respuestas a viejos y nuevos problemas. Sin embargo, la coyuntura económica vivida desde el 2007 ha supuesto mermas importantes en el sistema de bienestar y ha devuelto a la familia la función de protección y apoyo de la que, durante alguna década, se había visto liberada y sobre lo que no se atisban vías de solución inmediata ni a corto plazo.

La ciudad aparece también, por sus características espaciales, como lugar que permite convertirse en un medio para generar seguridad para su población, como objeto de la medicalización, y espacio a poner bajo vigilancia. No siendo social en sí misma, la ciudad se convierte en el espacio que nos permite seguir las relaciones entre cosas que nos son sociales en sí mismas (Latour, 2008).

La ciudad como lugar permite discernir cómo procesos sociales más amplios dan forma a la experiencia diaria de salud y enfermedad. La ciudad como espacio

para ser leído y vivido crea lugares que conectan a la población a través del espacio o por el contrario reduce la experiencia de lugar (Sennett, 2019) En la que se producen transformaciones afectivas y relacionales significativas en torno a la salud y la calidad de vida.

En un primer momento el ordenamiento legal, o del soberano, dibujaba una ciudad cerrada en torno a sus murallas, en la que la circulación de personas y objetos, la necesidad de relación permanente con el exterior pronto supuso una barrera para el propio desarrollo de los intereses de los gobernantes y sus habitantes. Se inició una capitalización del territorio, con la apertura de la ciudad al exterior desaparecieron las murallas, floreció el comercio y el intercambio de bienes y se potenció una heterogeneidad económica y social muy pronunciada en comparación con el campo.

La *ingeniería de las ciudades saludables* a partir del s. XIX trabajó sobre el buen ordenamiento de las ciudades, como espacios que había estado expuestos a las pestes en la Edad Media, en la modernidad las ciudades se hicieron más grandes y densas y se convirtieron en productores y difusores de enfermedades. No obstante, quienes en primera instancia llegaron a afrontar los problemas de salud de manera más activa fueron los ingenieros civiles, éstos fueron antes que los médicos los primeros urbanistas. Fueron ellos quienes se convirtieron mediante la experimentación técnica en los maestros de la ciudad moderna. Estimularon la fabricación de materiales para la construcción, pavimentos que pudieran limpiarse de manera más eficaz, urinarios públicos, sistemas de alcantarillado (con sus rejillas y tuberías de distintos materiales) así como sistemas de circulación que requerían intervenciones sistemáticas en el tejido de la ciudad (Sennett, 2019) Un ordenamiento que piensa en lo que puede pasar en el futuro, se abre a un porvenir no controlado, incierto, y menos controlable dada la serie indefinida de acontecimientos y la circulación de cantidad de viajeros, de mercancías, miasmas, ...(Foucault, 2006).

Como el artesano que se centra en la corrección de los pequeños detalles, los urbanistas del s. XIX aprendieron a leer la ciudad y a hacer de ella una experiencia de vida en la calle para sus habitantes. Para Jane Jabos (Sennett, 2019) las formas urbanas surgen lentamente y por acumulación como consecuencia de lecciones de uso y de la experiencia. Las mejoras higienistas que confiaron en la idea de proveer de un medio para una práctica saludable confiaron del mismo modo en incidir en un cambio de actitud. A la vez, los novelistas urbanos en el s. XIX utilizaron un lenguaje centrado en detalles y fragmentos que les permitía transmitir

cómo el carácter inestable de la vida urbana provocó que el carácter humano cambiara de estructura en la ciudad moderna (*Los miserables*⁶⁰ de Víctor Hugo o, *Crimen y castigo* de Dostoievski).

El hospital y los lazaretos como edificios públicos son dos ejemplos más de los intentos de salubridad que se unen al ordenamiento del tejido de las ciudades. Ambos pretendían dar soluciones, a partir de los hechos observados, y dado que uno de esos hechos era que los hospitales no curaban tanto como debían (Foucault, 2007) en la Europa occidental del s. XVIII se iniciaron los viajes-en-cuesta con el objetivo de definir un nuevo programa hospitalario. Si el hospital ejercía algún efecto patológico éste debía ser corregido.

El hospital que hasta entonces había sido una institución de asistencia a los pobres de separación y de exclusión se convertirá en el siglo XIX en el medio de cura. Con la fórmula del buen hospital llegó la medicina hospitalaria y el tratamiento del enfermo como potencialmente peligroso por contribuir a la propagación de enfermedades. La medicalización del hospital constituyó la génesis de una nueva tecnología securitaria y fue posible no sin antes haber eliminado el desorden que las enfermedades de las personas internadas podían suscitar en la ciudad en la que estaba situado, así como el desorden económico y social.⁶¹

Foucault (1999) sitúa el punto de partida de la reforma hospitalaria en los hospitales marítimos y militares o lazaretos. Como focos de desórdenes económicos, porque en ellos se traficaban con mercancías, especias y materias raras procedentes de las colonias, los hospitales respondían a la necesidad de control de aduana, pero también desempeñaban la función de hacer cumplir el tiempo de cuarentena. Los marinos portaban enfermedades que podían transmitirse en las ciudades europeas. Los lazaretos fueron entonces el instrumento no de cura sino de impedir el desorden económico, social y sanitario.

⁶⁰ “¿De qué masa se ha hecho? Del primer fango que se ha encontrado. Un puñado de barro y un soplo, como Adán. Basta que pase Dios, y siempre ha pasado un Dios por el pilluelo. La fortuna trabaja para este pequeño ser, y entendemos por fortuna la aventura. Este pigmeo, amasado de la grosera tierra común, ignorante, iletrado, aturdido, vulgar, populachero, ¿será un jonio o un beocio? Esperad, “currit rota”, el espíritu de París, ese demonio que crea los hijos de la casualidad y los hombres del Destino; al revés del alfarero latino, hace del cántaro un ánfora” p. 298 en *Los miserables* escrito por Víctor Hugo y publicado en 1862, Edimat Libros (2012)

⁶¹ Hoy la COVID-19 se convierte en exponente claro de lo que estamos describiendo. Parar la pandemia ha sido un ejercicio público de contención, por un Estado que gracias al conocimiento de los expertos de Salud Pública ha logrado legitimar sus medidas: ha necesitado poner orden, limitar la movilidad y confinar al máximo número de posibles transmisores, una vez contenida la transmisión, logrado el orden, llegará el deseado momento de la medicalización, la vacuna.

En el s. XIX las instituciones sanitarias europeas habían tomado toda una serie de iniciativas que atañían al sistema de cuarentena que cristalizaron en el Convenio Sanitario Internacional. Para entonces España ya las había establecido mediante la ley de Sanidad de 1833. Positivamente esta institución pretendía adecuar los privativos intereses del comercio y de la navegación con las expresas obligaciones, como institución pública, de salvaguardar la salud pública. Debían determinar y hacer saber el contenido de reglamentos y leyes. Del mismo modo las ordenaciones tenían que ser lo más efectivas y claras posibles, a fin de que los comandantes, capitanes o patrones, así como la policía de arribada supieran a qué atenerse.

En cuanto a los medios técnicos y de personal todos los puertos autorizados para el tráfico marítimo debían contar con una Junta de Sanidad. La autoridad sanitaria, un celador, uno o más médicos de visita de naves, un ayudante, guarda, o cónsul sanitario, un vigía, y una falúa⁶² de exclusivo servicio sanitario, con la dotación de marineros competente. No cabe duda que los lazaretos se convirtieron en el instrumento para higienistas, médicos e instituciones para preservar a la sociedad de los contagios e igualmente aunaban los intereses de la sanidad pública con los del comercio y la economía (Balsalobre, 2003).

Como sucede en los talleres, la ciudad, hospitales y lazaretos se convirtieron en marcos polivalentes y transformables, en espacios en el que experimentar los modos de convertir la diversidad y los acontecimientos en categorías y series regulares, como lo hará la sociedad de asalariados. La ciudad y las construcciones públicas sanitarias que alrededor de ella se construyeron se convirtieron en el medio necesario para explicar la acción a distancia de unos cuerpos sobre otros. Se convirtieron en el soporte y el alimento de circulación de las acciones e intervenciones del Estado en nombre de la salud pública, y mantenimiento del orden social y económico. De manera que los poderes públicos tratarán de intervenir sobre las ciudades como medio de afectar a una población, a una multiplicidad de individuos situados en un mismo lugar y tiempo.

La ciudad se convierte en el espacio donde se expresa un nuevo arte de gobernar – manipular, mantener, restablecer la relación de fuerzas-, donde se despliega las fuerzas del Estado mediante la articulación de la sociedad, economía, población, seguridad y libertad. En ella la racionalidad científica se impone y esto se tradu-

⁶² Embarcación cubierta por un toldo que las autoridades utilizaban en los puertos.

cirá en la aplicación de ciencias como son la economía y la medicina social. Ciencias y prácticas que resaltan la naturalidad de la población y la capacidad de armonización, ajuste, de los intereses de ésta y que se convierten para este espacio en técnicas de conducción de la población y de mejora de las condiciones de vida que garanticen su salud. La higiene pública⁶³ y la salubridad se convierten en funciones indispensables de la figura del médico, figura que fiscaliza y que consigue asentarse en las distintas instancias del poder (Foucault, 2006).

El cuerpo y saber médico, logra extenderse a la gestión administrativa de las ciudades y la política de los Estados. El conocimiento adquirido rompe con las soluciones segregativas y legitima intervenciones directas sobre la comunidad a través de instituciones específicas distribuidas por todo el tejido social y mediante nuevas estrategias de tratamiento de problemas sociales a partir de la gestión de particularidades de individuos convertidos éstos en agregados sociales (poblacionales) por la epidemiología bajo fundamentos de afinidades culturales y electivas.

La génesis de la medicina social configuró el basamento de la nueva salud pública, permitió insertar el fenómeno de la enfermedad primero y la salud después dentro de una serie de acontecimientos probables, el cálculo de los costes de las reacciones de la población frente a las medidas adoptadas y la definición de los límites de lo aceptable y la medida óptima del estado de salud.

En el s. XX los sistemas de salud se configuran como la nueva institución política que hace referencia, no sólo a las instituciones que forman parte de éstos, sino a toda la red de relaciones estructuradas que se establecen entre sus componentes. Hoy las redes de ciudades saludables, o de escuelas saludables, encarnan el proyecto de la modernidad del logro del bienestar, la cohesión social y la sostenibilidad.

En *Construir y habitar. Ética para la ciudad*, Sennett (2019) describe dos tipos de ciudades que encarnan los modos de habitar y experimentar el espacio como lugar en las sociedades modernas: la ciudad inteligente cerrada o abierta. Los modos de usar la tecnología crean dos modos políticos de planificar las ciudades: uno prescriptivo e intrínsecamente autoritario, el otro coordinador y democrático. En las ciudades inteligentes cerradas las tecnologías producen ciudades más seguras, más eficientes. El dato, los macro datos, permiten establecer un mayor

⁶³ Higiene pública: el arte de conservar la salud de los hombres reunidos en sociedad, está destinada a experimentar un gran desarrollo y brindar numerosas aplicaciones al perfeccionamiento de nuestras instituciones

control desde cabinas donde se interpretan y se indica cómo actuar ante el crecimiento del tráfico en horas punta, la celebración de acontecimientos que atraen a multitudes, etc. Definir a éstas como inteligentes resulta cuanto menos paradójico en tanto que busca el equilibrio constante, sin preguntarse por alternativas posibles al responder a cada evento mediante respuestas ensayadas o previstas a través de la construcción de algoritmos que permiten prever cómo funcionará la ciudad en el futuro. Organizándolo con exactitud las funciones de cada espacio y el modo de construir temiendo el azar y banalizando la experiencia del lugar, la planificación no deja espacio a la experimentación, sino al sentido de equilibrio entre sus componentes, solucionando problemas por encima de su detección. Un modo prescriptivo de habitar el espacio.

Un tipo de ciudad inteligente muy diferente es aquella que usa la tecnología para coordinar y no controlar las actividades, la ebullición de la vida urbana, o la manera en la que se teje la red de conductas urbanas (movilidad, consumos, ...) Los datos recogidos se organizan para ser transmitidos no a una cabina de mando sino a los vecindarios para que desde éstos se puedan ver alternativas y tomar decisiones por sí mismos sobre cómo gastar los recursos de la ciudad (construcción y uso de edificios, prioridades).

Este modelo es el que parece buscar la OMS a través de la publicación de comunicaciones y la coordinación de Conferencias a nivel internacional. Desde la Conferencia de Alma Ata en 1978, pasando por Otawa en 1986 o Sundsvall en 1991⁶⁴,

⁶⁴ En Sundsvall (1991) se destaca “la necesidad de reconocer y utilizar las habilidades y el conocimiento de las mujeres en todos los sectores, incluida la formulación de políticas y la economía, para desarrollar una infraestructura más positiva para entornos de apoyo. [...] Las organizaciones comunitarias de mujeres deben tener una voz más fuerte en el desarrollo de políticas y estructuras de promoción de la salud”. (WHO | *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health*, 1991)

La Conferencia identificó cuatro estrategias clave de acción de salud pública para promover la creación de entornos de apoyo a nivel comunitario.

1. Fortalecimiento de la promoción a través de la acción comunitaria, particularmente a través de grupos organizados por mujeres.
2. Permitir que las comunidades y los individuos tomar el control de su salud y medio ambiente a través de la educación y el empoderamiento.
3. Crear alianzas para la salud y entornos de apoyo con el fin de fortalecer la cooperación entre campañas y estrategias de salud y medio ambiente
4. Mediar entre intereses en conflicto en la sociedad para garantizar el acceso equitativo a entornos de apoyo para la salud. En resumen, el empoderamiento de las personas y la participación de la comunidad se consideraron factores esenciales en un enfoque democrático de promoción de la salud y la fuerza motriz para la autosuficiencia y el desarrollo.

<https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>. Consultada en septiembre de 2020

hasta Shanghai en 2016 las ciudades han cobrado cada vez más protagonismo por la función que desempeñan en la promoción de la salud (con la creación de la iniciativa “Ciudades Saludables”) en el contexto de una población mundial cada vez más urbanizada.⁶⁵

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible pone un énfasis renovado en cuán interconectados están las ambiciones sociales, económicas y ambientales, así como en los esfuerzos de promoción de la salud basados en un enfoque de ciudades saludables en tanto que pueden contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) -objetivo 11: Hacer que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resistentes y sostenibles-.

Las contribuciones del movimiento de Ciudades Saludables de la OMS han incluido un fuerte compromiso basado en el valor de innovaciones sobre los determinantes sociales de la salud y la incorporación de la salud en la agenda de todas las políticas. Hoy la Red de Ciudades Saludables,⁶⁶ miles en todo el mundo, se ha convertido en una plataforma importante para lograr la salud y el desarrollo sostenible, ya que éstas a menudo están a la vanguardia de la innovación encabezando los esfuerzos para mejorar las condiciones de la vida respetando el medio ambiente.

Las ciudades saludables, catalizando el liderazgo político y la gobernanza participativa, pueden constituirse como agencias transformadoras para la salud y la equidad en salud, así como ayudar a mitigar los impactos de la degradación ambiental, el cambio climático, el envejecimiento, la migración, las crecientes desigualdades y el aislamiento social, al tiempo que avanza otros objetivos de desarrollo sostenible.

No es casual en este contexto el auge de los Observatorios de salud o salud comunitaria⁶⁷ que se basan en el modelo de determinantes sociales de la salud y de desigualdades en salud, y cuyos objetivos son *generar, analizar, reunir, organizar y*

⁶⁵ Información recabada a través de la consultada a la Web de la OMS en la que se recoge el contenido de las distintas Conferencias. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/en/>. Consultada en septiembre de 2020.

⁶⁶ Aunque los logros de unos son arrastrados por Otros. Madrid Central apuesta política de Manuela Carmena fue recurrido en cuanto Jose L. Martínez Almeida (PP) ocupó el cargo.

⁶⁷ Los hay en otras áreas. En Navarra contamos además del Observatorio de Salud Comunitario, http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Observatorio+de+Salud+Comunitaria+de+Navarra/ y con el Observatorio de la Realidad Social <https://www.observatoriorealidadsocial.es>. Consultados en septiembre de 2020.

comunicar la información relativa a la salud pública que promueva y apoye acciones para mejorar la salud y reducir las desigualdades en salud, a nivel global y local.

La aparición de este tipo de observatorios inaugura un nuevo horizonte que viene acompañado de un peligro. La aspiración de lograr una distribución más equitativa de las oportunidades para la salud y el bienestar colectivos a pesar de poblar el discurso político y de que empiece a orientar, de modo explícito, programas e intervenciones más locales dirigidas a tal fin, tiene que hacer frente a cada vez más demandas de una población que se caracteriza por su heterogeneidad. A medida que aumenta el nivel de renta de un país, tiende a aumentarse las demandas en recursos y servicios para la mejora de la salud, o calidad de vida y abrirse nuevas brechas en salud⁶⁸. Y aunque no todas las condiciones de salud se convierten en necesidades, una vez definida una determinada condición de salud como necesidad exige la atención del sistema de salud (compleja red de relaciones) Así la definición de las necesidades de salud adquiere un carácter normativo que determina el contenido de la actividad de los profesionales de la salud, así como la inversión en servicios y recursos destinados para mejorar el estado salud. La pregunta que aflora entonces es, ¿cuánto es suficiente?

En este contexto, la historia nos resulta muy familiar. La nueva salud pública debe hacerse camino en un campo de creciente demanda de servicios. Campo que exige a la epidemiología social aplicadas mejoras en la capacitación de sus profesionales y un enorme ritual institucional que legitima la aparición de observatorios para la cuantificación y la vigilancia de los determinantes sociales de la salud, en otras palabras, para la vigilancia y control de las desigualdades en salud (estructurales) e inequidades sociales en salud (evitables e injustas) a la vez que del control de la población. Observatorios que están orientados a informar sobre políticas, determinantes y resultados en salud a la vez que hacen emerger una serie de indicios que anuncian la transición paradigmática en la salud pública que marcan la definición de políticas y prioridades en salud (Mújica, 2015).

En la actualidad las investigaciones en epidemiología genómica y molecular y social por un lado⁶⁹ y los trabajos relacionados sobre los determinantes sociales

⁶⁸ Suele pasar que quienes logran que las instituciones públicas incorporen a sus programas nuevas necesidades o antiguas demandas descuidadas, son quienes parten de una mejor posición social. Es bien conocido el “efecto Mateo” o el dicho del saber popular “al mar agua”.

⁶⁹ Proyecto del Genoma Humano, el Proyecto del Cerebro Humano o los informes publicados por la OMS son algunos de los ejemplos.

en salud por otro, parecen hacer viable el establecimiento de relaciones de causalidad entre ambos. Explicar el resultado en salud de acuerdo con los estilos de vida adoptados por las personas determinados éstos por las condiciones de vida, permite hacer el salto de la unidad a la población, clasificar a las poblaciones siguiendo un gradiente en salud. Segmentación de la sociedad que es posible utilizando como variables discriminantes la socioeconómica, el género, la pertenencia a una etnia, etc. Variables que permiten la captura de la dimensión social de la determinación de la salud.

De tal manera al estudio del organismo al nivel molecular, de más difícil acceso a la mirada humana se ha unido la medición y seguimiento de los estilos de vida adoptados por la población de acuerdo con las posibilidades finitas, y limitadas de cada espacio y tiempo de acuerdo con la forma, función y relaciones que establecen con sus estructuras y agencias. Opciones que se recogen en estos observatorios en forma de indicadores que se espera sirvan para el diseño de intervenciones que permitan elevar el nivel de salud (empoderar a las poblaciones), reducir las diferencias en salud (mejora de la distribución y acceso a recursos) y la prestación de servicios y generación de recursos para atender las contingencias de la vida local y temporalmente situadas y experimentadas por sus pobladores.

Reconocer que estamos ante un sistema, ante una *red de relaciones* nos lleva a plantearnos una serie de preguntas sobre quiénes están en posición de definir en este entramado las necesidades de salud, por qué se generan unos recursos, cómo se financian y cuáles son los profesionales que prestan los servicios, o cómo se establece la clasificación de las poblaciones que se convertirán en las destinatarias de acciones y tendrán acceso a los recursos.

La rigidez de las instituciones públicas, las regulaciones generalistas y poco flexibles, la fragmentación de las fuentes de ingresos de los sistemas (recaudación vinculada al empleo, impuestos indirectos sobre tabaco, alcohol, etc., fondo de decomisos, etc.) el aumento y acumulación de riesgos para la salud, presupuestos continuistas, inercia en los programas, oferta de servicios que funcionan como islas, bajas expectativas y falta de incentivos en relación al *programa institucional* desarrollado por los profesionales, provocan segmentaciones, espacios de vulnerabilidad y exclusión para aquellos que tiene dificultad para comprender y participar en igualdad de condiciones en la red de relaciones que definen necesidades, generan recursos y gestionan servicios.

A pesar de todo lo cual el campo de la salud logra normalizar su presencia imponiéndose a través de sus instituciones, de distinto nivel y ámbito de actuación,

en nombre de la salud pública y de la promesa del logro futuro de una salud para todos a través de la gestión de los riesgos.

Capítulo 2. Los riesgos para la salud

Para llegar hasta el momento actual en el que el estudio, análisis e intervención política sobre los determinantes de salud y los estilos de vida ha sido necesario un largo proceso histórico. Proceso que evolucionó desde el tratamiento de las enfermedades como *crisis*⁷⁰, como golpes del destino que acosan a la sociedad desde fuera, pasando por la prevención de los *peligros* que la propia sociedad industrial produce, hasta llegar a la valoración e intervención sobre los *riesgos* que las propias sociedades son capaces de generar como consecuencia de la capacidad que las personas han adquirido para autoconfigurarse, autotransformarse y también autodestruir las condiciones de reproducción de toda la vida sobre la tierra (Beck, 1998).

El paso de la peligrosidad a la consideración de los riesgos para la salud fue el producto de cambios en la construcción del objeto de la intervención, así como de la manera en que se obtiene el diagnóstico de la persona enferma. El sujeto es sustituido por una combinación de factores de riesgo que amenazan el estado de salud, y el diagnóstico ya no es el resultado de la relación establecida y mantenida entre el médico y el paciente, sino la suma de exámenes que distintos practicantes acumulan y que hacen circular en la red en forma de acumulación sumativa de datos, en la que cada evento registrado por cada profesional de la salud aguarda en la memoria de servidores con gran capacidad a ser consultado y utilizado en cualquier momento y lugar (bien sea con propósitos terapéuticos o de

⁷⁰ No adoptaremos aquí este término a pesar de que en política y economía se usa el concepto de crisis, concepto de origen médico referido al cambio que se produce en el curso de una enfermedad, cambio anunciado por ciertos síntomas y con el que va a decidirse efectivamente la vida de un paciente. La asimilación del concepto orgánico convertido en organicismo social contribuye a la dominación de la idea de la medicina social, la idea de la terapéutica social, la idea de remedios para los males sociales.

Sin embargo, aludir a esta asimilación o deslizamiento semántico del ámbito médico al social olvida que existen diferencias que cuestionan la posibilidad de considerar la sociedad como un organismo. Cuando un organismo humano enferma el tratamiento pretende restaurar el funcionamiento, y aquí la norma es el ideal, y este ideal es restaurar el organismo en sí. La comparación entre un momento y otro no reviste dudas, recuperar la normalidad implica la comparativa con un organismo vivo funcional, sano y las discusiones giran en torno a la naturaleza de lo que ha provocado la crisis.

En el caso de la sociedad la discusión se produce en torno al ideal o la norma, y a los modos de control y estrategias para restaurar el orden en momentos en los que se producen desequilibrios que amenazan el orden. Las sociedades necesitan de regulaciones, porque al contrario que los organismos humanos pueden autorregularse (tiene mecanismos de compensación y corrección en relación con el medio en el que vive), ante lo que demanda dispositivos para una sociabilidad específica (Bergeson en Canguillen, 2004). La regulación de la sociedad está siempre, sobreañadida, y siempre es precaria, y produce injusticias.

investigación). La relación tradicional médico-paciente se convierte en una relación mediada por datos clínicos epidemiológicos a los que se asocia el cálculo probable de que tenga lugar el hecho/evento o episodio que pretende prevenirse, reducir o erradicar como a la mala hierba.

No obstante, no con poca frecuencia se olvida la trampa que puede suponer hacer de la peligrosidad una cualidad inmanente al sujeto en la forma de estilos de vida, comportamientos que unifican y cohesionan a miembros de un colectivo a partir de intercambios entre sí, o como acumulación de factores de riesgo. Convertir al sujeto en la causa de los eventos a evitar lleva a hacer de la educación para la salud el modelo de intervención por antonomasia. Hacer del sujeto el vector de transmisión y del peligro un cálculo de probabilidades convierte a cada hombre y mujer en amenaza y a la epidemiología en la herramienta de control, de seguridad. El deseo de establecer certezas para un futuro abierto, y siempre incierto, convierte a la educación y a la evaluación de riesgos (basada ésta en la recogida de datos epidemiológicos fundamentalmente) en las herramientas que contribuirán a reducir en el futuro las incertidumbres sobre si se manifestará o no en la población algún tipo de patología, desviación o anormalidad y si éstas supondrán carga de enfermedad (Castel, 1986).

Esto supone olvidar que existen alternativas a poner la *carga de la prueba* sobre la responsabilidad individual. El estudio de los determinantes de salud, los riesgos para la salud y las desigualdades en salud que éstos generan han seguido un desarrollo bastante diferente. Hacer estudios sobre los efectos de las condiciones sociales y/o ambientales sobre la salud requiere de la participación de otras áreas de conocimiento, de grupos interdisciplinarios, así como de equiparar el valor del conocimiento que cada una de las disciplinas, medicina, epidemiología, sociología, antropología, psicología o la pedagogía aporta a la salud, y de las instituciones que tienen las competencias y responsabilidad de alcanzar la salud para todos. Corresponde a las instituciones de salud pública convertirse en el espacio de encuentro y desde donde hacer de la salud en todas las políticas una realidad.

Mientras, las ciencias, y cada una de las personas, individualizadas se han propuesto colonizar el futuro en tanto que ofrece un espacio simbólico de posibilidades futuras abiertas, sobre el que pueden proyectarse ideales, ideales de salud, estado de salud, bienestar, desarrollo, etc. y que implica la multiplicación de posibilidades de intervención ya que sobre cada una de las personas irrepetibles ha calado hondo una "voluntad" de estar sano.

Las intervenciones, como técnicas de control y seguridad, se tornan invisibles cuando la intervención no trata de convencer sino más bien de transmitir “a quien corresponda” lo que hace que uno piense, sienta e imagine. Aunque sea ésta una experiencia exigente, aunque durante el trayecto sea fácil patinar y aunque lo más recomendable sea no embarcarse en el proyecto en soledad (Stengers, 2017) en la sociedades contemporáneas los individuos construyen sus biografías entre una pluralidad de opciones que se escapan a su control.

La voluntad de estar sano implica el desarrollo de la capacidad de pensar, sentir y actuar en un contexto de creciente complejidad e incertidumbre donde los individuos carecen de las posibilidades de tomar decisiones fundadas y responsables, considerando las posibles consecuencias (Giddens et al., 1997) ya que “vivir en la sociedad del riesgo significa vivir con una actitud de cálculo hacia nuestras posibilidades de acción, tanto favorables como desfavorables, con las que nos enfrentamos de continuo en nuestra existencia social contemporánea individual y colectivamente” (Giddens, 1995).

El riesgo se ha consolidado como unidad de medida y ha logrado el pase a las instituciones en forma de estrategias⁷¹ que no toman, como hemos mencionado, a los sujetos o individuos concretos como referencia sino que son sustituidos por una combinación de factores, factores de riesgo que permiten cálculos de probabilidades, basados en datos de carácter epidemiológico, y que ajustados a los recursos disponibles, y/o necesarios, permiten diseñar y aprobar medidas e intervenciones de diferente carácter que persiguen ser eficaces y eficientes a través de la ideación de estrategias de diverso calado: universal/ambiental, selectiva o indicada.⁷²

⁷¹ La Real Academia Española de la Lengua define estrategia como el arte de dirigir las operaciones militares; como traza para dirigir un asunto o como proceso regulable o, finalmente, como el conjunto de las reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento

⁷² Conceptos que han sustituido a intervenciones primaria, secundaria o terciaria. Universal, aquella que está dirigida a toda la población con el objetivo de incidir sobre una conducta de riesgo para la salud (por ejemplo reducir el consumo de tabaco impulsando la creación de espacios sin humo); selectiva, dirigida a subgrupos de la población que acumulan una serie de factores de riesgo (baja percepción de riesgo relacionada con el consumo de tabaco, padres/madres fumadores) indicada, dirigida a grupos poblacionales en los que se expresan conductas de riesgo (consumo de tabaco diario). Se ha apostado así por una clasificación diferente tomando como criterio el riesgo del desarrollo de una conducta que amenaza el estado de salud y la delimitación de los grupos o sujetos de intervención de acuerdo con niveles de riesgo, de acuerdo con los factores de riesgo o a la aparición de conductas que suponen en sí mismas un riesgo para la salud.

Incorporamos aquí la noción de riesgo en tanto que, como concepto ampliamente utilizado, ha ganado presencia, en la literatura relacionada con la salud.⁷³

2.1. Una noción de riesgo

El riesgo puede ser considerado como la probabilidad de que se produzca un evento adverso particular durante un tiempo determinado, o el resultado de un determinado desafío. El lenguaje científico tiende a solventar de manera unidimensional, en forma de valor numérico, lo que, como las cebollas, tiene capas de significado. El lenguaje científico y lego concede distintos significados al riesgo. Un riesgo puede ser trivializado o dársele relevancia, ser definido como problema o reducirlo a lo cotidiano, ser un resultado deliberado o inevitable, manifestarse como una fobia o como preocupación realista. Identificar todos y cada una de las dimensiones posibles del riesgo es un trabajo complejo. Aquí trataremos de hacer un breve incursión de usos y significados del término para esclarecer los discursos, las estrategias y las políticas públicas que en torno a la promoción de la salud y los determinantes de la salud han ido apareciendo.

Desde una mirada sociológica, el riesgo se ha erigido en las sociedades modernas en una forma social de relacionarse con el futuro o con los futuros inciertos. El riesgo es estudiado como el complejo cultural que reemplaza al designio/infortunio, la catástrofe o la divina providencia por la cobertura estatal de la gestión de los riesgos, también de la gestión de los miedos, siempre cargada de advertencias institucionales (Ramos Torre, 2017).

En el campo de conceptualización de riesgos aparecen al menos cinco palabras clave para comprender el sentido y el valor que ha adquirido en las sociedades actuales: futuro, contingencia, incertidumbre, daño y decisión (Ramos & Callejo, 2017).

⁷³ Una sencilla exploración a través del motor de búsqueda del catálogo universitario arroja para el intervalo 2010 a 2019 un total de 109.719 artículos y capítulos en libros para "Risk and Health", cuando el criterio es "riesgo y salud" obtenemos un total de 1107 artículos. Podemos encontrar investigaciones y publicaciones que hablan sobre modelos de intervención basados en factores de riesgo y/o protección, la evaluación de los riesgos o gestión de los riesgos relacionados con la salud (estados de salud). Entre los temas tabaquismo (enfermedades respiratorias), relaciones sexuales (VIH-SIDA), redes, consumo de drogas (alcohol), conductas alimentarias (obesidad), salud mental (suicidio), cambio climático y sus efectos para la salud. Una búsqueda de "health and youth" más de 15.000 artículos y capítulos en el mismo periodo, en castellano obtenemos 95.

- El *futuro* es abierto, y el riesgo se conforma sobre nuestras acciones y es imputable a lo que hemos hecho o dejado de hacer consciente e inconscientemente. Constituye una forma presente de describir el futuro de un modo racional, a través de consideración de pros y contras, de la probabilidad de ganancias y pérdidas.
- La *contingencia*, lo que acontece entre lo imposible y lo determinado, lo que puede acontecer debido a las prácticas sociales y/o individuales. Se trata de un evento que hace cesar, o interrumpe, un estado anterior de los que podemos constatar sus efectos, no siempre será posible establecer una línea de causalidad ya que por lo general los acontecimientos/contingencias se desencadenan por múltiple factores interconectados
- *Incertidumbre*, a pesar del análisis racional, analizadas todas las probabilidades siempre existe una probabilidad por pequeña que ésta sea de que el resultado no sea el esperado. Por muchas medidas preventivas que adoptemos el riesgo no desaparece.
- *Daño*, el propio concepto tiene una natural ambivalencia. La población en general es susceptible de sufrir un daño sobre el que no tiene capacidad de influencia a la vez que al lado del daño está la oportunidad de lograr importantes beneficios si se arriesga.
- *Decisión*, la valoración de daños posibles es objeto de decisiones que sopesan posibles ganancias mayores.

Pensar en el evento, hecho o episodio que puede surgir, expandirse, cesar con relación a las contingencias situadas en futuros pasados, futuros presentes o presente futuro⁷⁴ ha convertido el riesgo en una manera de relacionarse con los futuros inciertos (enfermedad, muerte prematura, desviación, fracaso o abandono escolar, etc.). La sociedad del riesgo se instala en un presente amenazado, ante un futuro contingente y de espaldas a un pasado que ni niega ni reclama porque

⁷⁴ R. Ramos (2017) fija como posibles tres iteraciones temporales del presente, pasado y futuro en la problemática del futuro: futuro presente, como la idea o imagen que se tiene en el presente de lo que pueda ocurrir en el futuro. El futuro es siempre un horizonte del presente y sólo como tal se puede idear y vivir. Muchas son las posibilidades y muchos los horizontes que se sopesan. Los presentes futuros hacen referencia a lo que será lo que ahora consideramos futuro cuando realmente ocurra y se haga presencia lo que ahora sólo podemos pensar como (im)posible. Futuros pasados con aquellos que se idearon y tomaron en consideración en el pasado y que fueron relevantes para reducir la incertidumbre del tiempo por venir.

no lo puede culpar ni añorar enteramente⁷⁵ porque se agota ante la velocidad de los cambios o porque el presente (presente futuro) todo lo atrapa.

Hablar de riesgo en la modernidad domina la experiencia de las contingencias sociales y vitales al transformarse éstas en avatares o responsabilidades individuales naturalizadas a través de referencias constantes a la biología y a los estilos de vida adoptados por cada persona a lo largo de la vida en un entorno socioambiental específico. Se normaliza así la utilización de categorías constantes como la edad, el sexo, clase social, nivel educativo alcanzado, étnica, etc. en la evaluación de los riesgos de grupos poblacionales específicos obviando frecuentemente dimensiones de espacio y tiempo⁷⁶ que revelan toda una historia de acontecimientos que se acumulan, no sólo se yuxtaponen, y que tienen consecuencias sobre la salud de las personas.⁷⁷

2.2. Tecnologías securitarias: La evaluación y gestión de los riesgos

La aplicación generalizada de técnicas y métodos para el análisis del riesgo en el ámbito de la salud ha generado una serie de conceptos epidemiológicos que miden el riesgo relativo⁷⁸, el riesgo atribuible⁷⁹ o las *odds ratio*⁸⁰ (razón de oportunidades o probabilidades), todos ellos indicadores de vigilancia epidemiológica que contribuyen a la medicina preventiva y promoción de la salud en su lucha para reducir la mortalidad prematura o carga de enfermedad (años de vida ajustados por discapacidad⁸¹ -AVAD o DALY-). Visto así, el riesgo representa “un

⁷⁵ J. Rodríguez Martínez (1999) “El riesgo como utopía negativa. Notas para una reflexión”. En R. Ramos; F. García Selgas (ed.) *Globalización, Riesgo, Reflexividad. Tres temas de teoría social contemporánea* (pág. 191-204) Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)

⁷⁶ Para Bourdieu “reintroducir la incertidumbre es reintroducir el tiempo” en los estudios sociales (Pfeilstetter, 2012)

⁷⁷ Como si todo tuviese una obsolescencia programada, las investigaciones se acortan temporalmente por temor a perder vigencia (presente futuro) o nacer caducas.

⁷⁸ Cociente entre el riesgo en un grupo con el factor de exposición o riesgo y el riesgo en el grupo de referencia, que no tiene el factor de exposición.

⁷⁹ Diferencia entre la incidencia de enfermedad en expuestos y no expuestos al factor de riesgo

⁸⁰ Permiten definir la posibilidad de que una condición de salud o enfermedad se presente en un grupo de población frente al riesgo que ocurra en otro

⁸¹ Expresa los años perdidos debido a la enfermedad, discapacidad o muerte prematura

dispositivo de racionalización, de cuantificación, de metrización del azar, de reducción de la indeterminación [...]”.⁸² Cálculos que permiten establecer clasificaciones y perfiles de las poblaciones a partir de una combinación de características y que sugieren una imagen bastante diferente de lo social: la de un espacio homogeneizado compuesto por perfiles y circuitos establecidos de antemano, que los individuos son invitados o alentados a abordar, tomar o abandonar dependiendo de sus habilidades.

Resultando posible abordar los riesgos para la salud como eventos marginales que pueden transformarse en espacios organizados dentro de lo social, hacia los cuales serán dirigidas aquellas personas que son incapaces de seguir caminos más competitivos, se les ofrecerán nuevos destinos sociales de acuerdo con su capacidad variable de cumplir con los requisitos de una “voluntad de salud”.

Nuevas estrategias que para lograr sus objetivos disuelven la noción de sujeto o individuo concreto y ponen en su lugar una combinación de factores, los factores de riesgo, y establecen flujos de población basados en la recopilación de una serie de factores abstractos considerados susceptibles de producir riesgo en general (Burchell et al.,1991). Estrategias que exigen un aumento de la vigilancia, refuerzo de tecnologías y dispositivos que permitan detectar amenazas, contabilizar riesgos y adoptar medidas antes de que aparezca el evento, hecho o factor a evitar.

El examen de las personas se transforma en el examen de registros compilado de las prácticas, hábitos o estilos de vida de las personas, las características personales, episodios de atención de los servicios de salud por diversos profesionales y especialistas interconectados a través de la red que da acceso y pone en circulación expedientes y diagnósticos individuales. La comparativa de éstos con los datos de estudios epidemiológicos y vitales a gran escala permiten proyectar, mediante el cálculo de probabilidades, el riesgo de morbimortalidad de una persona en el futuro (Hayes, 1992).

Los atributos de las personas se convierten de esta manera en fuentes de riesgo para la salud y las intervenciones para reducir la mortalidad prematura y carga de enfermedad se dirigen a los individuos con el objetivo de reducir, suprimir o modificar los comportamientos de riesgo. Este tipo de intervenciones como lo defiende la OMS dirigidas a grupos específicos se proponen como estrategias

⁸² J. Beriain (1999) “Genealogía sociológica de la contingencia: del destino dado metasocialmente al destino producido socialmente”. En R. Ramos; F. García Selgas (ed.) *Globalización, Riesgo, Reflexividad. Tres temas de teoría social contemporánea* (pág. 191-204) Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

para maximizar la eficiencia de los recursos públicos y los protocolos de cribado, detección e intervención temprana y la educación para la salud se imponen como herramientas de las estrategias para reducir los riesgos relacionados con la salud y el bienestar.

Las políticas preventivas promueven así un nuevo modo de vigilancia: el de la detección temprana y sistemática cuyo objetivo principal no es ya enfrentar una situación peligrosa concreta, sino anticipar todas las formas posibles de irrupción del peligro (Burchell et al., 1991): enfermedad, anormalidad, comportamiento desviado, etc. Y que es posible gracias a la expansión dramática de los programas que emplean sistemas de información basados en tecnologías de nueva generación que permiten recopilar, almacenar, compartir y utilizar información ajustada a las necesidades definidas, o por definir. Un sistema de vigilancia que se constituye no solo como un medio de observar objetiva y pasivamente el mundo, sino que manifiesta una forma de ver, conocer y ordenar el mundo excluyendo gran parte de nuestra verdadera complejidad al mover un pequeño grupo de características a la punta de lanza traducida en factores y correlaciones estadísticas de elementos heterogéneos.⁸³

La vigilancia, en la sociedad de los riesgos y amenazas, ocupa un lugar eminente para el control del comportamiento humano, al limitar el acceso a programas o instituciones, monitorear y afectar el comportamiento dentro de cada ámbito (educativo, sanitario, laboral, etc.) o al hacer cumplir las reglas y normas mediante la observación y el registro de actos de cumplimiento y desviación. Dispositivos que dicen poco de cómo las personas experimentan los límites que el sistema impone a sus elecciones, y determina identidades. Sobre historias particulares, sobre las necesidades diarias y sobre el poder de la vigilancia para aumentar sus necesidades y limitar su capacidad para satisfacerlas o la forma en que la gente lucha para hacerles frente y al poder de la vigilancia para frustrarlas. En definitiva sobre la prácticas silenciosas de resistencia y evasión cotidianas para vencer, lo que mejor saben y pueden, a los poderes de vigilancia (Gilliom, 2001).

Los dispositivos de vigilancia que poniendo el foco sobre los riesgos relacionados con los comportamientos individuales silencia los determinantes sociales y es-

⁸³ Si bien recogemos cada vez más información y somos capaces de crear algoritmos para predecir eventos futuros, hay un sobrante que aun carente de "uso" o "utilidad" o "encaje" que será retenido hasta nuevo orden. Momento en el que será utilizada de acuerdo con definiciones y construcciones previas acordes con el pensamiento y discurso institucional imperante.

estructurales consiguen sutilmente movilizar valores como la responsabilidad individual en el discurso de la promoción de la salud y la normalizar y estructurar nuevas dependencias del individuo (Beck & Beck-Gernsheim, 2003) Teniendo en cuenta además que la función de asistencia se ha convertido en una función experta en manos de evaluadores y gestores. Funciones que se comparten, se han externalizado por falta de recursos o de interés, con entidades sociales y empresas.

Que en la modernidad dominen los discursos de riesgo significa que todas las decisiones son contingentes sobre cursos contingentes de acontecimientos (Giddens & Berlain, 1996) y las emociones de miedo y de confianza se convierten en sentimientos generalizados debido a que los soportes de las relaciones sociales son cada vez más inseguros. El riesgo es un elemento implicado, inherente a acciones, elecciones o intervenciones, que no es posible erradicar sino pensar con tecnología sociopolítica, configurada colectivamente para proporcionar certidumbre a la contingencia de los diferentes sucesos, eventos o episodios que se producen debido a la capacidad de los individuos de autoproducir las condiciones de vida social (Beck, 1998).

La visión marcadamente realista, *datada*, de los riesgos confluye con la incertidumbre que linda a su vez con la ignorancia, la inseguridad extrema y la desconfianza en uno de los extremos y en el otro con la certeza, la reducción técnica del riesgo. Operando la distinción riesgo/incertidumbre los riesgos se definen y valoran según su cercanía, probabilidad de ocurrencia (comparación que establecen las personas entre evento real, ocurrido o probable) o según estén sometidos al control de quienes los enfrentan de acuerdo al limitado conocimiento adquirido y las habilidades técnicas para su gestión (Ramos Torre & Callejo Gallego, 2018).

En este esquema de interpretación la epidemiología, la salud pública, se ha ganado la confianza de la población en base a pronósticos fundados en agregados sociales que aun recogiendo la diversidad de los individuos los cálculos producen tasas medias que no representan a ningún individuo (Almeida Filho et al., 2009) pero que, a la postre, son capaces de reducir la incertidumbre.

Para una mejor comprensión podemos adoptar del espacio ambiental el concepto de precaución, que establece que «cuando una actividad representa una amenaza o un daño para la salud humana o el medio ambiente, hay que tomar medidas de precaución incluso cuando la relación causa-efecto no haya podido demostrarse científicamente de forma concluyente» (Sánchez, 2002). Aplicándolo al campo de la salud y a la ética médica podemos describirlo como aquellas estrategias

aplicadas para la buena praxis y la gestión de los riesgos en las situaciones donde los profesionales de la salud (sanitarios o no) no pueden describir con certeza los efectos que en la salud o el bienestar pueden producir determinadas acciones u omisiones.

Ante las incertidumbres la receta es confiar en tratamientos a base de recomendaciones sobre los límites para la salud. Tratamientos o recomendaciones sobre los que la evidencia científica no es concluyente ya que por más investigaciones o más conocimiento que se produzcan tan sólo obtenemos malogrados *pronósticos* sobre la aparición de un evento no deseado. No hay cálculo que logre certeza al 100%, pero sin embargo contribuye sin duda a conformar una conciencia del riesgo como consecuencia de “la franja de posibilidades de nuevas incertidumbres, pero esta vez producidas socialmente”.⁸⁴

La previsión de los posibles riesgos y las estrategias de prevención y de reducción de riesgos implica hablar de la gestión de los riesgos, alude a la gestión de poblaciones, de sus capacidades, habilidades y competencias para adoptar, hace referencia a la estabilización y modificación (normación) de los estilos de vida, y a los deberes de ciudadanía, de acuerdo con los cuales cada persona es responsable del mantenimiento de cuerpo y mente sana para cumplir con las necesidades de una sociedad en continuo desarrollo. Apunta también a los derechos subjetivos reconocidos en políticas sociales, de las administraciones públicas (sanidad, educación, ...) y señala la subordinación de las decisiones técnicas a las de la gerencia basadas en criterios de eficiencia y eficacia.

Para los gestores de riesgos, los riesgos pueden ser o no modificables, pero sí atenuados o reducidos hasta un mínimo tolerable. En el caso de las enfermedades no transmisibles que se relacionan con estilos de vida, los riesgos para la salud se asocian a tabaquismo, consumo de alcohol u otras drogas, dietas ricas en grasas saturadas, sal, azúcares añadidos, sedentarismo, falta de horas de sueño/descanso, etc. y con condiciones estructurales como el acceso a vivienda y trabajo digno o entornos libres de contaminantes en suelo, agua y aire. Sobre todos ellos hoy podemos intervenir gracias al desarrollo teórico, científico y tecnológico. Avances que permiten establecer estrategias, herramientas y dispositivos de vigilancia y control para la reducción de riesgos y daños sobre la salud y bienestar de la población.

⁸⁴ J. Berirain (1999) “Genealogía sociológica de la contingencia: del destino dado metasocialmente al destino producido socialmente”. En R. Ramos; F. García Selgas (ed.) *Globalización, Riesgo, Reflexividad. Tres temas de teoría social contemporánea* (pág. 191-204) Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)

En el ámbito de la salud reconocer los logros pasados, el conocimiento adquirido y el desarrollo tecnológico lleva implícito la responsabilidad de mayores esfuerzos para asegurar un futuro mejor para todos. Responsabilidad que conlleva la rendición de cuentas de cada persona e institución pública al cuidado de la salud. Epidemias como la sufrida en el año 2014 del ébola, la COVID-19 o desastres naturales como la pérdida de masas forestales se ven como un fracaso humano y se buscan responsables ya que si algo escapa a nuestro control o vigilancia no es por falta de recursos o conocimiento sino por incompetencia humana, de no saber interpretar adecuadamente los datos o no haberles dado la importancia merecida.

Lo cierto es que de momento contamos con mecanismos y herramientas de vigilancia que permiten gracias a la minuciosa observación del detalle más insignificante y todo un *corpus* de técnicas, procedimientos, de saberes, de descripciones y recetas, de acuerdo con la experiencia previa clasificar y distribuir a la población, poder ordenarla según rangos y poner en circulación en un sistema de relaciones de poder que nos devuelva a un estado de equilibrio, de *falsa* percepción de seguridad.

Cómo no preguntarse, como lo hiciera Castel si, en el futuro, puede no ser tecnológicamente factible programar a las propias poblaciones, sobre la base de una evaluación de su desempeño y, especialmente, de sus posibles deficiencias⁸⁵ (Castel, 1991). Para después, y de acuerdo a una definición normativa y normalizadora de un perfil de población, señalar el diferencial, el dato *outlier*, desviado, situado en el espacio de exclusión o vulnerabilidad que se convertirá en objeto de intervención, de señalamiento y derivación a espacios de contención, tratamiento y normalización.

⁸⁵ Nos parece oportuno recuperar ahora, la noción de deficiencia que Robert Castel (1984) incorpora cuando habla de las enfermedades de salud mental por poner en primer plano las exigencias sociales y de la que se deriva un principio de la eficacia del comportamiento marcada por la preocupación por los problemas del trabajo, de la reinserción profesional, de la readaptación, del reciclaje y de la recuperación de la mano de obra. El concepto de deficiencia utilizado por Castel se inscribe en la vida social como carencia, no como aparición de lo patológico sino como resurgir de la desigualdad. Una desigualdad que remite a una deficiencia de una constitución o desigualdad adquirida en el transcurso de la vida “naturaliza a la vez la historia del sujeto, haciendo de su carencia un déficit, y la historia social, asimilando las adquisiciones requeridas en un momento histórico dado a una normalidad “natural” (Castel, 1984, p. 129)

Mientras la deficiencia alude a la pérdida/reducción de posibilidades de adaptación ajustada a la norma, la adaptación se refiere a momentos en los que se adquiere la nacionalidad y se asimila a la sociedad de acogida, cuando se respeta el horario y las actividades regladas por la institución educativa, cuando se siguen las recomendaciones de estilos de vida saludables dictadas por las instituciones de la salud, ...

2.2.1. Detectar y corregir la desviación

Utilizar el concepto de desviación es polémico y polisémico. Siendo diversas las áreas del conocimiento que lo utilizan, aquí usamos el concepto para indicar la tendencia sociocultural de los seres humanos a separarse transitoriamente del centro positivista y moral normativo. Nos acercamos a ella en tanto en cuanto que estudia las conductas que se desvían de los patrones moralmente sancionados, aceptados y comunes a distintas culturas. Entendiendo que éstas se componen de instituciones que constituyen una respuesta organizada al mundo de la vida y que, además, como señalaba Foucault en cada cultura existen líneas divisorias de delimitación de lo posible que abren el espacio a la transgresión.

La biologización y naturalización de las conductas fue una tendencia interpretativa hasta el siglo XX, momento en el que autores como Foucault, Canguilhem, Illich, o Blaxter, nos plantean que la medicina siempre ha sido social y que una falsa distinción entre lo social y lo biológico favoreció la segmentación de la realidad social y enmascaró que los condicionantes sociales y ambientales pueden influir sobre las conductas. En el caso de las mujeres “biologizar sus quejas ha sido una manera de desatender sus demandas” (Juliano, 2011).

No es casual la relación que mantiene el Estado con las estadísticas si tenemos en cuenta que una de las funciones más generales del Estado es la producción y canonización de las clasificaciones sociales (Bourdieu, 2014) Podremos discutir las divisiones generadas pero no se discute la idea que hay divisiones. En el acto de cuantificar, codificar y clasificar el Estado otorga una identidad social legítima a las personas, estemos o no de acuerdo con ella, tenemos que poseer una y ésta determinará las relaciones con el Estado, sus instituciones y los profesionales a los que certifica y avala.

Pero no todos los grupos sociales están sujetos a identidades “firmemente fijadas y sólidamente construidas, esto sería un lastre, una coacción, una limitación de la libertad de elegir”, hay quienes pueden “componer y descomponer sus identidades a voluntad” haciendo uso de sus propios medios e inteligencia, mientras un gran número de personas está excluida de poder hacer elecciones identitarias, cargando “con el lastre de identidades que otros les imponen y obligan a acatar, identidades de las que se resienten pero de las que no se les permite despojarse y que no consigue quitarse de encima. Identidades que estereotipan, que humi-

llan, que deshumanizan, que estigmatizan". Minorías étnicas, inmigrantes, toxicómanos, putas, menores excluidos del sistema educativo formal, son arrojados "fuera del espacio social, donde se buscan, eligen, construyen, evalúan, confirman o refutan identidades", (Bauman, 2005b) quedando anulada en los casos más extremos su individualidad. Aunque la mayoría se sitúa en el espacio intermedio que va desde el festín de elecciones múltiples a la privación de elecciones de identidades.

Las instituciones disciplinarias, como la educativa y sanitaria abordada en esta tesis, han producido toda una maquinaria de control que ha funcionado como un microscopio de la conducta de las personas, cuyo éxito se debe a la combinación de la inspección jerárquica y la sanción normalizadora a través de un procedimiento que le es específico: el examen -diagnóstico- (Foucault, 1975) La vigilancia y la imposición de identidades ha sido siempre parte de estas instituciones y sus actuaciones siempre provocan tensiones, no dejan a nadie indiferente bien sea por defecto o por exceso. Tensiones que están socialmente estructuradas, insertas en lugares en donde las exigencias chocan y provocan conflictos que hacen que la persona busque una manera ilegítima de resolver los problemas que su lugar en la sociedad le presenta -la familia primero, la escuela y el sistema de salud después- (Becker, 2009).

En la educación formal, cuestionarios, exámenes, revisión de tareas, registros de asistencia y evaluación de trabajos permiten al profesorado evaluar el nivel de adquisición de conocimientos. Un sin fin de estadísticas que determinarán la carrera intelectual de las personas en el sistema escolar. Quienes tengan dificultades con la escuela iniciarán una carrera de relaciones desafortunadas desde el momento en el que el profesorado realiza juicios autorizados sobre la aptitud del alumnado. Nadie cuestionará la pertenencia de la oposición apto/no apto, y el alumnado se enfrentará, sin ser consciente, a una identidad legítima impuesta por el Estado. Un Estado que se alza como un elemento central en la cadena causal que explica la perpetuación y la agudización de las desigualdades sociales, y en salud, a través de la escuela, enclave donde se configura socio espacialmente una particular interacción entre la macroestructura, las políticas estatales y el compromiso activo de los individuos "desviados".

En el sistema sanitario a través de la medición y los protocolos de cribado, herramientas de examen y clasificación objetivas universales, se certifica la pérdida del carácter de "normal" de la población. La profesión sanitaria está legitimada para

interpretar los resultados de sus exámenes/diagnósticos y definir grados de dependencia, de clasificar en intervalos según IMC⁸⁶ a la población en bajo peso, normo peso, sobrepeso u obesidad I-II, etc. a pesar de que las variaciones de la normalidad y patología son vividas y percibidas por las personas de acuerdo con su trayectoria social y personal.

La biometría se convierte en biopolítica cuando define los límites de lo normal y lo patológico de infinidad de parámetros, mediciones discretas, continuas, construidas a través de escalas (peso, talla, tensión arterial, colesterol *malo*, estrés, riesgo de mala salud mental, etc.); y convierte a los cuerpos, incluso cuando los órganos están en silencio, en objeto de su intervención, pues a través de la invasión de la *medida* se definen todos los aspectos de la vida: las relaciones afectivo sexuales, la medicalización, la actividad física, la dieta, el estado de ánimo, o las horas de sueño y descanso.

Asimismo, para reducir el error en la recuperación, en la rehabilitación, en la alfabetización o en el *modelaje*, se multiplican los protocolos de actuación que regulan no sólo las actividades, tiempos y técnicas a aplicar en cada fase de las intervenciones desarrolladas por los profesionales, sino que provocan el disciplinamiento de la profesión. Una normación que alcanza a las relaciones entre el profesorado y alumnado, así como entre el profesional sanitario y paciente. Procedimientos estandarizados, avalados y certificados por las instituciones científicas y del Estado que dejan poco margen para la autonomía de quienes trabajan sobre los otros. Porque los juicios o valoraciones realizadas por los profesionales de los sistemas educativo y sanitario están sujetos y deben ser realizadas siguiendo la forma que hacen que el juicio oficial sea verdaderamente oficial. Es necesario que exista un formulismo burocrático (Bourdieu, 2014) convertido en ritual.

La educación y la medicina social con sus rituales (diagnósticos, exámenes, protocolos, cribados, evaluaciones, calendario, tratamientos, ...) provocan la adhesión a creencias que tienen la capacidad de sobreponerse a la capacidad de las personas de cuestionarse lo que creen. Formulismos que determinarán además las carreras/trayectorias presentes y futuras que seguirán las personas en cada sistema (permanecer en el sistema educativo formal o abandono temprano; ser derivado a un especialista o recurso específico) dado que los registros y acumulación de material documental generan un *expediente* que describe, caracteriza e identifica a cada persona, y que servirá para futuras evaluaciones diagnósticas.

⁸⁶ IMC, índice de masa corporal= peso [kg]/ estatura [m²]

El texto ha sustituido a la palabra producida en relación dialógica entre médico/paciente o entre alumna/profesor y el sujeto queda reducido a la comparativa de los resultados obtenidos en uno y otro momento aplicando los mismos protocolos o criterios de evaluación/diagnóstico.

2.2.1.1. Ese otro a “corregir”

Por supuesto que para que todo funcione de acuerdo con el ordenamiento previsto, se acepten las normas y los designios de los diagnósticos, es necesario cultivar el miedo hacia el otro o lo desconocido, miedo que circula a través de las instituciones dedicadas al cuidado de la salud y de la educación, así como los medios de comunicación. Cosa que no es difícil porque a pesar de todas las cautelas el inmigrante, o el viajero, nos hace vulnerables ante enfermedades, que creíamos atajadas; hay un padre o madre “irresponsable” que decide no vacunar a sus hijos o hijas y amenaza la salud del aula; hay alumnos que alteran el “buen funcionamiento” del aula y ponen en riesgo la adquisición de conocimiento de los dispuestos a disciplinarse; los ganaderos que abusan del uso de tratamientos en el engorde y estabulación de los animales nos hacen más vulnerables a las enfermedades ante la ineficacia de los antibióticos o la agricultura extensiva que haciendo uso de los avances de la biotecnología, domestica genes (utiliza semillas alteradas genéticamente).

Éstos son sólo algunos ejemplos, de los muchos factores que provocan temores y la demanda de más y mejores mecanismos de vigilancia que tranquilicen las ansias de seguridad y reduzcan los riesgos e incertidumbres. Temores que provocan por otra parte conflictos sobre la distribución de los males que pueden interpretarse como conflictos sobre la responsabilidad distributiva que provoca la fragmentación de intereses cortados por matrices sociales nuevas, diversificadas y plurales y que se superponen a los conflictos de distribución de bienes (renta, seguridad social, trabajo) propios de las sociedades industriales y asalariadas (Beck, 1998).

Todos ellos aluden a mecanismos de adaptación a los que la población no puede responder por sí misma, por lo que ésta demanda la acción de las administraciones públicas. Las respuestas del Estado y sus instituciones son entonces más reglamentos, nuevos procedimientos, ... más burocracia administrativa. Se produce nueva legislación sobre los métodos mediante los que se modifica un gen, sobre cómo se estabula a los animales, cuál debe ser la información del etiquetado de los alimentos, etc. y se crean nuevos organismos dedicados a examinar y re-

formar constantemente las prácticas sociales a través de mecanismos de fiabilidad y de recomendaciones de expertos. Alcanzando así un maridaje nada ingenuo entre la ciencia y sus expertos y la acción política de las agencias del Estado.

Sin duda, estamos en un momento en el que la evaluación de riesgos relacionados con la práctica cotidiana, con el hecho de vivir, se ha situado como un hecho ineludible, “no es que la vida diaria implique hoy más riesgo que en épocas anteriores. Lo que sucede más bien es que, en condiciones de modernidad, pensar en términos de riesgos y de su evaluación es una práctica más o menos generalizada de carácter en parte imponderable, tanto para los agentes no profesionales como para los expertos en terrenos específicos [...] el clima de riesgo de la modernidad, es pues, perturbador para cualquiera; nadie puede eludirlo” (Giddens, 1995).

Por otra parte, Becker (2009) apunta que, tras la detección de una infracción, de la identificación de un individuo que ha infringido una norma legal o socialmente instituida, exista un grupo de individuos, empresarios de la moral, que haga pública dicha infracción y demanden o decidan la sanción a imponer para que la acción del desviado sea alcanzada por las instancias de vigilancia y control, sociales y judiciales.

Nos señala también Becker que ese sujeto cuyas conductas son tachadas de desviadas no existe *per se* y *a priori*, sino que, en base a la creación e imposición social previa de un universo de reglas permitirá ubicar a aquel de quien se cree que las ha quebrantado como un “desviado”. Al clasificar así a las personas es como descubrimos a quienes están en los márgenes, a quienes quedan en el espacio de la exclusión y que, como medida preventiva, se convierten en individuos susceptibles de intervención⁸⁷.

El individuo que corregir, sobre el que dirigir las intervenciones, nos diría Foucault (2006), es ese personaje que hace uso de técnicas de adiestramiento propias, ese “incorregible” que surge en los márgenes cuando las técnicas modernas de disciplinamiento recaen sobre su cuerpo mediante la escuela, el taller, la fábrica y la familia. Instituciones que contribuyen a la construcción simbólica de un *hombre unidimensional* cuando la realidad es que cada individuo es un ser único e irrepetible.

⁸⁷ Echando mano al refranero, “Muerto el perro se acaba la rabia/sarna”. Expresión que parte del principio que una vez eliminado el factor que actúa como vector de transmisión/propagación desaparece el problema mismo. Si la causa que amenaza la salud pública está identificada (sea ésta una probabilidad o un factor/evento) bastaría con su eliminación para resolver/prevenir el entuerto.

Esos Otros, como los personajes infames o anormales de Foucault, que aparecen en procesos judiciales y en el lenguaje utilizado en los expedientes⁸⁸ nos hacen conocer su existencia y construyen una realidad, una verdad específica basada en la norma construida a golpe de evidencia científica. Las vidas de los infames, vulnerados, excluidos o ninguneados suponen una amenaza para el orden social lineal regido por instituciones legitimadas para el buen funcionamiento del organismo social, también para la conciencia de una sociedad que corre hacia el futuro y no puede ser presa del hostigamiento social de los que deja atrás. Una sociedad que sólo en ocasiones se ve obligada a parar, y en no pocas ocasiones, detenerse no es una acción reflexiva sino fruto de colisiones entre “vidas insustanciales” con el poder en instantes donde éstas adquieren un breve e intenso fulgor que les permite “atravesar el tiempo y situarse ante nosotros como un breve relámpago”(Foucault, 1999).

Los discursos sobre la desviación, deficiencia o vulnerabilidad aparecen en instancias de poder en las que se impone la verdad o evidencia científica y las buenas prácticas. Discursos formulados por personas “expertas” avaladas por instituciones académicas, científicas o públicas que merecen nuestra atención y que logran escalarse, difundirse, gracias a la prensa y las redes sociales, y que concitan la atención de las instituciones encargadas de vigilar el orden y sancionar lo que se sale de lo normal. Hoy más que nunca los medios de comunicación nos ponen frente a situaciones que pueden provocar risa y sin embargo dibujan una sociedad de trago difícil. Medios que se hacen eco de procesos judiciales que reflejan hasta qué punto la cotidiano se ha judicializado.

En el año 2008 los servicios sociales de Oviedo iniciaron los trámites para quitar la guarda a unos abuelos de un menor porque llegó a pesar 100 kilos⁸⁹. De acuerdo con el estudio publicado en la revista JAMA Pediatrics en 2019, las tasas de prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil se han estabilizado tras la crisis económica (periodo de estudio 1999 a 2016) en 28 países de la Unión Europea (Garrido-Miguel et al., 2019) aunque sigue existiendo preocupación entre los expertos, quienes consideran que una obesidad de un 32% entre niños, uno de cada tres, entre 7 y 13 años es altísimo. El aumento de obesidad se relaciona con el

⁸⁸ También los textos literarios construyen la realidad de personajes anormales a la vez que desvelan los efectos no deseados y evitables de las sociedades: Los miserables, La peste, Trainspotting, Ensayo sobre la ceguera, etc.

⁸⁹ <https://www.europapress.es/nacional/noticia-juicio-nino-llego-pesar-100-kilos-reanudara-18-diciembre-juzgado-familia-20081207125751.html>

aumento de enfermedades cardiovasculares⁹⁰ y señalan como causas de las altas tasas de sobrepeso u obesidad que vivimos en una sociedad que "solo funciona con gran rapidez y mucho estrés, donde no hay tranquilidad ni física ni mental y no hay tiempo de cocinar en casa".

Así expuesto, parecería, sin más contextualización, que entre las causas últimas de las enfermedades cardiovasculares estarían la falta de habilidades para cocinar, las elecciones por comida rápida y la falta de tiempo dedicada a la tarea de cocinar por las familias. Las personas aparecen como responsables del aumento de la obesidad infantil, sin atender a cuestiones estructurales como los horarios laborales, los salarios o la flexibilización y disponibilidad laboral o la falta de adecuación de la formación y capacitación profesional⁹¹, que no sólo tienen consecuencias para la incorporación al mercado laboral. La pérdida de poder adquisitivo de las familias, el escaso poder de negociación de la población activa, o las políticas públicas timoratas redundan en la dificultad para optar por una dieta mediterránea, liberar tiempo de trabajo para dedicación a tareas domésticas o equilibrar el gasto del hogar cuando amenazan con cerrar el grifo, la luz, la vivienda.

Así las cosas, se nos ofrecen modelos planos y unidimensionales, y causales, que carecen de profundidad explicativa y complejidad analítica. Presentar los hechos de la forma más simplificada deja poco margen para la interpretación y para la reflexión sobre otras alternativas posibles que no sea *azuzar* a la persona. A la sociología le toca ofrecer la oportunidad no sólo de desenmascarar los fundamentos y creencias más ingenuas o absurdas sino descubrir además el interés intrínseco de las políticas sociales y de la cultura de control (Cohen, 2017) y los modos en que se constituyen socialmente.

A todo lo expuesto podríamos añadir una cuestión más. Si tal como Rose (Rose, 2001) plantea en las sociedades occidentales modernas se está produciendo un desplazamiento del tratamiento de la enfermedad y disfuncionalidad hacia un proceso netamente político de optimización que se materializa en la promesa de

⁹⁰ <https://www.heraldo.es/noticias/salud/2019/08/19/valentin-fuster-es-terrible-que-el-32-de-los-ninos-tenga-problemas-de-peso-1330364.html>

⁹¹ En la Recomendación del Consejo Europeo de 8 de julio de 2014 relativa al Programa Nacional de Reformas de 2014 de España y por la que se emite un dictamen del Consejo sobre el Programa de Estabilidad de España para 2014, se recoge que sigue resultando "inadecuada la educación y la formación a las necesidades del mercado de trabajo" y que persiste "elevado porcentaje de desempleados sin cualificación formal (35,2 %)" lo que está contribuyendo al mantenimiento de una "elevada tasa de desempleo juvenil y el desempleo de larga duración".

la genética, sería razonable pensar que lo que es una cuestión política se convirtiera en una realidad biológica, natural en los cuerpos individuales, que permite justificar que se exhorte a que cada cual optimice su destino biológico.

Que cada cual adquiriera una voluntad de salud, de obligarse a estar bien, como si de una especie de pacto de los gobernados se tratara es una opción además de reduccionista, injusta. Resolver o responder a los riesgos, no es únicamente dar respuesta a una cuestión de características personales sino también, y en primer lugar, a las características de los lugares que se ocupa en la estructura social, y geofísica, y el modo en que se relaciona con los otros y las instituciones públicas de la salud, y del bienestar (educación, empleo, dependencia) de acuerdo a las características individuales y del lugar que ocupa cada persona. Estar en el centro o la periferia implica no tanto escapar al control del Estado sino a la dispersión y colonización de espacios “extremos”, lejos del centro, en los que se filtran los poderes y técnicas de disciplinamiento, mecanismos de seguridad y mantenimiento del orden (Foucault, 1975, 2006 y Giraldo Díaz, 2006)

La desviación no es producto de una voluntad sino más bien de unas condiciones sociales que establecen el acceso a los recursos y que determinan el estado de salud presente y futuro, de menores, adultos y mayores. La explicación de los procesos que producen desviación tiene interés en tanto que sobre los modelos empleados para producir su comprensión se fundamentan las políticas sociales y de la cultura de control social, o mejor dicho de seguridad.

Hablar de desviación implica tener presente la distribución jerárquica de los recursos, los sistemas de creencias que racionalizan y justifican la posición que cada persona ocupa en la jerarquía y cómo las instituciones que organizan los intercambios sociales ponen en circulación valores y significados dominantes que inevitablemente contribuyen a categorizar y señalar a los “tipos” menos deseables. Los atributos como estigma recaen sobre los individuos que han estado inmersos en instituciones e interacciones sociales en las que la negociación de su lugar en la jerarquía le ha señalado como claros perdedores y en este juego desigual adquieren consciencia y aprenden qué es lo normal y que están clasificados de acuerdo con este criterio como “menos deseables”. Acepten o no el punto de vista normal, lo que cobra importancia es cómo dan sentido a las circunstancias en las que viven y cómo logran que su estado devaluado tenga sentido para sí mismos (Davis, 2017).

Poner la mirada sobre la institucionalización de maneras de clasificar, así como distribuir a la población dentro del continuum nos permite desvelar procesos de

desviación que las propias instituciones legítimas, en su ansia por generar orden y seguridad, provocan a través de sus programas institucionales. Focalizar la mirada sobre las conductas desviadas de individuos o grupos específicos es una visión deliberadamente restringida que deja fuera, en raras excepciones son tomadas en consideración, la violencia estructural de las instituciones (políticas, sociales y económicas). Modelos explicativos que ponen el foco sobre las personas confirman la bondad del orden vigente, de los programas institucionales y de las intervenciones de expertos.

Instituciones sociales como las que se centra esta tesis son arte y parte de este juego de jerarquías y etiquetas. Cada una de ellas con su conjunto de procesos, su programa institucional, que fomenta un tipo de pertenencia e inculca una serie de ideales dominantes de lo que significa ser valorado como un buen ciudadano y ser aceptado como miembro, ser *buen estudiante* o ser *sanote*. La juventud negocia estos ideales y su lugar en la jerarquía transitando por estas instituciones, construyendo biografías e identidades siendo conscientes del lugar que ocupan en la sociedad.

La escolarización y la promoción de la salud están lejos de ofrecer certezas a un público más fragmentado e individualizado, pero un público cada vez más informado, competente, capacitado y con capacidad de auto organización para enfrentarse al Estado y sus instituciones, sus dispositivos de seguridad, control y sistemas de coacciones. Las instituciones públicas responsables de mejorar la capacitación para la inserción socio laboral y la alfabetización en salud de las nuevas generaciones deben rendir cuentas ante agrupaciones y grupos sociales cada vez más numerosos y variados con gran capacidad de movilización social y para cuestionar valores, ordenaciones y clasificaciones.

Será un marco útil para comprender los conflictos y problemas que surgen entre generaciones y que tienen un claro reflejo en las instituciones que intentan ordenar el cambio añadir a la edad esas otras estructuras que afectan simultáneamente al desarrollo de sus biografías, clase social, género, etnia, lugar de residencia, etc.

2.2.1.2. Lugares desde donde corregir colegiadamente: la innovación social de las agrupaciones locales

A nivel local nuevas grupalidades (grupos de intereses específicos) se han convertido en la herramienta de vigilancia y control de la población y de las acciones u omisiones de las administraciones públicas. En el plano local surgen agregados de personas que producen nuevos ordenamientos sociales que se traducen en

mapas y códigos postales de salud y bienestar. En lo local operan mecanismos de difusión, escalada de problemas sociales e innovación social que reproducen una y otra vez la cultura del control social (Cohen, 2017) en su intento de hacer frente en términos de capacidad o deficiencia de la población al riesgo, las situaciones de vulnerabilidad o a lo que consideran un deficiente desarrollo del Estado de Bienestar. Y que hoy no es otro su objetivo que reducir la exposición a situaciones de riesgo o vulnerabilidad, impulsando cambios en las condiciones que pudieran ser constitutivas de riesgo o vulnerabilidad.

Estas agrupaciones están en condiciones de cambiar los umbrales asociados con la normalidad y la desviación, puede modificar el número de personas definidas como desviadas, a la vez que crear nuevos recursos e incluso nuevos *nichos de mercado*. Lamentablemente las personas cuando queremos ser dueños de la situación, y la contraseña es el acceso a los servicios y recursos públicos especializados y especiales, las grupalidades (asociación de pacientes, comunidades de vecinos, asociaciones de madres y padres, etc.) en su ansia de poder, corren el riesgo de ser manipuladas por el sistema productivo que se ofrece a financiar y apoyar su movimiento y demandas de mejora del bienestar (recursos y servicios orientados a la mejora de la educación, la atención sanitaria, lo oferta de actividades de ocio, equipamiento de barrios, reducción del tráfico, etc.) En una sociedad en la que el poder no está sólo en el Estado, el mercado se ha convertido en una de las formas no estatales de descentralización y con gran capacidad de intervención y acción sobre las poblaciones, así como definir los límites a la *normalidad* y mercantilizar todo lo relacionado con la vida, incluso lo más privativo, con responsabilidad social, eso sí.

Se corre el riesgo como denuncian voces críticas que la acción pública de organizaciones y entidades sociales se transformen en formas de relación con el Estado y las Administraciones Públicas clientelares, modelos de relación que sacaban la capacidad innovadora inicial y de re-inversiones en muchos casos cuestionables (R. Castel, 1984) De acuerdo con esta línea Cohen (1989) describe cómo en torno a los movimientos sociales afloran cuestiones como:

- a. Las ideas y valores defendidos por éstas se desvirtúan en el diseño de planes por falta de comprensión de la realidad. Tienen dificultades para planear los problemas más allá de lo que definen como necesidad urgente de articulación de recursos y medidas que den pronta respuesta, abordando los síntomas más que llegar a la raíz de los problemas.

- b. Desconocen el funcionamiento del Estado y sus instituciones, existen procedimientos administrativos para asegurar la transparencia, la concurrencia competitiva, la igualdad y equidad, etc. que implican tiempo y recursos personales.
- c. Tienen falta de recursos personales y económicos, cuentan con muy buena voluntad, pero no es suficiente, hay soluciones que requieren de conocimiento, recursos económicos y mucha dedicación
- d. El obstruccionismo o apoyo político, mala o deficiente coordinación con las instituciones del Estado, sean locales, o autonómicas⁹² así como falta de conocimiento de la vía administrativa
- e. Se culpa a sus profesionales y voluntarios de deformar cualquier intento de reforma en su propio interés por conseguir la dirección y un más amplio espacio de intervención.

Las innovaciones que podrían surgir de estas agrupaciones como alternativas a los modos de inclusión estatalizados quedan desvirtuadas en tanto que:

- a. Están en manos de profesionales acreditados por el Estado.
- b. Conducen a otras formas de exclusión.
- c. Como clientela y por los espacios en los que actúan/ intervienen se convierten en organizaciones dependientes del Estado (subvenciones, convenios o contratos públicos) y otras instituciones privadas que ofrecen financiación de sus programas (Bancos y Cajas a través de Fundaciones, empresas que abrazan la responsabilidad social, donaciones de grandes empresarios, etc.).
- d. La dispersión del control, motivado por la descentralización, termina delineando nuevos colectivos para ser “intervenidos”.

Introducimos aquí el concepto de “campo semiautónomo” que Cohen (1989) rescata de Moore porque al incorporarlo permite una mejor comprensión de la capacidad del Estado de intervenir, desde lejos sobre espacios de acción local, o comunitaria. Se refiere a los campos semiautónomos como “unidades locales que

⁹² No es desdeñable el número de entidades que han logrado presencia más allá de las fronteras del municipio o comunidad autónoma en la que surgieron.

pueden generar reglas, costumbres y símbolos internamente y disponen de medios para introducir la conformidad, y que son así mismo vulnerables a las reglas y decisiones del mundo exterior” (Cohen, 1989).

Ejemplos de ello encontramos en el intento de descentralizar el control de la salud sobre los “Consejos de Salud” a nivel comunitario recogido en el Plan Estratégico y Atención Primaria y Comunitario de 2019-2022 de Navarra que busca “actualizar la composición, funciones y atribuciones de los Consejos de Salud, orientarlos como órganos de participación y coordinación en el ámbito sociosanitario” o centros de enseñanza informales que reciben el apoyo de las administraciones locales, como sucede con la Fundación Ilundain Haritz-Berri, que analizaremos en la tercera parte. Descentralización que se produce siguiendo la creencia de que los participantes confían sus problemas mejor en espacios próximos, cercanos a su cotidianidad; de que los conflictos se resuelven antes de que se conviertan en problemas judicializados; y, que la composición de entidades, organizaciones de autoayuda y formas similares no están constituidos tanto por profesionales, sino de personas que bajo un mismo interés se alían en régimen de cooperación.

Este modelo es, sin embargo, como recoge Cohen (1989) otra forma de control social que va desde las organizaciones de custodia y tutela sectarios, pasando por grupos comunitarios de ayuda mutua, hasta movimientos transformativos. Todos estos modelos que incluyen: acuerdo ideológico y politización del lenguaje de la incompetencia, la dependencia y el estigma; unos medios no seleccionados de acuerdo con criterios profesionales de eficacia, el discurso de la necesidad de cambios sociales más profundos; y una tendencia a personalizar, moralizar y hacer auto-atribuciones sobre el compromiso y la capacidad de innovar, de dar respuesta de “otra manera” a los viejos y nuevos problemas sociales con la participación de actores en apariencia no institucionalizados por la mano del Estado.

Tanto la pretendida transformación como la aceptación del cambio suponen convertir a éstos en los recursos que forjan las respuestas con ideas que estaban previamente combinadas pero que tras ser organizadas pretenden constituirse como un nuevo paradigma. Paradigma que usa “ladrillos del viejo orden” y que intenta “retraditionalizar las instituciones sociales en las sociedades del conocimiento” consientes de que son necesarios agentes, agencias e instituciones donde anclar los procesos de experimentación, creación de conocimiento y transferencia a otros a través de la participación en redes (Gurrutxaga, 2013)

Las innovaciones, como soluciones a los problemas local y temporalmente situados, gestadas por estas agrupaciones corren el riesgo de que a la tendencia de la profesionalización e institucionalización ya mencionadas se sumen:

- a. La jerarquización del conocimiento de activistas y profesionales. Provocando relaciones desiguales, paternalistas, ... y barreras importantes para la acción coordinada entre instituciones públicas y ciudadanía.
- b. La desaceleración de la acción. Los procedimientos administrativos a la vez que aseguran igualdad de trato y acceso a los recursos, transparencia, celeridad, ... demandan más tiempo para el correcto cumplimiento de estos principios, más actos y más actores.
- c. La pérdida de capacidad para movilizar a la ciudadanía. Movilizar desde puestos de trabajo de las administraciones públicas a la población siguiendo planes específicos no es un proceso natural, hace falta mucha *maña*.
- d. Muerte del activismo o tutelaje de los movimientos e iniciativas sociales cuando el liderazgo debe estar en la calle.
- e. Deslocalización de las acciones. Pérdida del carácter de lo que era una demanda de barrio al trasladarse al municipio o ciudad.

Capítulo 3. Abordar la (in)seguridad: Normar, normalizar y normativizar

Lo que llamamos normas sociales claramente tienen ambas eficacia social y un alto nivel de realidad intersubjetiva
(Xenitidou & Edmonds, 2014)

Como lo hemos hecho en otros momentos, nos detenemos a reflexionar sobre los mecanismos y tecnologías de seguridad que se han gestado para reducir los riesgos para la salud, o generar seguridad, en base a la capacidad que los sistemas e instituciones del Estado de normar y normativizar cada vez más aspectos de lo cotidiano. Intentaremos responder a por qué y cómo se convierte en “voluntad” individual, lo que no se puede reducir al individuo.

La definición de riesgos en las sociedades avanzadas ha favorecido la gestación y desarrollo de dispositivos y técnicas de seguridad y aseguramiento del orden y desarrollo social. Todo un sistema de relaciones y procedimientos que han contribuido a mantener y transformar los mecanismos de poder, mecanismos de vigilancia y control que permiten contrarrestar, reducir y prevenir las conductas o resultados no deseados (Foucault, 2006).

En "Lo Normal y lo Patológico" Canguilhem (1986) afirma que, en sentido estricto, no es la media la que establece lo normal, sino que es preciso considerarla como la expresión de normas colectivas de vida que son histórica y socialmente cambiantes. Esto implica afirmar, que a través de la variación de las normas sociales y vitales se producen oscilaciones en las medias estadísticas que consideramos como constantes. Así, esas medias podrán ser, eventualmente, eficaces indicativos de aquello que ocurre en una determinada sociedad y en un cierto momento histórico, pero difícilmente podrán asumir el estatuto de un criterio de demarcación entre estados sociales a ser caracterizados como normales o patológicos.

No obstante, cada sociedad, en un momento y espacio histórico específico ha llegado a la caracterización del “tipo normal”, hecho que ha podido ser gracias a generalizar y legitimar a la epidemiología, la biología o la estadística como tecnología de seguridad. Hoy en día los avances técnicos han permitido la recogida de enormes cantidades de datos y el desarrollo de paquetes estadísticos cada vez más “inteligentes” que ofrecen la posibilidad de realizar análisis cada vez más

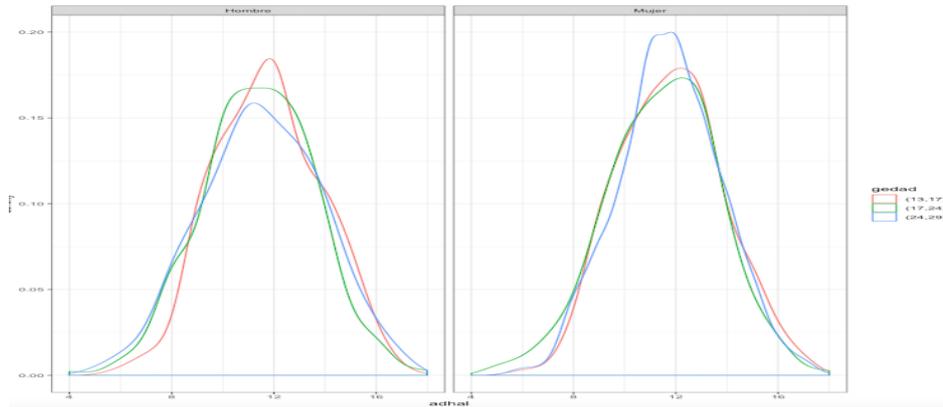
finos y complejos. Finos análisis, que descomponen en elementos mínimos cada aspecto de la vida de las personas, clasificándolos en función de objetivos determinados y estableciendo secuencias y coordinaciones óptimas a través de procedimientos de adiestramiento progresivo y mecanismos de vigilancia y control que permitirán distinguir los resultados de la acción de las personas en apto o no apto, normal o anormal, o situarla en la media o alejada de la misma (Foucault, 2006).

Operaciones que se convierten en elementos de las prácticas de seguridad, que mantienen y restablecen el orden mediante la vigilancia de la población (sistemas de registros y alertas tempranas), el establecimiento de relaciones consustanciales entre un fenómeno y el lugar (como ha quedado tan patente en la relación establecida entre la COVID-19 y Wuhan), evaluación de los resultados a través de análisis cuantitativos (morbilidad y mortalidad) y que consiguen incluso cercar “el caso” extraño, individualizar el fenómeno colectivo de acuerdo a una serie de características individuales. Llegando a una noción de riesgo que permite identificar el tipo de características con el que éste se asocia: la edad, el sexo, el grupo de pertenencia, residencia, etc. y calcular la probabilidad de riesgo, o desviación de la norma, correspondiente a cada grupo individuos caracterizados.

Así, la medida simple que se explicita a través de informes y recomendaciones se convierte en la regla, se presenta como modelo, que permite convertir las observaciones en el deseo que debe ser perseguido por otros, por el conjunto de la población sin discontinuidad, sin ruptura entre unos y otros, de acuerdo a coeficientes de probabilidad aplicables a cada población y que permite extender, escalonar la idea de una morbilidad y mortalidad normales para cada persona que se sitúa en el conjunto de población sin discontinuidad.

Usualmente utilizamos muy gráficamente la curva o campana de Gauss, representación del punto principal de la teoría gaussiana en la que la mayoría de las observaciones giran en torno al promedio (como la que ofrece la Ilustración 4) y, donde, las desviaciones (las dos colas de la campana) van disminuyendo a medida que nos alejamos de la media. Construimos curvas de normalidad para cada sexo, edad, comunidad autónoma, municipio o barrio, las modelizamos y comparamos con nuevas observaciones buscando espacios y poblaciones donde se producen alteraciones, desviaciones, para “que las más desfavorables se asimilen a las más favorables” (Foucault, 2006) o para que lo que más integra quede bajo su curva (Ilustración 5).

Ilustración 4. Representación gaussiana adaptación recomendaciones consumo de drogas de la juventud navarra. Año 2014 e intervalos de edad.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2014.

Esta tendencia a normalizar y ajustar a la norma mediante modelos estadísticos lo que se aleja de ésta, nos impide ver las rarezas, porque ignoran la posibilidad de grandes saltos o las discontinuidades (son incapaces de prevenirnos contra pandemias o de crisis económica como la que precipitó la caída de Lehman Brothers) Si además hacemos uso del recurso de observaciones muestrales, que permitan recoger un amplio espectro de variabilidad, cuanto mayor sea el tamaño de la muestra, lo “normal”, los promedios, se harán cada vez más y más estables, hasta el punto de que las distintas muestras parecerán idénticas (Taleb, 2019), ofreciéndonos la certeza de que una nueva observación se ajustará a los datos ya recogidos, quedará bajo el paraguas de nuestra curva normal gaussiana, ninguna se alejará ya mucho del promedio. Siempre contendrá la cantidad de variabilidad suficiente que represente a la población estudiada y que seremos capaces de abordar a través de políticas públicas dirigidas a la población para mantener el orden de las cosas. El carácter normal del fenómeno observado permite por otra parte erigir esa normalidad de hecho en una normalidad de derecho, de derecho a la salud, educación, vivienda, trabajo, etc.



Fuente: Rachel Ignatofsky (2019) Los asombros del planeta tierra. Entender nuestro mundo y sus ecosistemas

La medida estadística pensada como lo "normal", como valor o representación gráfica, aparece como una extensión, como algo a través de lo cual la norma social adquiere no sólo un valor como dato frío sino una significación relativa, al ponerla en relación con parámetros que permiten comparar a personas y poblaciones, evaluar los resultados de las políticas públicas, y legitimar actuaciones en nombre de la mejora de la salud y el bienestar para todos. Para que todas y cada una de las personas de la sociedad estén bajo el paraguas de la definición dada de normal se diseñan intervenciones y dictan recomendaciones pudiendo (mantenerse en unos niveles de colesterol, de ingesta de sal, de alcohol, de ejercicio físico,...), como hizo Quételet⁹³, llevar a la estadística lo que era una obsesión, concebir las características específicas de *l'homme moyen* con sus hábitos, su consumo, etc. y crear el rango de desviación desde el promedio que situaba a todas las personas a la izquierda o derecha del centro. Convirtiendo a éstas en anormales a minimizar (Taleb, 2019).

La epidemiología, y la estadística, otorgaron a la medicina social la capacidad para expandirse y escalonar la capacidad de control sobre la población buscando la normalización de las poblaciones en el intento por reducir los riesgos, el número de outsiders (aunque se descritos a través de sus factores de riesgo) que amenazan la estabilidad y el desarrollo continuo de las sociedades. Ambas han ido más allá de abordar las desviaciones, hace susceptible a toda la población de ser objeto de intervención a pesar de que la mayoría se concentra en torno a la norma y de que las probabilidades de desviación disminuyen de forma cada vez

⁹³ Quételet y Karl Marx fueron coetáneos y como afirma Nicholas Taleb en *El cisne negro* es evidente que el trabajo del primero inspiró a Marx en su idea de hombre normal medio como queda reflejado en *El capital*: "Se deben minimizar las desviaciones societales en lo que se refiere, por ejemplo, a la distribución de la riqueza".

más rápida conforme nos alejamos del centro o de la media. Esto es, las rarezas son cada vez más improbables (outsiders, outlier). La definición, que corre a cargo de expertos, de lo que cae bajo el espacio de normalidad determinará así mismo lo que caerá bajo el espacio de la exclusión.

El sistema médico ha conseguido así después de institucionalizar el tratamiento de los “desviados” escalonar su modelo y tener autoridad sobre las personas que aún no están enfermas, para quienes no puede definirse un tratamiento para que se restablezcan, pero para quienes se les puede ofrecer la salud como capital a acumular por si “vienen mal dadas”⁹⁴ mediante la libre adherencia, y con información suficiente, a las recomendaciones de estilos de vida saludables.

El cuidado preventivo se ha institucionalizado, normado y reconocido como derecho. Hoy es posible que capitalicemos nuestra provisión de salud inicial hereda, así como que invirtamos para acumular más y mejor salud adquiriendo asistencia médica, una mejor dieta, acceso a una vivienda digna, etc. Podemos en definitiva ganar “tiempo” de salud y ello es posible porque la salud se ha convertido en un valor que tiene una función utilitaria para la persona (distinción) y porque preferimos estar sanos a enfermos (Illich, 1975).

Toda la población se ha convertido en pacientes, recibiendo educación para la salud, y las relaciones terapéuticas se han infiltrado en todas las relaciones circulando a espaldas valores de uso, utilitaristas que producen una gran brecha entre los valores de producción comunitaria y doméstica y las expectativas de satisfacción de la “voluntad” de estar sana que hoy se alimenta en los mercados de valores y capitales sociales.

La incorporación de la salud en el currículo escolar permite que las personas modernas individualizadas aprender a auto gestionar su salud y bienestar a la vez que acentúa el valor del cuerpo y de todo lo que está relacionado con él (Beck & Beck-Gernsheim, 2003) La promoción de la salud se ha convertido en el disposi-

⁹⁴ Para hacer frente a la COVID-19 tener buena salud y no estar entre los grupos identificados para los que el coronavirus compromete su vida: Personas de 65 años y más edad; personas que viven en hogares de ancianos o centros de atención de largo plazo; personas con enfermedad pulmonar crónica o asma moderada o severa; personas con afecciones cardíacas graves; embarazadas y todas aquellas personas en las que existen otras dolencias que pueden hacer que una persona esté inmunodeprimida, entre las que se incluyen: el tratamiento del cáncer, el tabaquismo, el trasplante de médula ósea u órganos, deficiencias inmunes, VIH o SIDA mal controlados y el uso prolongado de corticosteroides y otros medicamentos inmunodebilitantes. <https://www.osakidetza.euskadi.eus/noticia/2020/como-afecta-la-pandemia-del-covid-19-a-los-colectivos-mas-vulnerables/ab84-oskcon/es/>

tivo que sustenta el proyecto de salud y el mantenimiento de un cuerpo que acumula salud para rendir al máximo en cada momento de la vida “desde el esperma hasta el gusano” (Cayley, 2019).

3.1. Dispositivos securitarios: la Promoción de la salud

El término para la mayoría de la gente, si bien no hay una manera única de entender la promoción de la salud, se asocia con la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables. Es común que se equipare con la educación para la salud (realizar talleres, dar recomendaciones y orientación de manera individual o grupal, implementar campañas dirigidas a toda la población o grupos poblacionales específicos, etc.). Pero igualmente la promoción de la salud (PS) aborda los determinantes estructurales sobre los que las personas pueden influir promoviendo cambios sociales y en las condiciones de vida.

El concepto es de reciente aparición en el mundo a pesar de que el historiador Henry Sigerist⁹⁵ ya lo había planteado en 1938. Para que la promoción de la salud como concepto se manifestara con mayor arraigo en las políticas y formas de organización de los países, y pasara a ser considerado como punto de origen de la Nueva Salud Pública, fue necesario esperar unos años. Fue solo a partir de la Carta de Ottawa promulgada por la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública en 1986 que la promoción de la salud se convirtió en el dispositivo necesario y legítimo para articular las intervenciones en el espacio sobre grupos poblacionales, abordando los factores estructurales e individuales que provocan desigualdades en salud.

En Ottawa la promoción de la salud se definió como “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. En esta conferencia se logró generar un gran consenso en torno a una serie de necesidades: a) que todas las personas tuvieran el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud; b) el necesario seguimiento de los resultados en tanto en cuanto permite articular las intervenciones en el

⁹⁵ Terris, M. (1996) Conceptos sobre la Promoción de la Salud: Dualidades en la teoría de la Salud Pública. Memorias Conferencia sobre la Implementación de la estrategia de la Promoción de la Salud en la Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C.

espacio sobre grupos poblacionales, abordando los factores estructurales e individuales, c) y el Estado en la organización, dirección y reglamentación de la prestación de servicios de salud para la población.

La OMS reconocía entonces y ahora que los esfuerzos asociados a la promoción de la salud están vinculados con la educación, el desarrollo comunitario, la política, y la legislación; que la meta a alcanzar a través de la promoción de la salud es y será “mejorar la equidad en salud, reducir riesgos a la salud, promover estilos de vida y entornos saludables y responder a los determinantes de salud subyacentes”; y que a ésta le toca “desarrollar e implementar políticas públicas multisectoriales para la salud, que integren enfoques sensibles a la edad y al género, que faciliten el empoderamiento de la comunidad junto con acciones para la promoción de la salud, el auto cuidado y la protección a la salud a través del curso de la vida en cooperación con socios relevantes nacionales e internacionales” (OMS, 2005).

Desde la conferencia de Ottawa, pasando por la Declaración de Yakarta y la Declaración de Santa Fe se consolidó una visión de la promoción de la salud que posicionaba al sujeto individual y colectivo como el que debía tomar “control” sobre sus procesos. En todas ellas, las propuestas realizadas se alejaban del campo médico o clínico para avanzar en la capacitación de las personas para que éstas decidieran de forma autónoma sobre su vida y sus medios. En todas ellas se mantuvo la demanda incumplida de la reorientación de los sistemas de salud hacia la comunidad.

Sin embargo, esta visión fue desvaneciéndose en conferencias como la que tuvo lugar en México en el año 2000 que “se caracterizó por ser particularmente selectivo y elitista” y donde hubo una “fuerte presencia de los mercados” Se resignificó el concepto de alianzas (como el establecimiento de vínculos fuertes con los empresarios) y se olvidó la discusión en torno a “devolverle el poder al pueblo”. Se resaltó la estrategia de distribuir información para prevenir las enfermedades sobre otras prioridades.⁹⁶

En la siguiente conferencia celebrada en Bangkok, “permaneció esta mirada de mercado, se regresó al enfoque de educación para la salud y a la prevención de enfermedades y de factores de riesgo de los estilos de vida. Se olvidaron de las

⁹⁶ Ingenuidad o ignorancia atrevida es creer que la OMS es una institución autónoma e independiente. El presidente de Estados Unidos, Donald Trump, ha materializado su amenaza de abandonar la OMS a la que acusa de haber gestionado mal la crisis de la COVID-19 y de un sesgo prochino. Su salida supone la retirada del 10% del presupuesto de la OMS.

que las alianzas debían ser con la población, no con las empresas o con el mercado. Este auge produjo fenómenos de consumo sui géneris; la población acaba gastando en productos <<saludables>> que no tienen relación con su realidad y contexto. Se forma una dinámica que permite que sea el mercado, con sus productos, los que <<educan>> a la población, con un bombardeo de mensajes de terror en relación con todas las enfermedades que nos van a atacar con el fin de vender cada vez a mayor escala”.⁹⁷

Las siguientes conferencias celebradas en Nairobi (2009), Helsinki (2013) y Shanghai (2016) avanzaron en la necesidad de recortar la distancia entre la evidencia disponible y la aplicabilidad en el desarrollo de la salud, extender el enfoque “salud en todas las políticas” (la salud viene determinada por factores externos a los puramente sanitarios) y la necesidad de priorizar las actividades de la promoción de la salud en tres esferas: buena gobernanza, mejora de los entornos urbanos y promover las ciudades y comunidades saludables, y reforzar los conocimientos sobre la salud.

A pesar de los vaivenes que ha podido sufrir el concepto de promoción de la salud tratando de adaptarse a los cambios de una sociedad globalizada, en todas las conferencias y, de forma general, se coincide en considerar la promoción de la salud como proceso que cumple un doble objetivo. Por un lado, cumple con el deseo de aumentar el control de las personas sobre su salud para mejorarla (educación para la salud (EPS), para la adopción de estilos de vida saludables) y por otro, la necesidad de modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que funcionan como determinantes de salud por el impacto que tienen sobre la salud de las personas (influir en las políticas de salud pública e incluir la salud en todas las políticas).

Conceptos y principios como el empoderamiento, equidad o igualdad de género, emergen en discursos provenientes de corrientes alternativas que socaban la posición de una promoción de la salud en la que todavía domina el modelo médico biologicista. Modelo biologicista que: a) traduce los problemas de salud ignorando su dimensión social, sin considerar su desarrollo histórico; b) percibe la salud como un bien a proteger y cuidar (que si no se tiene se puede adquirir mediante el consumo de productos y adherencia a tratamientos prescritos por los

⁹⁷ De la transcripción parcialmente editado de Consuelo Chapela. Primer encuentro de Promoción de la salud. Conferencia UACM Casa Libertad, Iztapalada, Cd Mexico, 2006 en Guzmán Pizarro, L. Coord. (2012) Introducción a la promoción de la salud, UACM.

profesionales certificados por el Estado); c) donde la población queda subordinada a las recomendaciones e indicaciones de los profesionales sanitarios; d) donde la promoción de salud se traduce en prácticas que se imponen sobre la población de acuerdo a criterios epidemiológicos (quedando fuera las prioridades de la población); y, e) que interviene cada vez antes a nivel de los conjuntos, de las estructuras familiares y sociales.

En los últimos años la promoción de la salud se ha convertido para una corriente crítica en un modo de administrar la asistencia, de una forma original de medicina. Así por ejemplo, bautizar como crónicos a quienes no responden a tratamientos, con los que intervienen técnicos institucionales que representan la forma de “medicalización” que conviene al ejercicio de la medicina y su sostenibilidad, y que se traducido en una particular transformación de la estructura de la organización de los servicios sanitarios (sostenibilidad del sistema) que ha llevado a la externalización de muchos de los servicios y prestaciones del sistema sanitario, dando la espalda a las recomendaciones de la OMS sobre la reorientación de los servicios de salud o el impulso de la participación de las población empoderando a familias y comunidades.

Corriente crítica con una promoción de la salud que parece haber ganado músculo, estructura y presencia en instituciones y mercados, no tanto así en sus postulados sociales. Desarrollar los postulados de la promoción de la salud hasta sus últimas consecuencias supone destronar a expertos, y agencias de poder, y pasar el ejercicio de poder sobre la salud a las propias personas.⁹⁸ De lo contrario, la promoción de la salud puede quedarse reducido a un instrumento técnico, a un “trabajo pedagógico que tiene el poder de inculcar contenidos arbitrarios para lograr la subordinación de los distintos grupos de la sociedad” (Chapela, 2008) y que como trabajo de inculcación durante un periodo de tiempo suficiente perpetúa en las prácticas de los sujetos los principios de arbitrariedad⁹⁹, a través de

⁹⁸ Esta situación me recuerda a la que creo se repite en nuestras universidades que se adhirieron y abrazaron el espíritu de Bologna, pero que dista mucho de ser una realidad. Será suficiente ilustrar lo dicho con la cita recogida en Bourdieu y Passeron (2003) de E. Durkheim de su libro *Historia de la educación y de las doctrinas pedagógicas. La evolución pedagógica en Francia*: “En Bologna no se profesaba mas que el derecho; los estudiantes de Derecho eran hombres de una cierta edad, con frecuencia eclesiásticos ya llenos de beneficios. Semejantes oyentes no estaban dispuestos a dejarse regentar. Formaron entonces una corporación, una *Universitas*, distinta e independiente del colegio de los maestros; y era su corporación la que, en razón de su fuerte organización, decidía la ley e imponía su voluntad a los profesores, que estaban por cierto obligados a ir por donde querían sus alumnos. Por más paradójico que les pueda parecer este tipo de organización académica, ha existido en más de un caso”.

⁹⁹ Definición de arbitrariedad de Bourdieu y Passeron en *La Reproducción* p.37: “Condiciones sociales capaces de excluir la condición lógica de la posibilidad de una acción que sólo puede alcanzar su efecto propio si se

técnicas muy sutiles que los agentes del trabajo pedagógico viven con la ilusión de realizar la actividad pedagógica de acuerdo a principios de libertad y universalidad (Bourdieu & Passeron, 1996).

Las diferencias en el significado de promoción de salud no son sólo entonces una cuestión de definición sino de cómo ésta se lleva además a la práctica. La escolarización obligatoria de los 3 a los 16 años otorga a la promoción de la salud el marco por antonomasia para abordar la Educación para la Salud (EpS) y el abordaje de todos los aspectos relacionados con la salud. Que la EpS entrara en los centros educativos curiosamente también imprimió nuevos aires en los enfoques de salud pública. Podemos encontrar orientaciones paternalistas propias de “Estados niñera” que centran las intervenciones en el fomento de la responsabilidad individual a través de información y consejos sobre dieta, consumos de drogas, sobre las emociones (o la felicidad), etc., discursos que se enmarcan en un discurso más amplio de “cuidados”. Donde el intento de una nueva formulación de la salud del s. XXI que debía fomentar la capacidad de adaptación y autogestión se tradujo sin embargo en la práctica “en pedagogías de vigilancia”. Por ejemplo, como respuesta a la epidemia de la obesidad se enseña a controlar y monitorizar los placeres de lo cotidiano, a través de la vigilancia de la dieta y el ejercicio físico. Quedando de esta manera reducida la promoción de la salud en una aplicación técnica de conocimientos provenientes de distintas disciplinas lo que la convierte en un modelo de intervención dependiente de ramas de saber que más que converger intentan diferenciarse en busca de espacios de intervención propios. Reflejando en la práctica profundas diferencias en concepciones, significados, beneficiarios, medios y fines.¹⁰⁰

Lo cierto es que se ve a la escuela como el lugar donde restablecer la cohesión social, evitar la anomía juvenil, prevenir las adicciones (con y sin sustancia) el fomento de relaciones afectivo-sexuales positivas, ... como el medio más potente

tienen en cuenta objetivamente ignorada su verdad objetiva de imposición de una arbitrariedad cultural, pudiendo a su vez especificarse esta cuestión en la de las condiciones institucionales y sociales que hacen que una institución pueda declarar expresamente su práctica pedagógica como tal sin traicionar la verdad objetiva de esta práctica. En otra de sus posibles acepciones se corresponde con el puro poder de hecho, gracias al cual puede plantearse las condiciones sociales e institucionales capaces de ocultar este poder de hecho como tal y de presentarlo como autoridad legítima, dicho término es el adecuado para recordar continuamente la relación originaria que une la arbitrariedad de la imposición y la arbitrariedad del contenido impuesto”.

¹⁰⁰ La salud y su promoción genera nuevos mercados en los que las distintas disciplinas del conocimiento quieren y deben “colocar” o hacer un hueco en el mercado laboral a sus graduados y graduadas si quieren ellas mismas mantener su capacidad para otorgar certificados y proposiciones de verdad.

para alcanzar el bienestar individual y comunitario/social, y, sin embargo, el entorno en el que opera la educación no permite augurar que ésta tenga todo el impacto positivo deseado en la salud, además de social y político.

3.1.1. Socialización (em-poderamiento) y educación para la salud

La salud ha pasado de ser un elemento necesario para el desarrollo y bienestar de los estados a obtener valor social por sí mismo, hecho que no oculta que también tiene un interés social para los Estados de Bienestar como el español donde los cuidados se han convertido en uno de los principales retos. Así desde hace años la educación para salud y la promoción de la salud han cobrado valor social y cultural, se han convertido en el envoltorio necesario para hacer atractiva la nueva exigencia del desarrollo de las sociedades modernas: la adopción de un estilo de vida que defina sociedades sostenibles y equilibradas.

Sin embargo, la promoción y EpS implica a profesionales no sólo sanitarios sino también a profesionales que trabajan en el ámbito educativo y de los servicios sociales y a cada actor individual. El mantenimiento de la población sana implica a instituciones y sistemas de atención y aseguramiento de la salud y otros sistemas como el educativo. La salud hoy más que nunca se ha convertido en “la cuestión social” transversal a todas las políticas públicas de los Estados de Bienestar.

Los expertos de distintas áreas del conocimiento han aplicado la promoción de la salud como educación para la salud o como acciones sanitarias en las que se informa a la población sobre hábitos saludables que se caracterizan por mantener los contenidos de la higiene, la prevención, la atención ajustada a las necesidades de cada persona y la recuperación/rehabilitación de enfermedades. Una mirada un poco más amplia es la puesta sobre los déficits, individuales o sociales, (que se desliza hacia el manejo de los riesgos que amenazan la salud y se expresan en morbilidad), con consecuencias importantes en el modelo de intervención y actitudes de los profesionales pero que no llega a incidir sobre los aspectos promotores de salud.

Otra corriente es la que potencia, promueve e impulsa la participación activa del público en materia de salud, que pone el acento en la agencia¹⁰¹, en las capacidades de las personas como actores de salud, y en la intervención sobre los entornos

¹⁰¹ No utilizaremos el concepto empoderar que tan a menudo se ha utilizado en relación a poblaciones que están en relaciones de dominio. La acción de empoderar

donde viven las personas, favoreciendo el control de las personas, grupos y comunidades sobre las variables que condiciona su salud (Palomino Moral et al., 2014) Corriente que confía el poder de agencia a la población, que la considera capaz de liderar procesos de cambio a la vez que *prescindir* del médico. Corriente que valida el conocimiento lego sobre el que parece existir un amplio consenso sobre los mínimos de salud, normas mínimas que cubran el deseo, y necesidad, de disfrutar de buena salud. Normas que no tienen por qué coincidir con aquellas que se dictan desde el ámbito científico-técnico de la salud -recomendaciones-. Corriente que reconoce, cómo a partir de la experiencia adquirida a través del contacto con los sistemas e instituciones del campo de la salud, las personas son capaces de crear y recrear sus propias representaciones de la salud a la vez que dar un sentido práctico a las construcciones sobre la escena social específica en la que despliegan conductas y definen hábitos. Personas que defienden y adoptan hábitos y/o estilos de vida que los hace diferentes pero que, sin embargo, todas ellas y sus construcciones contribuyen a la definición de unidad en el discurso de la salud y bienestar.

3.1.1.1. Las recomendaciones en estilos de vida

Como sucede con la definición del concepto de salud en las recomendaciones sobre estilos de vida la historicidad, espacio y tiempo, es esencial para comprender el sistema articulado de prácticas científicas y sociales. El desarrollo de métodos para tratar la salud, de estudios epidemiológicos, así como la variación en el valor que se ha dado a la salud histórica y culturalmente han devenido en la articulación variable de recomendaciones en estilos de vida en consonancia con los conocimientos en salud y las prácticas sociales en torno a la misma. Las recomendaciones en estilos de vida tienen la habilidad y hábito de cambiar al ritmo que lo hacen las enfermedades: de las grandes epidemias infectocontagiosas agudas de los s. XVIII y comienzos XIX, pasamos en el periodo de la industrialización y desarrollo social y económico a una etapa o época en la que adquieren protagonismo las enfermedades infectocontagiosas, hasta finalmente llegar al momento de las enfermedades sociales, así denominadas por tener como origen los estilos de vida (Gómez & Rabanaque, 2000).¹⁰²

La formulación de recomendaciones por expertos e instituciones de la salud apunta a elecciones cualitativas, connotan algo racional, positivo que sirven a los intereses individuales y de la sociedad (conservan la salud y reducen los costes,

¹⁰² En Colomer Revuelta, C y Álvarez-Dardet Díaz. Promoción de la salud y cambio social, Ed. Masson, Barcelona, 2000.

reducen los daños) Basadas en la evidencia científica las instituciones son capaces de producir y re-producir rituales que naturalizan la racionalización de la vida, sus estilos de vida relacionados con la salud y el bienestar así como delinear biografías de transiciones secuenciadas y ritmadas en torno a etapas predeterminadas en base al conocimiento biológico del cuerpo (infancia, adolescencia, juventud y madurez).

Sin embargo, se produce la paradoja de que mientras las recomendaciones para la mejora y mantenimiento de la salud renuncian a imponer estilos de vida saludables a nadie, dando por hecho que la libertad de elección es un derecho básico, al mismo tiempo racionalizan y delimitan el número de elecciones y acciones posibles. Para lo cual ha sido necesario dotar de un nuevo significado a la responsabilidad¹⁰³ para movilizar a los individuos (Castel, 1984) sometidos a las limitaciones para que tomen a su cargo la exigencia de regularlas, de modo que cualquiera que no siga una nueva orientación aparece como irresponsable, sospecho de ser incluso culpable y generar riesgos para la salud de la comunidad, como sucede con las familias que optan por no vacunar a sus hijos e hijas u hoy deciden no usar la mascarilla¹⁰⁴ para prevenir la transmisión del COVID-19. Aunque todos sabemos que siempre existe un margen para la duda de su eficacia primará el principio de precaución.

Junto a los profesionales de la salud (sanitarios, educadores sociales, terapeutas ocupacionales, ...) han ido apareciendo todo un séquito de profesionales expertos, que, ante la proliferación de poblaciones en situación de riesgo desde el nacimiento, trabaja desde la distancia recogiendo datos, construyendo y analizando perfiles y ofreciendo recomendaciones sobre estilos de vida. Recayendo el resultado de su trabajo sobre cualquier persona y haciendo del médico un asesor del bienestar y de estilos de vida, en un artista de la prevención y la promoción de la salud (Crichton en Beck & Beck-Gernsheim, 2003) que dicta, prescribe, recomienda tratamientos, dietas, ejercicio físico, horas de descanso,... planifica de

¹⁰³ De acuerdo con Beck & Beck-Gernsheim (2003) la responsabilidad asume en las sociedades individualizadas tres facetas distintas: social, individual y moral. Social, en tanto que implica inversiones públicas y gasto social. Individual, motivada por la explosión de costes (aumento de la esperanza de vida, necesidad de cuidados cubierta por el Estado, ...) un mayor conocimiento y atesoramiento de evidencia científica provoca la aceptación voluntaria por "amor a la salud". Y moral, por cuanto la toma de decisiones se convierte en una odisea moral, entre lo que está bien o mal, adecuado o inadecuado, ajustado o desviado.

¹⁰⁴ El uso de mascarillas para prevenir el contagio de la COVID-19 se exige a toda la población, del mismo modo que se le exige que sea capaz de hacer "buen uso" de la misma. Es imposible adoptar una nueva conducta a golpe de decreto u orden ministerial, no por falta de voluntad o responsabilidad sino por falta de tiempo para adquirir experiencia y conocimiento propio.

manera ordenada y lineal los hitos y ritos de cada día de su vida y durante toda la vida.

Sin embargo, el sentido y las prácticas o conductas que adoptan los profanos en relación con la salud no siempre coincide con el del profesional. La población no ofrece una sumisión o subordinación científica a la medicación, al diagnóstico, tratamiento terapéutico, o caracterización como “desviado” de la norma, sino que reinterpretan lo racionalizado por los expertos, usándolo de acuerdo con intereses inmediatos y concepciones particulares (Grippio, 2006). Como sucede con la práctica médica, las normas sociales relacionadas con la salud no son estáticas, se estructuran socialmente a partir de las necesidades y los satisfactores que las propias personas producen en sus interrelaciones con otros sujetos y objetos, y se imponen sobre las personas según los roles sociales que estos desempeñan (estudiante, trabajador, profesorado, sanitario, cuidador/a, etc.).

Como representaciones individuales y colectivas, las normas sociales, que no siempre, o no en su totalidad, legitiman el saber “experto” provocarán que quienes impulsados a cumplir las normas como una forma de pertenencia a la sociedad adoptarán las recomendaciones sobre estilos de vida para la salud por gusto y deseo de diferenciarse mientras habrá quienes optarán por un mínimo “aceptable” que se espera no reciba censura social o quienes no pudiendo optar por lo mejor intentarán con los recursos a su alcance hacer lo posible.

Es aquí donde el tiempo se erige en la llave para una vida auto-determinada, como marca de una transición de la lucha por la distribución de los bienes materiales a una existencia de la distribución de los escasos recursos inmateriales. Un tiempo que como instrumento de control social en tanto que como institución social sincroniza perspectivas individuales, colectivas e institucionales, sirve de orientación en todos ámbitos sociales y niveles de integración (físico, biológico, social e individual), al tiempo que construye normas y valores sociales (Lasén Díaz, 2000). El tiempo contribuye a la racionalización de las conductas, y por supuesto de las conductas relacionadas con estilos de vida saludables, que pasan a aplicarse al cuerpo biológico sobre el que tomar decisiones y acciones. Cuerpo sobre el que se materializan toda una serie de rituales que naturalizan la racionalización de las conductas saludables (horas de sueño, número de comidas, tipo de dieta, ejercicio físico, etc.) y la práctica sanitaria (calendario de vacunas, programas “de niño sano”, tratamientos, etc.) desarrollada desde las instituciones públicas y privadas por profesionales de la salud que trabajan o no cara a cara con las poblaciones. El tiempo dedicado al descanso, al ocio, a las relaciones, a

amistades, al uso de pantallas ... se convierten en valores de una cultura autoorientada¹⁰⁵ que surge en las sociedades de la segunda modernidad (Beck & Beck-Gernsheim, 2003) o de la tercera ola (Toffler, 1980).

Cuando tiene lugar el aumento del conocimiento y la posibilidad de predicción gracias al desarrollo de la tecnología la salud se termina por constituir como en un dispositivo de aseguramiento de las *life politics*¹⁰⁶, en la nueva fuerza de vigilancia para proteger la prosperidad, individual y social, de cualquier amenaza. La tecnología médica consigue estandarizar lo que parecen elecciones libres, individualizadas y difícilmente de homogeneizar de los *hijos de la libertad*. Abundando en lo anterior, los dispositivos de vigilancia institucional y control social pueden vislumbrarse en las técnicas de reproducción asistida que permiten el retraso de la de la edad a la maternidad¹⁰⁷ y reducir el riesgo y temor de tener un hijo o hija con discapacidad, que de paso permiten carreras profesionales que se retrasan debido a periodos de formación dilatados y la falta de estabilidad laboral hasta transcurridos unos años; o, por el contrario, contribuyen a maternidades en solitario, que provocan incertidumbres porque determinan nuevos modelos de relación familiar y con las instituciones públicas sobre las que recaen la demanda de satisfacer necesidades hasta el momento cubiertas por el grupo familiar, extenso primero después nuclear y ahora zombi. O, poniendo otro ejemplo, como son los estilos de vida y las recomendaciones que surgen en torno a ellos a cerca del número de horas de actividad física, la composición de la dieta, el número de horas dedicadas al descanso, etc. Recomendaciones que institucionalizan estilos de vida como paradigma de “un modelo de vida saludable” que tiene que ver mucho con una naturalización de las elecciones de las clases que ocupan una mejor posición en la jerarquía social y pone de relieve las desigualdades en

¹⁰⁵ Los jóvenes son uno de esos grupos que intentan disputar el tiempo para superar la normas y las barreras para el tránsito a la vida adulta, mientras integran horarios y calendario, retando a las instituciones tradicionales el orden y planificación que siguen el movimiento rítmico de las manecillas del reloj o el parpadeo de los números digitales.

¹⁰⁶ *Life politics* como todas aquellas decisiones adoptadas en el marco de un proceso reflexivo que afectan a la identidad individual. Serían todas aquellas decisiones y negociaciones individuales y sociales que se relacionan con el curso de la vida, las oportunidades, la red social o capital de relaciones, la autorrealización, la felicidad, la salud, el bienestar.

¹⁰⁷ En 2018 más de la mitad de las mujeres españolas de 30 a 34 años (el 52,0 %) no ha tenido aún hijos. La mayor fecundidad se da en las ocupadas con 40 o más años, con una media de 1,5 hijos. Por su parte, las mujeres en situación de inactividad son las que más hijos tienen de media, llegando a alcanzar los 1,8 hijos en el grupo de edad de 40 a 44 años. En Notas de Prensa del INE. Abril de 2019. Consulta realizada en septiembre de 2020,

https://www.ine.es/prensa/ef_2018_d.pdf

salud, en el acceso a los recursos y a los recursos simbólicos. Todo lo cual, a la postre, ahonda en el gradiente social de la salud.

La mejora de la salud y la responsabilidad (consumo responsable, uso responsable, seguimiento de las recomendaciones, ...) se han convertido en valores básicos *siameses* de la sociedad individualizada, valores guía que influyen en la cultura y preparan el terreno para que lo público invada lo privado, en las elecciones individuales, e incluso “defina la duración de una ráfaga de emoción” (Bauman, 2007)) y se abra la puerta al mercado.

Las recomendaciones, prescripciones y tratamientos, por paradójico que parezca, se han convertido en una compulsión voluntaria sin mucha objeción y de reivindicaciones de servicios públicos dirigidos al Estado para que regule y normativice la esfera privada de las personas en aras, no sólo de su salud y bienestar, sino de la defensa del interés superior de la comunidad, y del mantenimiento de un Estado de Bienestar seriamente amenazado¹⁰⁸.

Al trasladar la responsabilidad de mantenerse saludable, de acuerdo con un ideal acondicionado a las necesidades y/o deseos de una parte de la población, olvidamos con mucha frecuencia que las personas están desigualmente equipadas para hacer frente a las contingencias de la vida, y no son pocas las situaciones en las que se exige más a quienes están en peores condiciones para entrar en lógicas de contraprestaciones. Así mismo, la descentralización de las políticas sanitarias, desplazando las decisiones al lugar próximo de la ciudadanía, donde se estructura la vida social, donde cristalizan las principales desigualdades y donde es posible gobernar y diseñar intervenciones públicas donde se reconfigura las posibilidades de éxito según una lógica de “entre nosotros” puede dar lugar a desigualdades territoriales de difícil encaje mientras se defiende la unidad e igualdad territorial (Castel, 2010).

¹⁰⁸ Así, por ejemplo, para salvaguardar el sistema sanitario, reducir la carga de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco y la presión sobre el sistema sanitario, se aprueban medidas que suponen la prohibición del consumo en espacios públicos y privados, con el interés superior de proteger a todos, creando espacios sin humo.

3.1.1.2. La alfabetización de la población: educar para la salud

El objetivo del médico, como el del educador, es volver inútil su función

Canguillen (2004)

"Nowadays people know the price of everything and the value of nothing"

Oscar Wilde. The picture of Dorian Gray (1890)

La educación para la salud en el marco de la promoción de la salud se marca como objetivos básicos a perseguir que individuos y grupos de población adopten conductas positivas que les ayuden a conservar y mejorar su salud. Objetivos que se traducen en la necesidad de modificar la conducta habitual o estilo de vida, o adquirir otro, pero sobre todo que la salud sea apreciada por personas y grupos como un valor básico de la comunidad y que acepten la responsabilidad en su promoción y cuidado, ya sea individual o colectivo. Una y otra, se complementan y se refuerzan como dispositivos que median entre la población y su entorno a la vez que aumentan las posibilidades de la población para poder intervenir sobre los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, para que la población participe e inicie procesos de cambio es necesario un medio ambiente que sea favorable, son necesarias instituciones públicas que apoyen las iniciativas gestadas por agrupaciones y /o comunidades que promueven cambios en las condiciones de vida y en las formas de vida.

Si hablamos de educación en los términos que lo hace la OMS¹⁰⁹ ésta se entiende como "logro de capacidades para desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente" o de otra manera "como el conjunto de oportunidades de aprendizaje elaboradas conscientemente, incluyendo formas de comunicación, con objeto de mejorar el conocimiento sobre la salud y el desarrollo de habilidades para la vida que puedan conducir tanto a la salud individual como colectiva". Podría señalarse, además, respondiendo a para qué sirve la educación para la salud que ésta ofrece a la población los conocimientos suficientes y capacidad práctica para resolver los problemas de salud.

Sin embargo, se ha criticado a la educación de haberse desprendido de la movilización y activismo social, y haber puesto el foco en acciones sobre los atributos de las personas (conocimientos, creencias, valores motivaciones, actitudes y ha-

¹⁰⁹ De acuerdo con distintas definiciones el concepto de educación para la salud incluye informar sobre los aspectos que tienen impacto sobre la salud, como las condiciones sociales, económicas y ambientales, así como los factores y conductas individuales de riesgo y la utilización de los servicios, y desarrollo de habilidades para la puesta en marcha de acciones políticas que pretendan influir sobre los determinantes sociales.

bilidades) que van cambiando como producto de sus interrelaciones y de las experiencias de vida en cada momento del ciclo vital. Sobre todos aquellos atributos que son producto del largo proceso de socialización. Todos ellos factores necesarios para hacer efectiva la participación social del individuo a la vez que posibilitan el mantenimiento de la sociedad en la que cada individuo es socializado. Proceso que nos afecta de forma continuada y que ha permitido la instalación en la conciencia de cada persona una “voluntad de estar sana” haciendo acopio de “las habilidades y competencias necesarias”, y contribuir a reducir la carga sobre prestaciones sociales diseñadas para asegurar la sociedad asalarida.¹¹⁰

Lo cierto es que educar para la salud actualmente ha ido incorporando distintas teorías y herramientas desde el campo de la pedagogía y la psicología o desde los ámbitos psicosocial y sanitario. No obstante, de los distintos modelos de educación para la salud nos centraremos en el modelo epidemiológico (o técnico) y en el modelo comunitario, los dos modelos entre los que basculan las intervenciones que se definen desde la nueva salud pública. Modelos que toman como objeto de la intervención el contexto. El primero muy riguroso en la metodología ofrece un denso paquete de variables que permite al propio sistema organizador de la salud optimizar la producción de la salud y enmarcan las actividades educativas de acuerdo al conocimiento producido a través de la investigación-acción con diseños experimentales o cuasi-experimentales sobre grupos poblacionales específicos. Dispositivo de salud que opera desde la distancia y que recorta significativamente los objetivos de actuación. Y sus intervenciones se caracterizan por desarrollarse en espacios concretos: consultas, hospitales, escuelas, etc.

El modelo comunitario, siguiendo una metodología igual a la del modelo epidemiológico, identifica redes sociales o el conocimiento de la dinámica social de una comunidad para lograr la participación de la población tanto en la expresión de necesidades, la búsqueda de recursos y la evaluación de los resultados. Las intervenciones van dirigidas a toda la comunidad, no a grupos especiales. Impulsado desde la Conferencia de Alma-Ata (URSS) en 1978 este modelo marcó el paso a intervenciones en salud más contextualizadas y centradas en la búsqueda

¹¹⁰ En otras palabras, en la salud como con el trabajo se ha pasado de un sistema que atendía las contingencias (desempleo o enfermedad) a un sistema que alcanza a toda la población (empleable/activa y sana) en su intento de reducir los riesgos que implique aumento de gasto social (en tratamientos, ayudas a la contratación de colectivos específicos, ...) De manera que para poder dar respuesta a las necesidades de toda población se restringe la entrada y aceleran las salidas de programas de atención/tratamiento, que segmenta a los participantes, introduce obligaciones contractuales y formula medidas/protocolos para la reincorporación o recuperación temprana.

de un estado de bienestar (Uribe, 1996) La idea comunitaria se descuelga de las macro estructuras de salud para centrarse en los espacios locales donde es posible establecer un marco de relaciones horizontales entre los agentes y desde donde poder generar movimientos de cambio en la estructuración de los servicios que respondan a las necesidades de la población.

De acuerdo con el concepto de salud pública que activa a las personas y que exhorta como lugar estratégico para las intervenciones a los espacios comunitarios se perfila un concepto de salud comunitaria que respondiendo a contextos culturales demanda instrumentos que estructuren la acción de todos los agentes de salud. Los centros de salud se convierten en la estructura que permite atender las necesidades de salud de la comunidad; relacionar promoción y asistencia y trabajo social y prestar asistencia en cooperación con otros recursos comunitarios (servicios sociales, centros educativos, etc.). Y, sobre todo, ser espacio para el aprendizaje y la educación para la salud de su comunidad.

Los centros educativos son ese otro espacio para la educación para la salud. En el contexto de la reforma educativa impulsada por la LOGSE, surge la Educación para la Salud (EpS) como reto que va más allá de convertir ciertos temas en áreas específicas de conocimiento, y que trasciende a lo estrictamente curricular, implica a toda la Comunidad Escolar e incluso a otros sectores de las Administraciones públicas, especialmente el sanitario y servicios sociales no sólo por su proximidad sino porque la salud se hereda, se aprende y se transforma en relación con los objetos y sujetos con los que se interactúa en cada etapa del ciclo vital. El educado desde su infancia orientado hacia la prosecución de su salud, podrá formarse un criterio propio, interpretar y ejecutar medidas saludables tanto para él como para las personas que lo rodean mejorando así su calidad de vida y bienestar, a la vez que estará en mejor posición para reclamar, clamar, o demandar el acceso a los recursos sanitarios cuando los precise, su mejora, universalización o racionalización.

Como dos objetivos entretreídos la educación y la salud, contribuyen a determinar campos y profesionales para el trabajo educativo sobre otros. Trabajo que tiene un doble juego de funciones o acciones: una desde fuera que nutre, alimenta a las personas con conocimientos y otra hacia fuera que trata de fomentar el desenvolvimiento. La educación es una necesidad cultural y un fenómeno social, tanto por su origen como por sus funciones. A través de una educación sistemática y programada se intenta mover al individuo de una situación heterónoma a

una autónoma, determinando el éxito o fracaso del proceso educativo de acuerdo con el balance entre estas dos funciones (Lemus, 1969).

Es indiscutible por otra parte que el proceso educativo está estrechamente unido al proceso de aprendizaje entendido éste como la modificación de una conducta que incluye: 1) conciencia de cambio, 2) el proceso de adquirir o desarrollar una nueva conciencia y conocimiento y 3) la adquisición de nuevos significados. Aprendizaje significa el desenvolvimiento de un nuevo sentido de dirección que puede ser usado sólo cuando la ocasión se presente y se considere apropiada como guía de la conducta. Implica un cambio de actitud o de valores.

Atendiendo al hecho de que aprender opera siempre y que es innato o consustancial a nuestra naturaleza la educación para la salud podría definirse como aquella situación de ambiente provocada para generar, motivar o dirigir procesos de aprendizaje hacia el logro de metas concretas como la modificación de los estilos de vida. La EpS supone una forma de comunicación y relación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales ya que por sí misma no produce cambios significativos en las conductas relacionadas con la salud.

La EpS ya lo hemos dicho es un instrumento para la Promoción, a través del cual se configuran estilos de vida saludables, pero ésta no se acaba en una cultura de salud, sino que necesita de un sistema educativo saludable, y esto es hoy una aporía. Más aún si pensamos la escuela, siguiendo a Waquant, como espacio donde se gestan procesos de destitución social en tanto en cuanto enclave donde se configura una particular interacción entre fuerzas macroestructurales, políticas estatales y el compromiso activo de los “desviados”. De modo que la que debía tener un efecto nivelador (y proyección social para todo el alumnado) se convierte en un espacio que contribuye a aumentar (tiene un efecto acumulativo) las desventajas en salud desde el origen (Wacquant, 2001).

El periodo de escolarización obligatoria para una parte no desdeñable del alumnado se convierte en un periodo de contención y de experiencias de violencia interpersonal cotidiana (alumnado-profesorado-en alumnado) que como profesión autocumplida lo confinan a formaciones básicas (con o sin certificaciones oficiales) que derivan en futuros trabajos de baja cualificación, con mayores riesgos para su salud y con menor proyección social.

La escuela ha cambiado y simultáneamente lo han hecho los procesos institucionales que la encadenan al resto de instituciones sociales (familia, sanitaria, atención social, etc.). La meritocracia que impulsó en el s. XVIII que creía que la mayoría de las personas, independiente de la clase social, eran capaces de realizar un buen trabajo, siempre y cuando recibieran una buena formación (relación entre maestro y aprendiz que se daban en los talleres) y contar con un comienzo justo experimentó un giro con el advenimiento del capitalismo. Aun cuando éste ofreció para la gran masa asalariada el ascenso social, sin hacer mucho por igualar los puntos de partida de muchos jóvenes, “los resultados desiguales se justificaban como consecuencia del talento [...] antes que a circunstancias que los individuos no tenían prácticamente posibilidades de cambiar” pero que no evitaban que se produjeran tácitos reproches hacia uno mismo -ser más astutos en las elecciones escolares o haber pensado equivocadamente que trabajar duramente daría recompensas permanentes como mantener el empleo- (Sennett, 2019) Hecho que hoy se exagera en las escuelas, el talento o el emprendimiento se ha convertido casi en máxima. Valgan dos ejemplos: la ley Wert aprobada en 2013 y la Iniciativa de Empleo Juvenil lanzada por la Comisión Europea en el mismo año.

En 2013, a propuesta del PP, se aprueba una nueva ley, la Ley Orgánica de Mejora de la Calidad de la Educación (LOMCE) Norma que marca un periodo de deterioro de las condiciones de debate público en materia de educación y que presumiblemente será derogada en cuanto se produzca un cambio de gobierno¹¹¹. La Ley Wert conocida así por quien fue el padre de la “criatura”, el Ministro de Educación del Gobierno de Rajoy nació con el propósito de derogar la LOGSE de 1990 y la LOE de 2006 ambas aprobadas en el turno de gobierno de los socialistas. Se trataría pues de la primera ley educativa del PP, ya que el intento de Aznar en 2002 nunca entró en vigor al ser derogada por un Real Decreto Ley aprobado por Zapatero. Leyes, del PP, que comparten el interés por la calidad de la enseñanza, que ponen el acento no en el proceso sino en la evaluación de los resultados y una orientación hacia la eficiencia.

La LOMCE se critica por ser una reforma educativa que sigue los dictados de los mercados, incorporando los principios de competitividad, rendimiento, productividad, etc. Son repetidas las veces en las que en la norma aparecen las palabras “mercado”, “competitividad”, “resultados”, o “rendimiento académico”. Ley fue

¹¹¹ La Ministra de Educación Celaá ha manifestado que llevará al Congreso su reforma de la LOMCE como ley orgánica a principios del año 2019. www.europapress.es, noticia consultada el 7 de diciembre de 2018, publicada el 4 de diciembre.

además calificada por amplios sectores sociales por sexista, discriminatoria, racista, clasista, partidista, etc.

La Iniciativa de Empleo Juvenil (2013) se aprobó como medida de apoyo especialmente a los jóvenes sin estudios,¹¹² sin trabajo ni capacitación adecuada a las exigencias del mercado de trabajo. En esta estrategia ocupa un lugar especial apoyar el *emprendimiento* de la juventud como herramienta de lucha contra el desempleo juvenil, contra la exclusión y para el impulso de la innovación entre los más jóvenes. Se pone el acento en el papel que puede jugar la juventud emprendedora en el desarrollo económico y social local, convirtiendo el principio de “pensar primero a pequeña escala” en el punto de partida de las políticas europeas y nacionales (Comisión Europea, 2012a).

La medida fue diseñada y concebida con carácter universal y supuso no pocas dificultades llegar a los más necesitados. La mejora del alcance pasaba por el apoyo de entidades sociales que tradicionalmente han estado más próximos al colectivo de menores, jóvenes y adolescentes en situación de mayor vulnerabilidad, menor capacitación y más dificultad de acceso a los recursos públicos normalizados.¹¹³

Las II Jornadas sobre estudios de la Juventud: Respuestas juveniles a la crisis: Innovación social y política, cooperación y acciones colectivas celebradas en Fuenlabrada en el año 2017 fue un claro exponente del impulso que estas políticas estaba adquiriendo en la esfera del conocimiento, la intervención social, y la innovación en la gestión de recursos e intervenciones destinadas a la población juvenil. La experiencia recogida en la tercera parte de esta tesis fue presentada en estas jornadas.

Hoy la velocidad con la que se producen modificaciones en los currículos académicos y el sistema educativo, como sucede con la velocidad con la que nos desplazamos por las ciudades, dificulta la mirada periférica y profunda sobre los logros y fracasos de la escolarización. La institucionalización de la acción de edu-

¹¹²Iniciativa que se suma a Los Planes de Garantía Juvenil (Comisión Europea, 2012b) para jóvenes de 16 a 24 años que tras acabar la formación formal o quedarse en el paro, reciban una buena oferta de empleo, educación continua o un periodo de aprendizaje en prácticas.

¹¹³ La Conferencia sobre “Garantía Juvenil en España: Perspectivas de futuro” celebrada entre los días 19 a 20 de octubre de 2017 concluyó que los esfuerzos realizados permitieron el acceso a más personas en el Programa de Garantía Juvenil a la vez que identificaron como “retos pendientes llegar a los jóvenes más vulnerables y con baja cualificación, mejorar la calidad de las ofertas de trabajo y reforzar la capacidad de los servicios de empleo” (Comisión Europea- Empleo, Asuntos Sociales & Inclusión, 2018).

car, el haber convertido la naturaleza del aprendizaje en un proceso de acompañamiento planificado, sistematizado y escalonado ha tenido por resultado que los actores se comporten según la posición que ocupan, reduciendo la unidad de experiencia que se produce en las escuelas a interacciones objetivadas entre docentes y discentes. Un modelo de relación en la que las certificaciones reducen a todos los actores a categorías estatutarias: trabajadores expertos que llevan a cabo su trabajo con solvencia técnica (siguiendo el programa educativo del centro) y usuarios que tienen derecho a ciertos servicios en función de su mérito, logro o compromiso. Un modelo de experiencia que es necesario romper (Dubet, 2013).

La educación (y la educación para la salud) debe evitar ser reducida a competencias básicas y fundamentales (comprensión lectora, competencia científica, ...) y promover la maduración de múltiples inteligencias facilitando que el alumnado explore y explote sus propias facultades en un medio saturado de información. Si la escuela quedara reducida a la mera transmisión de información entonces tendría que hacer frente a una seria competidora, Internet, cuyo uso es mayoritario para las nuevas generaciones que buscan la información que no obtienen de los adultos¹¹⁴, pero lo más importante están utilizando la Red como el camino para dar y construir sentido a la vida, y a sus elecciones, porque buena parte de los adultos se han retirado de sus responsabilidades como educadores.¹¹⁵ Si por el contrario, la escuela es el lugar donde encontrar orientación, guías y oportunidades para el aprendizaje mediante la práctica de habilidades y competencias en situaciones reales de vida, ésta estará en condiciones de ofrecer algunas certezas de cara al futuro para una juventud que ha perdido la confianza en poder realizar modelos válidos de vida para una sociedad que está en un momento de cambio profundo, de sus estructuras y modelos de interpretación de la realidad. A la escuela, como a la familia, le queda la ardua tarea de creerse que está preparada (legitimada) para afrontar el desafío a pesar de la presiones sociales externas (Donati, 2015).

¹¹⁴ Un estudio realizado en Barcelona en 2012 cuyo objetivo fue explorar el uso de Internet y las redes sociales para la salud en una muestra de 158 estudiantes de 12 a 18 años, recogió que el 75% de los encuestados había utilizado Internet para buscar información sobre salud, principalmente en relación con la apariencia física, enfermedades, dieta y nutrición, piercings y tatuajes, fitness, sexualidad, drogas o salud mental.

¹¹⁵ Lo que algunos autores han definido como crisis de las instituciones socializadoras. Crisis en la que la familia y la escuela, instituciones educativas y socializadoras tradicionales, están perdiendo capacidad para transmitir los valores y las pautas culturales que aseguren los niveles básicos de cohesión de una comunidad o sociedad.

Se puede empezar la tarea por respetar los saberes con los que llegan los educandos, sobre todo de aquellos que se sitúan en los márgenes o pertenecen a las clases populares. ¿Por qué no discutir cómo ven ellos sus barrios, la realidad concreta del lugar desde donde empezó a gestarse su biografía?

3.2. Bienestar y estilos de vida: relación indisoluble.

El bienestar es la condición y la consecuencia del estilo de vida. Los cambios en los sistemas de bienestar (educación, salud, dependencia, trabajo) arrastran tras de sí a la definición de lo que es el estilo de vida, que no debe entenderse sólo en términos de actitud o de la praxis del consumo (sea de salud o educación o de ambas por la que a esta tesis atañe).

En la mayoría de los países el logro del desarrollo y bienestar de la población se ha centrado en intentos de mejora de los estilos de vida en tanto factores que se definen por su contribución a la reducción de los riesgos para la salud y convertidos en indicadores permiten ser interpretadas como indicadores que contribuyen tanto a las desigualdades en salud como a las desigualdades económicas.

Los riesgos para la salud asociados con los distintos estilos de vida en muchas ocasiones ni se ven, ni se sienten y menos se padecen (los jóvenes saludables por naturales no dan importancia a los efectos probables que para su salud tengan conductas como el consumo de alcohol, falta de horas de sueño, etc.); adquieren un carácter virtual dado su elevado grado de indeterminación (o de no certeza absoluta) y el cálculo de probabilidades que ofrecen los expertos en epidemiología y la progresiva incorporación de nuevos usos tecnológicos son el mejor exponente de la construcción de espacios e instrumentos que crean seguridad y reducen la percepción de riesgos para la salud.

El estilo de vida, aunque es un concepto popular es un término vago, poco cuestionado socialmente. Lo que entendemos por él se ha popularizado por las ciencias sociales en la relación con otros campos de conocimiento y ha ido adquiriendo usos y aplicaciones diferentes sin una reflexión analítica rigurosa. Se refieren a hábitos y a orientaciones que la gente sigue en la vida cotidiana (Gurrutxaga, 2010), hacen referencia a la voluntad o a la toma de decisiones de las personas para adquirir una conducta o con patrones de consumo.

En el contexto de la salud se usa para referirse, por ejemplo, a las elecciones sobre el tipo de alimentos, consumo de tabaco o alcohol, así como la forma en la que

distribuimos el tiempo de trabajo/estudio, descanso y ocio. Sin embargo, forman parte de los estilos de vida otras dimensiones económicas y culturales como son la renta, el trabajo, la vivienda o los entornos físicos y sociales. Estos son factores que influyen de forma directa sobre el comportamiento y la salud. Como ha sucedido con el concepto de salud, la definición de estilo de vida se amplía. Deja de basarse únicamente en comportamiento y elecciones individuales (que se sabe que son factores de riesgo) e incorpora el entorno ya que hoy comprendemos que la “adherencia a una recomendación en salud” o la adopción de un determinado estilo de vida (como puede ser la adherencia a la dieta mediterránea) implica la capacidad de las personas para poder influir sobre las circunstancias económicas y sociales que le rodean y poder optar por lo más saludable (difícil consumir fruta fresca y verdura a diario cuando se carece de renta o renta suficiente). Su comprensión implica además asumir que las conductas relacionadas con los estilos de vida implican cierto grado de reflexividad, como condición de posibilidad de una creciente individualización de la acción social y/o elección individual (Beck et al., 1997) como posibles acciones individuales de las personas en los diversos contextos en los que actúan y se relacionan.

El concepto de estilo de vida que tiene gran predicamento entre los salubristas y los que trabajan en la promoción de la salud tiene su origen en corrientes teóricas de la sociología, la antropología o la psicología. Weber conceptualizó el término a través de tres dimensiones: modo de vida, elecciones y autodirección de las conductas y las condiciones estructurales que delimitaban las elecciones. Weber reconoció que las personas hacen elecciones sobre los estilos de vida, pero que en las elecciones realizadas están influenciadas por sus posibilidades de vida y que “en la medida que aumenta la distancia objetiva con respecto a la necesidad [económica], el estilo de vida se convierte cada vez más en el producto de lo que Weber denomina una *estilización de la vida*” (Bourdieu, 1998). O, lo que es lo mismo, el estilo de vida es el resultado de la interacción entre elecciones y estructura. Bourdieu siguiendo a Weber, en *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto* combinando datos sociodemográficos (educación, ingresos, ocupación, etc.) con preferencias y comportamientos asociados con estilos de vida (gustos musicales, tipo de vacaciones, modelo/tipo de coche, ...) clasificó a las personas en posiciones sociales de acuerdo con lo que él denominó como *hábitus*:

Los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen hábitus, sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizado-

res de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente "reguladas" y "regulares" sin ser para nada el producto de la obediencia a determinadas reglas, y, por todo ello, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta
(Bourdieu, 2007)

De las distintas aportaciones podemos recuperar al menos tres ideas centrales que giran en torno al concepto, a saber: estilo, como expresión de un hábito o habitus; vida, como realidad creadora de conciencia, como forma que capta la vida personal como un horizonte de fenómenos subjetivos/ colectivos; y estilo de vida que integra reflexivamente lo sociocultural y las elecciones personales. El estilo de vida podría ser definido así como aquello que responde a un modo de comportamiento del individuo, que unifica y cohesiona a los miembros de un colectivo a partir de los intercambios entre sí; que es relativo a un espacio y tiempo concreto en donde el estilo de vida se construye en relaciones de la vida cotidiana; que está sujeto a las limitaciones de las condiciones sociales y las disposiciones individuales; que es reflexivo debido al conocimiento y a las elecciones que las personas hacen continuamente en relación a la adopción de un estilo de vida; y que tiende al logro de una meta, bien sea mejorar la salud o incluso diferenciarse a través del "consumo de salud" de aquellos otros que adoptan otros estilos de vida.¹¹⁶

La conceptualización de estilo de vida que adoptamos para nuestro estudio es aquel que se define como: a) el resultado de un proceso de negociación individual y colectiva (grupos sociales específicos, que actúan integrados o desde los márgenes por defecto y por exceso) entre la estructura social y las disposiciones de las personas a actuar de una u otra forma, donde la relación práctica no está únicamente ligada a sí misma sino que implica una relación reflexiva con ésta; y b) como producto de disonancias culturales entre las acciones de socialización de distintas instituciones (familia, escuela, ...) susceptibles de ser trasladadas a distintos contextos y que se producen a lo largo de toda la vida (Lahire, 2007).

No queremos dejar pasar la oportunidad de señalar que una pedagogía de la salud debería interesarse en obtener el reconocimiento por parte del sujeto del hecho de que ninguna técnica, ninguna institución, presente o venidera, le asegurarán la salud o le librarán de la enfermedad. Sin embargo, insistir excesivamente

¹¹⁶ Guillaume Dumont y Rafael Clua García "Acercamiento socio-antropológico al concepto de estilo de vida" Aposta. Revista de Ciencias Sociales, No 66, 2015

en la idea de riesgo de determinados estilos de vida, tal y como llega a la ciudadanía (traducción mediante de los medios de comunicación de masas si no convertido en *fakenews*) corre el peligro de ser considerado como un problema universal que no puede ser evitado ni eludido (el consumo de alcohol en menores) o por el contrario convertirse en una idea de riesgo poco compatible con la realidad cotidiana de las personas (el alcoholismo) o con sus posibilidades reales de prevenir (Gurrutxaga, 2010).

En mayor o menor grado es común que donde surgen certezas también aparezcan dudas sobre la validez de la evidencia científica de los resultados de estudios epidemiológicos como los realizados en torno al consumo de alcohol y enfermedades cardiovasculares que serán discutidos en la segunda parte de esta tesis. De ahí que sea tarea fundamental de las instituciones públicas crear consensos en torno a los mensajes que deben emitirse a la ciudadanía, además de diseñar y aprobar mecanismos y medidas que eviten la publicidad engañosa. Si a la complejidad del discurso científico y del conocimiento experto se añaden informaciones excesivas o sesgadas, el resultado es confusión y la percepción de incoherencia. Si a esto le añadimos que el contexto no acompaña (horario de apertura de bares, tasas al alcohol, etc.) difícilmente de forma generalizada conseguiremos que arraigue una conciencia de cuidado. La adherencia de los ciudadanos a estilos de vida saludables exige el compromiso y la coherencia institucional.¹¹⁷

3.3. Los determinantes sociales de la salud y el medio como soporte a la acción comunitaria

Ya hemos visto que la promoción de la salud vincula a la población con su propio entorno con el fin de conseguir no sólo cambiar las condiciones de vida sino la forma de vivir. De hecho, el paradigma de promoción de salud se abre a la producción y reproducción de la salud de acuerdo con una concepción de la salud que se abre a lo estructural, al medio en el que se producen las desigualdades en

¹¹⁷ Al mismo tiempo que desde las administraciones públicas se lanzan campañas de prevención del consumo de alcohol se da apoyo a iniciativas que promueven el consumo de alcohol “Vermuteando” “Wine Lovers”, ...

salud. Para Foucault (2006)¹¹⁸ el medio es lo que necesitamos para explicar la acción a distancia de un cuerpo sobre otro (de la epidemiología, de la biología o de la estadística) y la introducción de mecanismos de seguridad (protocolos de cribado, exámenes/diagnósticos, tratamientos) que se dirigen al medio (centros de salud y centros educativos). El medio permite que la población sea permeable a las prácticas del gobierno (políticas y planes, ...) al no actuar directamente sobre ella y optar por intervenir sobre factores, que en apariencia, están lejos de la población y su comportamiento inmediato (Foucault, 2006).

La promoción de la salud (y la EpS) se convierte en nuestras sociedades en la tecnología de seguridad que intervendrá sobre los medios, determinantes de las desigualdades de la salud. El medio se convierte para ésta en el soporte y en el elemento de circulación de una acción, en donde a su vez se produce un cierre circular de una cantidad masiva de efectos y causas que afectan a quienes residen en él. Movimiento que cuestiona el problema de circulación y causalidad porque lo que es efecto en un lado se convertirá en causa de otro lado.

Operando sobre las distintas variables del medio, el Estado (con sus políticas-medidas o intervenciones) es capaz de actuar indirectamente sobre la población, de favorecer estilos de vida saludable o modificar aquellas conductas que son nocivas para la salud sin atender al detalle de cada cuerpo, sino a los factores de riesgo, el conjunto de factores que actúa sobre los individuos y sobre el cual, recíprocamente, ellos también actúan (Foucault, 2009).

De manera que lo que se espera de las tecnologías de seguridad no es ya la disciplina-normalización, sino la acción sobre el ambiente. "Modificar el reparto de las cartas del juego, no la mentalidad de los jugadores" (Foucault, 2007a). Juego no está libre de *trampa* ya que las cartas son limitadas, y no podemos ser ingenuos también están marcadas, destinadas a públicos específicos.

Hoy existe un acuerdo generalizado en que el mejoramiento de la salud poblacional, en cualquier sociedad, está determinado por la influencia genética, el estado biológico, la forma en que viven las personas, el estado del Medio Ambiente y la disponibilidad de los servicios de salud. Sin embargo, llegar a este punto ha seguido un curso histórico con avances y retrocesos, provocando que las agendas políticas de salud hayan tendido a oscilar entre una atención basada en la tecnología epidemiológica (conocimiento-evidencia científica, desarrollo tecnológico,

¹¹⁸ Foucault recoge el pensamiento de Moheau (1778) sobre el medio. En el s. XVIII si el soberano quería modificar la especie humana tenía que actuar sobre el medio, punto de articulación entre la naturaleza y la naturaleza de la especie humana donde el medio se convierte en determinante de la naturaleza.

capacitación de los profesionales, etc.) y en la comprensión de la salud como un fenómeno social que requiere nuevas formas y más complejas de acción política y pública (gobernanza).

La Carta de Otawa (1986), en cierto sentido, intentó compensar el frustrado desarrollo de la Declaración de Alma Ata (1978)¹¹⁹ sobre Atención Primaria de Salud. En Alma-Ata *La salud para todos* (SPT) se convirtió en la génesis de un movimiento que debido a las cambiantes condiciones socioeconómicas en todos los países (prósperos y en vías de desarrollo) sigue estando de actualidad y supuso un cambio de paradigma en una doble dirección. Por un lado, en la identificación de la influencia de los determinantes sociales en la salud de las personas. Por otro, se constató la atención primaria de salud como elemento clave para la consecución del objetivo de la SPT¹²⁰. Aparece además por primera vez de manera formal un

¹¹⁹ Alma-Ata fue una conferencia que se recuerda por definir objetivos ambiciosos y atrevidos para la época y que además confrontaba intereses políticos que no estaban por el cambio y/o desarrollo de la salud para todos. En 1978 el entonces Director General de la OMS Dr. Mhaler lanzó ocho preguntas a los asistentes a la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, que reproduzco a continuación porque considero tienen vigencia todavía hoy (OMS, 1991):

1. ¿Están ustedes dispuestos a enfrentarse seriamente con el abismo que separa a los “privilegiados” de los “desposeídos en materia de salud y a adoptar medidas concretas para reducirlo?
2. ¿Están ustedes dispuestos a velar por la planificación y la aplicación adecuadas de la atención primaria de salud en un esfuerzo coordinado con otros sectores interesados, a fin de fomentar la salud en tanto que contribución indispensable para mejorar la calidad de la vida de cada individuo, familia y colectividad como parte del desarrollo socioeconómico general?
3. ¿Están ustedes dispuestos a dar prioridad absoluta a la asignación preferente de los recursos de salud a los sectores sociales periféricos?
4. ¿Están ustedes dispuestos a movilizar e informar a individuos, familias y colectividades hasta lograr que se identifiquen plenamente con la atención primaria de salud, participen en su planificación y gestión y contribuyan a su funcionamiento?
5. ¿Están ustedes dispuestos a introducir las reformas necesarias para asegurar la disponibilidad del personal y de la tecnología suficientes para extender a todo el país en los dos próximos decenios y a un coste accesible la atención primaria de salud?
6. ¿Están ustedes dispuestos a introducir, si es necesario, cambios radicales en el actual sistema de prestación de servicios de salud para que sirva de base adecuada a la atención primaria de salud como principal prioridad?
7. ¿Están ustedes dispuestos a dar las batallas políticas y técnicas necesarias para recuperar cualesquiera obstáculos sociales y económicos, así como la resistencia de los profesionales a la introducción universal de la atención primaria de salud?
8. ¿Están ustedes dispuestos a comprometerse políticamente de manera inequívoca a adoptar la atención primaria de salud y a movilizar la solidaridad internacional para alcanzar el objetivo de la salud para todos en el año 2000?

El texto íntegro de la Conferencias puede consultarse en:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf?sequence=1>

Consultado en julio de 2020.

¹²⁰ Las intervenciones dirigidas al logro del objetivo SPT deben incluir lo siguiente: la cobertura universal de la población (llamamiento a la equidad); los servicios deben ser de promoción, prevención, curación y reha-

llamamiento a la acción intersectorial como herramienta para ganar salud, junto a la equidad, la participación comunitaria y reorientación de los servicios hacia la prevención y la promoción de la salud (Colomer & Álvarez-Dardet, 2000).

Todos estos elementos aparecerán claramente relacionados en la Conferencia internacional de 1986 celebrada en Ottawa, momento en el que se rechaza el enfoque en el que la población desempeña un papel pasivo como receptora de programas educativos. La Carta de Ottawa destaca porque las personas son vistas como actores capaces de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente; y porque enfatiza los recursos personales y sociales, como fuerza motriz de este proceso que proviene de las comunidades (OMS, 1996) Se impone la activación de las capacidades y recursos individuales o grupos de población específico.

En Ottawa se introduce además la necesidad de abordar los ambientes, entornos o ámbitos para la promoción de la salud y desarrollar políticas, programas, acciones que se basen en una definición de salud entendida como proceso. Las respuestas a la pregunta de cómo crear salud en los distintos ámbitos en los que la población desarrolla su vida diaria, dejaron de poner el foco directamente sobre las conductas o estilos de vida adoptados por las personas, para dirigirse a la creación de factores intermediarios de apoyo y protección (escuelas, hospitales, centros de salud, espacios para la práctica deportiva, etc.) que contribuyeran al desarrollo del potencial de salud.

Los determinantes sociales tendrán gran importancia a lo largo de toda la vida de la persona¹²¹. En tanto en cuanto elementos como la vulnerabilidad social, las condiciones laborales, el paro, la alimentación, los horarios (trabajo/estudio, ocio, descanso), etc. dan forma a los comportamientos de las personas, estilos de vida y afectarán a su salud y tendrán impactos más allá de ésta. Teniendo en cuenta, además, que en muchas ocasiones las *recomendaciones* e incluso la *educación para la salud* tienen efectos limitados sobre la mejora de la salud, porque las personas no tienen la capacidad o el poder para modificar las condiciones¹²² que afectan a

bilitación; los servicios deben ser eficaces, culturalmente aceptables, asequibles y susceptibles de gestión; las comunidades deben participar en el desarrollo de los servicios para fomentar la autorresponsabilidad y reducir la dependencia y la acción sanitaria debe guardar relación con otros sectores de desarrollo (OMS, 1991)

¹²¹ Se introduce un enfoque de curso de vida, relevante para medir los efectos que los distintos determinantes sociales tener durante las distintas etapas de la vida. Además, se incorpora la necesidad de seleccionar el mejor momento para intervenir y abordar los determinantes sociales de la desigualdad en salud.

¹²² La peste, usando otra vez el cuento de Hamelin y en palabras de Giddens (1995), podría ser en la modernidad, aquellas conductas, culturas que implican riesgo, que imponen la necesidad de calcular de manera

la toma de decisiones relacionadas con su salud, se convierte en una necesidad que las políticas de salud y las intervenciones dirigidas a la población tengan puesta la mirada sobre los entornos o el medio.

Se comenzó así un proceso que llega hasta nuestros días y que supone redirigir¹²³ la atención a los factores socio ambientales que suponen un *riesgo* para la población, porque vulneran el derecho de las personas de acceso a la vivienda, educación, ingresos, equidad, apoyo social, etc. En este punto es importante no confundir los factores sociales que contribuyen a la salud/enfermedad de las personas y las poblaciones con los procesos sociales que producen su distribución desigual. Para muchas personas en condiciones de vulnerabilidad o exclusión social es menos importante la adquisición de estilos de vida saludables que resolver otros problemas básicos como asegurar el alimento, la vivienda, el transporte, etc. Preocupaciones que amenazan su salud, y potencian el sentimiento de culpa.

La OMS convierte, a partir de Ottawa, lo que era un debate académico en una asunción pública y política: las condiciones sociales y económicas son las que ejercen una mayor influencia sobre la salud de la población general (OMS Europa, 2006) Causas que por otra parte aparecen y desaparecen con gran rapidez, más que los cambios genéticos que nos hacen susceptibles a experimentar procesos de mala salud. En este contexto el que las "desigualdades" se conviertan en un tema central, no significa simplemente que los individuos difieran (la variación en la salud y la fuerza es, después de todo, parte de la condición humana),

incesante las posibilidades de acción en el margen de oportunidades con las que cada persona se enfrenta de manera individual a las contingencias de la vida. Se convierte, independientemente de la clase social de pertenencia, en una responsabilidad individual la construcción de un estilo de vida, de una autobiografía, entre una pluralidad de opciones. Incorporar al debate, las condiciones sociales y económicas, el entorno social y cultural permite comprender la salud no sólo de manera integral sino contemplar los valores de justicia y moral.

¹²³ Decimos redirigir porque ya en el en el siglo XIX, había florecido una forma de pensamiento filosófico, principalmente en Alemania conducida por Feuerbach, Hegel, Marx, Engels, el Materialismo Histórico para el análisis de la sociedad y cómo lo medios de producción y su tenencia determinaban todos los órdenes de la vida y, en consecuencia, la concepción del proceso salud-enfermedad. A mediados del siglo, Rudolf Virchow, después de estudiar la epidemia de fiebre que devastaba Silesia, llegó a la conclusión de que las causas de la epidemia eran tanto sociales y económicas, como física, proponiendo como respuesta a las epidemias, el desarrollo económico, la educación y la libertad.

Durante el último cuarto del siglo XIX, se suceden, una serie de descubrimientos sobre agentes microscópicos a los que hace caer en el olvido el conocimiento acumulado sobre los procesos de producción de bienestar o malestar en una población. Los descubrimientos de Pasteur en 1878 condicionaron una nueva forma de concebir el proceso salud-enfermedad.

sino que las diferencias tienen un patrón social y que la sociedad considera que son injustas o quizás evitables (Blaxter, 1990).

En el año 1994 la publicación "*Strategies for Population Health Investing in the Health of Canadians*" se describen de forma amplia lo que en el "Informe Lalonde", publicado en 1974 por Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar de Canadá, eran cuatro factores/ determinantes de la salud¹²⁴ de gran envergadura: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización de los servicios de salud. Factores que en del año 1994¹²⁵ quedan definidos de la siguiente manera (Torres, 2001):

- Ingresos y clase o estatus social: Muchos estudios muestran que el estado de la salud mejora en cada paso ascendente en la jerarquía social y de renta. Quienes se encuentran en la parte más baja de la pirámide tiene menos control sobre sus vidas y menos oportunidades de tomar decisiones por sí mismos.
- Redes de apoyo social. El apoyo de las familias, los amigos y las comunidades se asocia con una mejor salud. Algunos expertos concluyen que el efecto en la salud de las relaciones sociales puede ser tan importante como los factores de riesgo establecidos, como el tabaquismo, la actividad física, la obesidad y la presión sanguínea alta.
- Educación. El estado de salud mejora con el nivel de educación, incluidas las autoevaluaciones de salud positiva o los indicadores de mala salud. La educación aumenta las oportunidades de empleo y seguridad en el trabajo, y proporciona a las personas una sensación de control sobre las circunstancias de la vida, factores clave que influyen en la salud.
- Empleo y condiciones laborales. Aquellos que tienen más control sobre sus circunstancias de trabajo y pocas demandas relacionadas con el trabajo

¹²⁴ La OMS define a SDH como "las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen", condiciones o circunstancias que son determinadas por las familias y las comunidades y por la distribución de dinero, poder y recursos a nivel mundial, nacional, y niveles locales y afectados por la elección de políticas en cada uno de estos niveles. En Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2008.

¹²⁵ Más recientemente varios autores e instituciones a nivel internacional han identificado cuatro grandes agrupaciones de factores como determinantes de la salud: 1) individuales-estado de salud de la persona (genéticos, biológicos, género, edad, etnia, comportamientos individuales -estilos de vida-); 2) redes sociales de apoyo e integración social (organización social); 3) condiciones de vida, trabajo y acceso a los recursos (sistemas de atención a la salud¹²⁵) y finalmente, 4) aspectos sociales, económicos y culturales (estructurales).

- son más saludables. Los peligros y lesiones en el lugar de trabajo son causas importantes de problemas de salud. Y el desempleo se asocia con la salud más pobre.
- Medioambiente. Los factores físicos en el entorno natural, como el aire, el agua y la calidad del suelo, son influencias clave para la salud. Factores en el entorno humano como la vivienda, la seguridad en el lugar de trabajo, la comunidad y el diseño de carreteras también son influencias importantes.
 - Biología y carga genética. La donación genética del individuo, el funcionamiento de varios sistemas de cuerpos y los procesos de desarrollo y gestión son un determinante fundamental de la salud. Las diferencias biológicas en el sexo y el género socialmente construido influyen en la salud de forma individual y poblacional.
 - Prácticas de salud personal y habilidades de afrontamiento. Los entornos sociales que permiten y apoyan las elecciones y los estilos de vida saludables, así como el conocimiento, las intenciones, los comportamientos y las habilidades de afrontamiento de las personas para hacer frente a formas de vida poco saludables, son influencias clave en la salud.
 - El efecto de las experiencias prenatales y de la infancia temprana en la salud, el bienestar, las habilidades de afrontamiento y la competencia posteriores es muy poderoso. Por ejemplo, un bajo peso al nacer se relaciona con problemas sociales y de salud a lo largo de la vida. Y las madres en cada paso hasta la escala de ingresos tienen bebés con pesos más altos, en promedio, que los que se encuentran en el siguiente paso.
 - Servicios de salud. Los servicios de salud, especialmente diseñados para mantener y promover la salud y prevenir la enfermedad, contribuyen a la salud de la población.
 - Género. Algunas de las diferencias entre hombres y mujeres se deben a características biológicas, pero muchas son el resultado de diferencias sociales y culturales. Hombres y mujeres sufren distintas enfermedades, tienen diferentes esperanzas de vida al nacer, tienen diferentes riesgos de sufrir enfermedades de transmisión sexual, etc.
 - Cultura. El origen, o etnia de las personas afectan a la salud. Análisis históricos longitudinales han dado a conocer la relación entre la etnicidad y la pobreza, poniendo de relieve que las restricciones en los derechos humanos y civiles propios de un desequilibrio intercultural van en detrimento de algunos grupos minoritarios, pues limitan sus oportunidades de

participar en el mercado de trabajo y de desarrollar condiciones de vida satisfactorias. Generadas en un mismo proceso, se confunden la pobreza y la etnicidad subalterna, es decir, la pertenencia a un grupo minoritario, que genera problemas de salud y dificultades de acceso a los servicios.

Un informe de 2008 elaborado por la Comisión de Determinantes de Salud ratifica una vez más que la distribución de los fenómenos que dañan la salud no es de ninguna manera natural y que ante todo se debe a una “combinación tóxica” de una serie de políticas públicas, acuerdos económicos y deficiente o mal gobierno de los países.

Definir la salud a la vista de todos los elementos que contribuyen a determinar el estado de salud individual se ha convertido en una tarea difícil y ante las disparidades en relación con la salud que afectan a grupos específicos de la población se plantean modelos de intervención social que incorporen como determinantes sociales de la salud: a) elementos distales o estructurales que responden a contextos políticos y económicos específicos sobre los que se dibuja un eje transversal de poder que determina y provoca situaciones y espacios de desventaja social o económica relacionada con la discriminación o la exclusión social por razones de clase social, género, edad, raza o etnia, educación o ingresos, territorio, discapacidad u orientación sexual, ...; b) determinantes intermedios como son las condiciones de empleo y trabajo, dedicación al cuidado y trabajo doméstico, ingresos y situación económica (desempleo – de larga duración,) vivienda y situación material y entorno residencial (rural/urbano, espacios verdes, árboles por habitante, servicios y recursos públicos, etc.); y c) determinantes próximos y personales (factores conductuales y biológicos).

Ilustración 6. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.



Fuente: Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2010. En Gaceta Sanitaria, 2012; 26(2): 182-189¹²⁶.

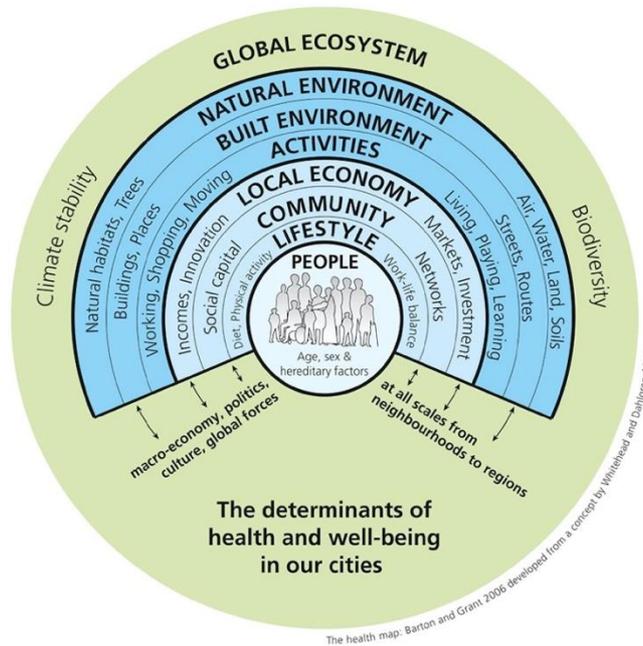
Un marco más completo sobre los determinantes en salud lo encontramos en el mapa elaborado por Barton y Grant (2006), que basado en el desarrollado por Göran Dahlgre y Margaret Whitehead para la OMS en 1999, incorpora el principio de sostenibilidad¹²⁷. Barton y Grant con el objetivo de mejorar la comprensión sobre la salud y las políticas públicas de salud elaboran el mapa que figura a continuación. Para estos autores la intervención humana sobre la naturaleza y las actividades de desarrollo y crecimiento económico constantes influyen sobre las condiciones de los entornos locales en el que vivimos, que tendrán impactos sobre nuestra salud, y a la vez condicionan las posibilidades y opciones para la adopción de estilos de vida ajustados a las recomendaciones en salud.

¹²⁶ <http://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911111003025>

¹²⁷ Dahlgre y Whitehead plantean un modelo en el que la salud es el resultado de las interrelaciones entre los principales determinantes de la salud. En el informe que presentan a la OMS dejan claro que tanto los factores de riesgo de los estilos de vida como sus determinantes más amplios (“las causas de las causas”) son de origen social: producidos en las sociedades en las que viven las personas.

Ilustración 7.

Mapa de salud para el hábitat humano local



Fuente: Barton, H., & Grant, M. (2006). A health map for the local human habitat. *The Journal for the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(6), 252–261.

El modelo ofrece a planificadores y gestores de la salud pública nuevas oportunidades para la sostenibilidad y la evaluación de la salud. Un modelo que tiene puesta la mirada sobre la promoción de la salud y la educación para salud ya que los cambios en los estilos de vida no sólo mejorarán la salud, sino que pueden influir sobre el patrón de redes sociales (comunicaciones, transporte, la planificación urbanística, ...) y modelos de desarrollo económico que afectarán a la calidad del aire, agua, espacios verdes, etc. y que tendrán efectos sobre la calidad de vida y bienestar de las personas, y éstas a su vez influirán en el desarrollo de conductas positivas o posibles problemas relacionados con la salud.

La organización jerárquica así dibujada y que explica las diferencias en salud y enfermedad de la población se traducen en un modelo para la intervención con políticas que van desde el nivel para influir sobre los estilos de vida y actitudes individuales, pasando por el fortalecimiento de las comunidades y mejora de las condiciones de vida y de trabajo hasta alcanzar el nivel más alto de políticas públicas que tratan de generar cambios estructurales a largo plazo. Modelo multi-nivel que mira y reflexiona sobre la salud de las personas, así como de la comunidad y de nuestros sistemas sanitario, educativo, de dependencia, etc.

La explicación de las diferencias en salud que originó el marco conceptual de determinantes en salud ha evolucionado hasta la producción del paradigma emergente de la ecoepidemiología que tiene cuatro premisas básicas: 1) las causas de enfermedad ocurren en todos los niveles de organización; 2) las causas de las enfermedades pueden ser distintas a distintos niveles de organización social; 3) los diferentes niveles de organización se interrelacionan entre sí de modos tales que pueden influenciar mutuamente la acción de causas de enfermedad a cada nivel; y 4) en cualquier momento dado, los patrones de enfermedad y los estados de salud son el resultado de procesos dinámicos, las causas son contingentes históricamente.

Modelo para el que las diferencias en salud se producen por acumulación de factores que pertenecen a distintos niveles de organización social (micro, meso y macro) que no sólo tienen una dimensión temporal sino espacial en donde las interacciones entre factores, niveles de organización, espacio y tiempo producen resultados no predecibles.

Si volvemos a la lista y atendemos a todos los factores tenidos en cuenta, incluso si aceptáramos la idea de que la investigación de la salud se debe ocupar de cuantificar el riesgo y la probabilidad del daño, de la identificación de asociaciones entre elementos sociales y estructurales complejos, los fenómenos estudiados nos ayudarían poco a comprender cómo las relaciones causales más directas de la experiencia de la salud pueden ser identificadas en los procesos sociales y en entornos discretos. En ausencia de una explicación causal adecuada del contexto social, la noción de determinantes sociales de la salud se reduce a un tropo retórico sobre los riesgos, útil para expandir el ámbito administrativo de la salud y la política social pero poco útil para guiar la acción en entornos individuales. Cuanto menos preocupa, otra cosa que nos ocupe, que existan escasos intentos teóricos que busquen explicar la compleja relación entre determinantes de salud y la adopción de conductas individuales. Pensadores de la ciencia como Latour, Stengers, Mol o Duff insisten en que las ideas de los determinantes sociales de la salud se basan en la dudosa lógica de contexto social para vincular estructura y lugar (Duff, 2004).

Mantener el interés en el nivel poblacional permite el análisis eventual de determinantes o condiciones sociales de la salud y enfermedad, de las diferencias en salud, pero no permite comprender cuál es el concepto de salud propio a la población tan necesario para diseñar intervenciones que se ajusten a sus necesida-

des reales y percibidas. La persona es un caso de acuerdo a una serie de constataciones a nivel poblacional de la que se pueden inferir los riesgos asociados a su grupo de referencia, no diciéndonos la epidemiología nada seguro acerca de las personas. Así los profesionales encargados del diseño de planes y programas estratégicos de intervención sobre la salud de la población tienen a su disposición una información poco útil para la intervención individual o comunitaria. Preocupada ésta, la epidemiología, por combatir los determinantes sociales potenciando factores de protección (a nivel individual y de estructura) es indiferente al carácter de su objetivo principal, a la definición sustantiva de la salud que la población construye en interacción con otros, en un espacios y tiempos determinados a lo largo de su vida.

La epidemiología permite construir el estado de salud a partir de estadísticas de morbimortalidad y establecer comparativas entre poblaciones, que en gran medida determinan la práctica de la promoción de la salud. Establece comparaciones entre grupos, gracias a la clasificación de población de acuerdo con estilos de vida y características individuales -constitución de grupos homogéneos, a la vez que construyen la heterogeneidad inter-grupo- despreciando la comparación entre los individuos intragrupo.

La aplicación del análisis de los determinantes sociales en una amplia variedad de entornos resulta útil para expandir el campo de la salud y las políticas sociales, pero no resulta tan útil para la acción, para el diseño de planes, programas e intervenciones en entornos individuales. Los diversos determinantes sociales interactúan entre sí o se combinan de tal manera que las posibles consecuencias no deseadas de las intervenciones propuestas podrían ser objeto de juicio, y puestas en suspenso. Porque ¿cómo manejar, priorizar y discriminar procesos tan diversos y dispares como las tendencias de empleo, el acceso a la vivienda, los roles de género, actitudes culturales, la pobreza, la exclusión y vulnerabilidad social? Reconoceremos que no es posible ignorarlos y, sin embargo, estaremos de acuerdo también que los determinantes sociales son igualmente resistentes a la acción correctiva y que es necesario reflexionar sobre las implicaciones éticas, pragmáticas, y políticas de las intervenciones en salud basadas en el análisis de determinantes sociales en entornos específicos cuando éstos están limitadas por la capacidad de acción de las administraciones públicas responsables de velar por una mejor salud para todos.

Preocupa por otra parte el cariz que está adoptando la investigación científicista. La enorme cantidad de dinero destinada desde finales del siglo XX a la investigación del genoma humano, y su deriva hacia a la epigenética, o a la investigación del cerebro¹²⁸. Contribuyendo significativamente a simplificar la comprensión de las conductas humanas hasta llegar a la mente a través de la comprensión del funcionamiento del cerebro, con las limitaciones que tiene hoy en día la tecnología desarrollada, para controlar las conductas que supondrán en un futuro incierto carga de enfermedad o aumento de gasto en los cuidados (Nikolas Rose, 2010) Anuncios que se producen cuando se han publicado informes que nos advierten de que los trastornos mentales son, en una sociedad del conocimiento, con mucho, la condición crónica más importante que afecta a la población de Europa, y representan poco menos del 40%.

La promoción de la salud, si quiere tener alguna posibilidad de tener el efecto de reducir las desigualdades de salud, a través de la intervención sobre los determinantes sociales¹²⁹ necesita operar en el exterior de la institución médica y esto se ha subestimado en la promoción de la salud. Son necesarios muchos recursos y la implicación de más sectores que el sanitario. Estrategias como la de incorporar la salud en todas las políticas implican la cooperación de administraciones de distinto nivel, así como la presencia de profesionales de distintas áreas de conocimiento, y sin embargo, la propia de ley de salud pública no habla de estos otros profesionales, hace referencia únicamente a los profesionales sanitarios.

En el inter-paso a generar/contar con lo necesario la promoción de la salud se ha centrado en la acción educativa de la población¹³⁰, creando sus propias técnicas de intervención individual y agregados poblacionales guiados por datos epidemiológicos que identifican grupos de población atendiendo a los factores de

¹²⁸ El Séptimo Programa Marco de la Comisión Europea concedió a un consorcio de investigadores, neurocientíficos, 1 billón de euros para desarrollar el "Human Brain Project" (HBP)

¹²⁹ Los determinantes sociales de la salud son las condiciones sociales en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y que configuran su estado de salud, así como la exposición y vulnerabilidad a enfermedades. Entre los factores sociales se pueden incluir las condiciones laborales y de vida, la disponibilidad y acceso a servicios de salud y protección social, o la educación y cohesión social. Además de tener en cuenta cómo las normas, valores y variables como la clase social, género, edad y etnia se relacionan con otros determinantes de la salud para aumentar las vulnerabilidades y los riesgos que conducen a la inequidad en la salud (WHO, 2015)

¹³⁰ Un ejemplo que señala lo anterior es el estudio que realizaron Mariano Hernán y otros autores¹³⁰ que, al revisar 214 publicaciones realizadas en España entre 1995 y 2000, con respecto a intervenciones de promoción de la salud dirigidas a jóvenes españoles, encontraron que "las actividades realizadas con mayor frecuencia fueron: técnicas educativas participativas (30.7%), técnicas educativas expositivas (11.5%) y elaboración de materiales educativos (11%)".

riesgo o estilos de vida que ponen en peligro la salud individual y el desarrollo (por su agregación). Surge aquí el modelo de activos para la salud¹³¹ como herramienta que puede suponer una revitalización de las intervenciones de promoción de la salud y de salud comunitaria en términos de intersectorialidad, salud positiva, participación, equidad y orientación a los determinantes de la salud (Cofiño et al., 2016).

Ilustración 8. Modelo de activos para la salud pública



Fuente: R. Cofiño et al, 2016 (Adaptación de Morgan, Hernán y Ziglio)

Implicar a los beneficiarios de la intervención del Estado y hacerlos cooperar en las medidas que se toman al respecto, instaura una lógica de convencer y no imponer, pero los objetivos pueden dar lugar a resultados por lo menos ambiguos si no establecemos mecanismos de control o reajuste. Trasladar la responsabilidad a las personas olvidamos con mucha frecuencia que las personas están desigualmente equipadas para hacer frente a las contingencias de la vida, y no son pocas las situaciones en las que se exige más a quienes están en peores condiciones para entrar en lógicas de contraprestaciones. Igualmente, por ejemplo, la descentralización de las políticas sanitarias a las comunidades autónomas en España, que supone desplazar las decisiones al lugar próximo de la ciudadanía, donde se estructura la vida social, donde cristalizan las principales desigualdades y donde es posible gobernar y diseñar intervenciones públicas donde se reconfigura las posibilidades de éxito según una lógica de “entre nosotros” puede

¹³¹ Activo para la salud: Cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud (Cofiño et al., 2016)

dar lugar a desigualdades territoriales de difícil encaje mientras se defiende la unidad e igualdad territorial (Castel, 2010).

3.4. Estrategias universales o selectivas

Castel (1997) en "La metamorfosis de la cuestión social" nos plantea la pregunta sobre cuál es el umbral de tolerancia de una sociedad democrática a la exclusión de los sistemas de protección y a las situaciones que provocan desigualdad. Para reflexionar sobre las condiciones de la cohesión social y considerando al trabajo como "soporte privilegiado de inscripción en la estructura social" señala la existencia de "una fuerte correlación entre el lugar que se ocupa en la división social del trabajo y la participación en las redes de sociabilidad y en los sistemas de protección" (Castel, 1997). En base a esto construye tres zonas de cohesión social: a) zona de integración caracterizada por el trabajo estable y una integración social basada en relaciones sociales sólidas; b) una zona de vulnerabilidad, inestable e intermedia entre integración y exclusión, en la que destaca la precariedad en el trabajo, la fragilidad de los apoyos próximos, comunitarios y familiares; y c) zona de desafiliación o de exclusión en la que la ausencia de participación en las actividades productivas, se une al aislamiento social.

A partir de esta clasificación nos planteamos la pregunta sobre qué políticas son necesarias para lograr reducir las desigualdades en salud atendiendo a sus determinantes o cuál es la composición de los equilibrios, de exclusión o de desigualdades, que las sociedades están dispuestas a desarrollar. Es un hecho que la seguridad de la sociedad salarial ha perdido potencia integradora, y de promoción social, y que cada vez más el individuo debe elaborar su propia biografía, tener iniciativa permanentemente en un entorno sumamente cambiante que es capaz de provocar el empeoramiento de la salud. Un entorno que también sufre alteraciones por la intervención humana y que a su vez demandará de nuevas adaptaciones, cambios en los estilos de vida, de las personas para asegurar la mejora, sino la sostenibilidad de niveles mínimos, de salud.

Durante los años 70 y 80 se argumentó que la mejor estrategia programática para combatir la pobreza era la implementación de políticas públicas para luchar contra la pobreza mediante criterios selectivos y focalizados. De manera que se asegurara que los grupos más desfavorecidos dispusieran de una "ventaja comparativa" o "discriminación positiva", y que pudieran tejerse "malladas de seguridad" efectivas (Moreno, 2008).

Bajo discursos sobre la "inevitabilidad de los recortes sociales" en el escenario postindustrial del Estado de bienestar se ha reforzado la idea de que es preciso

redirigir la acción del Estado a los más necesitados. La idea es concentrar los medios “escasos” en los más necesitados, usando un sistema de demostración de bajos ingresos (prestaciones asistenciales), o dirigiendo los programas a determinados grupos de población: jóvenes, mujeres maltratadas, minorías étnicas. Esta estrategia (denominada como *targetting* en la literatura internacional) ha constituido la filosofía de las recomendaciones europeas de elaboración de planes de inclusión social dirigidas a determinados grupos de población en situación de exclusión para que los subsidios públicos llegasen a las manos de los beneficiarios con derecho a recibirlos (Le Grand, 1982).

En un escenario en el que los cambios en la estructura productiva (segmentación en base a sectores y a nivel de cualificación, extensión del trabajo precario) han provocado también una segmentación en la protección social Gregorio Rodríguez Cabrero (2004) habla incluso de la existencia de diversas categorías del Estado de bienestar: el mantenimiento de un Estado de bienestar para las clases medias que mantienen su nivel protector; la existencia de un Estado asistencial para los nuevos colectivos vulnerables, tales como los desempleados de larga duración, los trabajadores precarios o las personas en situación de pobreza relativa; y por último un Estado liberal destinado a los más excluidos en el que el peso fundamental, lo tienen las entidades de iniciativa social.

Si bien las oportunidades considerables de salud para grupos desfavorecidos deben ser una preocupación especial en una sociedad democrática y solidaria que valora la salud y la importancia de la cohesión social, no es menos importante pensar en los posibles efectos negativos de acciones específicas sobre grupos concretos de población¹³². Así mismo, basar una estrategia de salud de la población, en resolver los problemas de grupos relativamente pequeños no dará los resultados generales en términos de mejora de la salud y la prosperidad de toda la población.

Alternativamente la provisión universal institucional ha sido preferida como medio para consolidar los encajes del bienestar para todos los ciudadanos (modelo de Beveridge implantado en Reino Unido). Para muchos, el carácter asistencial de las nuevas prestaciones constituye una importante ruptura con la tradición de reconocimiento de derechos vinculada a la protección social. Robert Castel (1997)

¹³² Ya Robert Malthus en su texto “Primer ensayo sobre la población” (1798) critica las “poor laws” inglesas. Tenderían a empeorar la situación de los pobres, aumenta la población sin incrementar las subsistencias. El trabajo de quienes no reciben ayuda de la beneficencia pública tendrá un poder adquisitivo menor que antes, con lo que crecerá el número de personas obligadas a recurrir a esta asistencia.

considera que los sistemas de asistencia social responden a un abandono de los ideales de igualdad y justicia social que habían caracterizado el siglo XX. Las prestaciones asistenciales a diferencia de las contributivas o universales nacen orientadas a pequeños grupos de población, sujetas a demostración de insuficiencia de ingresos, y muestran una gran distancia en términos de calidad retributiva y reconocimiento de derechos. Se argumenta que contribuyen a la estigmatización de los colectivos que participan en estos programas, su escasa legitimidad frente a la población en general e incluso su escasa eficacia frente a las acciones destinadas a toda la población “los programas para pobres acaban siendo pobres”. Muchos han visto en la protección asistencial, parte de la estrategia neoliberal de recorte del gasto social en detrimento de los derechos sociales.

En la práctica, es difícil hacer una distinción completa entre intervenciones universales o selectivas y ambas tienen sus riesgos. El universalismo de “tarifa plana” en la que los beneficios se dan a todos, salvo excepciones (como el cheque bebé del Gobierno Zapatero) nos son realmente universales. Dirigiendo las medidas a grupos en virtud de homogeneizarlos, ignoran las necesidades de mujeres, grupos minoritarios o dejan fuera zonas o barrios periféricos cuando se planifican ciudades saludables. Los defensores de focalizar los recursos y servicios argumentan que empoderan a las personas para la toma de decisiones y que promueven que los servicios estén más centrados en las necesidades de los usuarios-clientes. Sin embargo, las “políticas... selectivas implican etiquetar con todo el riesgo de estigma correspondientes” y quienes “dirigen las políticas solo a aquellos en mayor riesgo se pierden o no entienden gran parte del problema” (Marmot, 2010).

Tal vez la solución esté en la propuesta que hace Michael Marmot para “aplanar la curva”, el gradiente social de las desigualdades en salud. Marmot propone políticas universales proporcionales. Intervenciones que siendo universales incorporen una escala e intensidad que sea proporcional al grado de desventaja social, selección positiva, de acuerdo con el principio de necesidad (Carey et al., 2015). Modelo al que Carey, Carmmmond y De Leeuw (2015) incorporan el principio de subsidiariedad (como principio de gobernanza y marco para la resolución de problemas) que atraviesa los distintos niveles de gobernanza (estatal, autonómico y comunitario). Principio que lleva la toma de decisiones y las acciones políticas desde lo más global hasta lo más local. Compartiendo que: a) las administraciones locales y organizaciones no gubernamentales o entidades sociales que trabajan y están integradas en la comunidad local conocen y comprenden las necesi-

dades de la población general y grupos específicos y la mejor manera de abordarlos; y que b) llevado a lo local, la acción política y la toma de decisiones empodera a los ciudadanos y fomenta la vitalidad de las estructuras en las que participan. La descentralización de la toma de decisiones y de la provisión de servicios debe completarse con mecanismos de “control” que aseguren que no se invaden o limitan derechos garantizados por políticas universales. Modelo que exige repensar las formas de gobernanza, lo que incluye definir el papel del Estado y sus programas institucionales, el mercado y la sociedad civil.

II. Identificar riesgos: los estilos de vida de las personas jóvenes

Introducción

*“Lo que se mide tiene una incidencia en lo que se hace”
Informe Stiglitz, Sen, Fitoussi, Sarkozy (2008)*

*“At a conference recently, I was explaining to an eminent economist the approach to wellbeing set out in this book. He listened courteously and then asked, ‘Does this have any empirical application?’ ‘That depends,’ I responded, ‘on what you mean by “empirical”.’ ‘Well,’ he waved his hand expansively, ‘measurement’.
Sarah C. White and Cloe Blackmore (Ed) 2016*

El número de muertes del Holocausto escapan a la capacidad humana de imaginación, probablemente el horror lleva a pensar en una multitud más que en una medida precisa. Como explicaba Bauman, en *Holocausto y modernidad*, para comprender el Holocausto había que describirlo con un código específico que, previamente, debía establecerse. Para él, el Holocausto ofrecía una ventana a la que asomarse para ver lo que constituyó un cáncer en el cuerpo de una sociedad civilizada frente al retrato de una sociedad cuerda, saludable y normal, y no lo que se había reducido a un asunto únicamente judío a un trauma personal y a la reivindicación de una nación. Visto así era reducir el carácter de la humanidad, inconmensurable, irreducible a un valor numérico, a la *locura* de un régimen, que aniquiló a 20 millones de personas que no tenían cabida en el nuevo orden que Hitler pretendía instituir.

Introducir aquí el análisis de Bauman sirve como advertencia de que debemos mantener la mirada sobre las implicaciones que las acciones de producción, cuantificación y uso de las estadísticas tienen sobre la reflexividad y el ejercicio de poder, sobre las administraciones, la salud pública o la educación, así como sobre grupos poblacionales específicos. Es necesario comprender las interacciones que tienen lugar entre los diferentes regímenes de cuantificación y sus implicaciones para la (re)creación de políticas sociales y políticas de orden/control/securitarias.

Resultaría difícil comprender hoy gran parte del mundo social contemporáneo sin hacer referencia a la cuantificación, o mensurabilidad, de la *realidad*. La cuantificación y comunicación de los fenómenos sociales es en sí mismo un fenómeno sociológico, una característica constitutiva de la ciencia moderna y de la organización social. Cada campo de conocimiento, con su respectivo régimen de medida, aporta formas de medición de los distintos fenómenos que observan e intentan explicar.

A través de la cuantificación, muchas sociedades modernas han experimentado la transición de un gobierno de las reglas a un gobierno de los en el que “la autoridad se expresa cada vez más algorítmicamente” (Pascuale, en Mennicken & Espeland, 2019).

En este contexto, medir cobra sentido porque permite caracterizar aspectos de la vida, o fenómenos, a través de conceptos transformados en una variedad de valores posibles, eventualmente numéricos, que reflejan la existencia de una diversidad en la naturaleza de objetos y sujetos más o menos complejos. Medir la misma naturaleza del problema que se plantea como definir la medida del fenómeno plantean, por otra parte, la necesidad de conocer el origen teórico-conceptual de los distintos regímenes de medición, en nuestro caso el que implica a la epidemiología social.

Los números involucran convenciones de producción, expresión e interpretación que los hace sensibles o no a los hechos o fenómenos que pretenden significar. Las matemáticas, o la estadística, forman parte de la gramática y vocabulario que permiten que cobre significado el uso de los números en contextos y campos determinados. El desarrollo tecnológico y las grandes bases de datos ofrecen a la medicina posibilidades que están modificando la manera de diagnosticar, tratar y rehabilitar, y lo que es más importante la etiología misma de las enfermedades y del bienestar.

Los números ayudan a dirigir la atención, a persuadir o a crear nuevas categorías para aprehender el mundo que nos rodea y en el que nos desenvolvemos. Como acción social la cuantificación puede adquirir múltiples propósitos y significados a través de su uso. El sentido del número que nombra y describe, como las palabras, viaja en el tiempo y en el espacio social, y cobra en las sociedades modernas cada vez más un valor contable, deshumanizado, para informar las políticas sociales, evaluar o medir el progreso.

Censos de población, registros de mortalidad, o encuestas, etc. pensadas como tecnologías que permiten la evaluación de los riesgos, actúan como justificación para la acción e intervención social de las administraciones públicas. Proporcionan a los gobiernos datos poblacionales precisos que permiten hacer distinciones, categorizar, institucionalizar o formalizar a la población en estadísticas oficiales. Herramientas que en otro momento servían de referencia para establecer impuestos y diezmos y, más tarde, para determinar el número de representantes políti-

cos, se han convertido hoy en una parte sustantiva de las infraestructuras de gobierno, de ordenación¹³³ y control social. Se han constituido como dispositivos *securitarios* que permiten la observación minuciosa del detalle y la consideración política de las pequeñas cosas. Se trata de dispositivos que llevan consigo todo un conjunto de técnicas, todo un corpus de procedimientos y de saber, de descripciones, de recetas y datos restringido a burócratas y expertos. De estas frustraciones ha nacido, en gran parte, el hombre moderno (Foucault, 1975).

No se nos escapa que la epidemiología forma parte de este régimen de medición que a través del número aporta evidencia para la toma de decisiones políticas y permite extender la disciplina del mercado al gobierno de la población sana. Como tampoco el hecho que da además sentido a los eventos y fenómenos sociales, a la medición de muertes relacionadas con el VIH-SIDA, el consumo de drogas o con los accidentes de coche. Da cuenta de la tragedia, el dolor a la vez que inicia una discusión ética. Cada vida, y cada estado de salud, cobra importancia en las estadísticas, su producción y difusión. A través del número damos sentido a la pérdida de vidas humanas y a la pérdida de años de vida con calidad.

No menos evidente es que la regularidad temporal a través de la distinción de estructuras secuenciales, duraciones determinadas, localización temporal y ritmos de repetición ha permitido que el horario y el calendario rijan nuestras vidas a ritmo de manecilla analógica o pulsar digital (Zerubavel, 1985). Han permitido establecer relaciones entre calendario y horario con la vida moderna en general y sobre el ritmo en el que se suceden y encadenan cada uno de los actos cotidianos relacionados con los estilos de vida y la salud en particular.

Los tratamientos y recomendaciones en estilos de vida para recuperar, rehabilitar y mejorar nuestra salud no se entienden sin la referencia a estructuras secuenciales de ritmo, frecuencia, localización temporal de comidas, horas de sueño, actividad física, etc. Así como la dicotomización del tiempo en tiempo consagrado al trabajo, a la educación, o al disciplinamiento, y tiempo profanado con actividades de ocio, disfrute y libre albedrío. Todo lo cual establece un régimen de disciplinamiento que, como sucedió a través del “taller y el cronómetro”, ha sido voluntariamente asumido como compromiso social y moral, aderezado de cierto temor

¹³³ Así, por ejemplo, los números de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE 10 o de la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO) permiten llevar a cabo una catalogación del conocimiento. Cuantos más números, cuanto más gana en extensión el código, más finas son las distinciones, de manera que las secuencias numéricas permiten distinguir cualitativa y categóricamente, no cuantitativamente, las enfermedades o las categorías profesionales.

a un futuro incierto en que funciona el “señuelo de una *medicina 4p* (preventiva, predictiva, personalizada y participativa), que busca definir a cada persona como un modelo estadístico creado a partir del conglomerado (nube) de datos obtenidos de su genoma, características biológicas varias, conducta laboral y social, antecedentes personales y familiares, actividades de ocio y deporte y otros [...], expropiando la salud por medio de promesas tecnológicas” que dan la falsa idea de transformarnos en conductores, ya no pasajeros, de un coche que está fuertemente medicalizado (Gervás & Pérez-Fernández, 2015)

El calendario de vacunas permite reflexionar sobre cómo la racionalización de la necesidad de prevenir enfermedades transmisibles y con alto grado de mortalidad como la gripe¹³⁴, contribuye a su naturalización relacionándolo con ciclos estacionales para denominar los meses de mayor incidencia en los que se producen picos de saturación de los recursos de atención sanitaria debido a la gripe (evento regular y situado). Mientras que el temor, tan fabulosamente alentado por los medios de comunicación ávidos de noticias, a eventos no deseados desencadenados por la gripe (pandemia, muerte, pérdidas de horas de trabajo, de pérdidas económicas, etc.) legitima la intervención de los sistemas sanitarios e institucionaliza intervenciones públicas en nombre del mantenimiento de la seguridad sanitaria, pero sobre todo de disipar las amenazas constantes que se ciernen sobre economías que hacen frente a una competencia feroz global. Sistema y modelo de economía en el que la mínima pérdida de poder productivo, contabilizado éste como absentismo laboral, motivado por enfermedad común o enfermedad laboral, es utilizado por otros (empresas, países, etc.) como oportunidad para expandir su mercado.

Por otra parte, la biometría, basada en la neutralidad de la ciencia, que se instaura en los protocolos desde el seguimiento del embarazo y durante los primeros meses de vida en los que “medir y pesar” al niño sano implanta, defiende y difunde

¹³⁴ Cada año se producen hasta 650.000 defunciones por enfermedades respiratorias relacionadas con la gripe estacional, según nuevas estimaciones de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, la Organización Mundial de la Salud y asociados para la salud mundial. Las nuevas cifras se basan en datos más recientes, de un grupo más amplio y diverso de países, incluidos países de ingresos bajos y medianos, y excluyen defunciones por enfermedades distintas de las respiratorias.

La vacunación anual contra la gripe está recomendada para prevenir la enfermedad y las complicaciones derivadas de su infección.

La gripe estacional es una infección vírica aguda que se propaga fácilmente entre las personas y circula en todo el mundo. La mayoría de las personas se recuperan en una semana sin necesidad de atención médica. La neumonía y la bronquitis son enfermedades respiratorias comunes relacionadas con la gripe estacional, que pueden causar defunción. <https://www.who.int/es/news-room/detail/14-12-2017-up-to-650-000-people-die-of-respiratory-diseases-linked-to-seasonal-flu-each-year>. Consultada febrero de 2020.

“pesos y medidas” que se trasladan a los padres y madres en forma de percentiles o curvas como las Cole u Orbegozo, o en recomendaciones de lactancia materna¹³⁵ que dejan en manos de médicos y pediatras la valoración de “buena o mala” crianza de los progenitores. De manera que cada persona se haga cargo de su cuerpo, de su mente y de las amenazas para la salud de conductas que no siguen las recomendaciones y pautas definidas por los “expertos” en salud (Gervás & Pérez-Fernandez, 2015).

El niño o niña seguirá acudiendo al centro de salud hasta los 14 años, con visitas periódicas que se irán espaciando en el tiempo (de uno a dos años) y en las que los actos de medir, pesar y vacunar centran, y concentran, las intervenciones de los profesionales de la pediatría. Para cuando este momento llega toda la familia ha incorporado a su imaginario de la salud, el *cuidado* del cuerpo. Cuidado naturalizado a través de la medida o el número y de la importancia de los tratamientos preventivos desde el momento en el que se tomó la decisión de vivir la experiencia de ser padre o madre.

A través del conocimiento médico, que estructura, clasifica y planifica de acuerdo con el calendario biológico toda una serie de intervenciones que se inauguran antes del nacimiento y que se extienden hasta el momento de la muerte, se promueve la encarnación del valor de un cuerpo sano y de la responsabilidad de cada uno de los miembros del hogar, y por extensión de una sociedad, de estar entre los parámetros de “normalidad” definidos por la ciencia médica.

Pasado el tiempo de la preocupación por el normal desarrollo del niño y niña sana, ya sea motivado por un principio de racionalización de los recursos o por el convencimiento de que el natural estado del adolescente es estar rebotante de salud o ambos, las intervenciones relacionadas con la salud y bienestar sobre este grupo de población (14 y más años) pasan a recaer sobre una pluralidad de instituciones, fundamentalmente bajo la responsabilidad del sistema educativo, de los institutos de salud pública y de las familias.

Así, por ejemplo, las acciones educativas, transformadoras que modifican conductas no saludables, o que actúan sobre la evolución de las actitudes y prácticas

¹³⁵ Si el niño y la niña no ha adquirido el peso que señala el protocolo, se le insta a las madres a incorporar la leche de fórmula, es decir, incorporar el biberón (herramienta de engorde, que aporta seguridad, permite ver la mejora en poco espacio de tiempo para tranquilidad del practicante y los progenitores) despreciando que carecen de anticuerpos, no pueden reproducir la complejidad de la leche materna, requieren mayor organización y preparación e inversión (biberones y tetinas, higienizadas y leche de fórmula a mano y a tiempo para cada toma), y suponen un coste añadido difícil de asumir en economía precarias de muchas familias.

sexuales, o el consumo de drogas como el alcohol, tabaco y otras sustancias que tanto se relacionan con esta etapa, que tienen tan diferentes expresiones a lo largo del tiempo de iguales o distintos países y culturas, se convierten en un imperativo para familias, institutos de salud pública y centros educativos.

Las familias, aunque aleccionadas durante la infancia en la nueva etapa adolescente quedan huérfanas de la orientación de expertos que encontraban en los centros de salud. De manera que los centros educativos¹³⁶ y los institutos de salud pública se convierten en las instituciones de referencia para la educación en salud y la promoción de la salud. Instituciones desde las cuales se sigue ejerciendo un paternalismo racional, naturalizado y sobre todo normativizador, aunque en este momento con un poco más de distancia y con un calendario más flexible (tal vez las primeras relaciones sexuales, la primera borrachera o los primeros síntomas de malestar psicológico lleven a la consulta a estos menores o a prestar atención a los mensajes que desde las administraciones públicas se lanzan para la población general y para grupos específicos).

Ante la cantidad de nuevas demandas, no asumidas, o sólo en parte, por las administraciones públicas, las familias intentando responder al imperativo de más salud encuentran en el amplio mercado de bienes (materiales e inmateriales), que como el rey Midas convierte en oro todo lo que toca, lo que hace florecer las capacidades personales, los niveles de autocontrol, de resiliencia, de emocionalidad positiva y salud física y mental. El mercado, a través de un entramado de ofertas diversas, que van desde la formación y capacitación personal al uso de tecnologías y aplicaciones -Apps-, vincula la constante necesidad de crecimiento personal, bienestar y salud con el consumo incesante tan característico del capitalismo actual (Cabanas & Illouz, 2019).

El mercado ofrece, además, a las instituciones públicas sanitarias herramientas para el seguimiento de las recomendaciones en población sana, así como la vigilancia y control de la adherencia al tratamiento de pacientes crónicos, ofreciendo tecnología y Apps que fácilmente podemos instalar en smartphone y smartwatches (toma de temperatura, control de la ingesta de calorías, de alcohol, de horas de sueño, de número de pasos, del ritmo cardíaco, etc. y que permiten compartir los auto-registros voluntarios de cada persona en un clic.

¹³⁶ Si bien, el paso a secundaria que se produce a los 12 años es definido por las familias como preocupante, se pierden referentes educativos de las etapas infantil y primaria, con profesionales preparados para la educación, por profesorado con titulaciones de muy diversa índole, con poca formación pedagógica y en no pocas ocasiones con poca o nula implicación en el aula.

Comenzamos la introducción a esta segunda parte con la importancia que la conmensuración ha tenido en la modernidad para después resaltar cómo la medición del tiempo, como construcción social, a través del calendario y el horario permite asegurar la regularidad de las actividades colectivas, y ordenar la vida. Ganar el control sobre el calendario fue esencial para lograr el control social en general, reducir la espontaneidad, o lo inesperado, para facilitar en definitiva la coordinación eficiente de la vida moderna y reducir la incertidumbre. La aplicación al campo de la salud ha permitido por otra parte naturalizar toda una secuenciación de intervenciones a lo largo del ciclo de la vida de las personas a través de un entramado de redes cada vez más difícil de aprehender por la mirada profana.

Los cambios en las prácticas en salud y de la educación como productos culturales que se consumen, en unas sociedades donde el modelo biográfico instaurado exige que cada persona se haga cargo de las condiciones de existencia, de hacer elecciones, de producir reconversiones o hacer frente a cambios incesantes, tienen impactos sobre las estructuras tradicionales de solidaridad y de protección social. Aparecen ganadores de estas transformaciones que pueden aumentar en eficiencia y autonomía, liberados de la pesadez de reglamentos y controles burocráticos, que pueden adquirir en el mercado todo lo necesario para el cuidado y mejora de la salud, mientras quedan a la suerte de instituciones y burócratas categorías de individuos incapaces de gestionar los cambios y las nuevas demandas sociales. Estos grupos son entonces amenazados por “invalidación social”, bien porque se descuelgan o desconectan de los soportes colectivos o de los recursos que les habrían permitido hacer frente a la novedad garantizando su independencia social (pérdida de trabajo o trabajos precarios que no garantizan derechos y protecciones) o porque no logran inscribirse en la red de garantías sociales y biográficas (jóvenes que buscan su primer empleo, inmigrantes que llegan buscando una vida mejor, madres soleteras sin redes de apoyo, etc.).

Esta dualización, como si de una bifurcación de selección natural se tratara, es el resultado de una sociedad que promueve el individualismo y en la que la capacidad de auto-conducirse es cada vez más requerida y cada vez más valorada. Esta afirmación desarrollada por Castel (2010) en *El ascenso de las incertidumbres* lleva a derivar en sociedades en las que existen individuos por exceso e individuos por defecto, en las que unos son capaces de maximizar sus esfuerzos y posibilidades mientras quedan invalidadas las de otros.

Una sociedad de los individuos es también una sociedad de las incertidumbres en la que los riesgos se expresaron de forma totalizadora como lo expresó Beck

en la “sociedad del riesgo”. En las que los riesgos se confrontaron creando “seguridad” mediante sistemas de cobertura que hoy debilitados y amenazados por nuevos riesgos (financiación del sistema dependiente de cotizaciones salariales, aumento de la población dependiente, los cambios en la familia y la prestación de cuidados, la precariedad laboral, etc.) hacen inevitable un debate sobre el equilibrio entre lo que puede ser responsabilidad personal y lo que debe depender y ser protegido por la solidaridad y la cohesión social.

Por otra parte, aparece una nueva categoría de “poblaciones de riesgo” o en “situación de vulnerabilidad” como consecuencia del deslizamiento de la noción de peligrosidad hacia la de riesgo. Hablar de factores de riesgo y no de poblaciones percibidas como peligrosas, permite pensar y actuar con anticipación antes de que tenga lugar un evento, episodio o acontecimiento indeseable. Ya no es necesario comprobar que existe el peligro, la sospecha probable de que se produzca es suficiente para establecer dispositivos de vigilancia y de gestión a distancia de las personas.

Pensar en estos términos ha favorecido además la mutación de las modalidades de intervención sobre el otro y el nacimiento de un profesional, o experto, que desde una administración, recoge datos, ordena y clasifica la información recogida, elabora informes, construye perfiles y propone intervenciones sobre grupos e individuos que nunca ha visto y que, muy probablemente, tampoco, vaya a ver jamás.

La nueva gestión de los riesgos y los modelos de intervención han tenido importantes ramificaciones en todos los ámbitos, y muy especialmente, en lo relacionados con la salud y concretamente, sobre los estilos de vida de la población en los que se ha impuesto la máxima “más vale prevenir que curar”. Desde este punto de vista la construcción, clasificación y localización en el mapa de las poblaciones en situación de riesgo se ha convertido en una herramienta con posibilidades increíbles, para el control, vigilancia y disciplinamiento de las personas desde la “cuna”.

La aparición de observatorios de la salud, de la realidad social, etc. han logrado instrumentalizar la noción de riesgo y dar un poder inusitado a expertos y burócratas ubicados lejos, y por encima, de los ciudadanos de a pie. Instrumentalización en la que el Estado ya no juega el papel de racionalizador y sostenedor de las reglas del juego del mercado, sino que abrumado y agotado por las contradicciones que surgen entre las funciones y legitimaciones que debe cumplir se pliega

antes las lógicas mercantiles, difundiéndolas y ampliándolas a la vez que implementa políticas sociales cada vez más asistenciales, focalizadas y parciales dirigidas a categorías de públicos que deben demostrar que están en déficit respecto del régimen común y que además deben prestar una contraprestación, la consigna es “activar los pasivos” (Castel, 2010).

Los recursos y servicios ya no se distribuyen automáticamente, sino que su obtención exige el compromiso de activación de los beneficiarios. O lo que es lo mismo, la lógica del servicio está regida por un principio de mérito (Dubet, 2013). De manera que, si bien tiene también que internalizar los costes sociales del neoliberalismo, las políticas adoptadas producen efectos fragmentadores e individualizadores, además de nuevos pobres y precarios, no sólo por renta y trabajo sino por la nueva lógica de protección y acceso a los recursos. Dando lugar a zonas de integración, zonas de vulnerabilidad y zonas de desafiliación (Castel, 2008, 2010).

El estado de salud, como la pobreza, se rige por causas y por causas de las causas, es decir, por determinantes sociales y económicos (más que factores individuales como el estilo de vida individual o la herencia genética) que determinan el lugar o zona que ocupa cada persona en la escala social, convirtiendo diferencias individuales y colectivas en estados de salud. Sin embargo, y a pesar del número de publicaciones en la que se constata la relación entre nivel de renta, nivel de estudios, acceso a los recursos sociales y sanitarios, etc., y el estado de salud, es común que se acabe por dar mensajes simples en los que las principales causas de mortalidad (enfermedades respiratorias, obesidad, etc.) se relacionan con estilos de vida, modificables, que recaen sobre la responsabilidad de cada individuo (consumo de tabaco o ejercicio físico).

De manera que frente a acciones políticas necesarias para modificar las condiciones de vida el mensaje que triunfa es el del simple cambio de los “estilos de vida”, frente al problema político y de desgaste de los sistemas de protección de los Estados de Bienestar, se imponen soluciones individuales. Como si el obeso o el fumador lo fuera porque quiere, porque entre las posibilidades de elección no elige estilos de vida sanos.

La salud, como la pobreza o la vulnerabilidad social a los riesgos, es cualquier cosa menos un fenómeno estable, cuantitativo o absoluto, es un proceso dinámico, difuso, relacional y complejo. Por lo que las políticas que no se plantean abordar la raíz estructural, intervenir sobre las causas de las causas, de las desigualdades en salud, siguen, y seguirán, reproduciendo desigualdad, estigma y

brecha social, todo aquello que contribuye a erosionar la cohesión social y potenciar la individualización.

Por otra parte, los estados del bienestar están en una difícil coyuntura, empequeñecidos y desarticulados en una maraña de redes de instituciones públicas comprometidos con procesos ambiciosos de descentralización y comunitarización de las políticas públicas. Aunque existe y es loable la voluntad de flexibilizar la acción pública acercándola a las expectativas de los usuarios, debemos prestar atención a quiénes se convierten en los interlocutores en el espacio local que son designados, o se autodesignan, para relacionarse con las administraciones y qué proyectos y necesidades son elevados como demanda social. Ponemos el foco sobre el espacio local porque se han convertido en el centro de gravedad de la cuestión social, porque la expresión de los problemas y conflictos sociales no son sólo una cuestión del lugar que se ocupa en la estructura social sino de localización en el territorio.

En este apartado *Identificar los riesgos: el caso de los estilos de vida de la juventud*. Vamos a hablar de la juventud de una comunidad, la navarra, no sin antes incidir que el término estilo de vida parece sugerir que pudieran elegirse con plena libertad lo que más bien es otro “montón” de cosas a describir, rastrear o desenmarañar. Hablar de estilo de vida es hablar de condiciones de vida, de relaciones de poder, de acceso a los recursos y servicios, de las políticas públicas que van más allá de las que abordan específicamente la salud, como son las relacionadas con la educación, el empleo o la vivienda, entre otras.

No queremos crear la falsa expectativa de que lo que vamos a exponer y analizar se hace con el objetivo, como en el propio cuestionario se hace explícito¹³⁷, de detectar poblaciones o conductas para las que diseñar intervenciones. Eso ya está siendo abordado por un importante tejido de instituciones y profesionales de la salud, la educación y los servicios sociales. Lo que aquí pretendemos es establecer una relación dialógica con los datos, con los modos de producir conocimiento y pensar con ellos. Mirarlos, observarlos para comprenderlos, para entender su alcance y sus limitaciones.

¹³⁷ Entradilla que aparece en el cuestionario que se entrega a las personas entrevistadas: “El objetivo de la encuesta es el de poder disponer de datos actualizados con los que apoyar los distintos programas de prevención e intervención, así como para analizar y planificar más adecuadamente las diversas actividades e intervenciones sociosanitarias de este Departamento”.

Capítulo 4. Actos de medición: Bienestar, calidad de vida y salud

Contar, registrar, medir, recoger la información “suficiente” para diseñar intervenciones sobre la salud joven parece algo simple y sin embargo son necesarias burocracias altamente tecnificadas y administradores cualificados y capacitados. Hoy dependemos de instrumentos que calculen la distribución de los riesgos que permitan gobernar desde la distancia a pesar de las diferencias culturales. Tarea monumental que requiere herramientas potentes de recolección, estandarización e integración en grandes redes de información.¹³⁸

En el caso de la salud han aumentado drásticamente las herramientas sofisticadas de peritaje, evaluación orientadas a la prevención sistemática de eventos no deseados (accidentes, enfermedades, recaídas, falta de adherencia a tratamiento, etc.) La recopilación de datos en dossiers técnicos -estéticamente ilustrados con infografías- presentan de forma sencilla datos para la toma de decisiones técnicas y políticas que se trasladan como guía para la acción de profesionales, que desde distintos ámbitos (salud, educación, acción social), intervienen con poblaciones diversas con el objetivo de mejorar y reducir las diferencias en salud.

La referencia al saber, al conocimiento mensurado de los estilos de vida observados en la población joven tiene una función legitimadora de la acción de expertos, a lo largo y ancho de la geografía navarra. Si bien el juicio y el *oficio* de éstos queda seriamente amenazado (Dubet, 2013) cuando éste basándose en informes y protocolos desemboca en acciones prácticas cada vez más alienadas, orientadas por un *pensamiento único*. Ya que, los y las profesionales de las administraciones públicas a pesar de actuar y estar certificados como expertos por el Estado para actuar con autonomía nada es dejado al azar, la arbitrariedad, o la flexibilidad. Cada acción se ve limitada por informes técnicos que se alzan como orientaciones, donde los profesionales de la relación se convierten en agentes de las políticas públicas y lógicas de los servicios que si bien logran modificar destinos poco o nada modifican situaciones (Castel, 1984). Son *cisnes negros*, rara avis, los que actúan con criterio propio, firme y seguro.¹³⁹

¹³⁸ El PIB o el Bienestar se encuentran entre los valores que requieren de grandes cantidades de información que permite escrutar y hacer juicios sobre fenómenos, economías y condiciones de salud dispares.

¹³⁹ Dubet (2013) describe muy bien cómo los profesionales que trabajan para el otros sienten temor a ser cuestionados por sus compañeros, a ser sancionados, o escrutados por la institución por el modo en el que

La edición de informes, eliminan suposiciones, discreciones y ambigüedades, en un proceso que resulta y provoca la “absorción de la incertidumbre”, dando una formación más robusta al dato de lo que es, y hace desaparecer incluso las premisas¹⁴⁰ detrás de los números de modo que las decisiones parecen más obvias de lo que podrían ser y el número y la decisión adquieren un mayor grado de autoridad cuanto más asciende en la jerarquía de mando.

Teniendo presente que cualquier acto de medir al tiempo que cuantifica puede dar lugar gracias a la agregación de números, a través de operaciones estadísticas y matemáticas en índices, razones, calificaciones o clasificaciones, debemos ser conscientes que de igual manera permiten establecer nuevas comparaciones y crear nuevo conocimiento sobre los estilos de vida relacionadas con la salud. Tales medidas de medidas, basados en acuerdos explícitos o convenciones tácitas, a menudo cobran vida propia y circulan eliminándose sus orígenes, dónde y cómo fueron producidos (Mennicken & Espeland, 2019).

Sin duda, la virtud de los números es que circulan fácilmente y parecen a primera vista fácil de interpretar, más si aparecen bien ilustrados y de forma sencilla (que no significa que sean claros y que faciliten la comprensión), lo que a la postre permite lanzar mensajes disuasorios y coercitivos que en principio parecen inocuos. Tablas y gráficos han dado lugar a todo un sistema de infografías que contribuyen a la “normalización” de estándares de vida. En ocasiones, convertidos en campaña masivas a la población.

La contabilidad es también crucial para aprehender la infraestructura cognitiva del capitalismo. La conmensuración puede parecer una simple cuestión de diferencias entre cosas similares, sin embargo, crea relaciones entre objetos que convencionalmente no son comparables, crea trajes a medida, como los precios que permiten la “mercantilización” incluso de lo que no vemos, pero respiramos,

trabajan si siguen su propio criterio, aunque su propia experiencia les dice que el trabajo real se aleja constantemente del trabajo prescrito. Llevar protocolos y normas a la diversidad de contextos de acción, implica adaptaciones a las realidades locales y arreglos entre profesionales, provocando la ruptura de la unidad del programa institucional o malestar entre los profesionales de instaurarse un acérrimo seguimiento de las pautas.

¹⁴⁰ Cada pregunta, cada ítem incorporado a la encuesta está fundamentada y sigue las recomendaciones, directrices y guías publicadas por distintos organismos nacionales e internacionales, que definieron una manera, y no otra, de generar y ordenar el conocimiento. qué metodologías aplicar, qué escalas aplicar, etc. Consensos que permiten por otra parte comparar a través del número conductas que tienen diferentes orígenes históricos y culturales, que estarán determinados por el lugar que ocupan en la esfera social, no como resultado de la capacidad de los actores individuales sino como producto de relaciones múltiples de actores en una red en lo que tienen también protagonismo elementos inmateriales.

como la contaminación¹⁴¹. Y sin embargo, existen cosas que son menos desiguales como la diferencias entre el empresario y el empleado, que inconmensurables, ya se trate de consumo, de modos de vida, de educación, de cultura, placeres, etc. como sucede en nuestra sociedad en la que todo circula, todo el mundo se mide y se compara, pero sobre la base de la desigualdad de posiciones, en la que funciona la distinción y el deseo de acercarse a la categoría del estrato superior a la vez que alejarse de la que se encuentra por debajo de la que ocupa (Castel, 2010).

Las mediciones fracasan en distinguir entre personas con distintos grados de salud. Obviamente, muchas de las escalas de medición no pretenden ser exhaustivas, o tener un alto grado de precisión, no decimos que no seamos capaces de captar las diferencias en salud. Lo que queremos señalar es que el rango en el que se mueven las mediciones para discriminar entre estados de salud es relativamente estrecho, ya que se relaciona con el rango actual de salud de la población (los rangos se calculan en base a una medida de tendencia central, normalmente la media).

No se trata de medidas más precisas, sino de rangos más amplios que permitan recoger un espectro más amplio de situaciones, estados de salud que la mayor parte de la población sana experimenta a lo largo de su vida. Las escalas actuales, como la de Goldberg, que mide el riesgo de mala salud mental, permiten discriminar a una pequeña parte de la población, sin determinar el grado dentro de un intervalo amplio, sino concluyendo si existe, o no, riesgo de mala salud mental.¹⁴²

De manera que, o bien cambiamos la manera en la que medimos el estado de salud, o bien reconocemos y explicamos que, dado la escasez de recursos, lo que realmente importa detectar (cribar) es la población que se encuentra en peor situación. Idea que cobra veracidad cuando medimos para determinar dónde destinar, poner o enfocar los recursos.

¹⁴¹ La contaminación se conceptualiza económicamente como una externalidad negativa generada por los procesos de producción y de consumo. Para calcular el costo del daño hecho por emisiones lo más común es calcular las emisiones de CO2 equivalentes de todos los gases que provocan el efecto invernadero, incluyendo el propio dióxido de carbono o el metano que calienta aún más. Cuando se habla de “comprar” y “vender” emisiones que provocan el efecto invernadero y el cambio climático, se están describiendo los “mercados de carbono”.

¹⁴² La escala Goldberg existe en versión de 12 o 28 ítems y permite medir además en la versión corta del riesgo de sufrir o no mala salud mental, la funcionalidad social y afrontamiento, y bienestar psicológico. En la larga síntomas somáticos de origen psicológico, angustia/ansiedad, detección de casos psiquiátricos menores.

Las estadísticas ayudan a crear la realidad¹⁴³ que miden, proporcionando un lenguaje para acceder a ella y técnicas para su manipulación. El valor del número se basa en su autoridad para ayudar a resolver el problema fundamental, (dónde dirigir los recursos escasos). Ofreciendo un lenguaje y disciplina compartidos es posible gobernar y tomar decisiones que implican a un gran número de personas y sobre vastas distancias, en localizaciones geográficas muy distantes, teniendo presente que las distancias pueden ser sociales, geográficas y políticas.

Aplicada, la estadística, a la epidemiología en forma de cuestionario¹⁴⁴ a administrar a la población joven, implica la descomposición de los actos, gestos, lugares y operaciones en elementos mínimos de percepción; la clasificación de los elementos en función de objetivos determinados; establecimiento de las secuencias o las coordinaciones óptimas, la fijación de los procedimientos de adiestramiento progresivo y control de los profesionales y de las poblaciones a las que dirige sus intervenciones, y la distinción entre resultados normales y anormales, aptos o no aptos.

Las investigaciones epidemiológicas mediante encuesta, como tecnología securitaria, exigen solvencia técnica y competencias que obedecen al funcionamiento mismo de las instituciones que garantizan la validez de la investigación y que legitimarán a su vez el diseño y planificación de intervenciones específicas, siguiendo la pauta del natural desarrollo humano, como si de trazar una línea recta se tratara, en la que se secuencian y describen, minuciosamente, las características propias de cada etapa de la vida. Intervenciones que intentan en todo momento bifurcaciones o desviaciones en los momentos en los que se han definido

¹⁴³ El construccionismo en la sociología ocupa un vasto espacio. Entre los clásicos Marx, Foucault, Berger y Luckmann por citar a algunos. Frente a éstos encontramos a quienes defienden el pragmatismo y realismo de los números y los objetos medidas a través de prácticas estandarizadas.

¹⁴⁴ Disciplina que, aplicada a nuestro objeto, la Encuesta Navarra de Juventud y Salud, supuso durante el periodo 2013 y 2014 la realización de un gran número de actuaciones. Como socióloga de la Sección de Promoción de la Salud que pertenece al Servicio de Promoción de la Salud Comunitaria, realicé, coordiné y supervisé todo el proceso de realización de la Encuesta Navarra de Juventud y Salud. Tareas que implicaron la redacción del pliego de las condiciones técnicas y administrativas para la contratación pública del trabajo de campo, la revisión del cuestionario, diseño de la muestra de la mano del Instituto de Estadística de Navarra, la formación de los y las encuestadoras, de la elaboración del “manual de encuestador” que fue entregado a cada una de estas personas; de seguir todo el trabajo de campo mediante reuniones periódicas con la empresa contratada para hacer el trabajo de campo. Sesiones en las que se acordaba la sustitución de encuestados (cambios de domicilio, negativas a participar, discapacidad intelectual, etc.) o de encuestadores, la recodificación de respuestas previas a la validación final del picado de datos, el seguimiento del trabajo de campo, la validación de cuestionario, el análisis de datos, la elaboración de un informe y la publicación de dos boletines en la página [web](#) del Instituto de salud Pública y Laboral de Navarra. Números 88 y 89.

como crisis o transiciones vitales que se producen en la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez o senectud.

Hay acuerdo, entre expertos y profanos, en identificar distintas etapas que siguen una secuencia “naturalizada” de madurez biológica, intelectual y pueden acumularse experiencias positivas y negativas. También hay acuerdo en que cada una de estas etapas conllevan cambios y que presentan un sinnúmero de situaciones y actividades, unas que producen sentimientos positivos, satisfacción y bienestar, y otras que producen tensión, estrés y malestar.

A lo largo de la vida pueden producirse acontecimientos repentinos que generen estas situaciones, pero pueden darse también la aparición, adopción de conductas que implican riesgo para la salud presente y futura de la población. De modo que la recogida continua de datos sobre la salud de la población joven a través de encuesta forma parte de la estrategia y práctica de la seguridad: vigilancia de la población, la relación consustancial de un fenómeno y un lugar (enfermedad, gente, país, clima,...), el análisis cuantitativo de resultados positivos y negativos, distribución de casos en la población que queda circunscrita a un espacio y tiempo, aparece la noción de casos (manera de individualizar el fenómeno colectivo);¹⁴⁵ cálculo de la morbilidad y mortalidad; noción de riesgo y probabilidades según caracterización¹⁴⁶ de los individuos -edad, sexo, grupo, lugar de residencia; identificación de las características y condiciones lugares peligrosos.¹⁴⁷ Y finalmente identificar el tipo de fenómeno en un momento y lugar dado (crisis): escalada, aceleración o multiplicación.

Caso, riesgo, peligro, crisis, etc. exigen formas y técnicas de intervención cuya meta no será la misma. Si antes era anular la enfermedad, hoy es evitar el contagio, la transferencia o acumulación. Ahora se toma en cuenta la población sin discontinuidad y se espera un número de afectados y de muertes. Se establecen y publican tasas de morbilidad y prevalencia normales. Se tratará de reducir las

¹⁴⁵ Como sucede con la propagación del coronavirus, es preciso encontrar el “caso cero” desde donde trazar la transferencia desde el exterior, o sin contacto exterior, primeros casos de contagio local preocupan a los expertos, ya que modifica el escenario. Contener el brote en este nuevo contexto juega un papel esencial la detección precoz, conocer el caso desde se inició todo

¹⁴⁶ En el caso del n-COV 19 o COVI-19, varones de más de 60 años, sobre todo los que presentan enfermedades previas

¹⁴⁷ Donde se congreguen gran cantidad de personas -estadios, juegos olímpicos-; las condiciones de seguridad de los puestos de venta en mercados extranjeros con los que mantenemos relaciones comerciales ponen en duda los mecanismos de seguridad de otros países donde las regulaciones son menos restrictivas.

desviaciones respecto a las curvas de normalidad calculadas para cada grupo específico.

Surge así una nueva idea de poder y vigilancia en forma de un conjunto de mecanismos que se impone sobre la voluntad de las personas (con la COVID-19 se han impuesto auto-registros de temperatura, se invita a autoaislarse, y seguir el protocolo que se modifica al paso de la evolución de la amenaza) sobre fenómenos que no son exactamente individuales, aunque los individuos sean el centro.

Los términos normalización, población, gobernanza y conducta, aparecen como piezas del puzzle que se relacionan entre sí. Comprender cómo funcionan herramientas como la encuesta y cómo a través de ésta es posible incidir, prescribir y coaccionar, para provocar cambios en la población de adolescentes y jóvenes, nos acerca a una lectura de la sociedad en la que opera un biopoder que se y que anuncia el crecimiento de demandas constantes por “incapacitación”. Se indica cuáles son las recomendaciones e incluso alguna pauta que ayude a su logro, pero pongámonos en el caso del COVI-19.

La información transmitida por las autoridades sanitarias, y el presidente del gobierno en el momento de anunciar el Estado de Alarma, convierten del lavado de manos, medida higiénica simple y sencilla, en un *acto heroico*. Los gestos del lavado de manos han sido repetidos una y otra vez a través de los medios de comunicación y, sin embargo, sigue habiendo dudas de cómo actuar. Se nos olvida que es necesaria la atención, el hábito reflexivo, junto a la capacidad de preguntar y preguntarnos. De modo que lo que parece una conducta sencilla, hace aflorar un mar de dudas, sobre cuándo y en qué situaciones el lavado de manos es necesaria. ¿Cada vez que he tocado el botón del ascensor?, ¿cada vez que he pulsado sobre el botón del café con leche y poco de azúcar?, ¿cada vez que pulso el interfono? Por obvias, no se formulan, y por obvias no se hacen explícitas. Pero no se hacen explícitas porque preguntar por lo que parece obvio nos hace sentirnos tontos, inseguros, o carentes de ideas. Y es así porque no hemos presenciado antes una situación como ésta, en la que la memoria y la experiencia nos dieran las claves para guiarnos.

Las conductas de la población no pueden cambiar por decreto, y, sin embargo, acontecimientos como el mencionado han contribuido a reducir la emisión de gases de efecto invernadero. El temor al contagio ha provocado la cancelación de viajes, el uso de aviones, el cierre de puertos, etc. Los datos, gracias a la ferocidad de los medios de comunicación han surcado países y continentes, y han puesto en alerta a la población mundial.

El miedo al otro, como lo es al delincuente, al apestado, al contagiado, o al que su mala cabeza esquilma la maltrecha economía, se ha convertido en un elemento poderoso para legitimar dispositivos securitarios de los gobiernos, con la incuestionable participación de la comunidad científica, la industria farmacéutica y los medios de comunicación. Difícil tarea la que tienen por delante las instituciones públicas, ante la demanda de la ciudadanía que exige, el derecho a la salud y, de acuerdo con principios de igualdad y equidad, atender la diversidad de situaciones.

Es curioso escuchar que el Otro extranjero ha provocado por la falta de controles la génesis y transmisión de un virus que todavía se desconoce su origen, o cómo debido a los extranjeros han vuelto enfermedades que se creían erradicadas. No obstante, no cuestionamos o quedan relegadas a momentos de picos en los registros las elecciones de los antivacunas locales, o la educación sexual de la juventud a pesar del aumento de las enfermedades de transmisión sexual.

Los agentes ilustrados y sus técnicas que ofrecen información accesible, meditada y calculada al vulgo pueden contribuir al cambio. Pero si se pretende una relación justa entre la población y los recursos, y las posibilidades de Estado, es necesario actuar ante todo sobre una multitud de factores que en apariencia están lejos de la población misma y su comportamiento inmediato.

Influir sobre cosas aparentemente alejadas de la población, pero que, según hacen saber el cálculo, el análisis y la reflexión, pueden actuar en concreto sobre ella, supone mutaciones importantes en la organización y la racionalización de los métodos de poder con el objetivo de crear seguridad, vaticinando la evolución de los fenómenos y las respuestas adaptativas de las personas. Es sabido que la población basa sus elecciones en variables complejas y modificables como los accidentes, azares, conductas individuales, causas coyunturales, percepciones, etc. Todo un entramado de variables que, gracias al desarrollo tecnológico, pueden ser observadas y convertir una gran cantidad de lo que parecen fenómenos irregulares en algoritmos y dar cuenta de regularidades de los diferentes accidentes, peligros y riesgos.

El coronavirus, el VIH-SIDA, son dos ejemplos que permiten hacer este análisis a nivel global. Hoy, la realidad, advierte que el marco la globalización contribuye a convertir un episodio en el epicentro de una gran onda expansiva. El COVI-19 (brote de neumonía vírica) nació en un “mercado húmedo” de venta de animales vivos en la ciudad china de Wuhan. El VIH, fue descrito por primera vez como cinco casos de neumonía en Los Ángeles y poco después se constataron varios

casos de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. Ambos eran conocidos por los médicos, pero la aparición conjunta en varios pacientes llamó la atención de la comunidad científica. Las teorías en torno al origen del VIH y el COVID-19 establecen su origen en la transmisión de animales a humanos.

En el caso del COVID-19 no existe vacuna, ni tratamiento y se propaga con rapidez. Las Instituciones públicas y las Agencias, o Institutos de Salud Pública, se han convertido en los garantes y rehabilitadores de la situación de amenaza. El momento que estamos viendo nos convierte en observadores de cómo se liberan las tecnologías del objeto para los que se crearon y cómo éstas se resitúan desde el punto de vista de construcción de los campos, dominios y objetos del saber, es decir, de las distintas prácticas en las tecnologías para ostentar el poder. La comunidad científica se ha convertido en la voz que susurra al oído de los soberanos de cada país, las actuaciones a llevar a cabo en cada fase, llegando a la declaración del Estado de Alarma que capacita al Gobierno para limitar la circulación de personas, requisar temporalmente bienes, intervenir industrias y limitar, o racionar, el uso de servicios o el consumo de artículos de primera necesidad.

Ver cómo circulan en las distintas instituciones a través de sus prácticas el valor de la salud, a través del uso de los objetos, técnicas, métodos, herramientas, etc. nos asoma a ver la capacidad del Estado, como institución totalizadora que consigue institucionalizar, impulsar su propia mutación, inducir el desarrollo de su funcionamiento, alentar la burocratización, provocar la deshumanización, etc.

Nos hemos desviado un poco ante los acontecimientos, volviendo a nuestro estudio, no es menos interesante comprobar cómo operan estos mecanismos a nivel local. Hemos elegido la Encuesta Navarra de Juventud y salud, encuesta que define a ese Otro que amenaza el orden y que forma parte del sistema securitario de los Estados de Bienestar. Porque a través del análisis del uso de los números en contextos específicos es posible desvelar los propósitos y significados de los nuevos dispositivos del nuevo orden. No discutiremos la intrincada relación entre la cuantificación y ciencia, sino que ofreceremos un análisis de un espacio donde se ha producido la institucionalización de la cuantificación, en la administración pública y a través de ella la institucionalización de la cuantificación y medición de la vida cotidiana, los estilos de vida relacionados con la salud de la población de jóvenes de 14 a 29 años.

Intentaremos dar respuesta a la incertidumbre que se supone aborda la cuantificación y seguimiento en el tiempo de los estilos de vida de la población de jóvenes de Navarra; a cómo afectan los datos recopilados a las políticas y relaciones

de poder; a qué se muestra y qué se oculta en el estudio de los estilos de vida, así como qué nuevas relaciones y objetos sociales se generan de la cuantificación y observación realizadas.

Medir los estilos de vida de la población joven navarra, como cualquier otro intento de medición constituye el inicio de un proceso por determinar una magnitud o cantidad mediante la aplicación de un instrumento. Instrumento que, utilizando unidades de medida estándar, convenciones determinadas sobre el acuerdo negociado de lo que se va a medir, permite la clasificación de la población de acuerdo con patrones de conducta basados en las recomendaciones¹⁴⁸. Y sobre los que se aprobarán medidas de actuación de acuerdo con el grado de desviación de las normas estandarizadas por medios estadísticos y probabilísticos. De esta manera los actos de medición al igual que generan certezas y seguridad se han convertido en instrumentos racionales, objetivados y naturalizados que disciplinan y coaccionan a aquellos a quienes representan.

4.1. Institucionalización de la juventud. La investigación y el estudio de la condición joven

De alguna manera, existe un acuerdo muy amplio de que la juventud es una etapa específica y única que solo puede entenderse con referencia a la sucesión de generaciones que impulsan el proceso de cambio social. En unos casos será la muerte de un dictador y los comienzos del proceso de democratización como es el caso español, mientras que en otros será la caída del Muro de Berlín y el colapso de los regímenes comunistas; la revuelta estudiantil en Francia en mayo de 1968; la globalización y el 11/S; el calentamiento global y el efecto invernadero; o, más recientemente, el movimiento de los indignados cuyo origen fue la manifestación del 15 de mayo de 2011 convocada por varios colectivos en diferentes ciudades españolas. Todavía respirando los efectos de la crisis “la generación Ni-

¹⁴⁸ En el caso de la Encuesta Navarra de Juventud y Salud supuso el diseño de un cuestionario por un grupo de profesionales de distintas áreas de conocimiento (epidemiología, medicina preventiva, psiquiatría y sociología que permitió recoger información de los distintos estilos de vida (actividad física, alimentación, descanso, ...), la incorporación al mismo de escalas, preguntas de respuesta múltiple, de control, ... Una vez cerrado y acordado el cuestionario éste fue testado, con compañeros de trabajo y un grupo de estudiantes, para asegurar la calidad del instrumento (claridad, comprensión, funcionamiento de los filtros, etc.)

Ni, se convertía súbitamente en Generación Sí-Sí-Sí. Los jóvenes indignados dedicaban su tiempo a un compromiso político que causaba sorpresa entre los investigadores en ciencias sociales” (Feixa, 2015).

Todos los hechos relatados pueden reconocerse una vez han tenido lugar y que sean vistos como elementos constitutivos de una generación, una construcción diferencial de los sujetos a partir de las dinámicas sociales¹⁴⁹ que nos remiten a la reproducción social de las posiciones de los distintos grupos frente a la distinción de clase de edad y de identidades de edades biológicas. Martín Criado (Lagrée, 2002), presentó una historia de la cuestión de la juventud dividida en tres períodos, una demostración del vínculo entre la evolución del contexto político y la formulación del problema de la juventud en España:

- a. *De 1960 a 1974*, el problema de la juventud se define por referencia a la ideología nacionalista-católica.
- b. *De 1974 a 1982*, las principales preocupaciones se refieren a la adecuada socialización política de los jóvenes en el marco del advenimiento de un nuevo marco democrático.
- c. *De 1982 a 1989*, el desempleo juvenil se convierte en un gran problema.

En su obra “Producir la juventud” Criado expone como hipótesis fundamental que no hay una categoría única de joven sino jóvenes afectados por la división de clases sociales recuperando para ello la educación formal y el mercado de trabajo, dos instituciones clásicas en la reproducción del orden social, siguiendo los pasos de Bourdieu (1996) y Dubet (2013).

En una revisión del texto de Criado publicada por Gil Calvo en Revista de libros (1999) éste define a la juventud como una institución social como lo hiciera Bourdieu “aunque sea tangencialmente”, entendida ésta como “proceso de transición selectiva a las cerradas posiciones adultas” recuperando a la juventud como actor de su proceso y no como mero producto social. No resulta extraño entonces aceptar que el propio concepto y sentido de juventud mude, como mudan también las instituciones (Dubet, 2010)

¹⁴⁹ Por otra parte, Feixa resume cinco factores que llevaron a la modificación de las condiciones sociales y de las imágenes culturales de los jóvenes europeos y norteamericanos desde mediados de los 60: 1) La emergencia del Estado del bienestar; 2) la crisis de la autoridad patriarcal; 3) el nacimiento del teenage market; 4) la emergencia de los medios de comunicación de masas; 5) el proceso de modernización en el plano de los usos y costumbres que supuso una erosión de la moral puritana (Feixa, 1998).

En los últimos años del siglo XX y principios del siglo XXI con el auge de las perspectivas posmodernas, las explicaciones estructurales pasaron de moda y se introdujeron nuevas metáforas que giraban en torno a la idea de "navegación". El individuo como agencia recibió mucha mayor atención y los resultados de transición se vincularon cada vez más con factores como la resiliencia y las habilidades para la gestión de la propia vida (Furlong, 2009) Los estudios sobre la juventud reflejaban la vinculación con los marcos conceptuales de distintos autores que consolidan investigaciones en torno a las biografías, la individualización de las transiciones, la distribución de oportunidades o las estrategias para integrarse en la sociedad en un momento de globalización, cambios tecnológicos y sociales y crisis económicas que ponen en riesgo las redes de seguridad articulados durante los años *gloriosos* del Estado de Bienestar.

La globalización y el desarrollo económico convirtió las trayectorias y construcción de biografías individuales en el foco de investigaciones, aportes teóricos y de políticas públicas. El acceso al consumo de la población joven, el abandono de los estudios de forma "prematura"¹⁵⁰ por una parte importante de la juventud, la falta de estabilidad laboral o las estrategias para la activación de los jóvenes con desventaja social, son sólo algunos de los aspectos que han centrado la realización de investigaciones a partir de los años 90.

Si entendemos que adolescentes y jóvenes trazan trayectorias *posibles* en una etapa del ciclo vital, y si tomamos en serio el enfoque del ciclo de vida, necesitamos comprender los cambios recientes en las "transiciones juveniles" (abandono escolar y el desempleo juvenil) como síntomas de cambios sociales más profundos que tienen consecuencia en el curso futuro de la vida de adolescentes y jóvenes, y no sólo debidas a la capacidad o a las decisiones individuales. La flexibilidad y la globalización han contribuido a la disociación entre la educación y el empleo y a dilatar el tiempo de las transiciones posteriores al trabajo, a la vez que se han diversificado, y se han convertido en inestables e inciertas para la mayoría.

Así para los defensores de la individualización de las biografías, las demandas sociales contradictorias, diferentes y divergentes deben reconciliarse en el marco de desarrollo de las biografías de cada persona. Adoptar el enfoque biográfico e individualización de las transiciones juveniles significa que comprender a los jó-

¹⁵⁰ Como el bebé prematuro, falta de madurez de los órganos, en los adolescentes y jóvenes que abandonan no estarán preparados para hacer frente al mundo, mercado de trabajo.

venes como actores que están obligados (pero también permitidos) a tomar decisiones (para) ellos mismos e "inventar la edad adulta" más allá de los patrones colectivos en los que se había confiado (Pohl & Walther, 2007)

Si bien los enfoques biográficos se consideran útiles, otros autores retoman y defienden el uso continuo de la clase social. Para Furlong (2009) se ha tendido a exagerar la importancia en las biografías individuales, desatendiendo los cambios que están afectando a las formas de reproducción de las clases sociales entre los que se encuentra un aumento de la percepción de oportunidades y el valor y alcance de los individuos como agencia. Para Furlong la clase no se ha vuelto un factor irrelevante ya que las desigualdades pueden seguir vinculándose a posiciones en el orden socioeconómico y siguen explicando la reproducción de las relaciones de poder a través de la movilización de recursos. Sin embargo, nos advierte que para aplicarlas al mundo moderno y especialmente a la población de jóvenes no es suficiente utilizar la variable ocupación como "proxy" de la clase social. Y añade un elemento que resulta clave para el estudio de la adopción de estilos de vida relacionados con la salud, la idea de "agencia limitada" de Evans (2007) que le permite al mismo tiempo compatibilizar la idea de biografías con una nueva noción de clase.

Estamos de acuerdo con Furlong en que los enfoques biográficos se pueden utilizar como una forma de entender:

"cómo los individuos dan sentido a sus vidas dentro de los procesos dinámicos de transición y cambio, y se integran en un conjunto de circunstancias [en un contexto] que pueden ser incapaces de controlar o influir. Como individuos, reflexionamos sobre experiencias pasadas como una forma de enmarcar planes futuros y damos sentido a nuestras vidas tratando de armar una historia coherente. Las biografías se viven dentro de estructuras que restringen la acción e involucran contextos donde los recursos están vinculados a las oportunidades." (Furlong, 2009)

Del mismo modo compartimos con Evans (2007) que a medida que los actores se mueven en distintos contextos sociales, se abren nuevos espacios para la acción que no están limitados por los efectos de la reproducción social o las características estructurales subyacentes. Aunque no debemos menospreciar, sin embargo, que existen limitaciones que serán muy difíciles de mover o eliminar para las personas jóvenes sobre las que, a los tradicionales cierres sociales de clase social

o género, se suma el de clase de edad y el, que más recientemente se ha unido, lugar de residencia.¹⁵¹

El concepto de agencia limitada defendido por Furlong y Evans, proporciona una herramienta intelectual poderosa que puede orientar la investigación, la práctica y la política. A la vez que nos ayuda a comprender los efectos, también en consecuencias para la salud, que están padeciendo de forma más intensa la población joven. La crisis iniciada en 2007 supone un importante freno al consumo y un gran número de jóvenes pierde su trabajo o apenas tiene oportunidades para incorporarse al mercado de trabajo. Los modelos de transición hasta ahora válidos no sirven y son necesarios nuevos mecanismos para la incorporación social y desarrollo de las biografías más allá de la etapa de la adolescencia y juventud.

Las agencias políticas y administrativas no son ajenas al hecho de que no todos pueden "tomar el control de sus vidas" y, asimismo, son conscientes de que mientras exista un modelo social de transiciones limitadas existirá el riesgo de aparición de *tránsfugas* en todos los sistemas sociales articulados por los Estados de Bienestar (Educativo, Sanitario, Social y Laboral). De manera que, poco a poco, el discurso sobre la juventud ha ido mudando y adquiriendo valor social, como resultado comienzan a articularse medidas políticas que permiten la integración social y laboral de las nuevas generaciones de jóvenes crear las condiciones para la *sostenibilidad* de los sistemas, y el cumplimiento de los objetivos de *desarrollo* económico y social.

Esto implica la necesidad de cambios en el *programa institucional*¹⁵² de las agencias estatales (Dubet, 2010) ya que frente a la tendencia extendida a institucionalizar

¹⁵¹ Que el mundo se ha vuelto urbano, no es nada nuevo, la Conferencia de Alma Ata en 1978 convirtió el espacio local y urbano en el espacio de ensayos multisectoriales para reducir las desigualdades en salud que no se dan entre países sino en los propios países y a nivel local entre barrios, o entre zonas rurales y urbanas. Alma Ata fue el punto de partida de las ciudades saludables. Este concepto de ciudad reconoce la importancia de la descentralización de la salud como unidades inferiores de organización que permiten implementar medidas con la participación de la ciudadanía y en la que se integren centros de salud, escuelas, asociaciones vecinales, etc.

¹⁵² El programa institucional designa un tipo de socialización, si bien la idea de programa institucional no significa sólo que la socialización se realiza ante todo por una interiorización de lo social, por una interiorización de la cultura que instituye a los actores social como tales, sino que designa además una manera peculiar de llevar a cabo este trabajo sobre los otros. Y que si bien siempre ha tenido una voluntad de control también siempre obedece a un proyecto más amplio: revelar o restaurar un sujeto. El programa institucional reposa sobre la resolución de una paradoja fundamental: en un mismo movimiento socializa y pretende construir al individuo en sujeto. La institución inculca *habitus* y una identidad, el programa institucional arranca al individuo de la mera integración social, configurando a un sujeto capaz de dominar y construir su libertad. En otras palabras: socialización y subjetivación se produce en un mismo proceso (Dubet, 2010).

los cuidados, imprimiendo prácticas, modos de relación, polarización social y pérdida del potencial personal para afrontar las contingencias de la vida, las personas jóvenes a través de sus prácticas y manifestaciones dejan claro la necesidad de nuevos modelos de relación donde sean reconocidas a su vez como una institución con capacidad para construir y negociar su proyecto de vida.

Debemos dejar de ver la juventud como una contingencia que representa una carencia sobre la que se actúa preventivamente sino como una institución que es capaz de actuar, proponer y construir creativamente respuestas a las exigencias de un mundo que está en constante cambio. Un paso al frente que han dado investigaciones más recientes que parten de una concepción de la juventud como agente activo que contribuye a la producción, reproducción y transformación de los valores culturales, normas y significados de la sociedad en la que viven (Reguillo, Canclini, Feixa, etc.).

Los jóvenes han adquirido las credenciales que les habilitan para comportarse en el mundo social como jóvenes por haber sido iniciados en ritos de paso y de certificación social que sancionan y reconocen la diferencia social conocida y reconocida por ellos mismos y por los demás. Están desarrollando sus propias estrategias para afrontar su vida cotidiana y construyendo sus propios proyectos biográficos sobre la base de los recursos culturales disponibles, luchando por co-construir la posibilidad de controlar su propio mundo social (Feixa, 2015), soportando largos periodos de formación y trayectorias laborales inestables e inciertas como si de fronteras naturales se trataran y que han instituido para ellos y ellas un modo de ser y deber ser joven.

4.2. Los estudios sobre la salud joven

En España el Instituto de la Juventud, organismo público autónomo¹⁵³, adscrito al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, tiene como actividad principal promover actuaciones en beneficio de los y las jóvenes. Entre sus funciones

¹⁵³ El organismo autónomo Instituto de la Juventud fue creado por el Real Decreto 1119/1977, de 20 de mayo, que lo integró en la Presidencia del Gobierno a través de la Subsecretaría de Familia, Juventud y Deporte, con las funciones de gestión de los centros, servicios y establecimientos del Estado al servicio de la juventud, realización de actividades en favor de los jóvenes y estudio e investigación de los temas juveniles. En Real Decreto 486 /2005, de 4 de mayo, por el que se aprueba el Estatuto del organismo autónomo Instituto de la Juventud.

está el análisis y la investigación de la realidad juvenil, de manera que al estudiar la realidad juvenil y las transformaciones que se van produciendo en la población joven pueda contribuir a la orientación y a la actualización de las políticas de juventud y de las actuaciones que desde las administraciones públicas y desde la sociedad se llevan a cabo dirigidas a la juventud; y analizar la imagen de los jóvenes en los medios de comunicación proponiendo medidas para mejorarla¹⁵⁴. De manera que para ello realiza la tarea de elaborar y difundir datos estadísticos, encuestas de opinión, estudios e investigaciones sobre la juventud y mantiene un fondo documental especializado que puede ser consultado a través de su página web o en su biblioteca.

Además, edita periódicamente la Revista de Estudios de Juventud, en formato digital y en papel, en la que se abordan en profundidad y de manera monográfica, por parte de distintos expertos, los temas más relevantes relacionados con el ámbito juvenil.

Los monográficos publicados por la revista INJUVE:

- a. Sobre salud: 1998 y 2017 sobre discapacidad; 1999 Anorexia y bulimia, 2001 Educación para la salud; 2003 y 2019 Sexualidad; 2007 Riesgos laborales, 2009 salud mental; hábitos nutricionales 2018; 2019 bienestar emocional.
- b. En relación con el consumo de drogas y estilos de vida: 1985 y 1997 se abordan los consumos de drogas y en 2001 “La noche: un conflicto de poder”.
- c. Ocio: 1996 “Jóvenes y fin de semana” y 2000 Ocio y tiempo libre: identidades y alternativas.
- d. Otros factores de riesgos asociados con la salud y estilos de vida: 2003 micro políticas de inserción laboral; 2011 sobre fracaso escolar y sobre situaciones de exclusión.

A los estudios de la juventud realizados por las administraciones públicas se han unido un sinnúmero de Fundaciones,¹⁵⁵ que orientadas por el principio de responsa-

¹⁵⁴ Para conocer qué hace el INJUVE: <http://www.injuve.es/conocenos/que-hacemos>

¹⁵⁵ Definición de Fundación: organizaciones dotadas de personalidad jurídica privada constituidas sin fin de lucro que por voluntad de sus fundadores tienen afectado de modo duradero su patrimonio a la realización de fines de interés general.

bilidad social han optado por seguir la senda de la Estrategia Española de Responsabilidad Social de las Empresas 2014-2020.¹⁵⁶ Estrategia que se alinea con los objetivos de la Estrategia Europa 2020 y que toma como líneas de trabajo para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador entre otras: la lucha contra la pobreza y la exclusión social, y la integración social de la juventud.

La FAD, la Fundación La Caixa, Fundación Mapfre, Fundación Telefónica, etc. son algunas de las fundaciones que destinan una gran cantidad de dinero a la investigación y publicación de informes. En otras ocasiones completan las acciones y políticas públicas dirigidas a grupos de población específicas implementan programas de vivienda para jóvenes o de lucha contra la pobreza infantil.

[Fundación Telefónica](#) permite acceder a recursos para convertir la educación en “instrumento más poderoso para reducir la desigualdad y construir las bases para un crecimiento sostenible a nivel mundial”, reinventar la educación en la era digital (innovación, formación en abierto-online, o habilidades del futuro), fomentando la inclusión y mejora de las capacidades sociales a través de la normalización de los eSport entre personas con y sin discapacidad, trabajando con los colectivos más vulnerables para reducir la brecha digital, así como creando, difundiendo y compartiendo el conocimiento cultural y tecnológico a través de investigación, conferencias, encuentros, etc. “con formatos digitales, innovadores y creativos”.

En la revista *Telos* de Telefónica encontramos monográficos y participación de expertos en temas que están en los debates públicos que implican a las nuevas generaciones de jóvenes o el lugar de las humanidades en un mundo STEM⁽¹⁵⁷⁾ que de algún modo ya hemos ido introduciendo, debates y reflexiones que fueron abiertos por la incorporación constante de la tecnología. En este campo Telefónica es un referente en el contexto español y latinoamericano.

La Fundación de ayuda contra la Drogadicción ([FAD](#)), a través de su Centros Reina Sofía sobre adolescencia y juventud, en los últimos años ha realizado el gran esfuerzo (con el apoyo económico del Banco Santander y Telefónica y participación de académicos e investigadores) de construir un índice sintético de desarrollo juvenil ([Proyecto Scopio](#)), pero sobre todo de ofrecer información amplia sobre las condiciones de vida juveniles. Construidos a partir de fuentes elaboradas por otras instituciones ofrecen una síntesis de información valiosa para

¹⁵⁶ <https://observatoriorsc.org/estrategia-espanola-de-responsabilidad-social-de-las-empresas/>

¹⁵⁷ STEM, Science, Technology, Engineering y Mathematics, en español CTIM Ciencia, Tecnología, Ingeniería y Matemáticas

el diseño y aprobación de políticas públicas, pero que a la postre nos permite comprobar cómo se está construyendo la juventud.

En el caso de la salud y el bienestar se recogen como indicadores principales la percepción subjetiva de la salud, trastornos depresivos, ansiedad, la escala de la felicidad, hábitos alimentarios, ejercicio físico, sexualidad, conductas de riesgo (consumo de tabaco y alcohol, otras drogas, y otras conductas de riesgo). Otros indicadores como Educación, TIC también se incorporan a la web de indicadores.

La FAD ha tenido además una gran repercusión mediática a través de su campañas que abarcan las [ludopatías](#), el consumo de drogas, o la construcción de la juventud ([The real Young](#)). Todas ellas, campañas que tienen en común la tarea de construir el puente que permita movernos de la identificación del joven como riesgo, a identificar la sociedad como riesgo para la población joven.

La FAD e INJUVE ambos en Internet se convierten en lugares de referencia de análisis cuantitativos y cualitativos relacionados con nuestro estudio ámbito de estudio la juventud y su salud y bienestar. Dos instituciones que contribuyen además a la labor investigadora de las universidades españolas.

4.3. Teorías explicativas sobre las conductas relacionadas con la salud de las personas jóvenes

A pesar de los esfuerzos, de las instituciones mencionadas (FAD o INJUVE), por cambiar la imagen que sobre la juventud tiene la población, en la prensa y en las redes se sigue poniendo el acento sobre los adolescentes y jóvenes que están o causan problemas: destrozan coches, destruyen bienes, consumen y abusan de drogas, *propagan* enfermedades de transmisión sexual, abandonan los estudios de forma temprana, ni estudian-ni trabajan, llevan a cabo interrupciones voluntarias de embarazos, y hacen cosas estúpidas como el Parkour¹⁵⁸, o les gusta música tan machista como el reguetón, etc.

Se les trata como si fueran una tribu de personas en una adolescencia prolongada (Maffesoli, en Larrosa, 2007) una generación abandonada a su suerte (Giroux,

¹⁵⁸ Disciplina deportiva urbana que consiste en desplazarse de un punto a otro, usando trucos y maniobras creativas, aplicadas lo más fluidamente posible. Esto significa superar obstáculos que se presenten en el recorrido, tales como vallas, muros, paredes, etc. (en ambientes urbanos) e incluso árboles, formaciones rocosas, ríos, etc. (en ambientes rurales).

2003) personas que asumen riesgos (Bell & Bell, 1993), que son rebeldes (Lebrun, 2011) que practican el arte de la vida (Bauman, en Larrosa, 2007) o que para comprenderla necesitamos hacerlo en pugna con la generación que hace de bisagras entre etapas del ciclo vital (Gil Calvo, en Larrosa, 2007).

Desde una perspectiva sociológica, se ha argumentado que los discursos que relacionan juventud y riesgo deberían releerse en el contexto más amplio de la sociedad del riesgo descrita por Beck (Beck, 1998) y Giddens (1996). Beck teoriza que los amplios cambios económicos y sociales que han ocurrido en las sociedades modernas tardías como Europa han llevado a una situación en la que los individuos se ven obligados a ser responsables de crear sus propias trayectorias y biografías, a la vez que responsabilizarse de la gestión individual de los riesgos estructurales (paro, equidad, etc) Convirtiéndose en un rasgo particular de los jóvenes, la colección de experiencias y credenciales “por si acaso”.

Junto con los marcos interpretativos del riesgo aparecen las teorías centradas en el desarrollo psicosocial de los jóvenes. Las investigaciones basadas en este enfoque crean y aplican indicadores de desarrollo y del estado de salud que permiten discriminar y separar a los jóvenes "normales" de aquellos que se considera que necesitan intervención. Entre éstas, las teorías de aprendizaje social proporcionan un marco para comprender las variables sociales y de aprendizaje que pueden influir en la participación en los comportamientos preventivos de salud de los adolescentes. Éstas explican el comportamiento, esencialmente, como un producto del aprendizaje donde el contexto social que rodea al individuo tiene un peso importante, teniendo en cuenta que la mayor parte de las conductas (para nuestro caso estilos de vida), de los seres humanos son aprendidas básicamente a través de procesos sociales de observación e imitación dentro de una dinámica de interacción social.

Para los teóricos del aprendizaje social los factores personales y los acontecimientos ambientales se determinan recíprocamente, entre persona-conducta-ambiente. Se trata de un modelo de interacción donde la reciprocidad no significa simetría en cuanto a intensidad de las influencias ni tampoco queda fijado en el proceso la proporción de las influencias mutuas, sino que la influencia relativa ejercida por los tres grupos de factores que interaccionan se explica en función de una variación acorde con el comportamiento, el individuo y la situación (en el caso de la salud se utiliza agente-individuo-ambiente, en el caso del consumo de drogas sustancia-persona-ambiente).

La teoría del aprendizaje social enfatiza la importancia de las siguientes variables para influir en los estilos de vida relacionados con la salud: (a) autoeficacia en relación con el comportamiento; (b) el valor percibido del comportamiento, influenciado por los comportamientos de aquellos que pertenecen a su entorno; y (c) las barreras percibidas involucradas en el cambio de comportamiento. Así por ejemplo se ha hallado que la falta de apoyo social es una barrera significativa para adoptar estilos de vida que se ajusten a las recomendaciones. A la vez que también se ha encontrado que los comportamientos de salud y las actitudes de los miembros de la familia y los pares de adolescentes pueden influir en los comportamientos relacionados con la salud de los adolescentes de una manera beneficiosa o adversa (Richards et al., 2009).

El énfasis puesto en la salud y el cumplimiento de los objetivos normativos, centrado en los problemas de salud relacionados con los estilos de vida (obesidad, las enfermedades mentales, los trastornos alimentarios, el consumo abusivo de alcohol y el uso de otras drogas o el uso compulsivo de Internet, entre otros), revela la ansiedad de la sociedad por los peligros particulares que los jóvenes representan para la sociedad en el presente y en la adultez futura. Este discurso coloca a todos los jóvenes en "riesgo" ya que todos en algún momento sobrepasarán el límite normativo establecido como saludable (horas de sueño, uso de pantallas, ...), porque la simple desviación de la norma estadística (media o moda) define como desviado cualquier cosa que se distancie demasiado de la media (H. S. Becker, 1966). De tal modo llegamos a concluir que todos aquellos que se desvían de la recomendación para cada uno de los estilos de vida pertenecen a un mismo grupo, sin tener en cuenta si ésta se produce de manera consciente o inconsciente, si se produce de manera aislada o se repite a lo largo del tiempo o si simplemente la pertenencia a un grupo social específico le impide ver que no todo el mundo actúa de la misma manera.

Los riesgos como las recomendaciones son construcciones sociales, aun cuando tienen base científica, que de tiempo en tiempo mudan y que se identifican con distintos grupos sociales. La población joven se ha convertido en el foco de atención como motor de cambio que pone en riesgo estructuras, valores y estilos de vida, muchos de ellos relacionados con la salud, la inmensa mayoría con la sociedad de consumo.

Los estudios realizados desde la perspectiva de la trayectoria vital, aproximación multidisciplinaria que estudia los efectos a largo plazo de las exposiciones en las etapas iniciales de la vida, han contribuido al conocimiento de la influencia de la

posición social en la futura salud, y a la inversa, a examinar cómo la salud puede afectar a la posición social. La adolescencia y juventud, tras la infancia, es un segundo período de desarrollo sensible en el que la pubertad y la rápida maduración cerebral lleva a nuevos conjuntos de comportamientos y capacidades que desencadenan o habilitan las transiciones hacia la vida adulta y nuevos modelos de relación en el espacio familiar, educativo y de amigos/compañeros. Estas transiciones y modos de relación modifican las trayectorias hacia la salud y el bienestar iniciadas en la etapa infantil (Viner et al., 2012).

Sin embargo, hemos de tener en cuenta que la situación que vive la juventud hoy no se aleja de aquella definición que Castells (2001) hace de la exclusión social como el proceso por el cual a ciertos individuos y grupos se les impide acceder a posiciones que de otro modo les permitirían una subsistencia autónoma¹⁵⁹ dentro de los niveles sociales determinados por las instituciones y valores en un contexto dado. Y añade, cómo las fronteras de la exclusión social cambian provocando que quien es excluido e incluido puede variar con el tiempo, dependiendo de la educación, las características demográficas, los prejuicios sociales, las prácticas empresariales y las políticas públicas (Castells, 2001).

La red de dispositivos propios de los Estados de Bienestar ofrece un modelo normativo-lineal de transición a la vida adulta de fases (Infancia-juventud-adulter-vejez), donde la edad biológica justificaba las clasificaciones, las intervenciones de las administraciones públicas y la exclusión de la distribución de bienes materiales e inmateriales. Modelo de etapas o transiciones que es en la actualidad cuestionado por algunos autores atendiendo a la realidad de patrones biográficos de los y las jóvenes. De manera que adquiere centralidad la reflexión sobre las posibilidades de elección y de adaptación a los nuevos desafíos que plantea la incorporación a la vida adulta.

¹⁵⁹ El autor entiende por autonomía: las condiciones sociales que representan la norma social, en contraste con la incapacidad de la gente para organizar sus vidas, incluso dentro de las limitaciones de la estructura social, debido a que no pueden acceder a los recursos que la estructura social exige como necesarios para construir su autonomía limitada. Esta discusión de la autonomía constreñida por la sociedad es la que subyace en la concepción de inclusión/exclusión como expresión diferencial de los derechos sociales de la gente (Castells, M. 2001).

4.4 Jóvenes y determinantes sociales de salud

Identificada la adolescencia como una fase durante la que arraigan hábitos para el resto de la vida y en la que influyen de manera significativa factores ambientales la revista *The Lancet* se ha convertido en un referente para el estudio y poblaciones sobre la salud adolescente.

Tras la publicación en 2007 y 2012¹⁶⁰ de una serie de informes sobre la salud de la población adolescente, en 2013, la revista se asoció con cuatro instituciones académicas¹⁶¹ para establecer una Comisión de Salud y Bienestar de la Adolescencia. El primer informe de esta comisión se publicó en mayo de 2016 y las seis recomendaciones del informe proporcionaron el marco para una Comisión Permanente de Lancet (Patton et al., 2016). La revista se comprometió, durante los próximos cinco años, a desarrollar acciones para la salud y el bienestar de los “generación más grande de adolescentes de la historia” (población de 10 a 24 años) Convencidos de que “invertir en la salud y el bienestar de los adolescentes trae un triple dividendo de beneficios ahora, en la vida adulta futura y para la próxima generación de niños”.

Para los investigadores implicados en la publicación de estas series de estudios se han hecho algunos progresos. Entre los logros, que las agencias de las Naciones Unidas tomen ahora a los adolescentes más en serio que hace una década¹⁶² con la aprobación de estrategias globales dirigidas a adolescentes en 2015.¹⁶³ Para esta comisión la mayor oportunidad para los próximos 15 años, y más, es hacer de los adolescentes el rostro humano de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) En palabras de Ban Ki-moon Secretario de Naciones Unidas que firma “The global strategy for women’s, children’s and adolescents’ health (2016-2030)”, la estrategia global actualizada “incluye a los adolescentes porque son

¹⁶⁰ La primera serie de 2007 destacó lo que entonces era un área emergente de salud y medicina llamada “salud de los adolescentes”. Dibujó los contornos amplios de la disciplina: salud sexual y reproductiva, salud mental, uso de sustancias y enfermedades crónicas. La segunda serie, 2012, buscó poner a la persona adolescente en el centro del pensamiento sobre la salud humana. Reclamó vínculos más fuertes entre la salud de los adolescentes y los programas y políticas de salud más amplios a nivel mundial, destacando serias brechas en la recolección de datos.

¹⁶¹ University of Melbourne, Australia; University College London, UK; the London School of Hygiene & Tropical Medicine, UK; y Columbia University, USA.

¹⁶² United Nations Children’s Fund (UNICEF). The State of the World’s Children 2011. Febrero 2011.

¹⁶³ OMS, The global strategy for women’s, children’s and adolescents’ health (2016-2030) sustituye a la Estrategia Every Woman Every Child.

fundamentales para el éxito general de la Agenda 2030. Al ayudar a los adolescentes a realizar sus derechos a la salud, el bienestar, la educación y la participación plena e igualitaria en la sociedad, los estamos equipando para alcanzar su máximo potencial como adultos”.

La Estrategia Global tiene como objetivo transformar las sociedades para que las mujeres, los niños y los adolescentes de todo el mundo puedan realizar sus derechos a los más altos estándares de salud y bienestar; una transformación que se confía mejorará la vida de las generaciones. Lo que, a su vez se espera, generará enormes beneficios sociales, demográficos y económicos.

Cuadro 2. Estrategia global para la salud de las mujeres, niños y adolescentes (2016–2030)

— Objetivos de la estrategia global:

- Sobrevivir: terminar con la mortalidad prevenible.
- Prosperar: promover la salud y el bienestar.
- Transformar: expandir los entornos propicios.

— Cinco impulsores del cambio para lograr los objetivos:

- Personas: potencial individual y participación de la comunidad.
- Eficacia política: liderazgo del país, financiación, responsabilidad.
- Programas: sistemas de salud, multisectoriales, humanitarios, de investigación e innovación.
- Asociaciones: Asociaciones nacionales, regionales y mundiales como la asociación multilateral H6¹⁶⁴, etc.
- Principios: dirigido por el país, universalidad, sostenibilidad, basado en los derechos humanos, impulsado por la equidad, sensible al género, informado por la evidencia, impulsado por las asociaciones, centrado en las personas, propiedad de la comunidad, responsable, alineado con la eficacia del desarrollo y las normas humanitarias.

Existe acuerdo en toda la comunidad científica en caracterizar la adolescencia por el desarrollo dinámico del cerebro en el que la interacción con el entorno social

¹⁶⁴La asociación H6 agrupa: ONUSIDA, el UNFPA, UNICEF, la OMS, ONU Mujeres y el Banco Mundial <https://www.unfpa.org/es/asociación-h6>

da forma a las capacidades que un individuo lleva a la vida adulta (Viner et al., 2012) De tal manera que si durante la adolescencia, un individuo adquiere los recursos físicos, cognitivos, emocionales, sociales y económicos que son la base para la salud y el bienestar para una vida posterior, estos mismos recursos determinarán las trayectorias de las futuras generaciones. Se puede esperar entonces que las inversiones, las políticas estructurales afectarán la salud y bienestar de los adolescentes aportarán beneficios hoy, en las próximas décadas y para la siguiente generación.

Cuadro 3. Adolescencia y determinantes de la salud (Viner et al., 2012)

- Los determinantes más fuertes de la salud de los adolescentes son estructurales: la riqueza nacional, la desigualdad de ingresos o el acceso a la educación. Además, las familias, escuelas y compañeros (amigos) que ofrecen seguridad y apoyo, son cruciales para ayudar a los jóvenes a desarrollar todo su potencial y lograr la mejor salud en la transición a la edad adulta.
- Mejorar la salud de los adolescentes requiere mejorar la vida diaria de los jóvenes, *abordar los factores de riesgo y de protección* en el entorno social a *nivel de la población* y centrarse en los factores que protegen los diversos resultados de salud.
- Las intervenciones más efectivas son probablemente los *cambios estructurales* para *mejorar el acceso a la educación y el empleo* para los jóvenes.

Como se recoge en la literatura científica, en la etapa adolescente y joven tienen lugar una serie de procesos biológicos y de socialización que ofrecen oportunidades únicas para intervenir sobre los determinantes sociales que afectan y afectarán a la trayectoria vital de la población adolescente (objetivada en salud, incorporación al mundo laboral, acceso a la educación, etc.).

Teniendo presente además que, durante la adolescencia y juventud, se produce el desarrollo del Sistema Nervioso Central (SNC) y otros sistemas biológicos que interactúan con el desarrollo social de identidades, la adquisición de nuevos comportamientos y conductas (por ejemplo, fumar, uso indebido de drogas y relaciones sexuales sin protección) que suponen riesgos para la salud y que, sin embargo, pueden ser normales en el desarrollo social de los adolescentes, ofrecen el contexto social y la legitimación para convertir en la punta de lanza de las políticas de salud intervenciones que guíen las elecciones posibles.

No es menos importante tener en cuenta que en esta etapa de la vida se producen además cambios en las responsabilidades, en las relaciones personales y sociales que tienen gran importancia sobre las transiciones a las que deben hacer frente (World Bank, 2006): deben tomar decisiones sobre su educación (primaria a secundaria, secundaria elección de rama, secundaria a post-obligatoria) o que afectan a su salud (adquieren responsabilidades sobre el autocuidado en salud); se emancipan (con compañeros o con pareja, algunas personas jóvenes constituyen una familia de forma prematura); comienzan a participar en la esfera pública (voluntariado, voto, asociacionismo, etc.) y comienzan a tener oportunidades de relación desiguales relacionadas con el sexo, la educación, el empleo, el estatus social, etc.

La manera en que se produzcan estas transiciones, los apoyos con los que cuentan, las capacidades que se potencien y fomenten, y el grado de apertura social a las propuestas de acción de la juventud definirán no sólo el bienestar y salud individual presente y futuro sino el desarrollo social y de bienestar de la sociedad en general.

Cuadro 4. Términos utilizados para describir los determinantes sociales de Salud (Viner et al., 2012)

- Los determinantes sociales de la salud
 - Las circunstancias en que vive la gente, es decir, la situación económica, condiciones políticas, sociales, ambientales y culturales que afectan la salud de estos individuos.
- Estratificación social:
 - Desigualdades de estatus entre individuos dentro de un sistema social.
- Determinantes estructurales:
 - Estructuras fundamentales del estado nación que generan estratificación social, como riqueza nacional, desigualdad de ingresos, nivel educativo, normas sexuales o de género, o grupo étnico.
- Determinantes proximales o intermedios.
 - Las circunstancias de la vida cotidiana, desde la calidad de las relaciones y ambiente familiar y entre pares, a través de la disponibilidad y acceso a una alimentación, vivienda y ocio saludables, acceso a la educación.
 - Los determinantes proximales son generados por la estratificación social resultante de determinantes estructurales, pero son también generados a través de factores culturales, religiosos y comunitarios.

- Los determinantes proximales establecen diferencias individuales en la exposición y vulnerabilidad a factores que comprometer la salud.

Otras medidas que se incluyen en los distintos informes son: asegurar la participación de los jóvenes en el desarrollo de políticas y servicios, el desarrollo de las competencias de los profesionales que trabajan con adolescentes y la mejora de los sistemas de recogida de datos sobre la salud de los adolescentes. La tarea que queda por hacer todavía es muy grande. El modelo todavía mayoritario de recogida, análisis y difusión de datos está lejos de alcanzar los objetivos propuestos. Las acciones a nivel poblacional que permiten la recopilación de datos y análisis de agregados necesitan ser implementados con herramientas de “toma tierra” para poder ser llevados a nivel local y comunitario. Lo que implica innovar en los métodos de recogida, en la definición de las muestras y su tamaño, en el diseño de rutas, en los análisis y en la difusión de los resultados. Toda una serie de cambios que permitan relacionar los determinantes sociales con los resultados en salud de la población, y en nuestro caso de la población adolescente y joven.

4.5. La epidemiología y las dimensiones de la salud joven

La determinación social de la salud no es nueva, aunque podemos decir que es relativamente joven. Es uno de los ámbitos de estudio de la epidemiología crítica impulsada desde la década de los 70 del s. XX y que recupera el camino iniciado en los años 40 por Lord Beveridge, en Reino Unido, Bismark, en Alemania o Larroque en Francia y que quedó reducido tras la II Guerra Mundial a actuar sobre las elecciones individuales que las personas realizan en relación con su salud. Los ejes de desavenencia con el paradigma dominante de salud pública se fundamentaron en la ruptura de la ciencia con la determinación comunitaria, sus modelos e instrumentos y la crítica de un *modus operandi* que transforma la visión del mundo y la acción sobre el mismo, obteniendo aquello que se obtendría por la fuerza, o por el disciplinamiento (Breilh, 2013). De ahí que la epidemiología, y, por ende, la salud pública, más allá de las proyecciones técnicas, basadas en recogida y tratamiento de datos selectiva, debido a su poder para enunciar la salud y definir cómo actuar, qué hacer o cómo intervenir, sea visto como parte de las tecnologías de seguridad (poder patógeno de los sistemas sociales usando los instrumentos de la ciencia al alcance en cada momento histórico) que denunciaba Foucault.

Se critica una epidemiología funcional, acorde con los intereses de determinación económica y productiva, en la que los atributos personales e individuales asumen la realidad de los fenómenos sociales y en la que las relaciones de causa-efecto adoptan la forma de factores de riesgo y naturaleza probabilística (reduciendo la noción de exposición o vulnerabilidad a un problema). Pero sobre todo se cuestiona la escasa, si no nula, capacidad de explicar la relación entre el sistema social, los modos de vivir y la salud, en otras palabras, qué es lo que hace posible el bienestar y desarrollo social y positivo de la salud.

La nueva salud pública necesita poner en relación dialógica, lo que tiene el mismo poder explicativo, es complementario y no puede explicarse por sí mismo (inter-dependiente), el objeto, o nuevo concepto de salud sustantivo y complejo (que recoja entre otros los avances realizados por el grupo de expertos que a instancias de la OMS trabajó sobre la definición y creación de indicadores sobre el bienestar) la innovación (en el modo de hacer ciencia, que convierta en inteligible su objeto a la luz de conceptualizaciones y transformaciones de la práctica científica y social) y las fuerzas sociales movilizadas (instituciones y agencias).

En la epidemiología, el método es herramienta mediadora entre el objeto y el sujeto, pero es también susceptible de convertirse en objeto de ideas y movimientos culturales. Poner el foco sobre fenómenos mensurables y juntarlos bajo un sistema de medición y matemático (variables, indicadores, correlaciones, etc.) completa el acto de observar. Aunque un acto limitado por lo que es definido como fenómeno (fragmento de la realidad) no permite penetrar en los determinantes sociales y los procesos que se producen y por los que se adquieren dicho fenómeno sus propiedades (Breilh, 2013). Porque producen una expresión, y no otra, del mundo material, de las posibilidades de observación y de las posibles intervenciones futuras sobre la población.

En términos generales se han producido avances significativos en el abordaje positivo de la salud, ha crecido el interés por la promoción de la salud y se ha producido un cambio sobre las poblaciones objeto de intervención. A partir de comienzos de siglo XXI, cuando los datos de salud revelaron que los avances logrados en la atención durante la infancia se perdían durante la etapa adolescente, produciéndose una brecha entre los programas de salud para la infancia y la infraestructura de atención social y de salud para adultos, el interés por los problemas de salud de los adolescentes aumentó y se tradujo en importantes iniciativas internacionales como ya hemos visto anteriormente: la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2015 adopta los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y lanzó

la Estrategia Global para la Salud de Mujeres, Niños y Adolescentes (OMS, 2015)¹⁶⁵; la Organización Mundial de la Salud fue instada a desarrollar un Marco Mundial para la Acción para la Salud de los Adolescentes (OMS, 2014); la revista *The Lancet* estableció una Comisión de Salud y Bienestar para apoyar acciones sobre los determinantes y las necesidades de los jóvenes relacionadas con la salud (Cherry, et al., 2017) y en mayo de 2017, la OMS publicó un importante informe sobre la aplicación mundial de medidas aceleradas en favor de la salud de los adolescentes (Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to support country Implementation).

Las principales prioridades para los próximos años señaladas por estas instituciones apuntan a través de estrategias de prevención y promoción de la salud a reducir, entre otras, las tasas de: cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares, SIDA e infecciones de transmisión sexual, en otras palabras, todas las causas principales de pérdida de años de calidad de vida y de muertes prematuras en los países de ingresos bajos, medios y altos de todo el mundo. Todo lo cual no es posible si, como advierten y proponen los miembros de la comisión formado por *The Lancet*, no van a acompañadas de medidas que afecten a factores estructurales generadores de desigualdad (sistemas económicos, de riqueza y distribución, sistema sanitario, acceso a la educativo, migración, factores culturales de género y etnia) así como factores como el conflicto social y el cambio climático.

La mayoría de los factores de riesgo del tipo de enfermedades mencionadas y por las que se caracterizan hoy nuestras sociedades (enfermedades crónicas y transmisibles y que más carga de enfermedad y mortalidad suponen), se dice que son modificables, ya que se relacionan con comportamientos como los hábitos alimenticios poco saludables; el uso o abuso de tabaco, alcohol u otras drogas; el bajo nivel de actividad física, o mantener relaciones sexuales de riesgo. No es casual que la tendencia a deslizar lo que es una responsabilidad del Estado y de sus administraciones públicas hacia la responsabilidad individual.

En el primer y tercer capítulo de esta tesis vimos cómo en el campo de la salud se van sucediendo avances que implican cambios en el concepto de salud, en los elementos constituyentes del campo de la salud, así como en las herramientas a utilizar para la mejora de la salud de la población. Especialmente las Conferencias de Alma-Ata (1978) y Ottawa (1986) marcaron el futuro de la salud pública y las investigaciones sobre los determinantes y estilos de vida relacionados con la

¹⁶⁵ Específicamente para adolescentes: https://www.who.int/topics/adolescent_health/es/

salud. Sin embargo, como ya hemos dicho todavía la realidad sigue siendo tozuda y no terminamos de despojarnos de observaciones basadas únicamente sobre los individuos, así como en los factores de riesgo, o conductas no saludables.

Aunque hemos indicado que no aparece una estrategia a nivel internacional que aborde la adolescencia y juventud hasta iniciado el s. XXI, desde paradigmas basados en la promoción de la salud y los determinantes en salud, la OMS en el año 1983/84 impulsó el proyecto internacional Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) iniciado en 1982 con la iniciativa de investigadores de Finlandia, Inglaterra y Noruega. El proyecto sigue hoy en pie y en él se abarcan de forma interdisciplinar los estilos de vida (salud física, relaciones sociales y bienestar mental, etc.) y cuestiones más generales relacionadas con los entornos de escolares de 11, 13 y 15 años procedentes de 45 países.¹⁶⁶

Poco a poco muchos países se han iniciado en la administración de encuestas a adolescentes y jóvenes con cierta periodicidad en entornos escolares; e incluso algunos países colaboran en la administración de encuestas comparables, como la ya mencionada HBSC (www.hbsc.org) o participan en el Proyecto de encuesta escolar europea sobre el alcohol y otras drogas (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD, www.espad.org). Encuestas internacionales todas ellas con una mirada epidemiológica centrada en los riesgos y en las consecuencias negativas para la salud¹⁶⁷ de conductas que se desvían de la “norma” a nivel poblacional y cuyo objetivo es establecer comparaciones entre países, convencidos de que la observación de las diferencias entre los distintos países permitirán comprender los mecanismos que operan como generados de desigualdad en salud, no sólo entre países sino en un mismo país.

En España no se cuenta hasta 1987, año en el que se administra por primera vez la Encuesta Nacional de Salud (ENS, Ministerio de Sanidad y Consumo), con un registro que permite conocer las necesidades así como la evolución de los hábitos de vida (así se recoge) en la población de menores (1 a 15 años se administra un cuestionario) y mayores (16 y más años con otro cuestionario) En el caso de me-

¹⁶⁶ En el año 2018 participaron en la encuesta un total de 227.441 escolares.

¹⁶⁷ A pesar de los intentos de ofrecer datos e infografías donde se ofrece la otra cara de la moneda, como lo hace la HBSC, la tendencia es la publicación de datos ofreciendo la cara más negativa de la juventud como hace el Plan Nacional sobre Drogas a través de la ESTUDES en forma de prevalencia de consumo de alcohol en atracón o binge, borracheras, consumo de riesgo de cannabis, uso compulsivo de internet, etc. No obstante, en ambos casos la recogida de información persigue el mismo objetivo, seguir y detectar las conductas de riesgo.

nores de 16 años las cuestiones sobre las que se recoge información son: accidentes, calidad de vida, salud mental, asistencia médica (consultas, urgencias y hospitalizaciones), consumo de medicamentos, índice de masa corporal (IMC para el cálculo de sobrepeso u obesidad) y percepción del peso respecto a la altura, alimentación, higiene dental y exposición al humo de tabaco. En el caso de los adultos: además de los mencionados para menores, se pregunta por las restricciones física y a la actividad, actividad física, consumo de tabaco, alcohol, apoyo afectivo y personal y cuidado a otras personas.

La encuesta recoge la conceptualización de la salud siguiendo el modelo dominante al que debe dirigirse la atención de los cuidados de salud propuestos en las Conferencias de Alma-Ata y Ottawa: a) aplica una concepción de la salud como resultado de la acción de múltiples factores; b) recoge información que permita el seguimiento de la reorientación de los servicios hacia la Atención Primaria; y c) permite establecer relaciones entre los resultados en salud con el acceso a los servicios sanitarios y hábitos de vida.

Tras estas fueron apareciendo otras encuestas que también adecuan sus contenidos a las recomendaciones hechas por la OMS en sus diferentes conferencias internacionales así como con el texto que publica en 1999, "Salud para todos en el siglo XXI" y en el que se enfatiza que para ganar salud son prioritarias intervenciones sobre los estilos de vida con especial hincapié en el abordaje de las transiciones vitales (etapas y crisis) y sobre los riesgos a los que son más vulnerables, tales como las drogas, el tabaco y el alcohol, o las conductas relacionadas con la maduración sexual (OMS, 1999).

Paralelamente, van apareciendo encuestas que permiten recoger información relativa a los determinantes en salud, las causas de las causas. A nivel más general, o global, contamos con la Encuesta de condiciones de vida que se inicia en 2004 heredera de la Encuesta de panel de hogares (periodo 1994-2001) y con criterios armonizados para todos los países de la Unión Europea, ofrece fuentes de referencia comparativas de la distribución de ingresos y la exclusión social en el ámbito europeo. A esta se le une en 2016 una selección de dimensiones relacionadas con la calidad de vida a las que a su vez se les asocia una relación de indicadores principales (hasta un total de sesenta) que están disponibles en la web del [Instituto Nacional de Estadística](#) en el apartado específico que enlaza con la web de Eurostat: *Population and social conditions/ Quality of life indicators*.

Con carácter más específico y pensado en el seguimiento de los hábitos relacionados con la salud individual, se definieron y planificaron una serie de encuestas

dirigidas a la población “en edad de estudiar” como son la *Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España* (ESTUDES), que se administra por primera vez en 1994 a la población que está realizando estudios de secundaria, formación profesional o bachiller (población de 14 a 18 años)¹⁶⁸ o la ya mencionada HBSC a la que unos años más tarde, año 2000, se incorpora España. Estudio que es coordinado por la Universidad de Sevilla con apoyo financiero del Ministerio de Igualdad, Servicios Sociales y Salud y recientemente da el paso a formar parte también del ESPAD.

Los datos recogidos a través de las diferentes encuestas son tratados y presentados en informes y comunicaciones como agregados sociales que permiten reducir la heterogeneidad, definir poblaciones y establecer clasificaciones que de acuerdo a las características que comparten (la edad o haber nacido en un mismo periodo). Construyendo así un discurso en torno a la adolescencia y juventud que ha contribuido a difundir una imagen de la juventud asociada al riesgo. Un discurso que piensa y representa la juventud como grupo que pone en riesgo el desarrollo futuro del bienestar no sólo individual sino de la sociedad en su conjunto como carga de enfermedad¹⁶⁹ para una población que envejece y sufre un sangrando continuo de población joven.¹⁷⁰

Cuando se ha logrado la eficiencia en la reproducción (aumento de la supervivencia durante los primeros años de vida), la mirada se dirige a la etapa adolescente que a pesar de ser percibida como la etapa más saludable de la vida pasa a convertirse en foco de atención por su vinculación con las consecuencias negativas de ciertas conductas de riesgo o estilos de vida poco saludables que se adquieren en este momento y que pueden manifestarse en forma de enfermedad a corto o medio plazo (obesidad, adicciones con y sin sustancia, enfermedades de

¹⁶⁸ La encuesta se realiza en los centros escolares, y la muestra se realiza por tipo de centro y aula.

¹⁶⁹ El índice de envejecimiento en el año 2019 para España y Navarra es de 112,8 y 119,4 respectivamente, en 1975 la situación era diametralmente distinta, 34,9 para España y 38,6 para Navarra. Mientras la tasa de dependencia de menores de 16 años en 2019 en España es el 24,4 y en Navarra el 26,1. Las tasas en 1975 estaban en 48,1 para España y en 45,1 para Navarra.

¹⁷⁰ El índice de envejecimiento en el año 2019 para España y Navarra es de 112,8 y 119,4 respectivamente, en 1975 la situación era diametralmente distinta, 34,9 para España y 38,6 para Navarra. Mientras la tasa de dependencia de menores de 16 años en 2019 en España es el 24,4 y en Navarra el 26,1. Las tasas en 1975 estaban en 48,1 para España y en 45,1 para Navarra. Las principales causas de muerte de la población son causas externas y evitables: accidentes de coche, suicidio. Se piensa por otra parte que las cifras de suicidio se encuentran infradimensionadas, como se estima en diversos estudios que concluyen que un 5% de los accidentes de tráfico pueden deberse a conductas suicidas en aquellas personas que intentan ocultar su motivación suicida o el sesgo referente a las estadísticas disponibles que obvian los intentos fallidos, agrupándolos bajo la categoría de conducta lesiva auto infringida (Navarro-Gómez, 2017).

transmisión sexual, interrupciones voluntarias de embarazos) o en la edad adulta (enfermedades crónicas, cáncer, etc.).

No será difícil que, en algún momento, jóvenes y adolescentes traspasen con relativa frecuencia los límites construidos social y científicamente y se produzcan temporalmente conflictos entre adultos y jóvenes aun cuando los comportamientos de riesgo de la población de adolescentes que son objeto de estudio sean más prevalentes entre los adultos y a pesar de que las conductas de riesgo varíen a partir de los 16 años en prevalencias, frecuencia e intensidad. De hecho, las conductas de las adolescentes están determinadas por los contextos de socialización, donde aspectos sociales y culturales pueden estructurar, reducir o eliminar conductas (Meneses et al., 2012).

En este momento de la vida si bien es cierto que son vulnerables biológica (comportamientos compulsivos), social (etiquetaje de conductas sexuales como desviadas) y políticamente (límites a la participación y acceso a los recursos del sistema sanitario), no es menos cierto que la salud, las conductas adoptadas en esta etapa pueden contribuir también a romper con la herencia intergeneracional de la pobreza, la exclusión, vulnerabilidad, etc. Y a pesar de ello, la sociedad ha aceptado una etiqueta clínica para esta etapa de la vida por sus “dificultades” con escaso cuestionamiento social.

En el caso de Navarra contamos con una encuesta quinquenal¹⁷¹ que es administrada a la población de 14 a 29 años en el domicilio. A través de ésta podremos estudiar los estilos de vida relacionados con la salud naturalizada y adoptada por la juventud de Navarra. De ella no podremos establecer relaciones entre los resultados en salud con el acceso a la educación, los recursos a los servicios sanitarios, como tampoco situar el desarrollo de estas personas en función del nivel de adquisición de una serie de capacidades para su integración social y desarrollo de su bienestar. Lógicamente estas capacidades¹⁷² deben abarcar todo el espectro

¹⁷¹ En el año 2019 se incorpora al Plan Estadístico de Navarra.

¹⁷² El enfoque de las capacidades “capability approach”, originalmente planteado por Amartya Sen y Martha Nussbaum, ha adquirido resonancia en la academia, entre los políticos y en la práctica de las instituciones públicas como referencia para el abordaje del desarrollo humano, desde los años ochenta. Para estos dos autores, aunque con diferencias entre ambos, sostienen que la injusticia, la irresponsabilidad o la inequidad son los factores que mueven o conmueven a la humanidad. Ambos parten de que la noción de capacidad es útil para hacer comparaciones sobre la calidad de vida de las personas, priorizando todo aquello que afecta a lo que gente es capaz de hacer o ser. El enfoque teórico flexible de Sen ha sido utilizado como marco de referencia teórica en los informes de desarrollo humano (nivel de acceso a la educación, la salud, ..., véanse los informes publicados en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage.html>) mientras

de realidades y factores que componen el proceso de transición e inclusión de la población joven, es decir todos aquellos elementos que afectan y determinan su desarrollo personal y que superan el objeto de la Encuesta que no es otro que estar alerta de tendencias y cambios en las elecciones relacionadas con la salud de las personas jóvenes y que asimismo permitan el diseño de planes y programas para tratar de influir sobre sus elecciones. Serán por otra parte necesarios otro tipo de estudios para tener una imagen que se acerque a la realidad vivida por la población de jóvenes.

Antes de entrar a analizar y discutir los resultados de la encuesta, describiremos brevemente los cambios que ha sufrido esta encuesta, modificaciones que dan cuenta de las transformaciones acaecidos en la sociedad navarra y en la observación epidemiológica. La que ahora conocemos como Encuesta Navarra de Juventud y Salud se parece poco a la primera encuesta que inició a administrarse a la juventud navarra en el año 1982 de la mano de la Fundación Bartolomé de Carranza.

El ejercicio de mirar hacia atrás no busca sino constatar a través de la información y documentación generada cómo ha mudado el discurso sobre la juventud desde finales del siglo XX entre quienes entonces y ahora son los responsables de proponer y diseñar políticas y programas dirigidos a adolescentes y jóvenes, así como cómo se ha generado un discurso en torno a los estilos de vida desde un contexto más amplio de los estudios sobre la juventud.

De igual modo será interesante comprender el proceso que ha permitido que las políticas de salud, los profesionales de atención médica o la comunidad tengan ahora un interés personal en determinados estilos de vida o formas de comportamiento, si éste perjudica la salud, que antes se consideraban asuntos privados de la persona. Cambio que se produce porque los “fracasos” en el autocuidado se han convertido, en cierto sentido, en agravios contra la sociedad, porque ésta se convierte en la pagana de las consecuencias de las formas de vida y de las elecciones privadas. De modo que la sociedad dotada de instituciones, dispositivos y tecnologías de seguridad “avanzadas” busca más que nunca proveedores de educación para la salud, “expertos”, para eliminar, reducir y reconducir los comportamientos que se afirman conducen a reducir los años de vida con salud,

Nussbaum propone una concepción normativa de corte universalista, a partir de una lista de diez capacidades (vida, salud física, integridad física, sentidos, imaginación y pensamiento, emociones, razón práctica, afiliación, otras especies, juego y control sobre el propio entorno) que define como metas políticas, no como meros derechos que se conceden.

años de vida o, lo que se silencia, absentismo, baja productividad o escasez de recursos¹⁷³.

4.5.1. La Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013-14

Los estudios sobre la juventud en Navarra se iniciaron de la mano de la Fundación Bartolomé de Carranza, constituida en 1975, especialmente atenta a problemas como las drogas, inadaptación y marginación social, o la reinserción y tratamiento judicial de las personas drogodependientes, etc., y sensible a investigar los fenómenos de desviación social y a articular medidas innovadoras de corte educativo. La Fundación integrada por profesionales de muy distinta procedencia (periodismo, magistratura, sociología, trabajo social, psiquiatría o economía), fue un claro ejemplo de sensibilidad social y compromiso con la sociedad navarra como así atestiguan los trabajos de investigación, jornadas, cursos y congresos por ella liderados.

Los primeros estudios y acciones de esta Fundación se centraron en la delincuencia adulta y juvenil recogida en los diferentes juzgados de Navarra y en el Tribunal de Menores durante varios años. A comienzo de los 80¹⁷⁴ estos estudios se complementan con otros sobre movimientos y bandas juveniles en los barrios de Pamplona, a fin de posibilitar la adecuación de medidas políticas de prevención que redujeran la presencia de menores en los tribunales. Momento en el que se inician la realización de encuestas a la juventud de Navarra (I, II, III, IV, V Encuesta sobre la Juventud Navarra 1982, 1986, 1991, 1998 y 2003) y que estudiaron la “crónica negra” o recuento de las infracciones y delitos cometidos por el colectivo joven. Además de dimensionar “adecuadamente hechos antisociales y delictivos” (Fundación Bartolomé de Carranza, 2004).

Los comportamientos antisociales, los consumos de las diversas drogas y otras facetas no siempre positivas que protagonizaba y sufría la juventud fueron para esta Fundación un “medio de aproximación a la juventud, para dotar a educado-

¹⁷³ Con escasez de recursos nos referimos no sólo a los que pone el Estado y sus instituciones al servicio de la población para mejorar sus condiciones de vida, sino a la escasez, sobre explotación y devaluación del medio ambiente que el propio crecimiento de la población genera. La Tierra es cada vez más pequeña por la presión de una población que no deja de aumentar al ritmo que lo hacen sus necesidades y demandas de consumo.

¹⁷⁴ La Fundación fue además quien toma la iniciativa en 1979 de crear la escuela experimental de Educadores Especializados, con un ciclo de formación tres años en el campo de la inadaptación psicosocial. A partir de esta fecha, la escuela fue asumida por el Gobierno de Navarra (hoy Escuela de Educadores) Para acceder a su página web: <https://escuelaeducadores.educacion.navarra.es/>

res y educadoras, y otros agentes sociales que intervienen con jóvenes, de conocimientos útiles para su intervención educativa” (Fundación Bartolomé de Carranza, 2004). La cuestión para esta institución era desmontar mecanismos de “clientelismo” de las instancias policiales y judiciales de una parte de la juventud cuyo “delito” fue el contacto prematuro con las drogas y “su mundo”. No menos importante era para esta institución deconstruir los discursos que consideraban a toda la juventud como problema basándose en una relación simplista droga-delinuencia y romper con las imágenes estereotipadas del joven drogadicto que en aquel momento se correspondían en lo cultural “con el fumador de hachís y en lo epidemiológico al consumidor de heroína” (Hualde, 1989)¹⁷⁵

Los estudios realizados por la Fundación Bartolomé de Carranza en Navarra permiten pensar que donde predominaron las metáforas de transición y de riesgo, las intervenciones tendieron a ser de naturaleza terapéutica o de rehabilitación, posicionando a los jóvenes como receptores, víctimas o amenazas. Su talante para investigar los fenómenos de desviación social y para articular respuestas innovadoras les llevó a cuestionar los modelos de diagnóstico e intervención. Así, a las encuestas mencionadas sumaron el estudio de los niveles de inserción social alcanzados por las personas drogodependientes sometidas a tratamiento en las comunidades terapéuticas (1986); la investigación sobre el uso de drogas en los deportistas federados de Navarra (1990) como aproximación al conocimiento de la práctica deportiva como factor de protección del consumo de drogas; el estudio evaluativo de los procesos penales y terapéuticos del colectivo drogodependiente inculpatado penalmente (1995); el “Estudio cualitativo de la Ludopatía en Navarra” (1997). Organizaron también jornadas en torno a la incorporación social de las personas con problemas de drogas (1995) donde poder discutir resultados y nuevas propuestas de intervención.

Los estudios y encuestas realizadas por la Fundación aportaron durante veinte años¹⁷⁶ datos a las administraciones públicas de Navarra para llevar a cabo acciones específicas en distintos ámbitos de actuación. Así, por ejemplo, el Departamento de Salud complementa los análisis realizados por la Fundación: en el año 1999 realiza un estudio sobre “El consumo de drogas de síntesis entre la población joven de Navarra”, en el 2000 lleva a cabo el “Estudio sobre hábitos de juego en Navarra” y en 2006 sobre el “Inicio y desarrollo en el consumo de cánnabis entre los y las menores en Navarra”.

¹⁷⁵ En los años 80 los análisis estaban lejos de cuestionar las relaciones joven-varón-drogadicto-delincente.

¹⁷⁶ I, II, III, IV, V Encuesta sobre la Juventud Navarra (1982, 1986, 1991, 1998 y 2003)

Los contenidos de la encuesta fueron adaptándose a los acontecimientos, en el siguiente cuadro aparecen los temas que en 1998 recogía el cuestionario: a) Datos sociodemográficos; b) Jóvenes y familia; c) Jóvenes y ocupación; d) Jóvenes y salud; e) Jóvenes y tabaco; f) Jóvenes y alcohol; g) Jóvenes y otras drogas; h) Jóvenes y delincuencia: Hechos antisociales sufridos y realizados, y problemas de control; i) Jóvenes y tráfico. El uso de vehículos en jóvenes: frecuencia, motivos y vías de uso; infracciones y precauciones; accidentes; j) Jóvenes, ocio y tiempo libre: Ocio y tiempo libre, deporte y asociacionismo juvenil; k) Jóvenes y sexualidad; l) Jóvenes y política: Participación sociopolítica; m) Jóvenes, religiosidad y otros valores.

Se incluye por primera vez en este mismo año, 1998, un módulo dedicado a la sexualidad en el que se pregunta por los motivos del uso del preservativo y el conocimiento sobre la transmisión del SIDA.

Cuadro 5. Preguntas incorporadas en la encuesta de juventud navarra en 1998

<i>Modos de transmisión del SIDA</i>	
<i>Respuesta múltiple</i>	
<i>Razones por las que lo utilizan o lo utilizarían (preservativo)</i>	Mosquitos
<i>Respuesta múltiple</i>	Sangre
Prevenir un embarazo indeseado o inconveniente	Lactancia (madre-hijo)
Protegerse ante el SIDA	Embarazo-Parto (madre-hijo)
Protegerse de otras enfermedades de transmisión sexual	Semen, secreciones vaginales
Otras razones	Saliva
(n)	Vajilla
	Besos

En España en 1983¹⁷⁷ se produjo la notificación y registro de los primeros casos de VIH, convirtiéndose en 1997 en el país europeo con la mayor tasa de incidencia de sida (11,7 casos por 100.000 habitantes) y siendo la vía de transmisión dominante entre los casos acumulados en el año 2000 (un total de 58.091 personas) en los usuarios de drogas por vía parenteral (65% del total) seguido por los varones

¹⁷⁷ En 1983 se establece el Registro Nacional de casos de sida. Navarra junto a Asturias y La Rioja fueron las comunidades autónomas que contaron con sistemas de notificación de nuevos casos desde que se inició la epidemia.

homosexuales (14%) España ostentaba también la mayor tasa de incidencia de sida pediátrico.

La última encuesta realizada por la Fundación antes de que tomara el relevo el Departamento de Salud de Gobierno de Navarra fue en el año 2003¹⁷⁸, más próxima a la que diseñará Salud en el año 2007. En el año 2003 el módulo dedicado a la salud comienza a incorporar tímidamente una serie de preguntas en línea con las propuestas de cambio que afloran en instituciones de ámbito estatal e internacional y que se hacen eco de nuevos problemas sociales. Las preguntas incorporadas nos permiten conocer cuáles eran en aquel momento las áreas de interés o preocupación social en relación con la salud y en concreto de la salud joven:

- a. Incorpora el EuroQol (EQ-5D), instrumento que permite describir la salud y la calidad de vida a través de 5 dimensiones: movilidad, cuidados personales, ansiedad y depresión, dolor o malestar y dificultades para realizar las actividades cotidianas.¹⁷⁹
- b. Se presta especial atención a la preocupación que cierto número de personas, principalmente mujeres, tienen sobre su cuerpo expresada por el miedo a engordar y por las dificultades para mantener una alimentación sana y adecuada. Se incorporaron escalas para medir la “obsesión por la delgadez” y los trastornos de la conducta alimentaria.
- c. Se pregunta a los jóvenes y las jóvenes sobre la donación de órganos.

En el año 2007 la Fundación cesa su actividad, desarrollando una última investigación para la Universidad Pública de Navarra¹⁸⁰ sobre la salud de los estudiantes universitarios, y el Departamento de Salud de Gobierno de Navarra asume la realización de la Encuesta de Juventud imprimiendo sobre ésta cambios significativos teniendo en cuenta el ámbito de actuación de este departamento. El objetivo de la nueva encuesta es “poder disponer de datos actualizados con los que apoyar los distintos programas de prevención e intervención, así como para analizar y planificar más adecuadamente las diversas actividades e intervenciones

¹⁷⁸ Logra financiación de varios Departamentos del Gobierno de Navarra, del Ayuntamiento de Pamplona y del Grupo EuroQol,

¹⁷⁹ Entre las entidades privadas que financia la actividad de la Fundación están. Gazteluleku, Cajas de Ahorros, AMIMET, Group EuroQol, Laboratorios Farmacéuticos, Colegios y Asociaciones Profesionales.

¹⁸⁰ Trabajé como coordinadora del trabajo de campo para la Fundación Bartolomé de Carranza. Años más tarde, como socióloga en el Instituto de Salud Pública y Laboral he participado en la elaboración de 3 de los 4 módulos que componen la Guía de Salud para el alumnado de la Universidad Pública de Navarra.

sociosanitarias de este Departamento”. En esta se recogen los principales aspectos relacionados con la salud de las personas jóvenes (estilos de vida y otros aspectos relacionados con el contexto y amplían las preguntas sobre características sociodemográficas), se redefinen las edades de la población a encuestar, se abandona la recogida de información relacionada con actos delictivos cometidos por esta población, pero también de informaciones suministradas por las jóvenes y las jóvenes sobre su propia experiencia de víctimas.

Ya sea por el cometido del departamento de salud o por el cambio de tendencia, aunque de acuerdo con los datos, todavía la inseguridad ciudadana era percibida como uno de los principales problemas de la sociedad española (Tabla 1), al poner la mirada sobre la salud se produce una pérdida de información relacionada con hechos que daban pie a cuatro tipos de victimación de la juventud, como víctimas de: robos, de daños materiales, de malos tratos físicos y psicológicos, y de violencia sexual.¹⁸¹

Tabla 1. Tres problemas principales que existen actualmente en España (Multi-respuesta %) Mes de diciembre años 1986, 1994, 2003 y 2019

	2019	2003	1994	1986
El paro	57.4	57.9	82.6	92.0
Las drogas	0.2	10.9	28.7	26.3
La inseguridad ciudadana	2.2	21.4	16.5	30.0
La sanidad	17.2	5.0	2.7	.
La vivienda	2.0	17.3	.	1.9
Los problemas de índole económica	30.5	11.7	24.3	19.8
Los problemas relacionados con la calidad del empleo	12.8	3.5	.	0.8
La corrupción y el fraude	20.7	0.6	31.6	.
Las pensiones	11.4	4.3	.	.
Los políticos en general, los partidos políticos y la política	49.5	9.0	.	5.7

Fuente: CIS, Barómetros 1986-2019

Esta institución no solo analizaba los hechos antisociales y delictivos realizados por jóvenes, sino que también se estudiaban agresiones sufridos por ellos y ellas.

¹⁸¹ En 2002 el 37,2 % los jóvenes y las jóvenes han sido “alguna vez” víctimas de hechos contra la propiedad y/o de daños materiales, y/o de malos tratos físicos o psicológicos, y/o de violencia sexual.

Y con clara intención se denominaban en sus informes como problemas de control a la parte de la delincuencia manifestada en las diferentes instancias de control penal, que únicamente interponía su capacidad de control penal, restringiendo libertades y aplicando penas punitivas y, con ello, añadiendo un problema importante a las múltiples dificultades que encuentran en sus procesos de maduración, incorporación y emancipación social.

La nueva encuesta de juventud y salud permite, a partir de 2007, construir indicadores relacionados con el sueño, la dieta o el consumo de alcohol que como veremos no han permanecido inmutables y de tomar como referencia para las intervenciones de forma aislada los datos sin tener en cuenta otros elementos, como incluso la genética, corremos el riesgo de etiquetar de “culpable” de obesidad a quien no es autoindulgente con la alimentación, sino que tiene un marcador genético que le hace resistente al “tratamiento”, carece de los recursos suficientes para adquirir fruta y verdura fresca, no dispone de tiempo para comprar y cocinar, no posee el conocimiento suficiente para planificar menús de acuerdo a las recomendaciones, o de no prestarles una buena atención. O, llevándolo al extremo, convertir una recomendación en un problema de salud pública como en el caso de la dieta, hacer de la *virtud*, llevar una dieta mediterránea, un *trastorno* de alimentación (anorexia o bulimia).

La encuesta se repite a caballo entre 2013 y 2014, tras la revisión e incorporación a la misma de nuevas preguntas que permitan recoger nuevos factores que se consideran afectan de manera negativa a la población estudiada: contenidos a los que acceden a través de internet y acceso a juegos de azar con dinero (online y presencial)

4.5.1.1. Estilos de vida: Construcción y determinación del ciclo de la vida

Qué lleva a adoptar un estilo de vida saludable a las personas que componen un grupo social o el conjunto de la población implica hacerse preguntas sobre los procesos que se gestan como resultado de la red de relaciones entre la persona y las circunstancias sociales y ecológicas específicas en las que viven las personas a lo largo de su vida. Esta pregunta implícitamente arrastra otra no menos importante: quiénes son y dónde se encuentran (espacio social y geográfico) aquellas personas que se desvían de los patrones de comportamiento saludable o de la norma social ajustada convertida en valor social positivo en cada momento del ciclo de vida. Lo que nos lleva, sin duda, a preguntarnos también sobre las elecciones y la capacidad de los distintos grupos poblacionales de adoptar conductas

relacionadas con la salud que se acerquen a las recomendaciones en estilos de vida.

El estilo de vida no es una simple decisión individual, existen límites a las alternativas posibles abiertas a las personas, en las que influyen el medio social, cultural y económico (acceso a los recursos y medios). Los estilos de vida pueden ser vistos de forma positiva o negativa, como adherencia o falta de adherencia a la recomendación. Las conductas no saludables en un individuo pueden implicar un riesgo a corto, medio o largo plazo (accidentes, abandono temprano de estudios, enfermedades como la diabetes, obesidad, ...) pueden transformarse en factores de riesgo para la salud. Mientras que la adherencia a las recomendaciones (consumo de frutas y verduras, número de horas de sueño y/o descanso, tiempo e intensidad de ejercicio físico, etc.) se valora como factores de protección.

La OMS define unos años más tarde el estilo de vida como el "conjunto de hábitos y costumbres que son influenciados, modificados, estimulados o inhibidos por el proceso prolongado de socialización. Estos hábitos y costumbres incluyen el uso de sustancias como el alcohol, el tabaco, la dieta y el ejercicio físico" (OMS, 2004).

A pesar de los intentos de la OMS el modelo biomédico sigue teniendo presencia en la práctica y convive con un modelo biopsicosocial que cobra cada más fuerza. Para una parte de los y las profesionales de la salud, la mirada epidemiológica está cargada de positivismo y sobre el individuo en donde los estilos de vida son considerados como elecciones personales libres, mientras para otros las elecciones posibles están limitadas en función de aspectos estructurales (y/o ambientales). Siguiendo las ideas del segundo enfoque se entiende por estilo de vida saludable como un patrón de comportamientos relacionado con la salud que se llevan a cabo de un modo relativamente estable, que tiene una naturaleza conductual, observable y que abarca un amplio rango de conductas que se organizan de manera coherente en respuesta a las distintas situaciones vitales de cada persona con los recursos y medios a su alcance.

Los estudios y las recomendaciones sobre los estilos de vida inicialmente se centraron sobre la prevención de enfermedades cardiovasculares entre la población adulta y entre las variables de estudio aparecieron: consumo de tabaco y alcohol, ejercicio físico y hábitos de alimentación. El modelo de estudio se fue extendiendo a más enfermedades y a otros grupos de población, a partir de los 80 a los adolescentes.

La OMS para Europa introdujo una definición que constituye la base de los estudios sobre estilos de vida saludables, esta definición describe el *estilo de vida* de

como la “forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales” (WHO, 1986, p. 118)

4.5.1.2. Estilos de vida y ciclo de la vida

No menos importante que el abordaje de los estilos de vida ha sido el enfoque del curso de vida utilizado por estos estudios en el que se reconoce la importancia que las distintas etapas de la vida tienen para el desarrollo de las personas y su salud. El creciente interés en la relación entre las circunstancias adversas o los estilos de vida a lo largo del ciclo de vida que conduce a un mayor o menor riesgo para padecer algunas de las enfermedades crónicas no transmisibles y de pérdida de años de vida (mortalidad temprana) condujo a que investigaciones que explican la etiología de la enfermedad lo hicieran dentro del marco de un curso de vida. Convirtiendo de este modo a la adolescencia y juventud en una etapa clave para las intervenciones tempranas sobre los factores de riesgo y de protección dado su poder potencial para provocar cambios sobre dos vidas, la del adolescente y sobre la del futuro adulto.

El estudio de las enfermedades cardiovasculares (ECV) permite entender cómo se ha producido la incorporación de cada vez más grupos poblacionales más jóvenes, sin entrar a valorar su estado de su salud, a las políticas públicas e intervenciones de prevención y promoción de la salud. Las ECV centran gran parte de la investigación clínica debido a que se han convertido en la primera causa de morbilidad y muerte y de incapacidad parcial o completa (siendo las más comunes la enfermedad coronaria y la cerebrovascular) La evidencia científica acumulada demuestra la relevancia de varios factores de riesgo (FR), en particular la hipertensión, la diabetes, el tabaco y el colesterol como predictores a largo plazo del aumento de la mortalidad y morbilidad debido a estas enfermedades. Por otra parte está la determinación del “síndrome metabólico”(SM)¹⁸², término que ha evolucionado en los últimos 20 años, en el que el exceso de grasa acumulada juega un importante papel (producida por el aumento de la ingesta calórica y la reducción de la actividad física) en el desarrollo de alteraciones metabólicas, y se establece como un factor de riesgo predictor de enfermedades cardiovasculares.

¹⁸² Podemos definir el síndrome metabólico para los profanos como cambio en la función de metabolización de los lípidos que contribuye a la concentración de lipoproteínas en la corriente sanguínea. Concentración que tendrá consecuencias en la estructura cardiovascular, presión arterial, así como en el sobrepeso o la obesidad.

Este conocimiento ha impulsado el desarrollo de medidas preventivas y educativas de promoción de la salud bajo la creencia compartida por la mayoría de los “practicantes” de la salud que los hábitos adquiridos en los primeros años de la vida adulta (dieta, sedentarismo, tabaquismo) condicionarán la salud cardiovascular de las personas en el futuro. El conocimiento acumulado a lo largo de los años ha permitido establecer relaciones entre nuevos factores de riesgo ha ido modificando las actuaciones y poblaciones objeto de intervención.¹⁸³

Si inicialmente se trataba de hacer frente a la obesidad para reducir la morbimortalidad debida a las enfermedades cardiovasculares mediante acciones socioeducativas sobre alimentación y ejercicio físico; en la actualidad están produciendo avances para incorporar medidas de detección temprana del SM para determinar el riesgo de desarrollar ECV. Deslizamientos que llevan a plantearse la eficacia de las intervenciones sobre los factores de riesgo clásicos y poner la mirada sobre nuevos dispositivos que permitan la detección precoz y la acción sobre factores de riesgo como la hipertensión en la que la industria farmacéutica ha logrado producir antihipertensivos con eficacia en la reducción de eventos cardiovasculares (INJUVE, 2018).

En el *continuum* que se ha establecido del desarrollo de las ECV, la adolescencia se encuentra en la fase inicial, fase en las que medidas preventivas y de promoción de la salud pueden tener gran eficacia. Si añadimos a éstas las intervenciones que sobre la obesidad se trazan desde la infancia, y las dirigidas a evitar, retrasar el consumo de drogas (alcohol y tabaco principalmente desde la adolescencia) podemos dibujar un histograma de intervenciones naturalizada a lo largo del ciclo vital desde antes del nacimiento hasta la muerte desde instituciones que legitiman su poder prescriptivo en nombre de la ciencia y los avances tecnológicos.

Este enfoque que está basado en hechos biológicos más que sociológicos, en el que cada persona debe pasar por una serie de etapas ordenadas, recoge, sin embargo, la descripción de los aspectos más relevantes de la socialización además de los cambios biológicos. Desde el punto de vista de la sociología podemos articular el sistema psicológico, social y cultural, comprender cuales son los procesos y los mecanismos que permiten la interiorización, la adquisición o adherencia a conductas relacionadas con la “salud positiva”. Todo lo cual se produce de acuerdo a cómo cada cultura marca el momento de entrada y salida de cada etapa

¹⁸³ Se han publicado evidencias sobre un gran número de factores y marcadores de riesgo que pueden considerarse candidatos a incluirse en el estudio de criterios diagnósticos de los pacientes con SM.

y establece ritos de iniciación que conllevan el aprendizaje diferenciado de normas de comportamiento, control de cuerpo, etc., y la transferencia de saberes relacionados con la salud en un marco espacial y temporal determinado. La normalización y universalización de ciertas conductas, y no otras, están socialmente orientadas en un juego de relaciones a nivel micro, meso y macro que dejan rastro cuando se está produciendo una nueva asociación entre elementos en sí mismos no sociales (Latour, 2008).

Cuando hablamos de estilos de vida en un momento del ciclo de la vida como es la adolescencia y juventud tendremos que estar atentos a la proliferación de innovaciones que funcionan en torno a las nuevas asociaciones que establecen estos actores en un entorno marcado por la inestabilidad y la incertidumbre. Esta es una tarea continua en las que no todas las voces son capaces de hacerse oír, por edad, por capacidad o por acceso y puesta en juego de los recursos materiales e inmateriales.

Es posible rastrear las conductas de adolescentes y jóvenes relacionadas con la salud porque se tornan visibles al chocar con las recomendaciones del grupo constituido por los adultos, qué decir si éstos son expertos, que hablan de su existencia definiendo lo que son conductas que se corresponden a su grupo por edad. Una parte del mundo adulto excluye a los jóvenes de rituales como el consumo de alcohol, tabaco, sexo, de ocio, en aras de protegerlos de los peligros porque los ve a todos de igual manera y esto está en relación con los deseos y temores que se proyectan sobre ellos y ellas haciendo uso de estadísticas que simplifican la realidad y que se difunden con “poca fortuna”.

No es lo mismo decir que “casi todos los consumidores de alcohol son jóvenes” que difundir la afirmación “casi todos los jóvenes son consumidores de alcohol” Si la primera fuera cierta, el 99% de los consumidores de alcohol son jóvenes, sin embargo, el 4 de cada 10 adolescentes entre 14 y 18 años, no consumieron alcohol en los últimos 30 días (Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias ESTUDES, 2018). Lo que nos lleva a sobreestimar la probabilidad de que un joven elegido al azar haya consumido alcohol en los últimos 30 días, y olvidamos preguntarnos por qué es lo que está haciendo que estos jóvenes opten por no consumir.

Por otra parte, en una sociedad regida por el mercado están quienes ven a las personas jóvenes como la gran reserva de consumidores presente y futura. Las empresas productoras, distribuidoras y de publicidad (con potentes tecnologías

de la información y comunicación) han proporcionado herramientas para generar y distribuir el conocimiento, pero también, están provocando alteraciones importantes en el mundo y en la manera en que vivimos nuestros mundos y en concreto la salud. La salud, y su promoción, también se “mercadea”, se multiplican los servicios relacionados con la salud y el cuidado físico y psíquico. Llegando a convertirse esta etapa en objeto para una sociedad del consumo que *consume* a los más débiles, como Saturno devora a sus hijos. El deseo de los que están más abajo en la escala social por edad de adquirir los estilos de vida que *fabrican sentimientos de pertenencia* les hace quedar presos de la lógica del mercado y obtener como recompensa satisfactoria el consumismo. Su capacidad de crear, imaginar, crear su identidad y sentido de lo posible se reduce o queda adormecida a poder luchar contra la cosificación de sus vidas por los cantos de sirena del marketing y por las formas de educación orientadas hacia el consumo de cada vez más servicios relacionados del cuidado de la salud, sea ésta como objeto estetizado.

Es inevitable pensar sobre las recomendaciones relacionadas con la salud, así como los sujetos sobre quienes recaen las recomendaciones que nos preguntemos sobre: ¿Quién dicta las recomendaciones?, ¿cómo las fundamenta? y, ¿cómo se transfieren a los distintos grupos de población por edad? Se recomienda ejercicio y, sin embargo, la actividad física no es una prioridad en el currículo escolar de manera que crece la oferta mercantil de actividades deportivas para menores y adultos, en horario extraescolar, en el tiempo de ocio, para llegar a cumplir con las recomendaciones. A la vez que este tipo de actividades pierden el valor de disfrute y esparcimiento convirtiéndose en espacios invadidos por el espíritu competitivo, de superación y de expectativas de éxito.

En una sociedad donde ha vencido la individualización, a la nueva definición de salud y bienestar se suma la industria de marcas. La individualización ha provocado que los estilos de vida estén menos dirigidos por el orden social y los sentimientos de pertenencia de clase, que por la lógica de las marcas. El miedo al desprecio y al rechazo de los demás, no parecer menos que los otros, les lleva a actuar, al contrario de lo que cabría pensar, adoptando un individualismo igualitario porque el y la joven no quieren dar testimonios de superioridad sino de participación igualitaria en los juegos de moda, de la juventud y del consumo. Que, por otra parte, no deja de ser el deseo de gobernarse a uno mismo o a una misma, a través de la compra de una marca que se vive como expresión de una identidad individual a la vez que de clan. Es decir, integración al grupo de iguales y reivindicación de los signos de su apariencia individual (Lipovetsky, 2010).

De manera que en las sociedades líquidas descritas por Bauman el sujeto, objeto de las intervenciones de promoción de la salud es aquel que busca maximizar las adquisiciones y reducir las distancias respecto a la norma social, no quedar atrás, movido por la adopción de estilos de vida menos dirigidos por el orden social y los sentimientos de pertenencia de clase, y más por el poder del mercado y la lógica de las marcas que a la vez que provocan clasificaciones, homogeneizan, o dan un significado de pertenencia o logro.

Aunque la búsqueda de la eficiencia (no quedarse atrás con los medios disponibles) sea una nueva función de los sujetos, lograr que las conductas adoptados por cada individuo joven se ajusten a la “norma” de salud, exige de nuevos dispositivos, programas institucionales, etc. que permitan adaptarse con rapidez a la práctica social de estos y estas jóvenes. Actuaciones que “pongan el énfasis en el juego combinado de los procesos macro y de las acciones micro, en tanto en cuanto la integración de los jóvenes como miembros de la comunidad no se desarrolla de acuerdo con unas pautas institucionales, establecidas de manera genérica, ni tampoco es la consecuencia directa de las decisiones que adoptan los individuos en su camino hacia la vida adulta” (Benedicto et al., 2014)

Capítulo 5. Calendarización y secuenciación rítmica de la vida

¿Cómo capitalizar el tiempo de los individuos, acumularlo en cada uno de ellos, en sus cuerpos, en sus fuerzas o sus capacidades y de una manera que sean susceptibles de utilización y de control? ¿Cómo organizar duraciones provechosas?

(Foucault, 1975, p.161)

Las preguntas que se formula Foucault en *Vigilar y Castigar* (Michael Foucault, 1975) siguen siendo útiles para reflexionar sobre la relación que guarda el tiempo con las trayectorias de disciplinamiento, y por ende disciplinamiento-autocuidado de los cuerpos para el aseguramiento de la salud individual, a las que toda persona está sujeta a lo largo de la vida.

El mundo en el que vivimos es un lugar completamente estructurado. Uno de los parámetros fundamentales de este ordenamiento es el tiempo. En la base de cualquier estructura u orden hay normalmente alguna regularidad, rutina, repetición. El tiempo constituye una dimensión de la organización social definida por la sociedad moderna, como dibujan distintos autores Coriat (1993), Foucault (1975), Gorz (1998), Lasén (2000), Elías (2010) o Zerubavel (2009). La rigidez temporal de los horarios de trabajo, o tiempo de estudio, es una de las claves de las características estructurales de la organización social moderna y de disciplinamiento del cuerpo.

Las principales dimensiones que conforman el tiempo son: la estructura secuencial, es decir el orden en que tienen lugar los acontecimientos, la duración, la localización temporal, cuándo tiene lugar, y el grado de recurrencia o repetición, esto es, su frecuencia. Todos ellos elementos que han contribuido a la naturalización e institucionalización de las etapas vitales (ciclo de la vida), así como la segmentación de los individuos a lo largo de las líneas de los diversos aspectos sociales en que se involucran (Zerubavel, 2009).

El tiempo permite establecer fronteras entre momentos vitales y entre las esferas pública y privada, haciendo una asociación entre la persona y el rol al que queda confinada, de acuerdo con regulaciones sociales y científicas, haciendo uso de dispositivos sociales y de referentes biológicos. El orden bio-temporal, responsable de regular las vidas y el funcionamiento diario de los organismos, ofrece la base para definir una regularidad temporal fundamental para cualquier orden social. Ha permitido por ejemplo a la religión definir hitos de paso relacionados con la vida bautismo, comunión, confirmación, o ritmos de la vida social, estaciones, tiempo de pascua, tiempo de recolección, de compartir (la eucaristía). La

secularización de las sociedades modernas ha supuesto buscar nuevos sentidos a la vida en base a una religión civil que permitiera seguir ordenando los eventos, actividades y situaciones. La vida individual y social está o debe estar temporalmente secuenciada, en términos de “antes” y “después” para el mantenimiento del orden social y de la vida secuencia ésta en etapas.

Recientemente la revista médica *The Lancet* ha sugerido en un artículo que la adolescencia es ahora un periodo vital que se extiende desde los 10 a los 24 años, cinco más de los que hasta ahora se consideraban como el momento de superación de esta etapa. La rebaja en años de la pubertad vendría explicada por las corrientes que ponen la mirada en la prevención y la promoción de la salud a edades cada vez más tempranas (hecho descrito en el capítulo anterior)

La adolescencia comienza con la pubertad, biológicamente determinada por la actividad del hipotálamo, encargado de generar las hormonas que activan la glándula pituitaria y las gónadas. Debido a las mejoras en la alimentación y de la salud en general este proceso se ha adelantado según los autores de este artículo en el tiempo, a la vez que el crecimiento del cuerpo y del cerebro sigue produciéndose más allá de los 20 años.

Ilustración 9. Etapas de la vida según edades

EDAD EN AÑOS																												
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29					
INFANCIA				PUBERTAD				JUVENTUD (menor de edad)				JUVENTUD (dependiente)					JUVENTUD (independiente)											
											ADOLESCENCIA																	
											JUVENTUD																	

Fuente: Elaboración propia

Los cambios en los ritmos de vida individual y social, según la evidencia científica acumulada, tienen efectos sobre aspectos madurativos y motivacionales y se materializan en el retraso en la adopción de roles y responsabilidades que se relacionan con la edad adulta (edad de emancipación, matrimonio o maternidad) o en un retraso de las expectativas de la sociedad hacia adolescentes y jóvenes. Cambio de expectativas que no puede comprenderse únicamente desde las transformaciones que se producen en este grupo de edad, sino atendiendo a el cambio

demográfico y avances tecnológicos y científicos que se ha producido en las sociedades más ricas.

Los avances científicos en las ciencias médicas, especialmente la genética, las nuevas tecnologías reproductivas, la investigación con células madre, la medicina de rejuvenecimiento y las técnicas de clonación, han dado al cuerpo, y a sus representaciones, un nuevo lugar en asuntos sociales, políticos y culturales. La medicina ha convertido en “el proyecto” la longevidad y la acción rejuvenecedora bajo la premisa de que las intervenciones médicas adecuadas pueden evitar la muerte prematura o asegurar una vejez con calidad de vida. De modo que lo que en otras épocas eran una promesa sobrenatural y espiritual hoy se han convertido en promesas seculares y científicas.¹⁸⁴

Las predicciones contra el envejecimiento y la extensión de la vida han generado nuevas esperanzas para el futuro que están transformando el presente al reunir recursos, transformando, asimismo, la comprensión científica del envejecimiento y de la adolescencia. La investigación con células madre¹⁸⁵ y la ingeniería biomédica están generando esperanzas para enfermos y sanos que aspiran a mejorar y prolongar la vida con consecuencias, no siempre visibles, para el calendario de la vida tal y como lo conocemos, y sobre la definición de la adolescencia y la juventud.

Sabemos que tener la misma edad no es suficiente para ubicar a hombres y mujeres en un mismo grupo, pero no cesan los intentos normativos, legales de establecer una relación causal entre edad biológica y edad social. El debate abierto como el reconocimiento al “menor empoderado” para adoptar decisiones con trascendencia social antes de cumplir la de mayoría de edad nos advierte del uso social que se hace de la edad biológica (Bourdieu, 2002). La edad, es un dato biológico que, permite el análisis descriptivo, comparativo, explicativo, aunque, para poder aprehender las realidades de los y las jóvenes necesitaremos (re)conocer las condiciones, las socializaciones múltiples y a menudo complejas (Lahire, 2007) que generan esa diversidad de juventudes (Criado, 1998).

Algunos autores aseveran que ir más allá de 25 años es otra cosa distinta a juventud. En nuestro caso trabajamos con información de la población joven de 14 a 29

¹⁸⁴ En los entornos hospitalarios encontramos pequeñas capillas a las que enfermos y familiares rezan y realizan plegarias. Confiamos en la ciencia, pero por si acaso nos encomendamos a Dios.

¹⁸⁵ La vida de las células fue considerada finita (senescencia replicativa), años 60 y 80, hasta que la investigación con las células madre y la ingeniería biomédica ha generado esperanzas para enfermos y sanos que aspiran a sanar, mejorar o prolongar la vida (Cockerham, 2016).

años. Los motivos que llevaron a establecer los 29 años como límite superior no están tan claros. Si bien coincide con la edad media de emancipación de la juventud española, es a partir de los 25 años cuando parece que se produce un aumento significativo de jóvenes emancipados con pareja.¹⁸⁶ Por otro lado, tenemos que la edad de primera maternidad se sitúa en los 30 años.¹⁸⁷ Mientras que el acceso al mercado de trabajo es cada vez más tarde por unas políticas de educación cada vez más activas en la negación a los jóvenes al acceso temprano al mercado de trabajo, “hacer cola” y no logrando cierta estabilidad¹⁸⁸ hasta pasados unos años.

Otra cuestión es establecer la edad de 14 años como corte inferior. Parece razonable si tenemos en cuenta que es una edad clave en el inicio de consumo regular de alcohol y tabaco principalmente, pero también de cannabis. El consumo de estas sustancias empieza a ser significativos a partir de este momento al igual que empiezan a tener mayor prevalencia las primeras relaciones sexuales.

Lo mencionado en los párrafos anteriores lleva a pensar que más que hablar de juventud 14-29¹⁸⁹ años estamos recogiendo momentos vitales de la población y/o de adquisición de conductas y trayectorias en las que estas conductas varían ante conflictos de pertenencia o deseabilidad respecto a la clase social, género, clase de edad, etc.

La edad, para este estudio, es considerada como variable estructurante que cruza todos los espacios propuestos, familia, salud, educación, también como punto de encuentro cuando ésta sirve para definir a la juventud dentro de las esferas educativa, familiar y de salud. La población de 14 a 29 años estudiada en la Encuesta Navarra de Juventud y Salud es dividida en subgrupos de edad o clases de edad (14 a 17 años, 18 a 23 y 24 a 29) en un intento por comprender la diversidad de conductas adoptadas relacionadas con la salud en un contexto en donde las diferentes instituciones contribuyen a la socialización y aprendizaje social de estos grupos poblacionales.

¹⁸⁶ Ballesteros et al., (2012). Jóvenes y emancipación en España. Madrid: FAD

¹⁸⁷ Consulta Enero 2017. <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1579>

¹⁸⁸ Entendiendo por estabilidad el cambio de trabajos manteniendo el mismo nivel profesional o cualificación, que asegura la permanencia de unos ingresos medios que permiten la emancipación y creación de una familia.

¹⁸⁹ El grupo de edad poblacional específico de 16 a 29 años es el estándar europeo en las investigaciones e informes institucionales sobre el empleo joven. Rebajar la edad a los 14 permite observar los determinantes que influyen en las transiciones educativas y salidas laborales, además de las que se producen entre los ciclos educativos E.S.O. (segundo ciclo), Formación Profesional y Bachiller.

Entre los 14 y 17¹⁹⁰ años, de cierta influencia todavía de los modelos familiares en salud, rigen normas que delimitan la acción autónoma y la adopción de riesgos, si bien es posible que encontremos para quienes la influencia de la familia es escasa o negativa con relación a los estilos de vida en general o en particular.

Algunos autores en relación con la evolución a lo largo de la adolescencia de la asociación de las variables de estilos de vida señalan que es aproximadamente los 14-15 años como el momento evolutivo donde las conductas aparecen más relacionadas, dando lugar a un menor número de factores y como momento a partir del cual se incrementa la prevalencia de múltiples conductas de riesgo para la salud y bienestar presente y futuro.

En estas edades es bien conocida, y establecida, la relación entre conductas “desviadas” y logro escolar. En promedio, se ha establecido que los adolescentes que siguen un patrón de comportamiento que compromete la salud alcanzan niveles educativos más bajos (o abandonan antes el sistema educativo) mientras que aquellos que mantienen conductas saludables es más probable que continúen estudios superiores post-obligatorios.

Un estudio reciente que destaca la importancia de los procesos que operan antes de decidir continuar los estudios después de superar la educación secundaria obligatoria llega a la conclusión de que antecedentes del hogar continúan desempeñando un papel decisivo en las elecciones y el logro educativos. Entre los posibles motivos están los valores educativos que prevalecen en las familias de los diferentes estratos sociales, la desigualdad económica entre familias o la estructura familiar. Concluyendo este estudio que tanto los antecedentes familiares, la carrera escolar como los comportamientos que comprometen o mejoran la salud son una mezcla de procesos que conducen a diferentes niveles educativos en la edad adulta (Koivusilta et al., 2013).

Aunque pueda parecer pronto diseñar planes y actuaciones preventivas y de promoción de la salud para la población de menor edad, gran parte de los hábitos que no se ajustan a las recomendaciones para la salud son adquiridos durante la adolescencia, y en esto el entorno más próximo tiene mucho que ver (familia, grupo de pares, etc.) Siendo por otra parte consciente del hándicap que supone

¹⁹⁰ El corte a la mayoría de edad como límite cultural que señala el paso a la participación ciudadana (derecho al voto), aunque tenemos a los 16 cómo se define “menor empoderado” en la toma de decisiones relacionadas con la salud sexual (interrupción voluntaria del embarazo, IVE), años hasta los que se prorroga la enseñanza obligatoria.

convencer, hacer de la opción más saludable la más atractiva para los más jóvenes. En parte porque la adquisición de hábitos durante estas edades en sus entornos próximos no se manifiesta en morbilidad o mortalidad durante la adolescencia misma, aunque sí lo hagan en años posteriores¹⁹¹. El hecho de que estén sanos, se recuperen pronto y con relativa facilidad, y que la medicina haya realizado avances importantes, contribuye a que desprecien los riesgos de ciertas conductas. Deciden libremente adoptarlas en una sociedad de grandes libertades que les permite realizar al máximo sus aspiraciones¹⁹², olvidando que en las distintas regulaciones que tiene por objeto su protección y potenciar su desarrollo también se les asocia deberes.

Entre los 18 y 24 años la influencia de los modelos familiares se diluye ante los deseos de autonomía y primeras experiencias o deseos de emancipación. Los 18 años marcan la diferencia entre población adulta o no adulta, momento en el que se adquiere en nuestro país la mayoría de edad. En algunos casos el acceso al empleo supone mayores cotas de acceso al consumo y de la toma de decisiones sobre las opciones de consumo, en otros la elección de alargar el periodo de estudios, voluntaria o no, supone conciliar estudios y trabajo (media jornadas, por horas, temporales, etc.

De los 25 a 29 años, donde más probablemente se inicien los procesos de emancipación es inevitable preguntarse por los determinantes sociales. Para las personas jóvenes, alquilar un piso en solitario supondría destinar el 94,4% del salario neto y el 15,1% de los hogares jóvenes que viven en alquiler están en riesgo de sobreendeudamiento¹⁹³. La situación de precariedad laboral sólo contribuye a agudizar la situación ya que sólo el 8% de los contratos firmados por personas jóvenes son indefinidos. La tasa de emancipación de la población de 16 a 29 años

¹⁹¹ Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas, 1998-2001. Washington, D.C.: OPS/OMS,1998.

¹⁹² Son muchos los ejemplos publicitarios en los que se hace alarde de la libertad de elección y de la individualidad de las elecciones. En el anuncio de una entidad bancaria que comienza con la declaración de adecuarse a cada uno de sus clientes "Yo soy yo" mucho más grande que definiciones de "ni progre, ni facha, ni pijo, ni tirado, ni cultueta, ni frívolo, de estos o aquellos, ni milenial, ni friki..." continúa animándonos con ir donde nos sentimos libres "siempre libre de comisiones, siempre libre de condiciones" para acabar con un máxima "el banco no banco" que nos recuerda una cita de Wittgenstein, recogida por Latour en *Reensamblar lo social* (2008) "Lo que se necesita para seguir reglas no se puede describir con reglas".

¹⁹³ Dedicar el 40% al pago de la vivienda.

en el año 2019, es del 18,5% (21,1% en el año 2014), con diferencias significativas entre hombres y mujeres, 22,5% para las mujeres y 14,8% para las mujeres.¹⁹⁴

La edad muestra la subordinación de los hechos biológicos y sociales, supone “la abreviación simbólica comunicable de diferencias y transformaciones humanas conocidas en lo biológico (etapas de la vida), lo psicológico y lo social” (Elias, 2010).

5.1. Ritualizar, rutinizar y naturalizar las transiciones o postergarlas

La recogida y análisis de la información sobre hábitos saludables de la población joven navarra hace referencia a los comportamientos habituales, cotidianos y permanentes durante un periodo de tiempo que lleva a caracterizar el modo de vida de una persona para un espacio y tiempo determinado, pero que tienen potencialmente el poder de generar un impacto importante sobre su salud, en la medida que su presencia o ausencia constituye o pueden constituir un factor de riesgo o de protección para la persona.

A través de la Encuesta es posible construir no sólo una caracterización de los sujetos entrevistados como conductas, más o menos saludables o más o menos ajustadas a las recomendaciones socio-sanitarias sino que, además, podemos establecer los patrones de consumo que son adoptados por las juventudes en un espacio físico (Navarra) y en un momento determinado (año 2013). No se trata de una encuesta panel que permita conocer si las conductas registradas en un momento, se mantienen, cambian o desaparecen. Es una encuesta que ofrece un acercamiento representativo a las conductas/estilos de vida (EV) relacionados con la salud en todo un rango de edad, 14 a 29 años, que han conseguido *rutinizarse* durante un lapso y en espacios concretos, y *ritualizarse* en las interacciones que tienen lugar.

La mayor parte de nuestras vidas sociales fluye en circunstancias comunes por cauces de rituales de interacción (RI) rutinizados.¹⁹⁵ La participación en los RI

¹⁹⁴ Datos de emancipación extraídos de la web del Consejo de la Juventud de España, informe de 2019. <http://www.cje.org/en/our-work/empleo/actividades-y-campanas-del-cje/observatorio-joven-de-emancipacion/>

¹⁹⁵ Entendiendo como ritual de interacción el encuentro pautado entre personas que mejor o peor han aprendido de otros y por experiencia propia a percibir, inferir, reproducir, desarrollar, improvisar esas pautas. De manera más genérica podría denominarse como “mecanismo de foco compartido y consonancia emocional”. Quienes participan en una interacción, situada físicamente en un mismo lugar, adquieren conciencia a través

suele estar estratificada y resulta en desigualdades e inequidades duraderas que a menudo se describen en términos de clases, en clasificaciones jerárquicas de la población que determinan el espacio social que ocupan las mujeres con relación a los hombres o de la juventud respecto a la infancia y la etapa adulta. Pero ¿por qué introducir los rituales para hablar de estilos de vida relacionados con la dieta-alimentación, ejercicio físico, consumo de alcohol o hábito tabáquico? Porque la ingestión de comida o bebida, o la práctica de una actividad física forman parte de la coparticipación corporal. Las distintas sustancias o alimentos, cuando se consumen conjuntamente en la atmósfera de una ocasión de sociabilidad, devienen sustancias o alimentos rituales (Collins, 2009). Qué podremos decir del ritual de maridar vinos con carnes o pescados, o del que casa el *katxi* con plazas y bancos y que ha originado el “fenómeno” del botellón.

Los “rituales de estilos de vida”, aquello que Collins describe como los rituales naturales a medio camino entre el ceremonial formal y los encuentros sociales discretos y poco focalizados, como el consumo de tabaco y otras drogas o las relaciones sexuales se han subsumido como si sólo se tratara de una cuestión de salud en la categoría de desviación, cuando el mal uso, el abuso, etc. permiten englobar bajo un mismo rubro, todas las formas prohibidas o mal vistas de relación entre objetos y sujetos.

Los RI son protocolos construyen de la realidad social, que provocan la estandarización y la localización temporal de las actividades y los eventos; permiten reducir la incertidumbre a la vez que el riesgo, socializan la experiencia acumulada, la narrativa acumulada de los efectos esperados y de los remedios aplicados. Contribuyen a la homogenización social que está relacionada con la rigidez de una estructura social que necesita establecer calendarios, secuenciar la vida en etapas (desde la crianza en los primeros años vida en los que se produce uno de los logros más notables de la socialización primaria llevada a cabo por la familia y la escuela, hasta la senectud) y facilitar los movimientos de transición temporal y espaciales en cada momento vital. La actividad del ritual puede entonces ayudar a las personas a cruzar los límites, así como a reconstruir biografías.

A pesar de la tendencia a regular, estructurar y pautar, temporalmente, todo lo relacionado con la salud, estilos de vida y hábitos saludables para la búsqueda

de la comunicación de que comparten la atención sobre un mismo objeto, experimentan un mismo estado de ánimo, o experiencia emocional y provocan la exclusión de quienes no comparten foco y emoción. Momento en el que se crea la intersubjetividad, sentimientos de membresía y solidaridad grupal (Collins, 2009: 72).

de la eficiencia, toda secuencia de procesos puede ser alterada una vez se le desprova de su significado simbólico de naturaleza e irreversibilidad. La distinción entre natural y socialmente fundamentados, sirve para demostrar que donde termina lo natural comienza una convención social. Las propias secuencias que subrayan normas populares a menudo varían no sólo a través de culturas, sino también a lo largo de períodos históricos, así como en grupos de edad en una misma cultura.

5.1.1. Inicio de consumo de sustancias

La adolescencia ha sido caracterizada como momento de experimentación prematura de nuevas experiencias y sensaciones. Entre éstas en ocasiones aparecen los consumos de drogas, aun siendo legales y socialmente aceptadas, cuyas consecuencias negativas para el desarrollo del adolescente preocupan a las administraciones públicas en cuanto que se ha convertido en un problema de salud pública por su posible impacto sobre su salud y bienestar presente y futuro.

La edad de inicio de consumo de las diversas drogas es una variable explorada clásicamente en los estudios de base poblacional sobre consumo, ya que señala edades sobre las que dirigir acciones preventivas tanto de prevención universal que tratan retrasar la edad de inicio, así como de prevención de trastornos de abuso y dependencia. Trastornos en los que la edad de inicio junto a las características personales y factores estresores propios de la etapa o condiciones sociales y familiares se dice pueden actuar como predictores del patrón de consumo y de sus posibles consecuencias (Selles et al., 2015).

En el debut temprano del consumo de alcohol, tabaco y cannabis, sustancias de mayor prevalencia en el España y en Navarra, pueden estar involucrados distintos mecanismos a nivel individual, relacional y social. A nivel individual los adolescentes parecen ser más sensibles a los efectos neurotóxicos de las drogas en comparación con los adultos, como resultado de la organización estructural, sináptica, celular de las áreas del cerebro relacionados con el circuito de recompensa (Camarini & Pautassi, 2016). El consumo de sustancias como el alcohol, tabaco y el cannabis pueden provocar cambios en el comportamiento, memoria y capacidad de aprendizaje, en un momento que se les exige desarrollar al máximo sus capacidades para afrontar mejor la inserción al mundo laboral y adulto.

La mayoría de los jóvenes que participaron en el “Estudio cualitativo sobre contextos de iniciación y desigualdades en el consumo de alcohol y tabaco en jóvenes

de 14 a 18 años en navarra 2018”¹⁹⁶ tienen recuerdos de la primera vez que se consumieron alcohol. *Intenso recuerdo que en muchos casos se manifiesta con un amplio relato del contexto y del modo en que se produjo que, en sí mismo, suministra ya una primera información sobre el grado de importancia simbólica que le concede la adolescencia y la juventud a este “hito”, a esta situación fundante de los consumos de alcohol.*

El entorno familiar se convierte en el entorno de inicio de la mayoría, si bien ésta no es reconocida como *declaración de “prueba”, rebajando su importancia como “iniciación real”* con la que además se parece *reforzar el rechazo en relación con alguna de las principales bebidas consumidas en estos inicios familiares, como pueden ser la cerveza y/o el vino.* Esta distinción entre la “prueba” del alcohol en el entorno familiar y la “primera vez” que se consume alcohol en compañía de amigos y amigas, parecería cuestionar una parte de las estrategias familiares. Aquella que consiste en ofrecer alcoholes de baja graduación. Alcoholes que rechazan por sus sabores y por vincularlos con bebidas alcohólicas de mayores y que favorecerían el consumo de las bebidas de moda que son consumidas por los de su edad (Peche, Malibú, Vodka Negro, etc.).

Asimismo, el consumo de alcohol por parte de los grupos de pares y las percepciones del consumo de los compañeros aumentan significativamente la probabilidad de que se inicie el consumo temprano de alcohol. Un estudio en el Reino Unido halló que el consumo de alcohol entre pares aumentó las probabilidades de beber a los 11 años en 7 veces (Kelly et al., 2016).

De igual modo las ofertas de alcohol y las expectativas normativas ayudan a crear un ambiente propicio, o prohibitivo, para el consumo de alcohol. Los adolescentes pueden obtener acceso al alcohol a través de diversas fuentes, directamente de los padres, del *bar* de casa, de amigos, de otros parientes o adultos, y en comercios o locales de ocio (bares, discotecas, etc.). Para los menores de edad navarros, las fuentes más comunes de alcohol son, a pesar de no tener la edad legal, bares y discotecas y bajeras. Las bajeras como tentáculo alargado de la familia, que *controla sin controlar*. Más del 50% de los encuestados de entre 14 y 17 años consume el alcohol en estos espacios.¹⁹⁷

¹⁹⁶ Investigación realizada por Fernando Conde (CIMOP) para el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPL).

¹⁹⁷ La pregunta ¿Dónde sueles beber habitualmente? Permite un máximo de tres respuestas. Teniendo en cuenta el número de encuestados. El 59,6 % consumen alcohol en bares, 41,4% en discotecas y el 51,2%, en bajeras, pipotes, cuartos, etc.

Factores intrapersonales como las creencias y las estimaciones normativas también son predictores importantes del consumo de alcohol. A la pregunta de cuánto dirían que beben (nada, poco, lo normal, bastante o mucho) el 46% de la población joven responde que lo normal y, sin embargo, de acuerdo al número de UBE (Unidades de Bebida Estándar) consumidas en el último fin de semana que salieron, el 60% había superado las recomendaciones (más de 4 UBE en el caso de mujeres y más de 6 UBES en el caso de los hombres) y un 46% se había emborrachado en los últimos 30 días.¹⁹⁸

Por otra parte, las bebidas de inicio han experimentado un importante salto cualitativo (Tabla 2). Los adolescentes tienen menos expectativas negativas relacionadas con su consumo y aunque hay quienes están por opciones más saludables son más los que ha elegido consumir subiendo los grados de alcohol.

Tabla 2. Consumo de alcohol: baja y alta graduación. Años 2007- 2014 (%)

		Sexo		Total	Edad		
		Hombre	Mujer		14-17	18-23	24-29
2007	Baja Graduación	61,0	48,8	54,8	38,3	49,2	67,7
	Alta Graduación	30,0	40,4	35,3	37,8	44,1	27,3
	Nunca ha bebido	9,0	10,7	9,9	23,9	6,7	5,0
2013	Baja Graduación	38,9	31,9	35,3	23,0	30,7	50,4
	Alta Graduación	47,2	52,0	49,7	45,8	61,0	42,7
	Nunca ha bebido	13,9	16,1	15,0	31,2	8,4	6,9

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

El consumo de alcohol y otras sustancias está regulado por el equilibrio entre acciones motivadoras y las posibles consecuencias negativas, que pudieran actuar como aversivas. Una influencia ambiental motivadora importante según algunas investigaciones para el consumo de alcohol en adolescentes es la exposición a la publicidad de alcohol, de los anuncios de marcas en revistas y TV (Siegel et al., 2016). Aunque como en otros temas relacionados con los estilos de vida que aquí analizaremos existen discrepancias (Nelson, 2008). Como solución a las diferencias primará el principio de precaución que se establece cuando una activi-

¹⁹⁸ Las recomendaciones de consumo de alcohol para mujeres/día 2, para hombre/día 4 (1UBE=cerveza, vino; un cubata=2 UBE).

dad representa una amenaza o un daño para la salud humano o el medio ambiente. Llegando incluso, cuando la relación causa-efecto no haya podido mostrarse científicamente de forma concluyente, a tomarse medidas de precaución (Sánchez, 2002). Esta va a ser la tónica en todo lo relacionado con los estilos de vida y con los problemas que se relacionan con la etapa y la salud adolescente.

Medidas que se adoptan en el marco de un descenso del consumo de bebidas alcohólicas en la población general y que ha llevado a productores y distribuidores a fijarse en los más jóvenes (como sucedió con el tabaco) *Emprendedores* que han contribuido a dar forma a las creencias, actitudes y comportamientos de la población adolescente en relación con el consumo de estas drogas, aumentando las actitudes normativas. Jugar con colores y olores ha sido su apuesta, bebidas de colores, nuevos licores o bebidas alcohólicas azucaradas que esconden el sabor real del alcohol, llevan a convertir el acto de consumo en una experiencia organoléptica a la que es difícil resistirse. Han logrado hacer de la marca de alcohol un artículo más de deseo, con la inestimables ayuda del marketing en nuevos canales, incluidos sitios para compartir videos en línea (Cranwell et al., 2017) y redes sociales (Jernigan et al., 2017).

El cannabis es la tercera droga de mayor tasa de consumo (Tabla 3), tras el alcohol y el tabaco, en la adolescencia y en la juventud navarra. En el caso del cannabis, la investigación cualitativa desarrollada expresa ciertas líneas de convergencia con las encuestas del Plan Nacional sobre Drogas y del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. La práctica totalidad de entrevistados adultos y jóvenes expresa que hay un consumo creciente del cannabis en la juventud navarra al punto, en algunos casos, que se señala que se fuma “casi” más cannabis que tabaco.

Tabla 3. Edad de inicio de consumo de alcohol, tabaco y cannabis y consumo alguna vez en la vida. Años 2007- 2014

	Edad de inicio		Alguna vez en la vida	
	2007	2014	2007	2014
Alcohol	14,8	14,7	90,4	85,5
Tabaco	15,5	15,4	49,9	41,0
Cannabis	16,6	16,1	43,4	36,6

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud años 2007 y 2013/2014

La Encuesta Navarra de Juventud confirma el adelanto en el inicio del consumo de cannabis para los jóvenes de 14 a 29 años, desde los 16,6 años en 2007 a los 16,1 en 2013.¹⁹⁹

Es cierto que pese a su definición institucional como “droga ilegal” su consumo en la juventud expresa unas tasas de consumo relativamente significativas que contribuyen a que se perciba por adultos y jóvenes como un consumo “normalizado”.

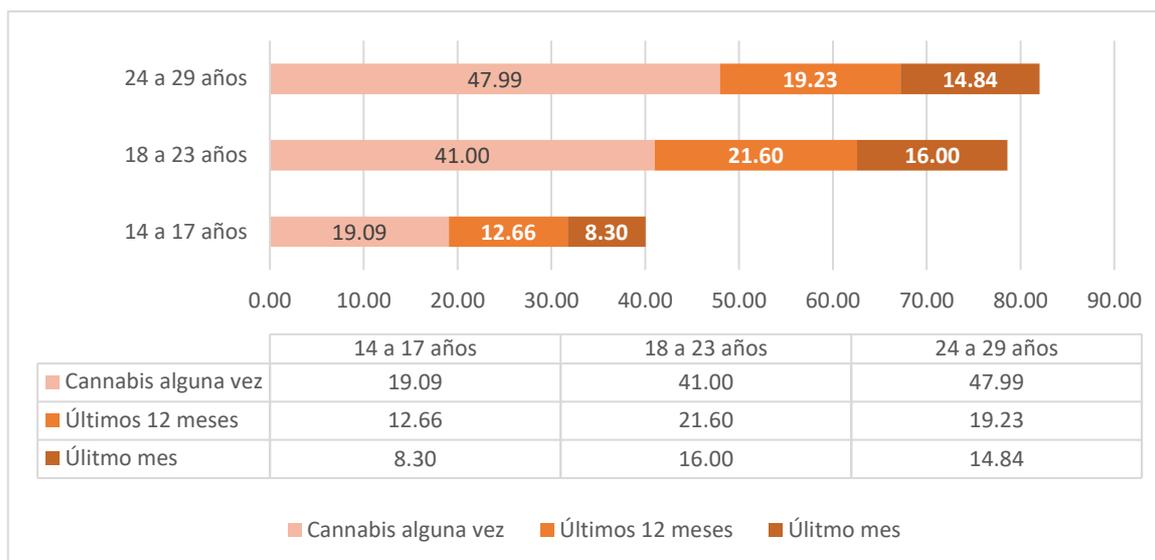
El cannabis como “droga ilegal”, y como droga de “consumo normalizado”, por su presencia y consumo en los entornos más cotidianos de la adolescencia y juventud navarra, se sitúa en una especie de “tierra de nadie” que hace del “cannabis” una droga con “mala imagen” en ciertos entornos y desde ciertos puntos de vista y, al mismo tiempo, como una droga muy atractiva desde otros entornos y puntos de vista. De manera que entre los menores de 16 años todavía existen recelos, miedo hacia la sustancia y sus consumidores, aunque también se recoge una creciente normalización entre éstos. No es hasta los 17-18 cuando se declara en los grupos la aceptación y legitimidad de su consumo. Momento en el que aparece entre éstos una mirada positiva hacia el cannabis como sustancia “relajante” y favorecedora de un determinado tipo de sociabilidad juvenil.

La Encuesta Navarra de Juventud y Salud contiene una serie de preguntas que permite construir indicadores a través de los cuales podemos valorar el grado de normalización del cannabis entre la población adolescente y joven de Navarra. Estos son: a) Consumo al menos experimental, b) consumo en espacios de la vida cotidiana, c) atribución de poca o ninguna peligrosidad al consumo y d) facilidad para la obtención de cannabis.

1. *Consumo al menos experimental.* El 37% de la población mantiene una relación normalizada con el cannabis y ésta se comporta de manera diferente cuando relacionamos las variables edad y sexo (Gráfico 1).

¹⁹⁹ En 2006 de acuerdo con ESTUDES (14 a 18 años) las sustancias que se empezaban a consumir mas tempranamente eran el tabaco, las sustancias volátiles y el alcohol, cuyas edades medias de inicio se situaron entre los 13 y los 14 años. (A. Pérez, “Tendencias en el consumo de drogas en la juventud española y efectos sobre su salud” en La salud mental de las personas jóvenes en España. Revista de estudios de la juventud. Nº 84, Julio 2009)

Gráfico 1. Prevalencias de consumo de cannabis (%). Año 2014.



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

El año 2013-14 permite observar lo que otras publicaciones ya venían advirtiendo hace unos años. Las tendencias generales ocultan el cambio de la composición de los consumidores de cannabis según sexos, hecho que se observa con nitidez entre los menores de 18 años.

No obstante, del Gráfico 1 y la Tabla 4, no podemos concluir que las chicas han superado a los chicos en el consumo de cannabis sino más bien que la entrada a la experimentación se ha dado de forma significativa entre las más jóvenes, de lo que no se deriva tampoco que vaya a mantenerse en el tiempo.

Tabla 4. Prevalencias de consumo de cannabis por edad y sexo. Año 2014 (%)

		Alguna vez	Últimos 12 meses	Último mes	Diario
14 a 17 años	Hombre	17,7	11,9	6,6	
	Mujer	20,3	13,3	9,8	
	Total	19,1	12,7	8,3	
18 a 23 años	Hombre	43,7	26,9	22,0	5,7
	Mujer	38,4	16,5	10,2	2,4
	Total	41,0	21,6	16,0	4,0
24 a 29 años	Hombre	50,4	26,1	21,0	7,2
	Mujer	45,6	12,2	8,5	1,5
	Total	48,0	19,2	14,8	4,4

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

En una sociedad donde el consumo del cannabis se ha normalizado y ha cristalizado gracias al debate sobre la legalización, la posibilidad de interiorizar y asumir el riesgo se reduce significativamente frente al resto de sustancias, y ocupa espacios de lo cotidiano públicos y privados. Las bajeras se convierten para los y las navarras nuevamente en el espacio preferente para realizar el consumo, en compañía de otros, evitando el escrutinio y aglomeraciones. Parecerían alinearse con la teoría desarrollada por Becker (1966) y que ha sido ratificada en estudios posteriores (Järvinen, 2016) si bien con matices. Cuando Becker formuló su teoría en la década de los 50 el cannabis no tenía la misma presencia social, su uso no era tan común, y el contexto social influyó en el modo de describir la “carrera del consumidor de cannabis”²⁰⁰.

El trabajo de Becker nos permite, no obstante, subrayar dos aspectos clave relacionados con el consumo de drogas ilegales y su relación con el estudio de conductas desviadas. Primero, que las personas que se desvían de las normas sociales convencionales no son necesariamente “tipos especiales” sino que la desviación de lo normativizado social y científicamente es el resultado de procesos de interacción social, y segundo, que el consumo de cannabis y otro tipo de drogas no necesariamente conduce a su uso problemático o adicción, sino que como señalan otros autores los usuarios evalúan su uso como funcional y compatible con otros aspectos de sus vidas. El consumo de cannabis se ha convertido en una actividad socialmente acomodada y forma parte del núcleo duro de los estilos de vida de los jóvenes “comunes” (Measham & Shiner, 2009).

No podemos ver el curso de la vida, no es posible observar cómo entre los jóvenes pasados unos años existe una propensión de abandono de unos comportamientos a favor de otros. Para diseñar intervenciones sobre la población adolescente necesitamos ir más allá de la identificación y pruebas estadísticas de similitudes y diferencias en las tasas de prevalencias entre grupos sociodemográficos (clase, edad, sexo, etnia, etc.) hacia una exploración de las formas en que las personas pueden “hacer género”, “hacer clase”, “hacer carreras” o “hacer drogas”. Los análisis desde esta perspectiva reconocen que no solo las bebidas y el uso de drogas están limitados por restricciones de género, sino que además el desempeño de género por las mujeres es un logro situado. Encarnado en cuerpos femeninos esto significa que el uso desviado de drogas encarnadas en cuerpos femeninos

²⁰⁰ *Becoming a marijuana user*, título de la obra original de H. Becker fue publicada por primera vez en 1955. Los capítulos fueron publicados previamente en distintas revistas durante el periodo 1953 a 1955 (Becker, 1966).

que realizan tareas corporales como restricción, reproducción y regulación. El consumo de drogas puede comprenderse como el resultado de una interacción compleja y fluida entre la estructura y agencia, que puede entenderse en términos de “elección situada” o “acción estructurada (Measham & Shiner, 2009).

No es menos importante señalar que fumar tabaco de forma artesanal, “liar” los cigarrillos en lugar de consumir cigarrillos manufacturados (industriales) tendencia relativamente asentada en los fumadores que participaron en el estudio cualitativo como mecanismo de abaratamiento del consumo y como mecanismo de reducir los daños del consumo parecería favorecer el consumo del cannabis en la medida que, por un lado, permite enmascarar el consumo de cannabis como si fuera un cigarrillo y, por otro, permite y facilita la mezcla de tabaco y cannabis, reduciendo asimismo la fuerza de los efectos del cannabis que cuando éste se fuma o se consume de forma más pura, sin mezclar con el tabaco.²⁰¹

2. *Consumo en los espacios de relación cotidianos.* Los lugares de consumo muestran una tendencia al cierre en torno a las cuadrillas que se reúnen y usan los domicilios y las bajeras como espacios de consumo (Ver tabla 5). Espacios donde es más difícil escaparse de la presión del grupo.

Tabla 5. Lugar de consumo de cannabis entre la población de 14 a 29 años consumidora de cannabis. Año 2014

	n	%
Parque o calle	110	28,4
En casa con amigos	60	15,5
En el domicilio	44	11,4
En la bajera con amigos	122	31,5
En el centro escolar (baño, rincón apartado, etc.)	10	2,6
En el centro de trabajo (baño, rincón apartado, etc.)	4	1,0
Bares, salas de fiestas	37	9,6
Total	387	100,0

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

3. *Una imagen social tolerante y discursos de legos y profanos* han contribuido a minimizar sus efectos negativos y normalizar y naturalizar su consumo. Un 17%

²⁰¹ El cannabis se añade a bizcochos o galletas, y se toma en infusiones.

de la juventud le otorga un valor moderado de riesgo (1 a 5 puntos) y un 18% considera que tiene bastante-muchos beneficios (5 a 10 puntos).

4. *La marihuana es además un producto asequible y barato.* Las personas que han consumido alguna vez cannabis o marihuana obtuvieron la sustancia la última vez que la consumieron a través de sus amigos y/o conocidos, mientras que una minoría la consigue por medio de vendedores ilegales o camellos.

Del estudio cualitativo realizado durante el año 2018 por CiMOP²⁰², se deduce que la población adulta no tiene un posicionamiento claro a cerca del consumo de cannabis y los mensajes que dirigen a menores, adolescentes y jóvenes no ayudan a que éstos puedan definir una actitud clara ante su consumo o al menos la deseable para los planificadores de la salud y del bienestar, del ámbito sanitario y educativo.

Los consumos de alcohol y cannabis por sus efectos, no sólo para la salud sino sobre los resultados académicos con consecuencias sobre sus trayectorias futuras de vida, es un potente reclamo y justifica intervenciones y estudios que centrados en las transiciones que se producen entre los distintos grados y ciclos formativos guiados por una cultura que imprime calendarios, ritmos y momentos de cambio y/o transiciones. Una sociedad que basa su desarrollo en la eficiencia y eficacia no puede permitirse cambios de rumbo, alteraciones del ritmo, todo debe quedar bajo control y bajo un orden preestablecido.

En la encuesta se sitúa la edad de inicio de consumo de tabaco a los 15,4 años y la del consumo diario a los 16,5 años, mientras que, en el caso del alcohol, recordémoslo, era de 14,8 años en el caso del inicio, es decir, antes que, en el inicio del tabaco, y de 16,4 años en el caso del consumo regular que es una edad prácticamente idéntica a la del consumo del tabaco diario.

Consumo al que se acercan por la imagen de curiosidad que le otorgan, de “ver cómo es, qué es lo que hay que hacer, cómo sabe...”, etc., y que en el caso del tabaco *se refuerza con la imagen proyectada en algunos grupos acerca de los fumadores como personas que se salen de la norma, que son ligeramente transgresores que, en algún caso, llegan a ser caracterizados como “malotes”*. A la vez que los propios fumadores proyectan sobre el consumo de tabaco *un cierto halo de consumo atractivo, de acceder, vía dicho consumo, a un micro-grupo social de jóvenes “diferentes”*.

²⁰² Estudio cualitativo, ya mencionado, sobre contextos de iniciación y desigualdades en el consumo de alcohol y tabaco en jóvenes de 14 a 18 años en Navarra 2018. No publicado, realizado por CIMOP (Fernando Conde) para el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN).

En la investigación cualitativa se observan algunas cuestiones diferenciales en relación con los sectores de jóvenes que reconocen haber fumado tabaco que apuntarían en la dirección de que el acceso al consumo de tabaco es más cotidiano y variable y no responde al mismo patrón de hito y de ritualización que conlleva el acceso al consumo de alcohol.

En el caso de la “primera vez” en el caso del tabaco el recuerdo es mucho menos nítido y preciso, que, en el caso del alcohol, ya que puede desarrollarse en circunstancias muy variadas y se expresa una mayor dispersión en la edad del inicio como si la entrada en el consumo de tabaco estuviera mucho más segmentada e individualizada que en el caso de la entrada más homogénea del alcohol. En el inicio del consumo de tabaco parece apuntarse a situaciones “microsociales”, momentos de interacción social en entornos familiares, círculos de amistades, de las bajeras, en lugar de situaciones de interacción social “macrosociales” como son las fiestas patronales, festivales, etc. que se relacionan con el inicio del consumo de alcohol.

Señalado por la OMS como un problema de primer orden (el tabaco mata hasta la mitad de sus consumidores,²⁰³ la exposición al humo del tabaco causa anualmente más de 1,2 millones de muertes prematuras y 65.000 niños fallecen cada año por enfermedades causadas por este humo) esta institución señala como urgentes la aplicación de 6 medidas que pueden cambiar la *curva* (MPOWER, siglas en inglés de Monitor, Protec, Offer, Warm, Enforce and Raise):²⁰⁴

- Vigilar el consumo de tabaco y las medidas de prevención
- Proteger a la población del humo de tabaco²⁰⁵
- Ofrecer asistencia a personas que deseen dejar de fumar
- Advertir de los peligros del tabaco
- Hacer cumplir las prohibiciones sobre publicidad, promoción y patrocinio
- Aumentar los impuestos del tabaco

²⁰³ OMS (2019) “Tabaco” Nota descriptiva, enlace: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. Para consultar el Programa MPOWER: file:///C:/Users/x055153/AppData/Local/Temp/mpower_spanish.pdf. Consultado en septiembre de 2020 (OMS | MPOWER Un Plan de Medidas Para Hacer Retroceder La Epidemia de Tabaquismo, 2008).

²⁰⁴ Para consultar el Programa MPOWER: file:///C:/Users/x055153/AppData/Local/Temp/mpower_spanish.pdf. Consultado en septiembre de 2020 (OMS | MPOWER Un Plan de Medidas Para Hacer Retroceder La Epidemia de Tabaquismo, 2008).

²⁰⁵ OMS (2019) El 65% de la población mundial está cubierta por medidas de control del tabaco, cuatro veces más que en 2007 momento en el que tan sólo el 15% de la población mundial estaba cubierta. https://www.who.int/tobacco/global_report/en/

Esta mirada global contrasta con la reducción del número de nuevos fumadores, hombres y mujeres, con la reducción del número de cigarrillos que fuman diariamente (bajan los que consumen más de 20 cigarrillos y aumentan quienes fuman por debajo de 20 cigarrillos al día), y el retraso en la edad de inicio en la zona euro y en España.

No obstante, a las formas tradicionales de fumar se han unido en los últimos años nuevos productos de tabaco calentados (PTC) que generan aerosoles que contienen nicotina y otras sustancias tóxicas al calentar el tabaco o al activar el dispositivo que lo contiene. Estos aerosoles, que suelen ser aromatizados, contienen nicotina y aditivos no contenidos en el tabaco y se presentan en forma de cigarrillos con un diseño propio. En julio de 2019, los PTC se comercializaban en más de 40 países de las seis regiones de la OMS a través de internet, eventos promocionales, tiendas de marca, supermercados, centros comerciales y redes sociales.

Aunque se presentan como productos que reducen los riesgos, la OMS advierte de que no hay pruebas de que los PTC sean menos nocivos que los productos de tabaco convencionales. *Contienen sustancias que no se encuentran en el humo de los cigarrillos y pueden afectar a la salud [...] incluyen más de 20 sustancias perjudiciales o potencialmente dañinas en cantidades significativamente superiores al humo de los cigarrillos convencionales y se trata de productos muy inestables y algunas de las sustancias tóxicas que emiten son cancerígenas. Si bien se conocen los daños que pueden causar estas emisiones, no se han recogido todavía suficientes datos sobre sus efectos en los fumadores pasivos, y es necesario realizar estudios independientes al respecto.*

Los sistemas electrónicos de administración de nicotina (SEAN), de los cuales los mencionados productos de tabaco calentados o cigarrillos electrónicos son el prototipo, constituyen para la OMS un grave problema de salud pública ya que al calentar una solución generan un aerosol que es inhalado por el usuario. Los principales ingredientes de estas soluciones, por volumen, son el propilenglicol²⁰⁶, con o sin glicerina, y algunos aromatizantes.

La OMS advierte que además de las diferencias existentes entre los fabricantes, algunos consumidores modifican los productos para alterar la administración de nicotina y/o de otras drogas. Los productos varían ampliamente en cuanto a la

²⁰⁶ Esta sustancia es considerada segura para su utilización como sustancia ingerida. Sin embargo, no se tienen demasiados datos sobre su seguridad cuando es inhalada, como ocurre con el cigarrillo electrónico (CE). Hay algún estudio que muestra que la inhalación de la misma de forma prolongada puede causar irritación de los ojos, garganta y vías aéreas, además de asma en niños (Jimenez Ruiz et al., 2014).

facilidad con que se pueden modificar y rellenar con sustancias distintas de las soluciones con nicotina²⁰⁷

En España la iniciativa del nuevo Ministro de Sanidad (2020) de equiparar el cigarrillo electrónico al convencional ha sido respondida por la Unión de Proveedores y Empresarios del Vapeo (UPEV). Para esta entidad “sería una medida irresponsable porque supondría renunciar a una herramienta eficiente y segura para dejar de fumar y para reducir los daños que provoca”.

Mientras para la OMS insiste en que resulta *preocupante que en la publicidad sobre estos productos se incluya información falsa o engañosa sobre supuestos beneficios para la salud y su uso para dejar de fumar, que está dirigida a la población joven (en particular, el uso de aromatizantes)*.

Los estudios realizados y tras evaluar los datos empíricos procedentes de los análisis químicos y toxicológicos realizados por la OMS y, en menor medida, de estudios clínicos, siguiendo el principio de precaución y las dudas a que puedan servir como herramienta para dejar de fumar esta institución advierte que:

- a. Todos los productos con nicotina son peligrosos para los jóvenes y las embarazadas, con independencia de la forma en que la contienen
- b. Los aerosoles que liberan contienen sustancias tóxicas que pueden aumentar el riesgo de sufrir cáncer y enfermedades cardiovasculares o pulmonares de cualquiera de sus usuarios.
- c. La inhalación de estos aerosoles aumenta la concentración de nicotina y de una serie de sustancias tóxicas existentes en el medio ambiente y, por tanto, también la exposición a ellas de los no fumadores y de terceros.
- d. Pueden producirse intoxicaciones accidentales por nicotina que ponen en serio riesgo la salud

Así, la OMS recomienda a los países que, si permiten la comercialización de SEAN, los regulen de acuerdo con cuatro objetivos principales:

- a. Impedir que los no fumadores, los menores y los grupos vulnerables empiecen a utilizar SEAN

²⁰⁷ Se puede consultar el documento resultado de la conferencia que en 2014 se celebró en Moscú que estuvo motivada por la Reglamentación de los productos del tabaco y las recomendaciones científicas aparecidas sobre los SEAN en Moscú (FCTC/COP/6/10 Rev.1 Sistemas electrónicos de administración de nicotina. Informe de la OMS. Septiembre de 2014)

https://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10Rev1-sp.pdf?ua=1

- b. Reducir en la medida de lo posible los riesgos que presentan para los usuarios y proteger a las personas que no los utilizan de la exposición a sus emisiones
- c. Prohibir los mensajes sobre supuestas virtudes sanitarias infundadas de los SEAN
- d. Garantizar que los intereses comerciales y otros intereses creados relacionados con los SEAN, incluidos los de la industria tabacalera, no merman las actividades de *lucha antitabáquica*. Aunque la propuesta de la OMS no es de fácil traducción:

“La promoción de SEAN debe realizarse mediante al menos uno de los mensajes siguientes, o una combinación de ellos: a) procure dejar de fumar, y si todo fracasa, use SEAN como último recurso; b) usted no tiene que dejar su adicción a la nicotina, sólo dejar de fumar; y c) usted no tiene que dejar de fumar, use SEAN donde no pueda fumar. Algunos de estos mensajes son difíciles de armonizar con el mensaje central sobre control del tabaco, y otros son sencillamente incompatibles”

(FCTC/COP/6/10 Rev.1 Sistemas electrónicos de administración de nicotina. Informe de la OMS. Septiembre de 2014)

El temor de la OMS parece estar justificado a la vista de los datos (Tabla 6). Los jóvenes parecen ser diana fácil. Un 40,4% de la población de entre 14 y 18 años han probado el tabaco alguna vez en la vida, y el 41,1% han hecho uso de cigarrillos electrónicos, entre los que tienen 14 años los han utilizado un 36%.

Tabla 6. Utilización del cigarrillo electrónico alguna vez en la vida. Edad y sexo. Año 2018 (%)

	(%)
Total	41,1
Hombre	47,5
Mujer	34,6
14 años	36,1
15 años	39,4
16 años	44,6
17 años	42,9
18 años	43,7

Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de ESTUDES

El uso de *vaper*²⁰⁸ o cigarrillos electrónicos también aparece en las expresiones de las personas que participaron en la investigación cualitativa del año 2018 del ISPLN. Otorgan a los vapers la funcionalidad de contribuir a reducir los riesgos de consumo de tabaco o a dejar de fumar, pero ésta queda relegada a un segundo plano frente a un uso de los vapers más cercano a su componente simbólico. *El deseo o necesidad de proyectar una imagen de exfumador y de acentuar, por algunas de sus funcionalidades, algunas de las dimensiones más expresivas y visuales del consumo de tabaco.*

De este modo, la imagen dominante proyectada por los vapers, tal como es producida en los grupos, *guarda una relación más directa con esta dimensión simbólica de su uso, de su capacidad de "postureo", que de la dimensión funcional con la que nacía. De hecho, en los grupos el uso del vaper aparece como el "signo" por antonomasia del "postureo" en la adolescencia y juventud navarra.*

En directa relación con lo señalado en la imagen de "malote" asociada al consumo de tabaco, *la imagen de "exfumador", es decir, de haber sido ya "malote" antes que nadie, prácticamente, a edades casi preadolescentes, no deja de ser un atractivo para su compra y su uso aparente.*

El uso de los vapers para estos grupos parece aunar dos ventajas:

- Presenta menos riesgo en su uso que en el consumo de cigarrillos.
- Produce una nueva estetización del consumo. Al uso de un dispositivo con un diseño atractivo, se le añade que la producción de más humo, además de lograr más atención, *permite producir figuras con un componente estético más fuerte y, en esta medida, proyectar una imagen más atractiva y "ducha" como fumador o exfumador.*

El consumo de sustancias, tabaco, cannabis y alcohol genera miles de artículos sobre sus efectos para la salud, en los que se utilizan cada vez análisis más refinados. Las publicaciones científicas mantienen vivo el movimiento anti, anti-tabaco, anti-cannabis, etc. En los años ochenta los anti-tabaco al enfocar su atención en las estadísticas sanitarias: popularizó primero la conexión entre el tabaco y varias enfermedades mortales más frecuentes entre los fumadores; después con las enfermedades de los que eran "fumadores pasivos" (Collins, 2009) y ahora, ante la posible metamorfosis de la imagen de fumador-infractor que ofrecen los

²⁰⁸ Dispositivo electrónico que funciona con pilas que calienta y vaporiza un líquido o un sólido para inhalar vapor a través de la boca (como un cigarrillo electrónico).

cigarrillos electrónicos (CE), se pone el foco sobre nuevos modos de fumar o vapear (lleven o no los dispositivos nicotina).

El éxito de la nueva guerra contra las tabacaleras y vendedoras de CE dependerá de la capacidad de acusar a éstas de inculcar un hábito, que puede ser adictivo y tener riesgos para la salud. La actitud de la UPEV nos lleva a preguntarnos si se hará recaer sobre ellos, de la misma manera que se consideró a los traficantes de drogas responsables de la existencia de la cultura de drogas, la culpa de lo que para ellos es una “responsabilidad social”, esta es, contribuir a reducir el consumo de tabaco.

En cualquier caso, el éxito de las medidas públicas dependerá de la atención que preste a los cambios que se están produciendo en la manera de “hacer género”, “hacer drogas”, es decir, en los rituales que crean y recrean las nuevas poblaciones de jóvenes. Conocer y comprender los procesos y mecanismos de los rituales nos ayudará a comprender los mecanismos que favorecen el inicio y el consumo regular de sustancias, así como la adquisición de otros hábitos que influyen sobre la salud de las personas jóvenes.

5.1.2. Inicio de las relaciones sexuales

La motivación para vincularnos afectivamente y sexualmente a otros, forma parte de nuestra programación biológica, aunque los humanos puedan vivir con cantidades modestas de actividad sexual y su expansión no se debe tanto a un instinto primario de reproducción y mantenimiento de la especie, sino a procesos sociales que manufacturan el deseo sexual (Collins, 2009).

Entre los 14 y 17 años la población se produce el acceso a la actividad sexual -el inicio de relaciones de pareja puede ser más o menos temprano-, el número de personas con las que se mantienen esos contactos y/o relaciones es muy variable; el grado de cercanía o vinculación afectiva con las personas con las que se mantienen relaciones sexuales también será diferente y las motivaciones que subyacen a todo ello serán muy distintas (INJUVE, 2019).

En España la edad media de debut sexual (entendido como la primera relación sexual coital) se sitúa alrededor de los 17 años para adolescentes y jóvenes entre 15 y 29 años.²⁰⁹ Al igual que sucede con los jóvenes y adolescentes de Navarra todo parece apuntar a una cierta, pero muy ligera tendencia, a una mayor precocidad en las relaciones sexuales con coito (Tabla 7).

²⁰⁹ INJUVE (2019) La salud afectivo-sexual de la juventud en España. Revista de Estudios de la Juventud.

Tabla 7. Edad media a la que mantienen la primera relación sexual con coito la juventud navarra de 14 a 29 años. Año 2007 y 2014.

¿Edad...	Año	Sexo		Total	Intervalos de edad		
		Hombre	Mujer		14-17	18-23	24-29
tu primera relación sexual?	2014	16,6	16,6	16,4	14,8	16,3	17,1
	2007	16,6	17,4	17,0	14,6	16,6	17,7
tu primera relación sexual con penetración?	2014	17,2	17,2	17,1	15,4	16,8	17,7
	2007	17,5	18,2	17,9	15,3	17,3	18,5

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

Es cierto que vivimos un momento de apertura y que se han incrementado las modalidades de actividades sexuales, síntomas de ellos son la edad a la que se tienen la primera relación sexual y el aumento del peso de las relaciones coitales (Tabla 8).²¹⁰ En 2003 la edad media para el grupo de 15-19 años se situaba en los 16,3 años, 18,3 años para el grupo de 20 a 24 años y 19,2 para los de 25 a 29 años.²¹¹

Tabla 8. Edad a la que los jóvenes de 14 a 29 años de Navarra tuvieron su primera relación sexual con penetración. Años 2007 y 2014 (%)

Edad	2007		2014	
	Sexo		Sexo	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
17 años	31,8	32,7	61,1	64,0
18 años	49,1	61,7	83,3	81,9
23 años	93,0	85,5	98,7	98,6

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

Existe bastante acuerdo científico en desvincular el sistema sexual del sistema de vinculación afectivas. Se asume que “la vinculación afectiva de pareja en la adolescencia y la juventud es posible sin la presencia de atracción ni deseo sexual” del mismo modo se admite que es posible que surja la atracción, el deseo y la

²¹⁰ Según datos del INE “Encuesta de salud y hábitos sexuales” realizada en el año 2003, la población joven navarra que había mantenido relaciones sexuales antes de cumplir la mayoría de edad era el 31,8%

²¹¹ Informe sobre Juventud Navarra. Fundación Bartolomé de Carranza, 2003.

actividad sexual “sin necesidad de que exista alguna forma de vinculación afectiva”. Siendo muy frecuentes las relaciones sexuales casuales, que no impliquen compromiso o expectativas de conformar una relación más duradera. Las relaciones afectivo-sexuales se establecen en la adolescencia y juventud como “una forma más de exploración entre adolescentes y jóvenes que puede contribuir al desarrollo emocional y sexual, o que, por el contrario, puede asociarse a diferentes riesgos o resultados no deseables” (INJUVE, 2019).

Tabla 9. Número de parejas sexuales de la población de 14 a 29 años navarra. 2014 y 2007 (n)

		¿Cuántas parejas sexuales has tenido en los últimos 12 meses?				¿Cuántas parejas sexuales has tenido a lo largo de tu vida?			
		14 a 17	18 a 23	24 a 29	Total	14 a 17	18 a 23	24 a 29	Total
2014	Hombre	2	2	2	2	4	5	5	5
	Mujer	2	1	1	1	3	3	4	3
	Total	2	2	1	2	3	4	5	4
2007	Hombre	2	2	2	2	5	5	6	6
	Mujer	2	1	1	1	3	3	4	3
	Total	2	2	1	2	4	4	5	5

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014 y 2007

En el año 2001, según el estudio publicado por Ochaita y Espinosa (2003), el 4% de las jóvenes y el 10% de los jóvenes españoles habían tenido dos parejas sexuales (15 a 24 años).²¹²

El discurso de la promiscuidad como “ideal o deseo, ... sólo reconocido cuando la persona no tiene pareja estable”, adoptaba matices interesantes atendiendo al género. En los argumentos de las chicas parecía estar despreciándose la promiscuidad cuando ellas mismas explicaban la parte más afectiva de las relaciones sexuales y hablaban de los juicios que se hacían de las que se tomaban el sexo a la ligera o de forma más frívola, y los chicos califican como el establecimiento, por parte de las chicas, de una relación mucho más cercana entre sexo, amor y compromiso, mientras ellos dicen preferir relaciones con chicas “con las que se

²¹² Ochaita, E. Espinosa M^a Angeles. *Las prácticas sexuales de los adolescentes y jóvenes españoles* en Mejías, E y Méndez S. *Juventud y Sexualidad*. INJUVE N°63, 2003.

esté bien también fuera de la cama” lo cierto es que aprovechaban cualquier oportunidad que se les presentara²¹³.

Con matices, parecería que atendiendo a estas declaraciones que habría triunfado “un modelo basado en la dimensión intersubjetiva, que engloba la alteridad deseante del otro” (Lipovetsky, 2010); sin embargo, no se refleja así en la experiencia de las chicas más jóvenes. La satisfacción con las relaciones sexuales, en las edades de inicio ha sufrido un descenso significativo, especialmente entre las menores. En el año 2007 el 83% de las jóvenes de entre 14 y 29 años estaban satisfechas con su vida sexual en 2014 fueron el 74,3%. Descenso que se explica por el descenso experimentado entre las más jóvenes, chicas de entre 14 y 17 años.

Cuando el imaginario de la eficiencia técnica y el imaginario relacional avanzan de la mano, tal vez ideales estéticos, la hedonización, la falta de formación, exposición al porno²¹⁴ (en el año 2019, el sitio más grande de pornografía Pornhub recibió 42 billones de visitas, un promedio de 115 millones de visitas por día, o como en la propia página indican ¡eso es el equivalente de las poblaciones de Canadá, Australia, Polonia y los Países Bajos de entradas en un día!) o quizás la inquietud de los varones en relación con su virilidad ante la libertad sexual de las féminas, provoquen el crecimiento de decepcionadas o frustradas. Puede ser la expresión de una “reivindicación femenina del placer, la negativa a una vida sexual que se traduce a una obligación o a un ritual fastidioso, negativa a someterse al placer unilateral del otro” (Lipovetsky, 2010); puede deberse a escenas sexuales²¹⁵ en las que si media el MDMA(metilendioximetanfetamina, comúnmente conocido como éxtasis)²¹⁶, como si de la viagra se tratara -no funciona para éstos como una medicina de eficacia sino como un instrumento terapéutico que

²¹³ Megías, I. *Jóvenes ante el sexo: valores y expectativas asociadas* en Mejías, E y Méndez S. Juventud y Sexualidad. INJUVE N°63, 2003.

²¹⁴ Una mirada distinta al mundo de la pornografía a través de las estadísticas que publica anualmente una de las páginas más importantes del porno Pornhub en este artículo publicado por la revista Forbes <https://www.forbes.com/sites/curtissilver/2019/12/11/pornhub-2019-year-in-review-report-more-porn-more-often/#24e6f38b4671> y en la página de Pornhub <https://www.pornhub.com/insights/2019-year-in-review>. Un ejemplo de la capacidad de recoger y producir infografías para comunicar información.

²¹⁵ Tomamos aquí como referencia el término de escena empleado por R. Collins (2009) como el lugar donde se produce el devenir de una maraña de cadenas de rituales de interacción interconectadas. Como una red con una alta densidad de interconexión e interacción que por no depender de un centro estable resulta mucho más participativa y por contener tantos lazos indirectos facilita conocer nuevas parejas.

²¹⁶ Expresado por el alumnado en talleres de prevención de centros participantes en el programa “Educar sin drogas: prevención y abordaje de los consumos” que el Instituto de Salud Pública y Laboral ofrece a los centros educativos de secundaria y bachiller navarros con la colaboración de la Fundación Ilundain Haritz-Berri.

sirve para mitigar una debilidad que se vive como un obstáculo para tener una vida amorosa completa- después de una noche de marcha de consumo de alcohol y desfase.

Después de crecer en una sociedad en la que el sexo se escondía, era tabú, invaden las pantallas²¹⁷ imágenes e invitaciones a consumir sexo a todas las edades, y pero la realidad dista de la exacerbación orgiástica, lo real social no está hecho a imagen y semejanza de la escena mediática hipersexual que se despliega ante nuestros ojos (Lipovetsky, 2010). El imaginario de moda se mantiene a distancia de la práctica real de los más jóvenes.

Tabla 10. Frecuencia con la que han tenido relaciones en los últimos tres meses la juventud navarra. Años 2007 y 2014 (n)

	2007				2014			
	14-17	18-23	24-29	Total	14-17	18-23	24-29	Total
Hombre	3	3	4	3	2	3	4	3
Mujer	3	3	4	4	2	4	4	4
Total	3	3	4	3	2	3	4	3

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2007 y 2013/2014

Si en ciertos círculos, como en medios y escenas sexuales de homosexuales masculinos, se asoma una economía libidinal en donde el uso de anfetis y viagra se une a maratones de sexuales (chemsex) la juventud navarra no destaca precisamente por relaciones abiertas o por la búsqueda de nuevas experiencias. La mayoría mantiene relaciones con personas de distinto sexo (92,3%) y éstas no se caracterizan ni por una multiplicación del número de parejas, ni por de la frecuencia con la que mantienen relaciones sexuales.

Lo más notable no es tanto el sexo por el sexo, ni el crecimiento relativo de las parejas sexuales, ni una negación de las dimensiones afectivas, sino que estamos más bien ante un destronamiento del *amor eterno* y la búsqueda continua del amor. La sociedad moderna caracterizada por el cambio constantes y la falta de lazos duraderos genera vínculos frágiles y nuestra respuesta ante la fragilidad e inseguridad es la búsqueda de nuevas relaciones (Beck & Beck-Gernsheim, 2001).

²¹⁷ Pantallas: TV, móvil, Tablet, ordenadores –portátiles o de mesa-, etc.

Por otra parte, hoy las personas que quieren convivir son cada vez más legisladores de su propia forma de vida desvinculándose de los modelos y seguridades tradicionales, de los controles y leyes morales. Sea en detrimento, si así es necesario, de las relaciones familiares, amorosas o vecinales (Beck & Beck-Gernsheim, 2001).

La experiencia de amor, puede no ser argumento suficiente para alcanzar el convencimiento firme de que la persona con la que se inicia una relación de pareja es aquella con la que se alcanza la felicidad (que tanto valor ha adquirido), menos aún en la sociedad de “amor líquido” que vivimos en la que es difícil que coincidan objetivos, aspiraciones, expectativas y deseos que definen las biografías de cada uno de los miembros de la pareja en el mismo lugar y tiempo.

No obstante, aunque, en nuestro país se han producido cambios en el valor atribuido a la pareja, como señalan algunos estudios todavía están vigentes entre la población una serie de tópicos anclados en una concepción romántica tradicional del amor que contribuyen a mantener la estructura de poder y la desigualdad en las relaciones amorosas, y a consagrar elementos como la pasividad, la subordinación, la idealización o la dependencia del otro. Creencias como el de la media naranja (elegimos la pareja que teníamos predestinada), de la pasión eterna (la pasión de los primeros meses debe perdurar tras años de convivencia), de la omnipotencia (el amor lo puede todo), del matrimonio (el amor romántico-pasional debe conducir a la unión estable de la pareja) y del emparejamiento (la pareja heterosexual como algo natural y universal), permanecen en el imaginario social de las relaciones afectivas de la sociedad española como demuestra el estudio sobre “Los mitos románticos en España” realizado en 2010 por un grupo de investigadores de la Universidad de las Islas Baleares sobre una muestra de 1.351 personas de 18 y más años de la población española (Ferrer, 2010).

5.2. Secuenciación rítmica temporal

Tras el calendario, el tiempo rítmico, secuenciado y ordenado, constituye el siguiente elemento de ordenación de la vida, biológica y social. Si el calendario es el modelo repetible de la irreplicable secuencia de hechos de lo más global que produce y determina el periodo de vacaciones, la vigencia de contratos, actividades agrarias, etapas del ciclo de la vida, etc., el reloj es el instrumento que produce

para los hombres la posición o la duración de las actividades en el flujo de actividades que acontecen diariamente. La vida en las ciudades habría sido inimaginable en el seno de las sociedades modernas sin la más puntual integración de todas las actividades y relaciones mutuas por un estable e impersonal tiempo horario, sin la estandarización de la multiplicidad de los tiempos y ritmos sociales. Sin la observación de las estaciones no habría sido posible, con los recursos al alcance, lograr una mayor eficiencia productiva para dar de comer a toda la población.

Cómo hemos llegado a normalizar y adquirir tamaña autodisciplina nos lleva a pensar sobre las relaciones que en el transcurso de los años se han urdido entre la estructura de una sociedad que posee una imprescindible e inevitable red de determinaciones temporales – unos creados socialmente con independencia de la naturaleza, otras apoyadas en los fenómenos naturales- y la estructura de una personalidad que se desarrolla en un contexto de creación incesante de cadenas de interdependencias que coaccionan y ajustan la conducta. Todo adolescente pronto acaba por comprender la necesidad de “ajustar su conducta y sensibilidad a la institución tiempo [...] *si quiere* ocupar *una* posición de adulto” (Elias, 2010). Otra cosa es que adquiera una consciencia del tiempo como algo perecedero, perteneciente al orden natural de la vida que se agota durante el transcurso de la vida y atienda las recomendaciones de cuidado de sí para un futuro que está por llegar.

La creación de cadenas de interdependencia en las sociedades secularizadas modernas ha supuesto buscar nuevos sentidos a la vida (programas institucionales que ponen en circulación instituciones educativas y sanitarias, o judiciales, así como empresas del ocio, de la cultura o del entretenimiento) que permitan seguir ordenando los eventos, actividades y situaciones cuando la religión ha cedido el lugar como institución de referencia en la definición de hitos de paso relacionados con la vida. Una nueva religión que no se ha librado del influjo de modelos biologicistas. Se ha armado un orden bio-temporal, responsable de regular las vidas y el funcionamiento diario de los organismos, como base para definir una regularidad temporal fundamental para cualquier orden social. Las redes de interdependencia serán más complejas y amplias de acuerdo con el desarrollo de instituciones sociales como la médica o la educativa que orientan el flujo de los acontecimientos y las trayectorias de las personas en el nivel físico, biológico, social e individual.

La estructura de la personalidad de la persona adolescente pronto llegará a comprender que la integración en el mundo adulto dependerá de su capacidad para hacer que la actividad rítmica exógena, o los ritmos sociales que contribuyen a la creación de un presente común, en vínculo y forma, gracias a la sincronización de individuos y grupos, esté en equilibrio con la actividad rítmica endógena que en tanto biológica representa un fenómeno de auto-organización temporal que permite guardar la coherencia del organismo sin sobrepasar sus límites energéticos cuando se trata de volver al estado de equilibrio tras una perturbación que se produce por la sensibilidad e insensibilidad a las condiciones del medio (Lasén Díaz, 2000). Casar la natural presión de cuerpo biológico que envejece, enferma y la coacción social que impone mantenerse en buenas condiciones físicas y mentales.

Alvin Toffler en su libro *La tercera ola* (1980) nos habla de cómo la percepción del hombre del tiempo está fuertemente ligada a sus ritmos internos. Pero sus respuestas hacia el tiempo están culturalmente condicionadas. La familia nuclear, la escuela de corte fabril y las corporaciones gigantes se convirtieron en las instituciones sociales definidoras de todas las sociedades de la segunda ola. La mayoría de las personas de la segunda ola seguían una trayectoria vital estereotipada: criadas en una familia nuclear, pasaban en masa por escuelas de tipo fabril y entraban luego al servicio de una gran corporación, privada o pública. Unas instituciones que dominaban cada fase del estilo vital. La tercera ola trae consigo un sentido nuevo del tiempo. Si la segunda ola enlazó la vida con el ritmo de la máquina, la tercera ola rechaza esta sincronización mecánica liberando nuestros ritmos sociales más básicos: a la vez que presenciamos una cascada de cambios que suponen mayor cantidad de trabajo nocturno, más jornadas flexibles o trabajo por horas, nuevos hábitos de consumo surgen también paralelos a los cambios operados en la estructura temporal de la producción.

Las instituciones de la salud y la educación fueron en el pasado y siguen siendo en la actualidad las productoras de los símbolos “naturales” que unen los procesos físico/naturales y aquello que no lo son gracias a que logran insertar en los circuitos de comunicación las características de un tiempo con un carácter de medida objetiva y simbólica, ya sea regulando (tiempo lectivo, de recreo, de descanso, de comidas, de ocio, ...) o informando (administrando tratamiento, siguiendo y haciendo seguir protocolos/cribados, realizando evaluaciones periódicas, etc.). Toda una serie de tecnologías que se apoyan en símbolos numéricos que han reducido lo complejo a la simple representación gráfica, logrando sintetizar lo complejo en un lenguaje ordinario que facilita su transmisión (ahorrando

tiempo de comunicación en consulta o tutorías) y se espera y desea, que permita a cada persona auto-orientarse en su desarrollo biográfico en todos los niveles de integración (físico, biológico, social e individual) y contribuya cuando sea necesario enderezar la marcha (adherencia al tratamiento, motivación al cambio, etc.). La secuenciación de pequeños gestos planificados, ritualizados y rutinizados, contribuyen al mantenimiento del calendario de la vida.

5.2.1. Rutinización horaria y discontinuidad estandarizada

La programación diaria es uno de los logros más notables de la socialización primaria llevada a cabo por la familia y la escuela, sin olvidar a una nueva agencia mediadora que actúa entre los más jóvenes y quienes realizan la tarea de socializar en hábitos o estilos de vida saludables, las redes sociales. Adquirimos nociones horarias de lo que constituye el tiempo para comer, para dormir, etc. deliberadamente diseñados para complementar aquellos de los “otros”. Tenemos perfectamente bien definidas las ideas de la “apropiada” duración de los eventos, respetados como obligatorios normalmente y que logran establecer rutinas a coste de la pérdida de espontaneidad.

En esta socialización en las rutinas, existen tareas y actividades que se distribuyen de manera diferenciada según los sexos, y adoptan diferentes formas según clase social. Todavía sigue existiendo un mundo simbólico que marca la secuenciación y actividades propios de chicos y chicas, también en el ocio y tiempo libre; y de existir similitud, como algunos estudios advierten, ésta esconde funciones y sentidos diferentes. Estudios que también nos advierten de que los ideales de conductas tienen connotaciones de clase media.

La necesidad del horario para la organización social es obvia. La vida social requiere coordinación entre los individuos, y el horario ciertamente es uno de los elementos que mejor facilitan su coordinación. El beneficio psicológico de la regularización temporal es la minimización de la incertidumbre en nuestras vidas. Otorgándonos una estructura definida, ofrece una considerable cantidad de libertad a sus usuarios. En la medida que ordenamos, tiempo de trabajo, estudio, tenemos tiempos para el ocio, el descanso, etc. La rutinización de las actividades cotidianas de la vida, dotan de significado a cada acto social y situación localizada temporalmente.

El tiempo, del mismo modo, parece constituir uno de los mayores parámetros del contexto en el cual el significado de los actos sociales y situaciones dependen.

Permite orientarse entre una multitud de tareas variopintas, ordenarlas secuencialmente de acuerdo con conceptos como pasado, presente o futuro, “antes de” o “después de” (Zerubavel, 1985). Así pues, logra integrar en un modelo lineal continuo y sucesivo las pautas de cambio que se producen con regularidad. Consegue naturalizar la discontinuidad como continuidad, convertir lo diferenciado en clases discretas y categorías de un continuo que manipulamos para transformar los rituales de la naturaleza en elementos culturales compartidos como estilos de vida.

El ritmo impuesto sobre la vida social por la espacialidad temporal de numerosas actividades y eventos reiterativos, y los intervalos matemáticos regulares es sin duda característico de la organización formal únicamente, y es identificable no solamente en el nivel macrosocial es también posible al nivel micro-social y en campos relativamente no estructurados tales como las relaciones informales. La moderna civilización de occidente está típicamente caracterizada por un fuerte énfasis cultural sobre la eficiencia. La cual, va de la mano de la concepción utilitarista del tiempo, y esta tiene claro está sus aplicaciones en la salud y el bienestar sea éste real o subjetivo.

5.2.1.1. Realizar un número de comidas que aporte energía sin fin

La adolescencia y juventud como etapas de desarrollo se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento que sólo es superado por el de infancia. Se produce un aumento de talla y peso, desarrollo de los caracteres sexuales secundario y crecimiento de las mamas y de los órganos sexuales, el cambio de voz, etc. Desde el punto de vista nutricional estos años son críticos, el crecimiento óseo acelerado, el desarrollo de los órganos y la producción de las hormonas sexuales, así como al cambio de la composición corporal, provoca un aumento de las necesidades nutricionales (García Donaire, 2019). Desde el punto de vista socio-educativo se producen cambios en las elecciones y costumbres dietéticas influidos por la preocupación por el aspecto físico (necesidad de gustar y gustarse).

Las recomendaciones de 4 o 5 comidas al día permiten establecer una distribución y control de los nutrientes, así como de los aportes calóricos de los alimentos de acuerdo con el gasto energético y de nutrientes que se produce a lo largo del día de una persona activa. A pesar de las dificultades, “la determinación del ritmo de las comidas o de las ocasiones en que se come puede proporcionar datos útiles para formular y evaluar directrices nutricionales” (FAO/OMS, 1998) basadas en la distribución de tipos de alimentos a lo largo del día. Guía que sirve de

orientación para el diseño y planificación de cada una de las comidas y elaboración de menús semanales que guarden el equilibrio, sin sobrepasar sus límites energéticos.

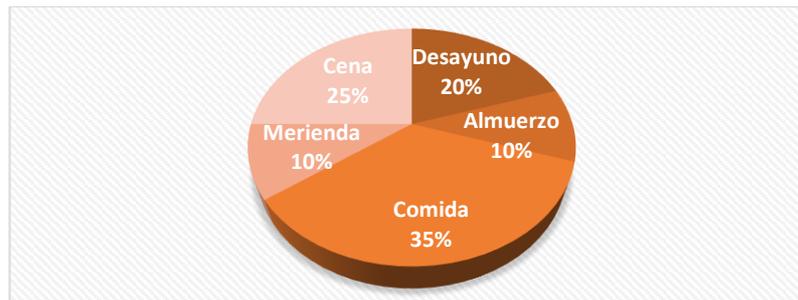
La necesidad biológica de nutrientes se convierte así también en un dictado rítmico de comidas al día, que sincroniza horarios familiares, laborales y de ocio. Secuenciación que ante la proliferación de modalidades de jornadas (turnos, jornadas por horas, etc.) el desplazamiento de operaciones a lo largo de las 24 horas y la apertura de establecimientos de comida rápida y tiendas de alimentación 24 horas provoca desincronizaciones de los horarios destinados a las comidas y una mayor dificultad para seguir las orientaciones de menús.

El desayuno debe contener lácteos y cereales (preferiblemente poco procesados, pan y galletas –evitar bollería), mejor aún si incluye alguna pieza de fruta (evitar zumos). En los almuerzos las recomendaciones limitan la repostería industrial, snack o refrescos/zumos (tan fácil de echar a la mochila, mala madre si lo haces, ¿no tienes tiempo?) y favorecen la ingesta de bocadillos preparados en casa (esto sí que sí, buena madre), frutas y lácteos, sin abusar claro de embutidos, patés, quesos, chocolate.

En la comida, principal comida en nuestro contexto se debe propiciar un momento de relación familiar de aprendizaje de los hábitos de alimentación y fomentar una relación positiva con los alimentos. Es recomendable, además, evitar interferencias (TV, radio, móvil, Tablet, etc.) que el ritmo de la ingesta no sea demasiado rápido o lento. Que la comida sea variada, completa y de acuerdo con las necesidades de los adolescentes: que incluya arroz, legumbres, ensaladas, verduras o pasta en el primer plato. En el segundo plato, la carne, el pescado y los huevos que aparezcan en cantidades moderadas, pueden acompañarse de una guarnición de ensalada o verduras o de legumbres o patatas (cuidado no siempre fritas, pueden ponerse cocidas –enteras o en puré-) Y de postre para comer podemos incluir fruta o lácteos (preferiblemente naturales, desnatados y sin azúcar)

Para terminar el día, la cena, algo ligero y lo antes posible para que dé tiempo a hacer la digestión antes de ponernos en posición supina en la cama, si queremos dormir bien. Pero para que el día sea perfecto en cuanto al reparto de nutrientes hemos de añadir almuerzo y merienda. De hacerlo así se llegará con menos hambre a las comidas a las que se reserva un mayor aporte de nutrientes comida y cena.

Ilustración 10. Reparto de nutrientes a lo largo del día (%)



Fuente: Elaboración propia

El almuerzo y la merienda son las comidas que con mayor frecuencia se salta la población joven navarra (29% y 36% respectivamente –ENJS 2013/14-). No obstante, a tenor del peso que tiene el desayuno en el reparto diario de la ingesta de nutrientes (20%), que junto con la comida y la cena son las ingestas más energéticas, y teniendo en cuenta el momento de desarrollo y crecimiento de los más jóvenes, el 14% de las mujeres de 14 a 17 años y el 6% de los hombres de la misma edad declaran no desayunar. Diferencias que se invierten con el aumento de edad de los encuestados. Entre la población de 24 a 29 años son los hombres quienes más declaran saltarse el desayuno (11,6% frente al 8,6% de mujeres).

No podemos a través de la ENJS 2013/14 conocer el tipo de desayuno, si bien con precaución, de acuerdo con la Encuesta de Salud y Condiciones de Vida de Navarra de 2017, se puede deducir que la calidad y riqueza, en cuanto a nutrientes y aporte energético, sería mejorable para una gran parte de la población de 15 y más años.

5.2.1.2. Guardar vigilia durante el tiempo suficiente

El ciclo diario de vigilia/sueño permite organizar nuestra conducta en el tiempo y sincronizar internamente la regulación de muchos procesos biológicos. Aquí como sucede con la distribución de tiempo de vigilia los cambios sociales han ido impostando una división que no siempre se ajusta a las recomendaciones o éstas están influidas por la marcha de las necesidades del mercado. Las actividades realizadas en el tiempo de ocio, el descanso y sueño no escapan a los cambios sociales. Los ritmos, tiempos y diversificación de actividades diarias se combinan regidos por el “cronómetro”, incluso las recomendaciones de sueño y descanso reflejan los cambios de la sociedad post-fordista y de desregulación (Matriccioni et al., 2012).

La noción de que los niños y niñas duermen menos de lo que solían es generalizada tanto en la literatura científica como en los medios de comunicación populares.²¹⁸ Entre las posibles consecuencias por la falta de sueño o sueño insuficiente están reducción de la capacidad para concentrarse, y retener información, trastornos del estado de ánimo, incluida la ansiedad, depresión e hiperactividad, así como habilidades motoras deterioradas y peor salud general y función inmune. Se ha asociado con una bajada en el rendimiento académico, un mayor riesgo de lesiones y accidentes, ideación suicida y uso de drogas y alcohol o con la obesidad (Matricciani et al., 2012).

No obstante, la revisión realizada en 2012 por Matricciani et al. sobre las recomendaciones sobre la necesidad de sueño en niños constata que el sueño recomendado por edad disminuyó a un ritmo de 0,71 minutos por año. Tasa de declive, casi idéntica a la disminución de la duración real del sueño en los niños. La duración del sueño en los niños (5 a 18 años) durante el periodo 1905 a 2008 fue de -0,75 minutos por noche por año (tasa de cambio mediana ponderada). Con diferencias por edades (más pérdida de tiempo de sueño conforme avanzamos en la edad), entre sexos (más en chicos) y entre regiones (Europa a la cabeza con una mediana de 1,17 min seguido por Estados Unidos y Canadá (1,17 y 1,10 min respectivamente) y quedando lejos Australia y Reino Unido (0,40 y 0,57).

En la mayoría de los casos las recomendaciones del sueño están por encima de las horas de sueño reales. Es de destacar que éstas se han ido ajustando a los ritmos sociales. Otra cosa es determinar si este cambio es suficiente para sostener relaciones como las mencionadas, sin antes como los autores de este estudio advierten no se conoce cuál es la recomendación normativa sobre las horas de sueño ajustadas a cada edad. En 2015 la National Sleep Foundation, dado que “no es factible” obtener medidas objetivas del sueño, propone como instrumento para evaluar la salud general del sueño una encuesta validada que incluye 12 ítems relacionados con tres dominios calidad del sueño, duración del sueño y alteración del sueño (Knutson et al., 2017).

Lo cierto es que, en el grupo de población joven es donde menos se aprecia la necesidad de sueño, siendo curiosamente la que más horas pueden pasar durmiendo los fines de semana (Tabla 11). Para los adolescentes, dormir es una pér-

²¹⁸ Artículo de prensa online que abre con este titular: It's "frightening" how few young people get enough sleep, expert says (3% de los adolescentes cumplen con la recomendación de dedicar nueve horas al sueño) <https://www.cbsnews.com/news/why-we-sleep-matthew-walker/>

dida de tiempo, una imposición más de los adultos, aunque también es el momento en el que van ganando autonomía a la hora de establecer las horas de “irse a la cama” o una cierta liberación de horarios.

Tabla 11. Cumplen las recomendaciones de sueño/descanso. Año 2014 (%)

	Sexo		Total	Intervalos de Edad		
	Hombre	Mujer		14 a 17	18 a 23	24 a 29
Entre semana	79,8	73,9	76,8	65,3	81,0	83,1
Fin de semana	66,5	65,2	65,8	70,1	56,1	71,0

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

Como promedio los jóvenes duermen 7,7 horas/día en los días laborables y 9,2 horas/día en el fin de semana. En el grupo más joven (14-17 años) es significativo que el 35% no cumple las recomendaciones de la National Sleep Foundation²¹⁹ por debajo de los otros dos grupos de edad entre semana.

Las sociedades tienden a una lenta, y paulatina, desmasificación del tiempo, que corre pareja con la desmasificación de otras características de la vida social a medida que avanza la aplicación de la tecnología en todos los espacios de la vida cotidiana, y que están contribuyendo a definir y dar sentido a nuevos estilos de vida. Las consecuencias de esta restructuración del tiempo, puede intensificar la soledad y el aislamiento social. Si amigos y familiares trabajan a horas diferentes, y no se instauran nuevos servicios para ayudarles a coordinar sus horarios personales, resulta cada vez más difícil organizar entre ellos contactos cotidianos.

Así, viejos espacios de encuentro, que facilitan encuentros, reducen el aislamiento e impulsan la cohesión social, pierden representatividad en favor de nuevas instituciones. La noche y los nuevos dispositivos tecnológicos se convierten para muchos jóvenes en el momento y el medio para lograr conciliar tiempos de sociabilidad, más allá de las interacciones cotidianas que son vividas de prisa y en competencia con otras. Internet y las redes sociales han contribuido a modificar los espacios y los tiempos para las interacciones sociales, sean ligeras o proporcionen un tipo de vínculos temporales, sean próximas o distales.

²¹⁹ Se calcula teniendo en cuenta las recomendaciones publicadas en Sleep Health (2015) “National sleep Foundation’s sleep time duration recomendations: methodology and results summary”. Menores de 18 años 10 a 18 horas y 18 y más años 7 a 11 horas.

Los dispositivos de navegación por Internet y las redes sociales están remodelando nuestros horarios e incluso nuestras concepciones y percepciones del tiempo. De hecho, son estos dispositivos e Internet, la comunicación vía satélite, lo que ha hecho posible el horario flexible y los contactos en cualquier momento y lugar (por no hablar de las horas que los jóvenes pasan conectado a Internet a través de sus smartphones chateando con amigos próximos o en la otra punta del mundo, poniendo en contacto a personas que se rigen por distintos horarios) En su forma más simple, facilita el complejo entretrejimiento de miles de horarios y en especial aquellos flexibles y personalizados. Horarios que se construyen a la carta de las necesidades de las personas “do it yourself”. Estas tecnologías han alterado nuestras pautas de comunicación en el tiempo, permitiéndonos acceder a los datos en cualquier momento y la comunicación se ha tornado global.

5.3. Secuenciación rítmica espacial: Esfera pública y privada

Una de las características fundamentales de la sociedad moderna es la participación múltiple de las personas en el mundo social, un fenómeno que fue mejor descrito por Simmel. Nuestra vida está organizada y temporalmente estructurada de forma que mientras ciertos períodos de tiempo debemos ser accesibles a otras personas, hay otros en los que podemos ser inaccesibles. Sin embargo, la propia flexibilidad horaria y las tecnologías que lo han facilitado implican no pocos riesgos para la pérdida del control del derecho básico individual a ser inaccesibles durante ciertos períodos de tiempo. El tiempo vuelve a ser una variable explicativa de la segmentación de las esferas pública y privada, tanto como para separar personas de sus varios roles sociales.

5.3.1. Actividades en el tiempo de ocio

Desde una mirada economicista hemos oído hasta la saciedad que tendemos a valorar más las ganancias de hoy que los posibles beneficios futuros. Muy a menudo, como sucede con la salud y el cuidado de ésta, se tiende a depreciar el valor de las cosas cuanto mayor es el tiempo que transcurre hasta su disfrute o momento en el que puedan apreciarse sus beneficios. De tal manera cuanto mayor es la expectativa de depreciación o desvalorización en el futuro menor es la preferencia por dilatar en el tiempo la recompensa o esperar a eventos futuros sobre los que existe incertidumbre.

La toma de decisiones sobre conductas relacionadas con la salud requiere que el valor esperado sea una mejora en algún momento y éste sea plausible, que no sea incierto. De manera que cuando hablamos de la salud de la población joven el problema no es tanto reducir el riesgo sino reducir la incertidumbre sobre los posibles beneficios esperados²²⁰ así como reducir el tiempo de demora de las recompensas por la “buena conducta”.

Dado que el concepto de salud implícitamente incluye la dimensión tiempo, en los discursos sobre la salud y su promoción inevitablemente se pone la mirada sobre el futuro y el diagnóstico en el momento actual, y que cuando la medicina como ciencia no puede hablar de certezas, ni de relaciones directas de causa efecto sino de probabilidades que reducen los daños (o a la sumo, seguir las recomendaciones nos alargan la esperanza de vida en unos meses, tal vez algún año) todo se vive como si de en una sala de espera se tratara (alargamiento de la enseñanza obligatoria, aumento de los años de estudio universitario, la larga espera para acceder a un puesto de trabajo, suspensión por tiempo indefinido de la emancipación) no debería generar sorpresa que sea, la práctica deportiva, el tiempo de ocio y todo lo que pueden dar lugar a interacciones informales gozosas inmediatas, a lo que mayor adherencia muestra la juventud.

Los jóvenes dedican en su tiempo libre algo más tiempo a los cuidados personales, pero sobre todo a la vida social y diversión, y a hacer algún tipo de actividad deportiva (INJUVE, 2016) El tiempo medio dedicado durante la semana a actividades que quedan fuera del régimen disciplinado del trabajo o los estudios, ha experimentado un aumento significativo entre quienes tienen mayor capacidad para definir a qué dedican su tiempo (Tabla 12). Los más jóvenes atados al ritmo escolar y familiar (incluidas actividades extraescolares) no han aumentado el tiempo que pueden destinar a sociabilizar y relacionarse fuera de los espacios formales.

²²⁰ Este hecho ha sido muy estudiado entre quienes consumen alcohol, tabaco, cocaína u otras sustancias psicoactivas, entre estas personas tiene lugar la devaluación/depreciación del valor (social, cultural, económico) de las conductas saludables.

Tabla 12. Número medio de horas semanales dedicadas a actividades de ocio-descanso. Años 2007 y 2014 (n)

	Sexo		Total	Intervalos de Edad		
	Hombre	Mujer		14 a 17	18 a 23	24 a 29
2014	29	27	28	24	30	28
2007	26	25	26	24	26	27

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

La distinción entre semana laboral-escolar muy pautada por los horario escolar, estudios y actividades extraescolares y fin de semana, abierto y menos planificada está relativamente consensuada entre los grupos de jóvenes que participaron en el estudio cualitativo. Entre semana, se sale poco y normalmente las actividades están ritmadas, secuenciadas y rutinazadas (Tabla 13). Durante el fin de semana el término que mejor describe las actividades que realizan es “salir” con amigos y amigas, con la cuadrilla.

Las actividades realizadas durante la semana laboral-escolar por los grupos de 14 a 18 años son principalmente: acudir al centro educativo, estudio en el hogar familiar, practicar algún tipo de deporte (fútbol, baloncesto, ciclismo, bádminton, natación, gimnasia, etc. declarándose, en más de un caso, la práctica de varias actividades deportivas) acudir a actividades musicales y consumir algún tipo de producto audiovisual.

Caracterización que está en consonancia con las respuestas recogidas por la ENJS 2013/14 a la pregunta de qué hacen regularmente, por lo menos una vez a la semana, para relajarse en su tiempo libre. La mayoría de la juventud navarra encuestada realiza de forma regular, al menos una vez por semana, algún tipo de actividad que les permite relajarse. Siendo en la mayoría de los casos actividades deportivas, seguidas por las musicales y en tercer lugar actividades suaves o de relajación (yoga, meditación, acudir a spas, etc.).

Tabla 13. Tipo de actividades realizadas regularmente a la semana para relajarse. Año 2014 (%)

	Total	Hombre	Mujer
Nada	7,1	7,2	7,1
Escuchar musica, tocar instrumento, pintar, leer, ...	22,9	19,2	26,4
Salir a tomar algo / Comer / Comer pintxos/Salir de casa	5,9	6,1	5,8
Actividades suaves, relajación, descanso,	16,7	15	18,3
Actividades deportivas	28,5	33,6	23,5
TV, Videojuegos, juegos de mesa, estar en redes	9,4	9,3	9,4
Otras	0,6	0,7	0,5
No contesta	8,9	8,8	9

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

5.3.1.1. Gadgets corporales que mejoran la experiencia

Desde la perspectiva de resultado, la práctica de actividad física en tanto que cumple con lo que se considera como un medio para mejorar la salud física, la actividad física cumpliría con la función de curar o evitar la aparición de enfermedades, especialmente aquellas que se asocian con el sedentarismo. Mientras desde una perspectiva de proceso la actividad física se vive como una experiencia fundamentalmente personal y una práctica sociocultural, enfatizándose el potencial beneficio de la práctica de actividad física en el bienestar de las personas. Aspectos que concuerdan con las principales motivaciones que llevan a practicar alguna actividad física a las personas jóvenes de Navarra: por gusto o diversión (26,5%) y estar en forma (18,9%).

Dos factores, el de prevención y el de bienestar, que han permitido que el ejercicio físico se convierta en un elemento clave en la promoción de la salud el floreciente culto al cuerpo. El cuerpo así adquiere centralidad en las sociedades occidentales²²¹, y ha impulsado una próspera industria dedicada al entrenamiento físico que ha supuesto la apertura de gimnasios, la aparición de la figura del entrenador personal (si no “coach”), ropa para cada práctica deportiva, nuevos materiales y toda una serie de dispositivos que han modificado la experiencia deportiva.

²²¹ Según la Encuesta de Hábitos Deportivos en España 2015 (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2015) más de la mitad de la población de 15 años en adelante (53,5%) practicó algún tipo de actividad deportiva en el último año.

Correr, “jogging” o “running”, se ha convertido en un fenómeno social durante los últimos años, moda en la clase media-alta, cuya popularización se refleja en la gran cantidad de carreras populares. Una simple consulta a través de Google, escribiendo la palabra running, arroja aproximadamente 3.590.000.000,²²² entre los que más de 168.000.000 son libros. Los runners pueden celebrar “día mundial” y cuentan con aplicaciones como Meetup en la que pueden encontrar compañía para la práctica de diferentes modalidades: running in english, trail running, trail extrem running.

En la oferta también han entrado las administraciones públicas. A través de la Dirección General de Deportes y en colaboración con las federaciones madrileñas de Atletismo y de Montaña, el Ayuntamiento de Madrid puso en marcha en 2016 la actividad ‘Correr por Madrid’, con el objetivo de “dar a conocer las pautas básicas para la carrera”. No faltan tampoco las aplicaciones dirigidas a mujeres. En España por ejemplo se hizo “viral” una red social de running femenino que permite a las corredoras crear sus propias “quedadas” y conocer a otras mujeres con las que compartir afición en cualquier lugar del mundo y en cualquier momento. Mujeresquecorren (www.mujeres-que-corren.co), nombre con el que se conoce a esta aplicación, se convirtió en su primer día en la séptima aplicación de deportes más descargada en España y entró el top 100 de descargas globales en nuestro país.²²³

La aplicación incluye, además, un geolocalizador que muestra a las corredoras las “quedadas” existentes cerca de su ubicación, e incluso guía a las usuarias a modo de GPS para que se unan a otros grupos de corredoras. Herramienta que ha adquirido mayor relevancia ante noticias como el asesinato de la joven española, Laura Luelmo que había salido a correr sola. Su muerte tuvo un gran impacto en prensa y redes sociales, y se organizaron “quedadas” en ciudades como Bilbao y Zaragoza para despedirse de la corredora y lanzar mensajes para reivindicar el derecho de las mujeres a “correr sin miedo y no correr por miedo”, de poder disfrutar de la actividad con libertad y seguridad, y no perder la calle, el espacio público.

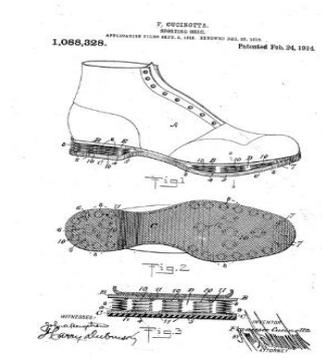
Los geolocalizadores, y Apps, dan ya no sólo seguridad para la práctica deportiva en términos de bienestar físico, sino que aportan seguridad frente a posibles accidentes o actos violentos. Así mismo, los *smartwatches*, o relojes de pulsera

²²² Búsqueda realizada el 7 de junio de 2019.

²²³ Su creadora es Natalia Rodríguez, estudiante Ingeniería de Telecomunicación en la Universidad Politécnica de Madrid (UPM) Consultada Weblog de la Universidad Politécnica de Madrid, 7 de junio de 2019.

computarizados, están incorporando tecnología y sensores relacionados con la salud y la capacidad física o *fitness*. Entre las empresas que se han lanzado a la oferta de estos aparatos están Apple, Samsung, Google, LG, Microsoft, Sony, ... El Apple smartwatch entre los servicios de salud y fitness que ofrece están medidor de velocidad (acelerómetro), velocidad de rotación (girómetro), ritmo cardíaco (pulsómetro), calculador de consumo de calorías, seguimiento del sueño²²⁴. Prendas inteligentes,²²⁵ o *smart garments*, también han entrado en la práctica deportiva, aunque con una entrada más lenta, dado el alto coste en la actualidad, y reducida a unos pocos productos. No obstante, encontramos en las zapatillas deportivas un antecedente al desarrollo de las prendas inteligentes. Reebok por ejemplo comercializa calzado que se adapta a las características del pie del atleta, una zapatilla deportiva que incorpora un dispositivo de amortiguación y adaptación de la marcha que proporciona una amortiguación resistente mientras se adapta a la marcha del usuario durante la carrera y otras actividades deportivas. “La zapatilla contiene dispositivos de amortiguación y retorno de energía y adaptación de la marcha”. Entre las patentes mencionadas en la solicitud que se asigna a Reebok en 1994, encontramos que la primera innovación aplicada al calzado deportivo registrada está fechada en 1912, perteneciente a Francesco Cucinotta.

Ilustración 11. Zapatilla deportiva con sistema de amortiguación



Fuente: Google Patents, “Sporting-Shoe” Patente con prioridad en USA concedida el 24 de febrero de 1914 (Solicitud hecha el 3 de septiembre de 1912)

Las solicitudes de patentes, tanto la realizada por Cucinotta en 1912 (Ilustración 12), como la asignada a Reebok en 1994 (Ilustración 13), contienen descripciones

²²⁴ Dispositivos y aplicaciones que son capaces de recopilar muchos datos que no todos somos capaces de interpretar y comprender. Me pregunto por quién responderá a las dudas que puedan suscitar entre sus usuarios variaciones en los registros ¿Internet, un médico online/presencial, la aplicación?

²²⁵ Las prendas inteligentes se definen como nuevas características de que adquieren las prendas al proporcionar reacciones interactivas al detectar señales, procesar información y activar las respuestas.

que nos permite seguir los cambios y nuevas relaciones que se establecen entre lo humano y no humano, y comprender lo social, y el desarrollo de la salud.

Cucinotta describe que el objeto de su invento es “proporcionar un zapato que minimice la sacudida y golpes en el cuerpo del atleta cuando hace algún tipo de ejercicio físico o actividad deportiva (el material con el que se fabrica es piel)” y añade “que la amortiguación se puede ajustar fácilmente y que la suela exterior se puede quitar cuando está desgastada y ser reemplazada por una nueva”.²²⁶ La reivindicación de la patente es “una zapatilla deportiva”, que comprende, en combinación con la parte inferior de la zapatilla, una suela adicional unida a la suela exterior en la zona de los dedos del pie y del talón, y muelles de amortiguación dispuestos entre dichas suelas en la parte delantera y del talón de la zapatilla.

En la patente registrada por Reebok se introduce una descripción minuciosa de la pisada de la persona corredora:

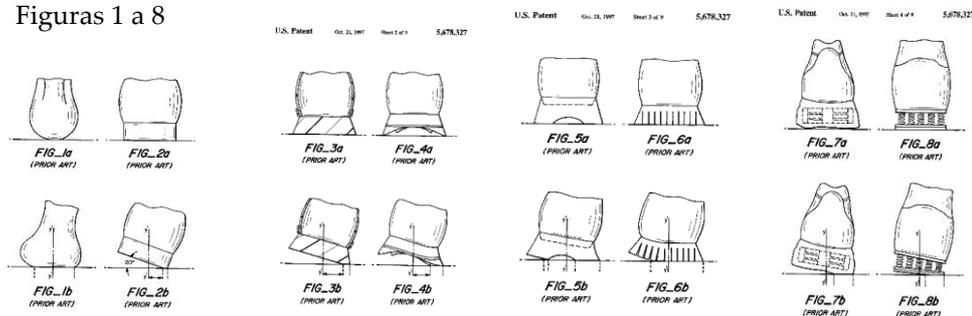
In the typical running gait the anatomical structure of the human body is such that when the heel initially strikes the surface, the runner's foot is in a supinated position. When running barefoot the heel has the ability to distort under the calcaneus (heel bone) to gain stability, as illustrated in FIG. 1b where there is ground contact (area between dotted lines) on both sides of the line indicating the mid-point underneath the heel. FIG. 2a illustrates a back view of the right foot of an older type non-flared running shoe. FIG. 2b shows the situation at heel strike when this shoe is worn by a runner having a maximum amount of supination (18°-20°). One can see that the ground contact area is very narrow (area under dotted lines) because of the supinated angle of heel strike. In addition, the fact that the ground contact area is only on the lateral side of axis line y1--y1 (indicating the latitudinal mid-point under the calcaneus), means that an unnatural force is created which encourages the heel to rotate inwards (pronate), and at an accelerated rate.²²⁷

²²⁶ No tengo conocimiento de que se haya comercializado una zapatilla deportiva a la que podría sustituirse la suela desgastada. Pero las patentes consisten no sólo en proteger el producto que se va a comercializar sino en impedir que la competencia pueda sacar al mercado un producto que pueda perjudicar las ventas del que registra la patente. Una estrategia de mercado que limita las elecciones de los compradores en su intento por reducir su impacto medioambiental.

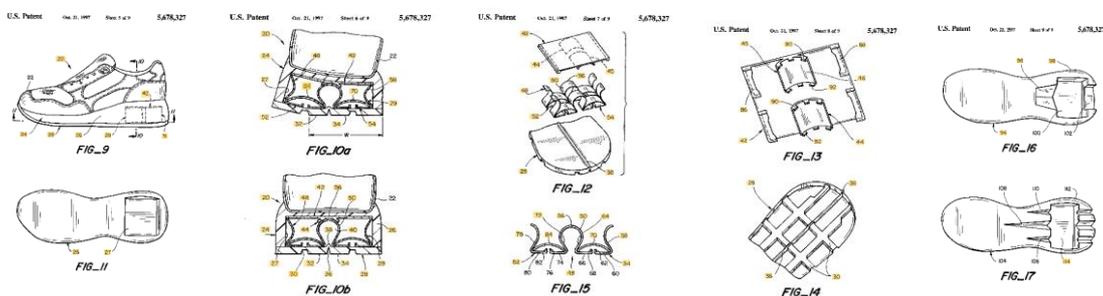
²²⁷ En la marcha típica de carrera, la estructura anatómica del cuerpo humano es tal que cuando el talón golpea inicialmente la superficie, el pie del corredor está en posición supina. Cuando se ejecuta descalzo, el talón tiene la capacidad de deformarse debajo del calcáneo (hueso del talón) para ganar estabilidad, como se ilustra en la FIG. 1b donde hay contacto con el suelo (área entre líneas punteadas) a ambos lados de la línea que indica el punto medio debajo del talón. La figura 2a ilustra una vista posterior del pie derecho de una zapatilla de correr no acampanada de tipo antiguo. La figura 2b muestra la situación en el golpe del talón cuando este zapato es usado por un corredor que tiene una cantidad máxima de supinación (18° -20°). Se puede ver que el área de contacto con el suelo es muy estrecha (área debajo de las líneas de puntos) debido al ángulo supinado del golpe del talón. Además, el hecho de que el área de contacto con el suelo está solo en el lado lateral de la línea del eje y1 - y1 (que indica el punto medio latitudinal debajo del calcáneo),

Ilustración 12. Zapato con mecanismo de amortiguación que se adapta a la marcha de la persona que corre (Figuras 1-18)

Figuras 1 a 8



Figuras 9 a 18



Fuente: Google Patents, Patente asignada a Reebok en 1994.

Las figuras que se incluyen en la patente describen los avances realizados por distintas patentes en la amortiguación de golpe que se produce en los talones durante la carrera, de la 1 a 8 representan las patentes anteriores a la invención que se presenta y representa en las figuras 9 a 18 de la patente (Ilustración 13).

Recogemos una síntesis de los objetivos y reivindicaciones de la invención:

Es un objeto general de la invención proporcionar un calzado deportivo nuevo y mejorado que se ajuste a la biomecánica del usuario de tal manera que proporcione características de amortiguación, estabilidad y rendimiento mejoradas. Las nuevas características desarrolladas permiten proporcionar una zapatilla deportiva que proporciona tanto amortiguación como estabilidad al mismo tiempo que se adapta a la marcha individual, se adapta a diferentes tipos de superficies de carrera y reduce el desgaste del talón. El calzado deportivo se adapta para permitir la biomecánica natural de la marcha, proporcionando un dispositivo de amortiguación más eficiente por medio de un sistema de suspensión mecánicas que permite a la vez un mayor retorno de la energía cinética al usuario.

significa que se crea una fuerza no natural que alienta al talón a girar, hacia adentro (pronato), y a un ritmo acelerado.

En resumen, la invención proporciona un calzado deportivo y un dispositivo de amortiguación y adaptación de la marcha que logra una amortiguación resistente y proporciona un retorno de energía mientras se adapta a la marcha del usuario durante la carrera y otras actividades deportivas.

Cada nuevo producto comercializado es el resultado de estrategias y conocimientos multidisciplinares que permiten alcanzar resultados cada vez más armoniosos, integrando diseño, factores fisiológicos y tecnología textil. Las funciones técnicas de los textiles utilizados se han diversificado y adaptado a las necesidades de los usuarios. La ropa se convierte en la interfaz más universal entre humanos y computadoras (Suh et al., 2010). Las mejoras iniciales en la transpiración y secado, flexibilidad y confort de las prendas han dado paso a la aparición de e-textiles que se conectan con el cuerpo. La ropa inicialmente proporcionaba una plataforma para soportar dispositivos tecnológicos, centrándose la investigación en la viabilidad técnica. Los equipos de desarrollo y diseño de este tipo de prendas se centraron inicialmente en la viabilidad técnica de las prendas para soportar los dispositivos tecnológicos y el modo de integrarlos en la prenda, hoy el objetivo se ha transmutado se han dado cuenta de las necesidades de la industria de la moda y de los usuarios.

La miniaturización de los dispositivos electrónicos ha creado más y nuevas oportunidades para lograr una mayor movilidad, portabilidad y comodidad, de las prendas y la tecnología, a la vez favorece el incremento de sus funcionalidades técnicas.²²⁸ Anteriormente, el flujo de información era de los usuarios al medio, pero actualmente se ha convertido en un proceso de comunicación en las dos direcciones. La tecnología portátil intenta recoger, analizar y transformar la información del entorno para ayudar al usuario. Por ejemplo, acumulando energía solar o energía cinética del usuario para aportarle calor.²²⁹

²²⁸ El desarrollo de la nanotecnología se ha convertido en un fabuloso campo para la innovación, también en la medicina. Y esto es posible gracias a que los materiales (sea textil, una manzana, una célula) a escala manométrica presenta unas propiedades muy diferentes del mismo material a escala macroscópica. Es aquí en las diferencias en las propiedades químico-físicas donde reside el interés creciente por este campo multidisciplinar que comprende a áreas del conocimiento como la biología, la física, la ingeniería o la ciencia de materiales. Mientras se produce el desarrollo de *productos nano* (como fármacos donde las nanopartículas actúen sobre el órgano diana y reduzcan los efectos secundarios) se investiga en nuevos sistemas de análisis para la detección precoz de enfermedades.

²²⁹ Para saber un poco más recomendamos leer la noticia aparecida en el diario El mundo, el 5 de Abril de 2018 con motivo de la presentación en sociedad de prendas inteligentes de una conocida marca: <https://www.elmundo.es/economia/innovadores/2018/04/05/5ac63a49468aeb62548b45aa.html>

Todos estos dispositivos contribuyen a la individualización y la encarnación de experiencias deportivas, a la vez que a establecer nuevas formas de relación con la salud. Sofisticación que no está al alcance de todos y aumenta la necesidad de información para la toma de decisiones, crecen las preguntas en torno a qué práctica deportiva realizar que mejor se ajuste a la naturaleza de cada persona, qué ropa y calzado deportivo utilizar, qué momento del día elegir, etc.

Hoy en los servicios de atención primaria de salud se prescribe y se alienta a las personas a iniciarse en la práctica de alguna actividad física o a hacer más de la que hacen, siempre considerando que aporta beneficios para la salud. Parece ser evidente que el ejercicio puede ayudar a controlar ciertas afecciones, y en algunos casos, a reducir la necesidad de medicación particularmente y de manera creciente para prevenir y tratar enfermedades coronarias, la diabetes, la osteoporosis, la ansiedad o la depresión. Un floreciente culto al cuerpo y el valor preventivo que ha adquirido entre los profesionales sanitarios han favorecido que la prescripción de ejercicio físico se haya establecido en la agenda de promoción de la salud de las instituciones públicas (Fitzpatrick, 2000).

A la vista de los cambios que en la práctica de actividad física se están produciendo, tal vez, al igual que los vendedores finales de los productos deben conocer muy bien las características de cada calzado o prenda deportiva para atender a la diversidad de compradores (con o sin ideas claras sobre lo que desean comprar y para qué), los profesionales de la salud deban conocer mejor las necesidades y los recursos al alcance de cada persona para ajustar mejor las recomendaciones de ejercicio físico.

O al menos, parece oportuno, preguntarse por la capacidad de los profesionales de mejorar la “adherencia al tratamiento” para la mejora de la salud sin generar sentimientos de culpa. Las personas, que aconsejadas por su médico/a o enfermera/a de aumentar la actividad física, tienen dificultades por motivos muy diversos para mantenerse en los niveles de actividad física recomendados transcurrido al menos un año. Muestra de ellos son los esfuerzos para mantener la fidelidad de los usuarios de los gimnasios que deben reinventarse año tras año.²³⁰

²³⁰ La práctica de cualquier actividad deportiva requiere tiempo, repetición y perseverancia. Cuando se relea el mini-cuento de Cortázar “Instrucciones para subir una escalera” y se recuerdan los primeros pasos que da un niño/a y las veces que sube y baja escaleras hasta que logra el control y la destreza necesarios para coordinar cada gesto, una se pregunta si ignorancia, escasez de memoria o falta de experiencia hace de cada nuevo intento una nueva vivencia, a la que se acerca con inocencia, ilusión y sin prejuicios sobre sí mismo, su capacidad y competencia para el logro. En ningún momento recibirá por otra parte tantos refuerzos positivos.

Necesidad que no sólo responde a modas sino a la de mantener a los usuarios ante la incapacidad de éstos de controlar su vida (no es sólo una cuestión de voluntad, sino de poder articular el calendario para poder tener un hueco para uno mismo/a). De manera que surgen ofertas exprés para alcanzar los objetivos en tiempos record no aptas para todos los públicos.

Por otro lado, hay quienes se “pasan de frenada”, la popularidad que han adquirido deportes cada vez más peligrosos o extremos, como alta montaña, escalada, esquí fuera de pista, han provocado el aumento de lesiones deportivas en los últimos años, y, fundamentalmente, las lesiones por sobreuso.^{231,232} Entre acudir a un gimnasio o practicar un deporte de riesgo existen una gran cantidad de ofertas que las administraciones públicas han diseñado y planificado, recorridos verdes, paseos fluviales, ... y un sin fin de actividades deportivas federadas.

De acuerdo con la Encuesta de Hábitos Deportivos en España de 2015, más de la mitad de la población hizo algún tipo de deporte, casi un 20% diariamente y más del 45% al menos una vez por semana (Navarra 53%), siendo los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y 19 años quienes más deporte practican 87%. La situación laboral y personal tiene una clara vinculación con la práctica deportiva, siendo quienes están estudiando o trabajando los que atesoran tasas más altas (85,2% y 65,5% respectivamente), descendiendo drásticamente entre quienes se dedican a las tareas del hogar (27,8%).²³³

Por otra parte, si lo que dificulta la práctica deportiva es no contar con alguien para hacerlo, si lo que se necesita es un compañero/a de carrera, en las actividades de tonificación, etc. las Apps ayudan a mejorar la experiencia, ante la dificultad de hacer coincidir horario y lugar, aunque esta no sea la principal dificultad (Tabla 14), podemos optar por compartir en la red cada actividad. Prepararnos para la *cita*, también ayudará a seguir un plan de preparación.

²³¹ Se deben a la repetición tener de patrones de movimientos similares o a sesiones prolongadas de entrenamiento a lo largo del tiempo

²³² Grupo de prevención en el deporte de la Sociedad Española de Medicina del Deporte (SEMED-FEMEDE) Las Lesiones deportivas versus accidentes deportivos. Documento de consenso, en Arch Med Deporte 2018;35(Supl. 1):6-16

http://archivosdemedicinadeldeporte.com/articulos/upload/Consenso_les_deportivas.pdf

²³³ Informe Encuesta de Hábitos deportivos 2015.

http://www.culturaydeporte.gob.es/dam/jcr:aa63cca9-31a5-47ce-8ac2-105215f64d9f/Encuesta_de_Habitos_Deportivos_2015_Sintesis_de_Resultados.pdf

Tabla 14. Motivos principales por los que no practica, o no practica más deporte. Año 2015 (%)

	España	Navarra
TOTAL	100	100
Falta de tiempo	43,8	49,2
Falta de interés	20,0	21,1
Motivos de salud	11,9	10,8
Por edad	9,9	9,7
Motivos económicos	5,7	3,6
Falta de instalaciones adecuadas cercanas	5,1	2,6
No tengo con quién practicarlo	3,5	3,1

Fuente: Encuesta de Hábitos Deportivos en España 2015.

5.3.1.2. Mejorar la experiencia en contacto con la naturaleza

Entre los que practicaron deporte en el año 2015 (Encuesta de Hábitos Deportivos en España) se aprecia una preferencia por las actividades que se realizan al aire libre. Las modalidades deportivas más practicadas no son fútbol, baloncesto o tenis sino ciclismo (38,7%), natación (38,5%), senderismo y montañismo (31,9%) y carrera a pie (30,4%) Esta tendencia a realizar deporte al aire libre impone pensar sobre la promoción de instalaciones deportivas, y las políticas públicas que contribuyeron a promover y apoyar la edificación de piscinas y espacios deportivos “cerrados” antes de la crisis, y reflexionar y pensar sobre las medidas a adoptar sobre el impacto que éstas nuevas prácticas pueden tener sobre la salud de quienes practican deportes al aire libre, en muchas ocasiones llevando a los cuerpos al “extremo” sin olvidarnos del impacto sobre el medio natural de marchas, carreras a pie o en bici (Bici Todo Terreno, BTT).

El número de runners y de quienes deciden “extremar” la capacidad física del cuerpo-mente en espacios naturales que mejoran aún más la experiencia ha crecido y potenciado la organización de carreras multitudinarias en medios naturales y urbanos. La experiencia individual trasciende a la prueba de atletismo para convertirse en una experiencia vital rodeado de personas de muy distintos lugares y motivaciones. Una masificación de corredores que ha hecho que surjan voces que denuncian los impactos que provocan sobre estos lugares corredores, organización y el propio público que acude a animar. En ocasiones eventos que se

celebran con la autorización de las administraciones públicas en espacios naturales protegidos y se impone la adopción de medidas para su preservación.

En España en el año 2015 se celebraron en torno a 1.900 carreras por montaña, en sus diferentes variedades (lineales, Trail, Ultra Trail, Km vertical, etc.) y una parte importante transcurrieron por espacios protegidos (Ilustración 5). Tan sólo el Cabildo de Tenerife registró en este mismo año cerca de 60 eventos en espacios protegidos de la Isla de Tenerife (Europar-España, 2016).

Respecto al impacto de los corredores y corredoras, se destacan los residuos que se dejan en las zonas de avituallamiento (bolsas, botes de geles, envoltorios de productos energéticos, ...) y la erosión provocada, especialmente, cuando hay zig-zag a lo largo del camino trazado por los organizadores, el trazado transcurre por un piso de materiales especialmente sensibles o hay fuertes bajadas.²³⁴ Sobre el impacto que la organización puede provocar se hace referencia a las señalizaciones que, a menudo, se quedan olvidadas (y que pueden suponer riesgos añadidos para la fauna), al calendario que las pruebas establecen y que a menudo no tienen en cuenta los períodos de apareamiento y reproducción de determinadas especies de animales. Y, finalmente, el público que asiste ocupa espacios que van más allá de los límites establecidos entre la organización y responsables públicos de medio ambiente.

Ilustración 13. Bolsa de recogida de residuos y cartel de fin de avituallamiento.



Fuente: Guía de buenas prácticas para el desarrollo de carreras por montaña en espacios naturales y protegidos (Europarc-España, 2016). Foto de M. Añorbe

²³⁴ EUROPARC-España. Anuario 2016 del estado de las áreas protegidas en España. http://www.redeuroparc.org/system/files/shared/Publicaciones/Anuario_2016/anuario_2016_europarc-espana.pdf

También existen impactos socioeconómicos nada desdeñables, según se afirma en el estudio publicado por la Federación Española de Deportes de Montaña y Escalada (FEDME). El "Estudio de la incidencia socioeconómica y ambiental de las carreras por montaña en el medio natural y rural de España" realizado durante el año 2010 destaca la importancia que tienen estas carreras al poner en valor territorios antes olvidados y dinamizar el turismo rural de la zona; el beneficio sobre la población; el fomento de la práctica deportiva entre la población rural y los más jóvenes, entre otros. Si bien también especifican la necesidad de mayor coordinación entre organizadores y administraciones (ambiental, local) población local, empresario y deportistas entre otros.

Con el fin de hacer compatible el desarrollo de esas carreras con la conservación de los valores naturales de los lugares por los que transitan, la organización Europarc-España (Observatorio de espacios protegidos que reúne a más de 1.800 áreas protegidas de España) ha editado, en el año 2016, la "Guía de buenas prácticas para el desarrollo de carreras de montaña en espacios naturales protegidos".²³⁵ A la vez, la conciencia ecológica ha calado entre los runners y surge el "plogging", una nueva práctica en la que pertrechados con una mochila en la que carga los residuos que el corredor o corredora encuentra en su recorrido para después depositarlos en el correspondiente contenedor.

²³⁵ Para consultar esta y otros materiales publicados por Europarc-España <http://www.redeuroparc.org/publicaciones/serietecnica>).

Capítulo 6. Normalidad, peculiaridad y arritmias

“La capacidad de adoptar estilos de vida libremente elegidos, ese beneficio esencial generado por el orden postradicional, está en tensión no sólo con las barreas a la emancipación, sino también con toda una serie de dilemas morales. Nadie debería infravalorar la dificultad que va a suponer hacer frente a estas cosas.”

Giddens, 1995

Lasén (2000) en *A contratiempo, Un estudio de las temporalidades juveniles* muestra como arritmias de lo social lo que, a partir de la definición del tiempo productivo, se construye sin sometimiento al saber sobre el tiempo que se aprende desde la infancia. El ritmo biológico es sensible a lo que acontece en el entorno, como acontecimientos aleatorios. Los ritmos sociales modulan, ordenan y provocan ajustes perpetuos de comportamientos, ideas y actitudes. Mientras las perturbaciones externas (ingestas de alimentos, bebidas, prácticas deportivas, etc.) obligan al cuerpo a reacciones sobre las causas franqueando la frontera de los valores catastróficos con coherencia (intoxicaciones etílicas, faltas de horas de sueño, atracón de calorías –carbohidratos y grasas saturadas, ...) y sin sobrepasar los límites energéticos del organismo (en caso contrario aparecería la enfermedad) las relaciones sociales y el espacio común de relación situado en un tiempo facilitan el aprendizaje y el ajuste a los acontecimientos (calendarios, horarios, menús, etc.)

El reloj, como modelo depurado de mecanicismo social, y biológico, legitimó la asimilación de todos los aspectos de la naturaleza en un conjunto de engranajes que permite que incluso aquello que apariencia es irreductible sea sometido al modelo o eliminado. Provocó la subordinación de la experiencia y lo inesperado a un mundo de descripción rítmica, escalonada y acumulativa de hechos, también de los fenómenos naturales (Le Breton, 1990). En el *Preámbulo e instrucciones para dar cuerda al reloj* de Julio Cortazar expone en una prosa clara y sencilla la relación entre objetos y sujetos que llegan a confundirse en la producción de una existencia de los cotidiano. Texto que nos obliga a considerar a los personajes (reloj y persona) y vacilar entre lo natural y sobrenatural (natural y cultural) de lo que evoca a través de su breve narrativa.

<<Preámbulo a las instrucciones para dar cuerda al reloj>>²³⁶

Piensa en esto: cuando te regalan un reloj te regalan un pequeño infierno florido, una cadena de rosas, un calabozo de aire. No te dan solamente el reloj, que los cumplas muy felices y esperamos que te dure porque es

de buena marca, suizo con áncora de rubíes; no te regalan solamente ese menudo picapedrero que te atarás a la muñeca y pasearás contigo. Te regalan -no lo saben, lo terrible es que no lo saben-, te regalan un nuevo pedazo frágil y precario de ti mismo, algo que es tuyo, pero no es tu cuerpo, que hay que atar a tu cuerpo con su correa como un bracito desesperado colgándose de tu muñeca. Te regalan la necesidad de darle cuerda todos los días, la obligación de darle cuerda para que siga siendo un reloj; te regalan la obsesión de atender a la hora exacta en las vitrinas de las joyerías, en el anuncio por la radio, en el servicio telefónico. Te regalan el miedo de perderlo, de que te lo roben, de que se te caiga al suelo y se rompa. Te regalan su marca, y la seguridad de que es una marca mejor que las otras, te regalan la tendencia de comparar tu reloj con los demás relojes. No te regalan un reloj, tú eres el regalado, a ti te ofrecen para el cumpleaños del reloj.

<<Instrucciones para dar cuerda al reloj>>

Allá al fondo está la muerte, pero no tenga miedo. Sujete el reloj con una mano, tome con dos dedos la llave de la cuerda, remóntela suavemente. Ahora se abre otro plazo, los árboles despliegan sus hojas, las barcas corren regatas, el tiempo como un abanico se va llenando de sí mismo y de él brotan el aire, las brisas de la tierra, la sombra de una mujer, el perfume del pan.

¿Qué más quiere, qué más quiere? Átelo pronto a su muñeca, déjelo latir en libertad, imítelo anhelante. El miedo herrumbra las áncoras, cada cosa que pudo alcanzarse y fue olvidada va corroyendo las venas del reloj, gangrenando la fría sangre de sus rubíes. Y allá en el fondo está la muerte si no corremos y llegamos antes y comprendemos que ya no importa.

Julio Cortázar, 1970²³⁷

La metáfora del advenimiento mecanicista y matemático fue prolongada por Foucault (1975), en su libro *Vigilar y Castigar*, al describir la tecnología de dominación política que, en torno al cuerpo, ponen en juego instituciones médicas, educativas y jurídicas, del Estado. Una tecnología cuyo éxito no es tratar el cuerpo como masa, o unidad indisociable, sino como conjunto de “minucias” o partículas de vida que permiten establecer controles débiles, apenas perceptibles, sobre la eficacia de los movimientos, no sobre las conductas o sobre los estilos de vida. El tiempo es capitalizado a través de una tecnología del cuerpo que permite organizar todo de manera provechosa, eficiente y natural para una comunidad que teje sus tradiciones y su pervivencia en las tradiciones orales y escritas pero también sobre lo efímero de los gestos eficaces (Le Breton, 2002). Los gestos, como echar sal, azúcar, levantar una pesa, las cantidades y frecuencias, como gramos de sal o azúcar, número de veces al día o a la semana de ingesta de verduras, fruta, de práctica deportiva, veces de repetición, ... todo es desmenuzado, de manera que gestos sencillos inofensivos se aprendan mediante procesos de repetición, en donde la memoria motriz y visual hacen posible la creación de un hábito, que se vuelve inconsciente e involuntario (Lasén, 2000).

Procesos que permiten pensar la individualización, o la aparición de una sociedad de auto-culturas, descritas por Beck, que parecería contradecir los modelos

²³⁷ Julio Cortázar (1970)). *Historia de Cronopios y Famas*. Barcelona, España: Edhasa (1.ª edición en España)

de referencia necesarios para mantener el desarrollo de las sociedades y, sin embargo, lo refuerzan. Para proteger la prosperidad individual, y social, de cualquier amenaza las personas exigen el derecho a desarrollar su propia perspectiva sobre la vida libremente, pero para ello necesitan y demandan a las instituciones que creen el marco interpretativo, de juego, que se ajuste a sus necesidades y que a la postre les otorguen las credenciales para no ser definido como un paria, sino más bien como apto o apta para alcanzar el reconocimiento individualizado de sus competencias y habilidades. Saberes que les emancipan de estilos de vida tradicionales que, no acarrearán “el fin de las clases, sino que más bien emancipa a las clases [también a las clases de edad] de sus limitaciones regionales y particularistas”. Que por extensión implica una manera de experimentar con las relaciones sociales y estilos de vida en los márgenes de lo que es culturalmente permisible, lo cual genera perturbaciones políticas y procesos de formación y atribución de identidades” (Beck & Beck-Gernsheim, 2003).

Las expectativas de una vida propia dan origen constantemente a nuevas búsquedas, que necesitan marcos de referencia institucionales, pero que también “pueden implicar experimentos extremos con las relaciones sociales y con las vidas y los cuerpos de las personas en los distintos escenarios alternativos y en las subculturas de la juventud” (Beck & Beck-Gernsheim, 2003) Para la juventud la salud es algo que se tiene, para quienes les superan por edad es algo que tiene que estar constantemente producido. Para la población adulta la salud ha adquirido un valor trascendental, todo lo que se relaciona con ella y el cuerpo es realizado como única garantía a lo largo de toda la vida, como lo es el trabajo en la sociedad asalariada ahora amenazada. Regir sus cuerpos, conductas, gestos para éstos en una sociedad en estado continuo de cambio demanda no pocas capacidades de los individuos.

El miedo a quedarse detrás o quedarse excluido de suministros, de la posibilidad de conectarse y formar parte de las infraestructuras, provoca el surgimiento de actos políticos de toma de decisiones en lo que parecen ser asuntos de la vida cotidiana puramente privada para la mayor parte de la población adulta.²³⁸ Estimulando la demanda de nuevas, o reformas, leyes y ordenamientos jurídicos que regulen las conductas y los espacios en donde se discute la línea divisoria que discrimina entre lo público y lo privado. Quedando fuera de este debate quienes

²³⁸ Leyes que son demandadas por los ciudadanos que entran a regular conductas y espacios en donde se discute la línea divisoria de lo público y lo privado.

esperan su oportunidad, porque todavía están excluidos de la participación política, de una parte, relevante, la que contribuye a la génesis y fundamentos de la cadena de suministros.

Cuando aumenta el conocimiento y las posibilidades de predicción (prevenir la aparición de enfermedades no transmisibles a través de la adopción de estilos de vida saludables) aumenta la incertidumbre biográfica, la posibilidad de elecciones y el manejo de riesgos. Los individuos pueden ser capaces de salir adelante combinando elecciones, adopción de hábitos o estilos de vida establecidos con la consulta a expertos que evalúan los riesgos y ofrecen alternativas. Sin embargo, las recomendaciones y las guías para orientarse en un mundo de transformaciones tan profundas y rápidas pueden quedar pronto caducas, “en condiciones de la modernidad tardía muchas de las formas de riesgo no admiten una evaluación clara debido al medio mudable de conocimientos que los enmarca” (Giddens, 1995).

La atención y provisión de la salud, y la oferta de carreras educativas figura entre los modelos biográficos fomentados y exigidos por la sociedad individualizada. Mantenerse a flote en el mercado laboral, evitar bajas por enfermedad, reducir al máximo el absentismo laboral, exige salud y atesorar aptitudes. Cumplir con las exigencias del rol de estar sano y ser apto que la sociedad dispone y asigna a cada persona, es pensar el futuro en el presente, significa “ser empleable”, “estar en condiciones”, “ser apto”, para un momento futuro, porque será en el futuro cuando tendrá lugar la prueba verdadera.

La competencia es encarnizada y la salud se convierte, no ya en una elección sino, en una obligación que va más allá de lo individual. Por un lado, hay que proteger la salud para no quedarse a la cola, o excluido de los beneficios de las sociedades asalariadas, por no tener que enfrentarse a las consecuencias negativas que implica no tener buena salud. Por otro lado, la enfermedad, la desviación de lo normal, desde la perspectiva funcional es visto como proceso que afecta a la sociedad en su totalidad en la medida que merma su potencial (perdida de años de vida con salud), rompe su frágil organización (mantenimiento del estado de bienestar, carga de enfermedad) y genera confrontación social.

El sistema educativo con su programa a través del calendario, los horarios, los contenidos, el seguimiento de la asistencia, calificación y certificación del conocimiento alcanzado, etc. ha institucionalizado una manera de ver y estar el mundo e instituye un modelo de sociedad basado en resultados, en las que las inversio-

nes de la escuela se quedan cortos para los logros esperados de familias, profesorado y alumnado. Lo que acaba por desalentar la elección y el aprendizaje escolar en instituciones públicas y aumenta la demanda de financiación de la escuela concertada y de actividades extraescolares a través de asociaciones de padres y madres u otras entidades sociales de carácter *privativo* que concurren a las convocatorias de ayudas públicas (subvenciones).

En la sociedad moderna avanzada de acuerdo con Giddens (1995) los futuros están reflejamente organizados en el presente, no consisten simplemente en la expectativa de sucesos por devenir, sino que indican el reconocimiento a las posibilidades de estimación y evaluación de los riesgos antes de que acontezcan. Una sociedad que refleja el futuro en el presente activa potentes sistemas de información que le permita predecir desviaciones respecto a la norma, identificar grupos vulnerables, etc. y se orienta hacia un perfeccionamiento constante (se diseñan sistemas de evaluación, de cribado, de detección precoz, protocolos, criterios y procedimientos diagnósticos, etc.) mediante dispositivos de seguridad y control que permitan detectar de manera temprana y estar en condiciones de corregir las trayectorias.

¿Cómo entonces no mirar a la juventud con preocupación? Si el yo, como producto reflejo de las sociedades modernas reflexivas, debe ser explorado para vincular el cambio personal y el social, es muy probable que las nuevas generaciones de jóvenes introduzcan formas sociales innovadoras que contradicen las relaciones entre yo y sociedad validadas por la población adulta que ha pensado un mundo posible y lo ha convertido en práctica para el presente de las poblaciones haciendo uso de mucha ciencia y tecnología de control.

Entramos así en el mundo de la subjetividad y de la creación de una intersubjetividad en la que se ha impuesto la tarea de mantenerse sano en el plano individual, mientras en el plano social, toca revalorizar los programas institucionales para poder hacer frente a las prácticas relacionadas con la salud de la juventud, prácticas que chocan con el discurso adulto y de instituciones que velan por la salud y bienestar actual y venidero.

6.1. Autopercepción de la salud y bienestar

En el campo de la salud emerge una serie de categorías poblacionales para el diseño de estudios e intervenciones en salud basados en diferentes identidades subjetivas: mujeres, adolescentes, mayores, inmigrantes, trabajadores, transexuales, etc. De hecho, esa tendencia representa un avance en relación con las propuestas universalizadas de la medicina tradicional, basado en categorías nosológicas de epidemias y endemias (Carvalho-Mesquita, 2002). Apoyar las intervenciones en identidades ligadas a la subjetividad y no sobre enfermedades, ha representado un gran avance en las prácticas de la salud pública. Este cambio supuso el diseño nuevas intervenciones, en función de los grupos beneficiarios. Ha supuesto además la apertura, aunque no voluntaria, a necesidades que difícilmente encontrarían expresión en los ambientes médicos defensores de la tradición (IVE, cambio de sexo, investigación con células madre, etc.)

El reconocimiento de otras identidades abre la posibilidad para escapar de la diferenciación entre lo normal y lo patológico. Pero sobre todo nos obliga a pensar sobre el potencial que tiene comprender los significados que las distintas identidades dan a la salud. No hacerlo deja fuera propuestas de transformación. La encuesta efectivamente no permite llegar a conocer los significados de la salud para la juventud. Lo que a través de la encuesta conseguimos no es un diálogo sobre la salud, con lo que sueñan las persona para vivir con salud, los intereses de naturaleza estética, emocional, moral, etc. Todo lo que permite, como constructo teórico, es aproximarnos a lo que hacen con voluntad para mantener la salud o mejorarla e identificar donde emergen los riesgos para la salud de acuerdo a condiciones o definiciones pre-operativas y predefinidas.

Siguiendo la definición de salud mental de la OMS, y de acuerdo con la evidencia científica existente, podemos decir que para el logro de bienestar debemos abordar de manera integral tanto la salud física como la salud mental y la presencia de enfermedad/discapacidad. Si la salud es multidimensional, la definición del estado de salud como “normal” incluso como “buena” puede dar cabida en un nivel “corriente” de síntomas o malestares dado que lo que se considera normal depende de factores como la edad, el sexo, normas sociales y de la experiencia de salud individual. Así por ejemplo si tomamos como referencia la edad, es muy probable que a partir de los 18 años la puntuación dada al estado de salud esté

condicionada por una construcción más compleja del concepto, en el que se enfatice un estado de bienestar físico y mental. No podemos desdeñar tampoco que pueden darse valoraciones anómalas debido a características psicológicas.

Por otra parte, en el concepto de salud es importante tener en cuenta la funcionalidad que a ésta se le otorga. No todas las personas responden de la misma manera a las circunstancias, a las características del entorno, a la situación social o desventajas en salud (Blaxter, 1990). En el estudio llevado a cabo en la Comunidad de Madrid en el año 1993 se identificaron tres tipos o dimensiones que se contribuían a definir el concepto salud (Sarría Santamera (Coord.), 2001):

- a. Un concepto holístico-simbólico que representa el equilibrio dinámico que vincula lo psíquico, lo físico, lo personal y lo colectivo.
- b. Un concepto relacionado con la vida saludable con connotaciones medioambientales, siendo la salud el resultado de determinados estilos de vida
- c. Un concepto órgano-médico, individual, con una connotación más negativa que positiva, vinculado a lo físico y basada en la relación médico-paciente.

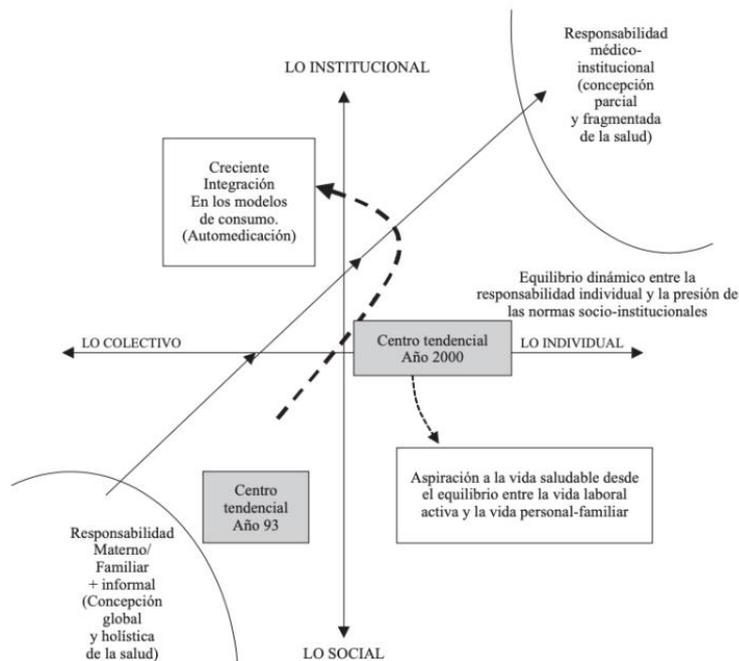
En el año 2000, otro estudio, “Las concepciones de la salud de las mujeres”, permite observar cómo los cambios sociales (mayor presencia de las mujeres en el mercado de trabajo, cambios en las pautas familiares y de reproducción,...) afectan al concepto de salud hecho discurso en las mujeres de la Comunidad de Madrid (Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, 2001).²³⁹

En el año 1993, los discursos de las mujeres estaban entretejidos sin fisura en torno a la reproducción, maternidad y crianza-cuidado de la familia (algunos autores los han denominado como femeninos”) mientras en el año 2000 se desplazan hacia discursos con rupturas motivados por el desempeño de roles laborales fuera del hogar. En 1993 se integraba enfermedad y salud en el sentido biomédico más reducido, mientras en el año 2000 la concepción de salud estaba a caballo entre las concepciones más holísticas y familiares de 1993 y las más individualista y biomédicas presentes en instituciones sanitarias (Conde & Gabriel, 2002). Si en 1993 la referencia a la vida sana, saludable, a la familia cruzaban los discursos en el 2000 la vinculación con la salud ya no se hace por la familia sino por relatos

²³⁹ Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid “Las concepciones de la salud de las mujeres”, Informe 2000. Documentos Técnicos de Salud Pública, 2001. Nº 89

más personales, sustituyendo las referencias familiares por referencias individuales (tener energía, vitalidad, etc.), con menos carga sobre la maternidad y más marcados por roles laborales. Cambios que adoptan expresión en distintas patologías. Si la situación patológica más señalada en 1993 era la depresión, en el año 2000 emergió el estrés. Romper con el encierro en el hogar, condición de vida más señalada en 1993, es sustituido por el deseo, el hogar adquiere una connotación más positiva, de ganar tiempo propio, para recuperar el equilibrio personal.

Ilustración 14. Evolución de las tendencias de las nociones sobre la salud de las mujeres madrileñas 1993-2000



Fuente: Conde & Gabriel (2002)

En la monografía “Las Representaciones Sociales sobre la Salud de los Jóvenes Madrileños” (Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid, 1997), se señalaba cómo las representaciones juveniles hacían de la propia juventud un sinónimo de salud. Venían a decir que ser joven es tener salud y, por tanto, las posibles preocupaciones sobre ella se relegaban a un futuro muy lejano. En relación con la salud, en este estudio, los autores destacan tres grandes variables por su capacidad de discriminar y organizar los discursos: el género, la edad y el posicionamiento social.

Desde edades tempranas los *mandatos de género* producen la experiencia de género y ligan a la construcción de masculinidad y la feminidad una noción de salud. La noción femenina de la salud se relaciona, entre las jóvenes que participan

en este estudio, con la idea de sensación de bienestar que integra tanto aspectos físicos como emocionales o psíquicos. Aspectos que asimismo son tributarios de elementos de tipo relacional. Mientras, los jóvenes, depositarios de los valores de identidad masculina, desarrollan otros criterios de salud y bienestar, desde experiencias y expectativas diferentes. Ellos destacan la importancia de "estar bien", haciendo hincapié en los aspectos físicos en tanto que para ellos lo físico encarna el espacio de representaciones más frecuente de los síntomas del bienestar (como ausencia de malestares físicos). Ellas en cambio prefieren "sentirse bien", manteniendo el equilibrio entre lo emocional y lo físico, dominando aspectos psicológicos y afectivos.

Cuadro 6. Concepciones juveniles sobre la salud (Comunidad de Madrid)

CHICAS	CHICOS
— "Sentirse bien"	— "Estar bien"
— Concepciones centradas en el bienestar global y en el equilibrio personal	— Concepciones más centradas en el bienestar físico y en la potencialidad energética del cuerpo
— Concepciones relacionales de la salud	— Concepciones más individualizadas sobre la salud
— Equilibrio entre salud física y mental	— Focalización en la salud Física
— Concepción más centradas en los hábitos y en los cuidados	— Concepciones más centradas en lo innato y en el dinero

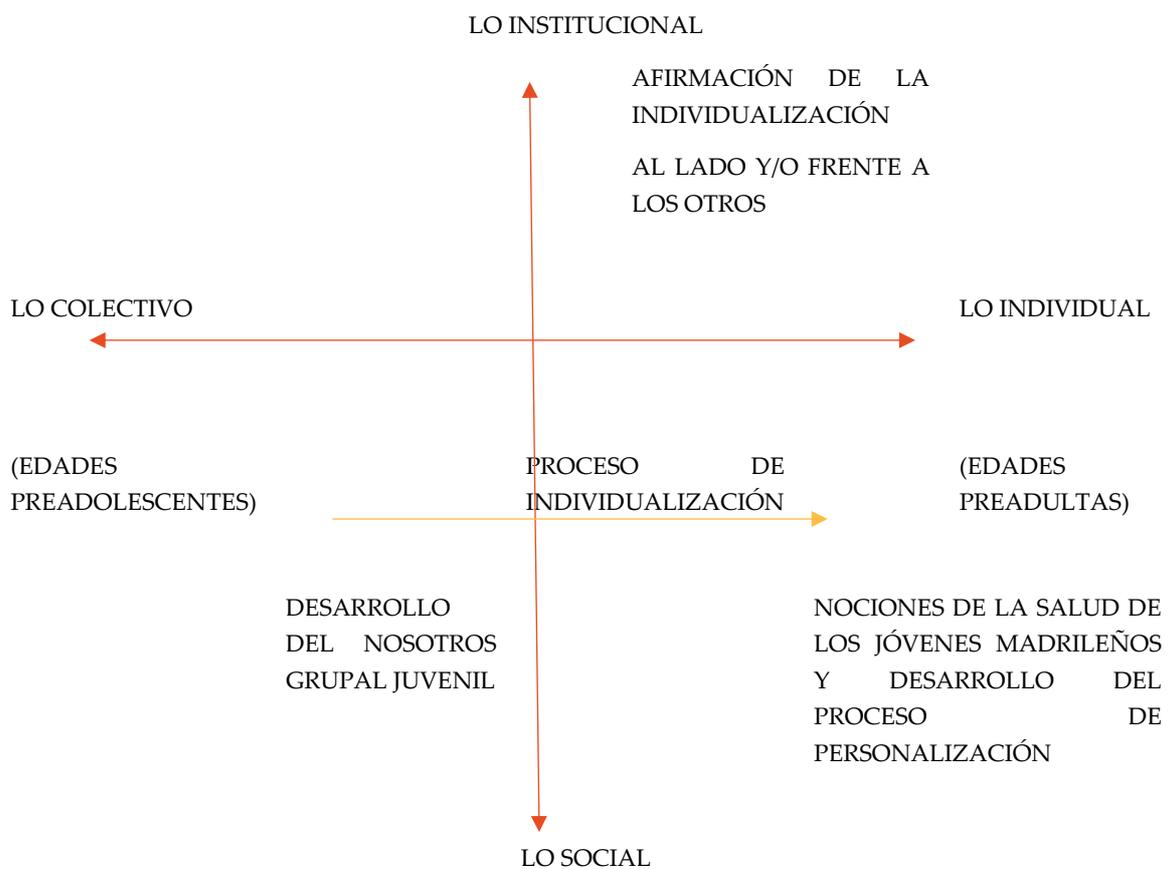
Fuente: "Las Representaciones Sociales sobre la Salud de los Jóvenes Madrileños". Documentos Técnicos de Salud Pública nº 45. 1997)

Hombres y mujeres se acercaban a la salud de manera distinta, en función de los respectivos esquemas de género masculino y femenino, diferenciando entre "estar bien" y "sentirse bien" como se muestra en el cuadro.

Comparativamente con el estudio del año 2000 sobre "Las concepciones de la salud de las mujeres", en el que se dedica un apartado a las representaciones sociales juveniles sobre la salud entre las mujeres madrileñas, se observa un desplazamiento hacia una concepción más joven de la salud y algo más masculina. Así entre las mujeres jóvenes es mayor la asociación de la salud con la fuerza, la energía y la vitalidad y cabe asimilar los "estilos de vida" desarrollados por estas mujeres jóvenes a los desarrollados por sus coetáneos masculinos, en los que la complementariedad del trabajo, los amigos y la "marcha", las "salidas nocturnas" ocupan un papel esencial.

La edad parece expresar un determinante biológico de la salud y, sin embargo, en el análisis de los discursos realizados en el estudio se puede observar que más bien son las biografías construidas individualmente y las formas y estilos de vida de cada persona (tabaco, alcohol, descanso/sueño, ejercicio físico, etc.) lo que condicionarían el estado de salud. Biografías que van desde la dependencia y control familiar sobre la dieta, el vestido, las salidas nocturnas, etc. a situaciones de mayor autonomía en la toma de decisiones relacionadas con los estilos de vida.

Ilustración 15. Mapa de nociones de la salud de la juventud²⁴⁰



Fuente: "Las Representaciones Sociales sobre la Salud de los Jóvenes Madrileños". Documentos Técnicos de Salud Pública nº 45. 1997

Tras el género y las edades, la clase o estatus social diferencial de las respectivas familias de origen, marca la tercera dimensión que discrimina los discursos. Al igual que sucede con la edad y el género, el estudio recoge los diferentes expresiones, concepciones y representaciones sobre la salud de los diferentes estatus

²⁴⁰ Ilustración re-elaborado para mejorar la lectura.

sociales. Así, por ejemplo, se destaca que, si bien entre las edades más jóvenes se aprecia una tendencia común hacia la adhesión por los gustos dominantes puestos de moda, existen diferencias por estatus de acuerdo con la forma de asunción y de incorporación de dichas pautas. Deja claro que no es posible separar en el análisis las edades de la pertenencia a una clase, o detentar un estatus social, ya que los tránsitos de una edad a otra la clase actuará como una variable central en los cuidados, los gustos, intereses y preferencias. Concluyendo que “mientras los segmentos más jóvenes están más vinculados a la salud modal más radical y comercial (los extremos de moda) que incluye desde los desórdenes más evidentes a las represiones más radicales, los sectores de más edad aparecen muy abiertos a todo tipo de autocuidado que garantice la posibilidad de integración y aceptación del cuerpo y, por lo tanto, de la persona en el "sistema" más adulto”.

No podremos hablar de conceptualizaciones de la salud de la población joven navarra, sin embargo, y a pesar de las limitaciones que tiene la conceptualización convertida en escalas, la encuesta navarra de juventud y salud abre los módulos sobre salud preguntando, por primera vez en el año 2014, por la puntuación que dan a su salud en una escala visual analógica (EVA) La escala permite que la población joven valore su salud de 0 a 100. El uso de este tipo de escalas responde a un cambio en el paradigma que se ha producido en la comprensión de la salud²⁴¹ entendida ésta como un continuo, en el que los extremos no son posibles, es decir la salud perfecta o el estado de enfermedad completo.

En general, la juventud navarra da una buena puntuación a su estado de salud, aunque ésta es mejor entre hombres que entre mujeres y disminuye con la edad. No siendo significativas las diferencias entre los distintos grupos de edad, si atendemos a la variable sexo.

Tabla 15. Estado de salud. Puntuación media. Año 2014

Sexo		Total	Intervalos de Edad		
Hombre	Mujer		14 a 17	18 a 23	24 a 29
80,6	76,3	78,4	80,0	77,9	77,9

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

²⁴¹ Cambio que vino de la mano de un médico-sociólogo Aaron Antonovsky, si bien su teoría de “salutogénesis” comenzó a fraguarse en los años 70 ésta no ha sido extendida hasta años recientes.

Sin embargo, a pesar de la buena valoración general que otorgan a su salud, como si no fuera otra cosa que cosas del alma, distintos factores relacionados con la salud mental tienen una presencia significativa entre la juventud navarra.²⁴²

No resultaría extraño que con el aumento de la edad la posible acumulación de enfermedades o problemas de salud, aumento de situaciones conflictivas (trabajo, relaciones familiares, etc.) provocara el aumento de situaciones de estrés, malestares psicológicos o riesgo de mala salud mental (psicológico o social) No obstante, de acuerdo con los datos que ofrece la encuesta también los y las más jóvenes padecen malestares físicos y psicológicos. La falta de recursos personales, la falta de madurez o falta de apoyo familiar y/o social pueden estar jugando un papel más o menos relevante.

Los desajustes que se producen en los primeros años de vida y las formas de control asociadas a ellas son más que modos de acomodo entre individuo y sociedad, son elementos constitutivos de la aceptación emocional del mundo exterior. Durante la adolescencia y juventud podemos comprobar que se producen situaciones de angustia, estrés, o malestar, ante la inseguridad para afrontar de manera autónoma el reto de llevar a cabo este ajuste de forma autónoma, para construir una autobiografía para la que los referentes (familia o profesorado) no siempre están preparados debido al “medio mudable de conocimientos en el que se enmarcan” (Blaxter, 1990). No es extraño entonces que se haya producido un aumento de la demanda del apoyo de expertos (terapeutas, psicólogos, educadores, *coaches*, entrenadores personales,...) y que ésta se produzca a edades cada vez más tempranas.

Tampoco sorprende que el término de “vulnerabilidad” se haya extendido como la pólvora entre los profesionales que trabajan con menores, adolescentes y jóvenes. Como cajón desastre el concepto acoge y pone traje, caracteriza a toda la población adolescente, cuando se define la etapa de la adolescencia como momento crítico, de crisis, como de especial vulnerabilidad a cualquier tipo de tropelía (sea como víctima o como verdugo). Así se cae casi de manera imperceptible en paternalismos por subsidiariedad. Porque se les mira como personas débiles, carentes de los mecanismos tradicionales de afrontamiento, porque los vínculos

²⁴² La OMS propuso en 2001 el siguiente significado de salud mental: ... un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS 2001). OMS (2001) Fortalecimiento de la promoción de la salud mental. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Hoja informativa, N° 220).

sociales que tejen son frágiles o blandos, se les protege de cualquier gesto que les pueda ofender, que les haga sentirse cuestionados, porque lo que antes “era difícil”, “llevaba tiempo”, “necesita de esfuerzo” ahora puede resultar “traumático”.

Curiosamente cuando dan muestras de independencia, libertad, creatividad en las redes, se les ha enseñado a identificarse como vulnerables a los abusos de la Red y se ha aceptado, y han aceptado, sin cuestionamiento interpretar cada problema bajo el prisma de la salud mental. Es común escuchar entre estudiantes de primaria y secundaria que hay “viciados” con las redes, los videojuegos, y es frecuente que en las dinámicas de prevención de consumos de drogas se haga referencia a episodios de ansiedad, estrés o temores para superar las dificultades o enfrentarse a situaciones no necesariamente conflictivas. Aspectos que se recogen en la encuesta. ¿Profecía autocumplida?

A los 12 años los menores tienen derecho a ser oídos antes de tomar cualquier decisión que les atañe, siempre que tenga madurez suficiente -art. 154 del Código Civil- y podrán decidir, no será necesario el consentimiento por representación, si estamos ante un mayor maduro de 16 años en el ámbito sanitario, a no ser que haya un grave riesgo para su vida o salud -art. 9.3 y 9.4 de la Ley 41/2002, de derechos y autonomía del paciente-²⁴³ (Ivanova, 2017) Y sin embargo, el sentimiento de fragilidad emocional inunda los discursos²⁴⁴ de padres/madres y “expertos”, alentando a niñas y niños a pensar los problemas existenciales en términos psicológicos (Ecclestone, 2012,2007).

Un 43% de la población encuestada declara haber experimentado “últimamente” mucho o moderado estrés, siendo un 32% de los hombres y un 53% de las mujeres. Podríamos pensar que la situación laboral de los más mayores podría estar contribuyendo de manera significativa al nivel de estrés experimentado por la población joven, sin embargo, y teniendo en cuenta que la encuesta se hizo a caballo entre finales de 2013 y comienzos de 2014, todavía saliendo de la crisis y arrastrando datos muy negativos sobre el para juvenil (un 20,6% de los encuestados de 24 a 29 estaba en paro y un 17% lo eran de larga duración -24 o más meses- y de los que estaban trabajando algo más de la mitad tenía un contrato

²⁴³ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

²⁴⁴ La COVID-19 ha contribuido a inundar las noticias de lenguaje emocional, y los profesionales de distintos ámbitos de la intervención miran los desafíos a los que debe enfrentarse la población a través del lenguaje de salud mental.

temporal, 51%) no es menos cierto que entre los estudiantes también se vivía esta situación.

Tabla 16. Nivel de estrés experimentado. Año 2014 (%)

	Sexo			Intervalos de Edad		
	Hombre	Mujer	Total	14 a 17	18 a 23	24 a 29
Casi ninguno	31,20	17,70	24,10	31,20	22,50	21,70
Relativamente poco	36,40	29,40	32,80	34,40	32,40	32,20
Moderado	26,70	38,90	33,00	28,10	34,10	34,80
Mucho	5,70	14,00	10,00	6,30	10,90	11,30

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

Una segunda dimensión de autovaloración de la salud y bienestar, que ya hemos ido introduciendo, es el indicador de bienestar psico-social, que está constituido por una puntuación acumulativa de síntomas considerados que son más psicológicos que físicos. El Cuestionario de Salud General de Golberg²⁴⁵, test de cribado de desórdenes psiquiátricos es utilizado por la encuesta no como cuestionario psiquiátrico sino como medida de bienestar autopercebido. Los 12 ítems que forman el cuestionario/escala recogen síntomas somáticos y distinguen entre: angustia/ansiedad, depresión, y disfunción social.

Tabla 17. Riesgo de mala salud mental. Año 2014 (%)

	Sexo			Intervalos de Edad		
	Hombre	Mujer	Total	14 a 17	18 a 23	24 a 29
Riesgo de mala salud mental	12,2%	20,3%	16,4%	16,8%	18,2%	14,8%
Riesgo de Malestar Psicológico	26,3%	42,1%	34,6%	36,9%	35,1%	32,9%
Riesgo de Mal funcionamiento social y/o afrontamiento	14,7%	22,5%	18,8%	20,7%	18,2%	18,2%

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

Si comparamos los distintos componentes de la escala: riesgo de malestar psicológico y riesgo de mal funcionamiento social y/o afrontamiento, de la población entrevistada, el componente que más explica el riesgo de mala salud mental es el

²⁴⁵. Test que también fue utilizado con el mismo objetivo por Mildred Blaxter (1990) (Health and lifestyles, Routledge, London)

psicológico, más entre la población femenina, y despuntando en edades tempranas, 14 a 17 años.

Sean estos resultados la consecuencia del proceso de individualización, de producción autónoma de biografía, o de una psicologización general que ha transformado lo que eran contradicciones estructurales propias de la sociedad moderna en cuestiones de carácter psicológico e individual en las sociedades modernas avanzadas (Lipovetsky, 2006), dando lugar a que la inteligencia emocional se haya convertido en una de las competencias más importantes a adquirir si se quiere estar entre los conectados a la red de *competentes sociales*.

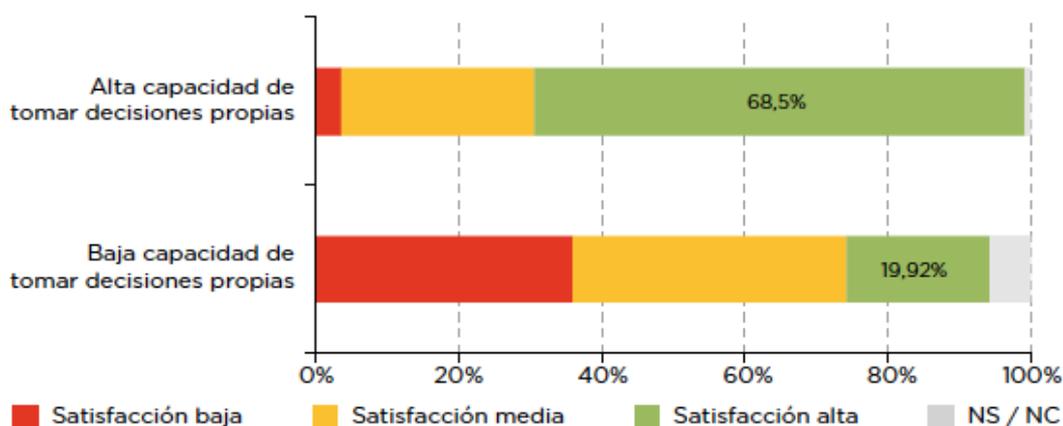
En las sociedades neoliberales se considera la inteligencia emocional como una de las principales fuentes de la salud física y mental y de la adaptación social, pero sin duda se ha convertido también en la causa del sufrimiento, de los comportamientos disfuncionales y de trastornos físicos y mentales para una corriente teórica de la psicología.²⁴⁶ La industria de la psicología positiva ha logrado convertir en un hábito cotidiano la búsqueda de la felicidad²⁴⁷, y a sus expertos en el lugar al que acudir en busca de respuestas. Pero lo que es aún más importante, ha hecho del deseo una necesidad imperiosa, adquirir las competencias y habilidades (perseverancia, resiliencia, ...) para gestionar y controlar la vida emocional de la forma más eficiente y productiva posible, para llevar a buen puerto los proyectos por cuenta y riesgo de cada persona (Cabanas & Illouz, 2019).

La capacidad para tomar sus propias decisiones explica la satisfacción con las perspectivas de futuro, que se reflejan en las elecciones presentes, y ésta está fuertemente condicionada por el acceso a los recursos que permitan mejorar competencias y habilidades cognitivas y emocionales.

²⁴⁶ El año 1995 fue el momento de despegue de la inteligencia emocional con la publicación del *Superventas* de Daniel Coleman "Interlignencia emocional"

²⁴⁷ El INJUVE en el año 2007 dedicó un monográfico a "El bienestar y la felicidad de la juventud española". La mayoría de los jóvenes, asociaron a la felicidad con: 1) las relaciones interpersonales (familia, amistades y pareja), 2) el estado personal, 3) la ocupación profesional y el estilo de vida, 4) el ocio, 5) los bienes materiales y 6) los asuntos colectivos.

Ilustración 16. Satisfacción con la capacidad para la toma de decisiones (%)



Fuente: Informe Juventud en España 2016

No obstante, hemos de tener en cuenta que cuando rige la lógica del mercado, los consumidores nunca pueden equivocarse, todas las ofertas disponibles son válidas, pero tampoco estarán seguros de haber acertado. Es difícil que los consumidores tengan el conocimiento suficiente que les permita considerar y decidir cuáles de los muchos medios al alcance resultarán con utilidad más duradera. Del mismo modo las condiciones subjetivas y la satisfacción con las perspectivas de futuro de cada persona joven, influirán sobre la capacidad de tomar decisiones. Se experimenta todo como inacabado e indeterminado y se vive intimidados por la tarea. Ningún itinerario parece seguro ni libre de riesgos y el desafío continuo es la necesidad “irritante” de establecer prioridades, desechar opciones e incluso dejar algunas sin explorar²⁴⁸, de lo que resulta vital saber cómo han hecho otras personas para enfrentar el desafío o buscar guías o consejeros (Bauman, 2002).

Una tercera dimensión de la salud es la ausencia o presencia de malestares físicos y psíquicos basado en la suma acumulativa del número de síntomas experimentados de forma habitual o con cierta frecuencia. La lista de 11 síntomas (Ilustración 18) recoge aquellos que se conoce son más comunes²⁴⁹ entre la población

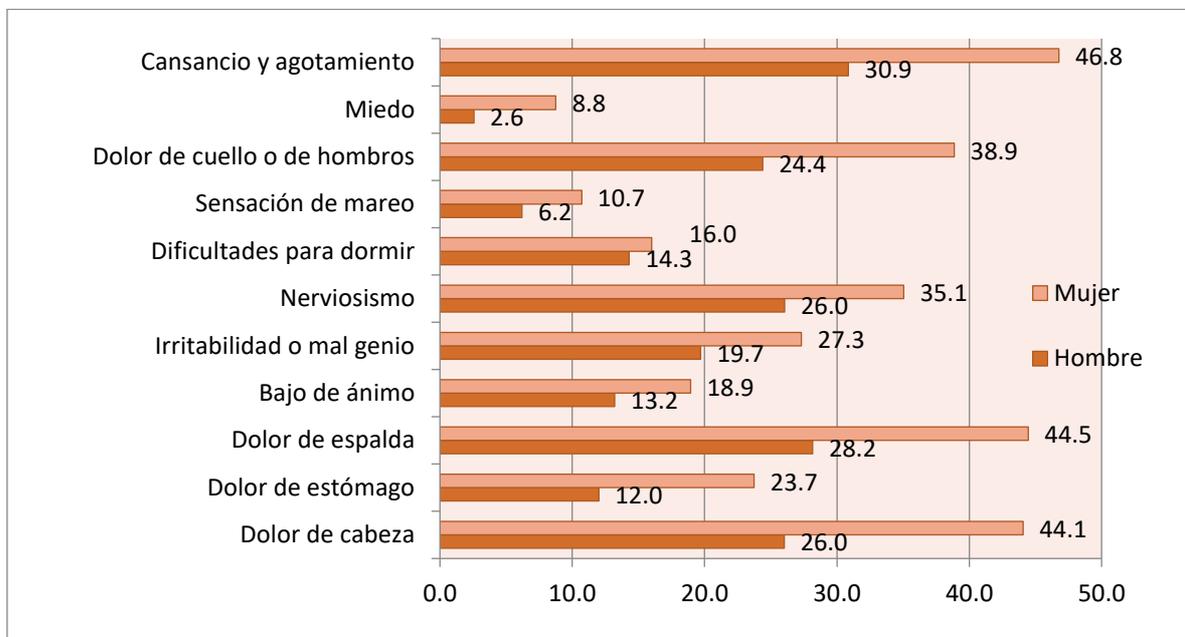
²⁴⁸ Seguro que se nos ocurren algunos factores que estarán influyendo en el grado de irritación de las personas jóvenes (sexo, clase social, lugar de residencia, ...)

²⁴⁹ En una publicación del INJUVE, año 2019, considerando los tres ámbitos del bienestar integral de las personas: físico, psíquico y social, se centra en la *Promoción de la salud y bienestar emocional en los adolescentes*. La publicación recoge las diferentes visiones que tienen distintos agentes sobre los problemas emocionales en la población infanto-juvenil, visiones que ponen el foco sobre la ansiedad, la depresión, el suicidio, la cibervictimización, riesgos de la sociedad digital -grooming, sexting, ...-, TIC problemas emocionales y promoción de la salud mental y estigma

joven (4 de ellos físicos y 7 psíquicos). La presencia de cualquier de los síntomas es mayoritaria entre las mujeres. Las mayores diferencias están en el dolor de cabeza, de espalda, cansancio y agotamiento y dolor de cuello por este orden. Son también mayoritariamente las mujeres quienes dicen haber padecido entre 4 y más síntomas de manera habitual.

La división entre malestares físicos y psíquicos limita las posibilidades de análisis y comprensión de la salud de las personas jóvenes encuestadas. No podemos conocer si la expresión de malestares físicos son la simple comunicación de los órganos de cambios físicos o son síntomas de otros malestares, como tampoco podemos saber si los malestares psicológicos influyen en el estado físico.

Ilustración 17. Síntomas de malestar. Año 2014 (%)



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

El apoyo social se incluye como cuarto y último indicador de bienestar. Construcción que no deja de ser arbitraria, pero que al menos permite realizar una conceptualización de la salud y bienestar más compleja. La mayoría de la población joven encuestada se siente apoyado en su entorno próximo.

Tabla 18. Población joven navarra que sienten auto-percibir Apoyo. Año 2014 (%)

	Hombre	Mujer	Total	14 a 17	18 a 24	25 a 29
Grupo Familiar	99,6	99,0	99,3	98,7	99,4	99,6
Grupo Escolar	88,9	93,1	91,1	94,4	92,2	84,9
Mundo Laboral	89,8	87,4	88,6	64,3	83,6	91,1
Amistades	99,3	99,1	99,2	100,0	98,4	99,2
Gente del barrio o pueblo	84,1	83,1	83,6	83,4	80,3	86,8

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

A falta de análisis más exhaustivos de los cuatro indicadores utilizados (Percepción de la salud, nivel de estrés, riesgo de mala salud mental y apoyo social autopercebido) para acercarnos a una definición de la salud más amplia, y sin un análisis cualitativo previo que permitiera conocer cuáles son las dimensiones que aparecen en las concepciones de salud de la población joven, podemos pensar que unos ponen el énfasis en el estado físico y otros en la experiencia psico-social, y que las mujeres tienen una definición más amplia de la salud. Si atendemos a la escala EVA de valoración del estado de salud cabría deducir que éste no excluye necesariamente la enfermedad o el malestar. Y si bien no conocemos el estándar de partida, la encuesta aporta información sobre la capacidad de ajuste o a hacer frente a situaciones del contexto que ponen en riesgo la salud mental y física y en consecuencia del bienestar. Otra cosa será comprender qué es lo que está motivando los desajustes entre expectativas y la percepción de capacidad de logro.

6.2. Cuerpo e Imagen

La salud, se ha convertido, en una cuestión de adquisición de hábitos y estilos de vida que demanda competencias y talentos, como lo hace la educación. Para los individuos que quieren modelar, rectificar o reforzar a su gusto su *interior*, el cuerpo se convierte también en el objeto sobre el que actuar, desplegando toda una serie de hábitos y de modos de vivir que le permitan someterlo mediante actos de consumo. Búsqueda de un bienestar psíquico y físico que es también expresión de un cierto rechazo a la rutina, a la normalidad de lo cotidiano y lo repetitivo de la vida, que provoca un cierto *zapping* en las elecciones que implican

a la salud y dificulta la tarea de las instituciones que han extendido el tinte sanitario a la alimentación, la actividad física, el tiempo dedicado a las pantallas y a las redes sociales, relaciones afectivo- sexuales, a toda conducta que sea susceptible de alejarse de la norma social y promovida por expertos de la salud certificados por el Estado.

En un informe de expertos de la FAO y la OMS de 2003 se presentaron pruebas científicas que había, hasta el momento, acerca de la relación de la dieta, la nutrición y la actividad física con las enfermedades crónicas. El informe que examinó las enfermedades cardiovasculares, varios tipos de cáncer, la diabetes, la obesidad, la osteoporosis y las enfermedades dentales concluyó que la carga que suponen las enfermedades crónicas habían aumentado rápidamente y que pequeños gestos como una dieta baja en grasas saturadas, azúcares y sal, y abundantes frutas y hortalizas, combinada con actividad física regular, podían tener un gran impacto en la lucha contra la elevada carga de mortalidad y morbilidad de estas enfermedades.

En 2014, en la Declaración de Roma sobre Nutrición²⁵⁰ determinó que los factores de riesgo dietético (mala y/o deficiente alimentación), junto con una actividad física inadecuada, explican casi el 10 % de la carga mundial de la morbilidad y la discapacidad. Declaraciones que se emitieron en un contexto en el que no es fácil la autovigilancia de la salud y de prácticas para mantener un cuerpo sano. No es tarea fácil mantener la *voluntad de estar sano*, cuando se desestabilizan los horarios, y se producen arritmias que: afectan al sistema de comidas y a la estructura de la alimentación, hacen difícil conciliar estudios/trabajo y actividades de ocio entre semana o cuando el fin de semana se espera sirva para romper con la rutina. En estas circunstancias es posible que se produzca la incorporación de pautas de un contexto en otro contexto, provocando que el territorio sea inhabitable/hostil o que se produzca una especie de colonización de las normas de un contexto por las de otro contexto (Moreno, 2010).

En lugares en los que la cultura de una sociedad que todo transforma en mercancía, en donde el mercado de interacción corporal puede concentrar la actividad de los individuos, el cuerpo se considera un material a modelar, transformarse al gusto de cada cual, a voluntad, a través de dietas, saltarse comidas, ejercicio físico, etc. se desmoronan los encuadramientos espacio-temporales del consumo y de las recomendaciones de salud (alimentación, descanso, ejercicio físico, etc.)

²⁵⁰ (Declaración de Roma sobre la Nutrición, 2014) <https://www.who.int/topics/nutrition/es/>

El módulo de la encuesta de salud de la juventud navarra que se centra en la alimentación, actividad física y descanso, en el que se aborda también el peso, la autoimagen y el ocio como factores muy relacionados con los tres anteriores servirá para discutir, o al menos hacer un boceto, de los cambios y transiciones que se están produciendo en los estilos de vida de la población joven relacionados con la producción de cuerpos sanos y estetizados. La revisión de la literatura nos permitirá incorporar elementos para la discusión y para una mejor comprensión de cómo se están produciendo estos cambios.

6.2.1. Alimentación

Al hablar de “la buena alimentación” es inevitable introducir en el debate algunas cuestiones sobre ¿quiénes establecen los criterios de lo que es una correcta alimentación? ¿qué es alimentarse bien? ¿cuáles son los hábitos alimentarios que predominan? o ¿qué factores pueden estar afectando al tipo de alimentación de los grupos sociales?

A pesar de las evidencias recogidas por la OMS a lo largo de los años, existe una parte de la comunidad científica y de la medicina que advierte del alcance, relativamente pequeño de las iniciativas individuales sobre la dieta, la actividad física o el descanso.²⁵¹ Michael Fitzpatrick describe en su libro “The tyranny of health” cómo el valor preventivo que se otorga a la dieta es un juego estadístico. Se calcula que como resultado de la dieta puede producirse un aumento de 12 meses en la esperanza de vida para la población general mientras para quienes de otra manera morirán de ECV oscila entre cuatro y ocho años. “Si se recomienda un cambio en la dieta para todos, el beneficio podrá medirse en toda la población” (Fitzpatrick, 2000), omitiendo (consciente o inconscientemente) que en la valoración de riesgos es importante tener presente la diferencia entre riesgo absoluto y relativo. Las mejoras observables debido a la dieta pueden tener relevancia epidemiológica sustancial pero una importancia clínica trivial²⁵². Para este

²⁵¹ Michael Fitzpatrick (2000) “The tyranny of health: doctors and the regulation of lifestyle” es una de éstas personas que junto a David Watherall, *Science and the Quiet Art* (1995), Lewis Thomas, *The fragile Species* (1992) o Juan Gervás y M. Pérez-Fernández, *La expropiación de la salud* (2015) nos provocan reflexionar sobre las políticas en salud y la práctica médica.

²⁵² M. Fitzpatrick recoge la observación que dos profesores universitarios realizaron a la discusión publicada en BMJ en 1994 acerca de “cholesterol papers”: “Most doctor answer in the affirmative when asked whether they would take a daily pill to reduce their chances of dying from a heart attack by 50 per cent. When asked whether they would do so for ten to twenty years if the risk was reduced from 2/1000 to 1/1000, a reduction of 50 per cent, there is much less enthusiasm”.

autor, a finales de los 90 el discurso preventivo de las enfermedades cardiovasculares logró extenderse a otros factores de riesgo (vuelve a primar el principio de precaución) a pesar de existir estudios que si no contradecía al menos no permitían afirmar que intervenciones sobre la ingesta de grasas redujera la probabilidad de sufrir una enfermedad coronaria.²⁵³

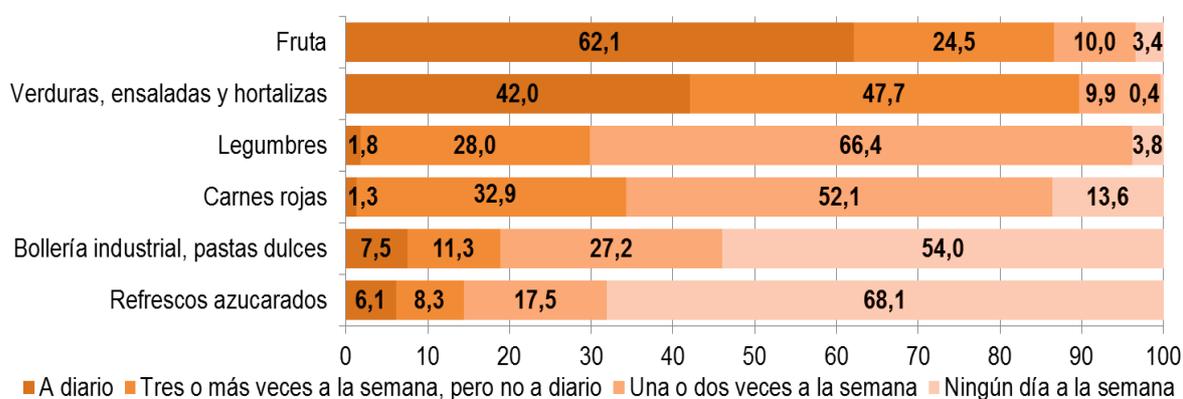
Además, y no menos importante, los defensores de la dieta como factor protector tienden a suponer que la reducción de colesterol en sangre se logra fácilmente con cambios en la dieta, despreciando que las dietas simples, bien toleradas por la población, que permiten reducir el porcentaje de grasas con recomendaciones de “dieta saludable” tiene escaso impacto en la reducción de colesterol en sangre. Mientas que las dietas más restrictivas que se requieren para lograr el objetivo de reducir el nivel de colesterol en sangre tienen “escasa adherencia al tratamiento” porque resultan desagradables y difíciles de mantener en el tiempo.

En el ser humano los hábitos y gustos relacionados con la alimentación resultan de un aprendizaje silencioso y continuo por medio de la relación familiar y la escuela principalmente; sin olvidar la importancia de la cultura y tradición, donde la comida es parte importante (la tradición relaciona buena salud con buena alimentación), y otros agentes que a través de las redes sociales son hoy para la juventud fuente de prescripción de hábitos relacionados con la salud. Cuando a estas cuestiones unimos variables como la edad o el sexo, para definir grupos más específicos para la intervención, adolescentes y jóvenes se convierten, por el proceso de transformación intensa que los caracteriza, en grupo de gran interés por ser clave la adquisición o modificación de las conductas vinculadas a la alimentación, al ejercicio físico o el descanso.

²⁵³ El INJUVE publicó en 2018 una “Evaluación de los hábitos nutricionales, composición antropométrica y consumo de la dieta mediterránea de los jóvenes” en el que a pesar de reconocer que no existe un acuerdo sobre la conceptualización del SM y de que los criterios empleados para identificar a los pacientes con SM han sido modificados a lo largo de los últimos años. “El avance en el conocimiento de esta patología y la gran cantidad de estudios publicados y otros tantos en marcha, existe una evidencia clara que debe ser tomada en cuenta: si se mantiene a nivel mundial el aumento en la ingesta calórica junto a una reducción sustancial de la actividad física, la prevalencia del síndrome metabólico (SM) irá aumentando progresivamente en todos los grupos de población y edad, lo que representa un serio problema de salud debido al aumento concomitante de la prevalencia de diabetes mellitus y la enfermedad cardiovascular”. Por tanto, desde el punto de vista de la salud pública, se debe realizar un importante esfuerzo en la prevención del sobrepeso y la obesidad, especialmente en las primeras etapas de la vida, y aumentar las evidencias sobre la estrategia terapéutica óptima para el tratamiento farmacológico y no farmacológico de los pacientes que ya han desarrollado SM. Y sigue, “resulta altamente relevante la detección en los jóvenes de factores de riesgo, tanto hereditarios como con riesgo de desarrollo ante malos hábitos de vida para prevenir o regresar lesiones ya establecidas”.

Discrepancias aparte, una dieta saludable puede ayudar a reducir el riesgo de ciertas enfermedades y a mantener un peso saludable. Un plan de alimentación saludable se compone de verduras, frutas, granos enteros y productos lácteos sin grasa o bajos en grasa. También incluye carnes magras, pollo, pescado, legumbres, huevos y frutos secos. Una dieta saludable limita las grasas saturadas y trans, el sodio y los azúcares agregados. También hace hincapié en comer alimentos poco procesados.

Ilustración 18. Consumo de diferentes grupos de alimentos en Navarra. Población 15 y más años. ESy CV 2017 (%).



Fuente: Elaboración propia con datos de NASTAT / ESyCV 2017

Con frecuencia los poderosos criterios de qué y cómo comer son impuestos por las empresas de productos alimenticios e incorporados a la cultura juvenil (snacks, bebidas azucaradas, empaquetados de una ración *monodosis*²⁵⁴). Lo cultural también tiene peso en qué y cómo comemos (la conciliación de la vida laboral y familiar con la incorporación de la mujer al mercado laboral ha contribuido a los cambios en la dieta).

Haciendo un símil con la diversidad de culturas que han dejado su huella en el Mediterráneo, la dieta Mediterránea es resultado de una variada y mestiza com-

²⁵⁴ Sería interesante, pero no bucearemos en esta agua, conocer cómo ha cambiado el tamaño de las raciones por persona. Baste un ejemplo:

<https://www.elmundo.es/salud/2015/12/03/565ee2f022601d866f8b4620.html>

El alcalde de Nueva York, Michael Bloomberg, intentó en 2013 prohibir la venta de bebidas refrescantes de gran tamaño y otras con alto contenido en azúcares en restaurantes, cines y carritos callejeros para luchar contra la obesidad en la ciudad (en 2010 ya había aumentado las tasas sobre éstas) Cataluña aprobó aumento de impuestos en 2017.

binación de productos naturales que originó un producto de siglos de aportaciones de diversidad de pueblos y culturas. Las formas de alimentación y otros factores relacionados con los estilos de vida como la actividad física y el descanso reflejan, una sociedad y un momento determinado de la historia, con una situación económica específica.

La Red de Escuelas Promotoras de Salud, los Centros de Salud de Atención Primaria mediante la formación parental o programas más específicos como el de reparto frutas para los almuerzos al alumnado de los centros de Infantil y Primaria de los Departamento de Agricultura y de Salud son algunas de las acciones impulsadas por instituciones públicas para la mejora de la alimentación y otras conductas relacionadas con la salud.

A estas medidas se añade, en el año 2019, la regulación mediante un Decreto Foral la programación de los menús de los comedores escolares que en la línea de los planes y pronunciamientos de organismos sanitarios nacionales e internacionales, se propone “mejorar en Navarra el patrón nutricional, incrementando el consumo de frutas y verduras, disminuyendo el aporte calórico y, de forma especial, reduciendo el consumo de los alimentos con alto contenido calórico proveniente de azúcares o grasas de bajo valor nutricional”.²⁵⁵

El Decreto Foral recoge que la programación de los menús tendrá en cuenta los siguientes criterios:

- a) Las necesidades nutricionales del alumnado según su edad
- b) El equilibrio en el aporte calórico de los macronutrientes, con predominio de los hidratos de carbono, de forma que el menú no resulte hiperprotéico ni hipercalórico
- c) La utilización de forma equilibrada de procedimientos variados de preparación que salvaguarden el valor nutricional de los productos
- d) La preferencia en la utilización de productos de temporada en los menús

Asimismo, dispone que “las máquinas expendedoras, cantinas, bares o locales similares situados en el interior de los centros... incluirán en su oferta alimentos propios de la dieta mediterránea como zumos sin azúcar añadido, yogur, frutas,

²⁵⁵ Decreto Foral 3/2019, de 16 de enero por el que se establecen medidas de fomento de estilos saludables de alimentación y del ejercicio físico en las escuelas infantiles y en los centros escolares no universitarios de la Comunidad Foral de Navarra.

bocadillos y otros productos saludables” quedando prohibida la venta en maquina expendedoras de bollería, dulces, etc.

Para evaluar la adherencia a la dieta mediterránea de la población estudiada a un patrón de Dieta Mediterránea se usó como variable descriptiva el cuestionario empleado en el estudio PREDIMED^{256,257}. Cuestionario de 14 ítems que permite valorar el grado de coherencia con las recomendaciones de la dieta mediterránea mediante: el número medio de ítems o mediante el establecimiento de un punto de corte que discrimine entre adherencia o no adherencia.

Tomando como referencia el número medio de ítems a los que responden de forma positiva éste es similar entre hombres y en mujeres 7,4 puntos. Si tomamos de referencia como punto de corte el 8, producto de la revisión bibliográfica obtenemos que el 46,6% de la población cumple con las recomendaciones de una dieta saludable.

Tabla 19. Clasificación de los encuestados según buena o mala adherencia (8 punto de corte)

	Sexo			Intervalos de Edad		
	Hombre	Mujer	Total*	14 a 17**	18 a 23	24 a 29
<8	54,5%	52,4%	53,4%	55,2%	55,2%	50,2%
>=8	45,5%	47,6%	46,6%	44,8%	44,8%	49,8%

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

*El cálculo incluye el vino, no se tiene en cuenta la última modificación de 2019 de la pirámide alimenticia en la que se elimina el vino y la cerveza

**Para el cálculo de adherencia en menores se elimina el vino.

El aceite de oliva es utilizado como principal grasa para cocinar por 9 de cada 10 encuestados. Mientras quedan amplios márgenes de mejora para ajustar la ingesta de verduras u hortalizas, frutas, pescado, carnes rojas y frutos secos a las recomendaciones de la dieta mediterránea.

Se observan diferencias significativas por sexo en casi todos los ítems, en el caso de verduras u hortalizas, carnes rojas, bebidas carbonatadas, pescados, dulces y

²⁵⁶ Estudio que no estuvo exento de cuestionamiento científico:

https://www.alimente.elconfidencial.com/nutricion/2018-06-26/aceite-oliva-virgen-frutos-secos-enfermedades-cardiovasculares-dieta-mediterranea-miguel-angel-martinez-gonzalez_1583733/

Hoy se puede consultar nuevos estudios en <https://www.predimedplus.com/>.

²⁵⁷ Este consta de 14 ítems, en los cuales se responde sí o no y a cada una de estas respuestas se le da un valor previamente establecido de 0 o 1 (el 1 es la respuesta que se adapta a la dieta mediterránea y el 0 la que se desvía de su patrón)

bollería y carnes blancas son las mujeres quienes más cumplen las recomendaciones mientras los hombres destacan en el caso de fruta, vino, legumbres y frutos secos.

La dieta mediterránea se consigue con productos locales, frescos, del territorio, lo que la hace algo más cara y requiere más tiempo (en la elección del menú, de compra, preparación, cocinado). El acto de compra de alimentos de los estantes de los comercios como productos precocinados favorece la pérdida de mucha cultura alimentaria. Sin embargo, existen otros determinantes que están teniendo gran peso en el acceso a productos frescos como es el económico²⁵⁸. El trabajo de campo de esta encuesta fue realizado a caballo entre los años 2013 y 2014, años a los que el aumento del IPC en alimentación, bebidas y tabaco acompañan reducciones en el gasto de los hogares de los mismos artículos.

Tabla 20. Evolución de Renta, Gasto e IPC en Navarra (base año 2011)

	Renta Unidad	Gasto Hogar	Gasto Hogar			IPC		
			Alimentos	Alcohol	Tabaco	Alimentos	Alcohol	Tabaco
2014	-9,04	-4,96	-7,59	-1,97	-15,89	3,34	4,13	14,56
2013	-10,21	-7,05	-4,89	2,66	-21,41	2,76	5,27	13,7
2012	-10,89	-3,92	-1,98	-9,67	-24,03	3,22	5,45	6,51

Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE

6.2.2. Imagen corporal y dieta

Hemos presentado en los apartados anteriores dimensiones, indicadores y factores del campo de la salud, nos falta sin embargo introducir el lugar donde la acción individual y colectiva toma cuerpo, y este no es otro que el propio cuerpo, signo del individuo y de su distinción (Le Breton, 1990) y herramienta para el logro del bienestar. Hablamos de salud física y mental, de ciclos vitales y cambios físicos y biológicos, de experimentar la calma o el riesgo, ... nos falta incorporar los elementos que hacen del cuerpo medio y fin para la inclusión, de conexión y de anclaje social.

El cuerpo es un factor de individuación cuya estructura simbólica puede vincular formas simbólicas más amplias, coexistiendo diferentes modelos de cuerpo en las

²⁵⁸ La OCU en su informe de 2014 sitúa a Navarra (también en 2011) entre las comunidades autónomas más caras a la vez que donde más se podría ahorrar comprando en determinados establecimientos y comprando marca blanca.

sociedades occidentales de acuerdo con el contexto social y cultural. David Le Breton describe (Le Breton, 2002) la anécdota que vive Maurice Leheehardt con un anciano canaco: tratando el último de conocer cuáles eran los valores que las sociedades occidentales habían aportado a las sociedades tradicionales. La respuesta del anciano es que “lo que ustedes aportaron fue el cuerpo”.

Cuerpo joven, viejo, sano, enfermo, lugares de interacción, códigos de interacción que obligan a determinadas etiquetas corporales (gestos, posturas, vestido, etc.) El cuerpo es espejo de lo social, lo observamos como objeto y es también expresión de imaginarios en donde la persona es producto de su cuerpo. Éste no puede reducirse a lo biológico, sobre el que las “artes” de la medicina y biología propician y emiten recomendaciones basadas en la evidencia científica. Necesitamos incorporar la estructura simbólica que posee para poder comprender aquello que va más allá de lo corporal.

El cuerpo es el agente que decide y actúa y sobre el que recae las consecuencias de la acción, y de las decisiones adoptadas. Sobre el cae el peso de las normas y prohibiciones sociales y políticamente reguladas (Butler, 2006). El cuerpo es sometido a las normas y los órdenes establecidos en el espacio social. La adopción de un estilo de vida determinado reproduce comportamientos cotidianos de personas y grupos que reciben pautas y formas de actuar mientras excluyen otras “sin violencia, sin arte, sin argumento, [...] sancionadas negativamente por incompatibles con las condiciones objetivas” (Bourdieu & Dilon, 2007)

La salud y la experiencia que cada persona vive de su salud y su cuerpo es una e irrepetible, pero anonimizable y normalizable. Disciplinar el cuerpo (ejercicio, dieta, descanso, etc.) hace surgir un tiempo lineal que guiado por profesionales de la salud hacen aparecer un tiempo social (horas dedicadas a tareas del hogar, trabajo, descanso, ocio, alimentación, etc.) y unos espacios en los que el cuerpo adquiere realidad y experiencia de sí mismo de acuerdo con los roles previamente definidos y asignados por la sociedad. Modelo disciplinario que permite a su vez la caracterización de individuos que se desvían de las recomendaciones o normas, pautas y valores sociales sancionados positivamente.

La realidad del cuerpo es difícil de aprehender si no es a través de la foto mental que se tiene de la apariencia del propio cuerpo unida a actitudes y sentimientos respecto a esa imagen. La manera en que lo percibimos está determinada por un sistema de representaciones que provocan angustia cuando se confronta al modelo estético dominante. Las personas desean cuerpos que estén a la altura de los tiempos y se llegan a producir situaciones distorsiones o desaprobaciones del

propio cuerpo que desbaratan las propias morfologías (Moreno, 2010). Optimizar los cuerpos mediante la alimentación y el ejercicio físico se ha convertido en una carrera biográfica individual en una sociedad fascinada por los desafíos. Una carrera que comienza con los primeros registros biográficos en la cartilla que quienes acuden a las revisiones de pediatría durante los primeros años de vida de su hijo o hija llevan consigo como si de un acto de reválida se tratara²⁵⁹.

Analizando la percepción del cuerpo que tienen las personas encuestadas y el Índice de Masa Corporal²⁶⁰ (IMC), podemos acercarnos tímidamente a la relación entre percepción y realidad²⁶¹.

Tabla 21. Clasificación de la población según IMC-Cole²⁶². Año 2104 (%)

	Sexo		Total	Intervalos de Edad		
	Hombre	Mujer		14 a 17	18 a 23	24 a 29
Bajopeso	4,3	14,2	9,5	15,9	9,3	6,2
Normopeso	71,1	73,5	72,4	73,1	72,6	71,8
Sobrepeso	21,1	9,8	15,2	9,6	15,6	17,9
Obesidad	3,5	2,5	3,0	1,	2,6	4,2

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

En Navarra la población joven a la vista de los datos de la Encuesta se caracteriza por el normopeso. No obstante, y sin ánimo de problematizar, llama la atención la delgadez entre las mujeres de 14 a 17 años. La adolescencia es una etapa clave para la adquisición de conductas relacionadas con la alimentación y en esta etapa los adolescentes ceden fácilmente a la presión del grupo, la publicidad, madres muy preocupadas por la imagen, etc. (Tabla 21).

Un 57% de la población juvenil Navarra considera que posee la talla adecuada. La frecuencia con la que las mujeres consideran que están “un poco” o “demasiado” gordas es superior a la de los hombres, 34% vs. 21%.

²⁵⁹ La curva que indica el percentil de talla y peso provoca preocupación entre las madres

<https://blogs.20minutos.es/madrereciente/2009/03/25/las-tablas-crecimiento-famosos-percentiles/>

²⁶⁰ Medida que clasifica a las personas según tengan bajopeso, normopeso, sobrepeso y obesidad. $IMC = \text{peso (en kilos)} \div \text{altura}^2 \text{ (en metros)}$.

²⁶¹ Hay que advertir que la recogida de los datos de peso y altura son autorreportados por los encuestados. Podemos pensar que algunos registros pueden estar más próximos a la deseabilidad que a la realidad.

²⁶² La clasificación responde a puntos de corte establecidos por distintos autores u organismos internacionales como la OMS. En este caso hemos adoptado la clasificación de Cole.

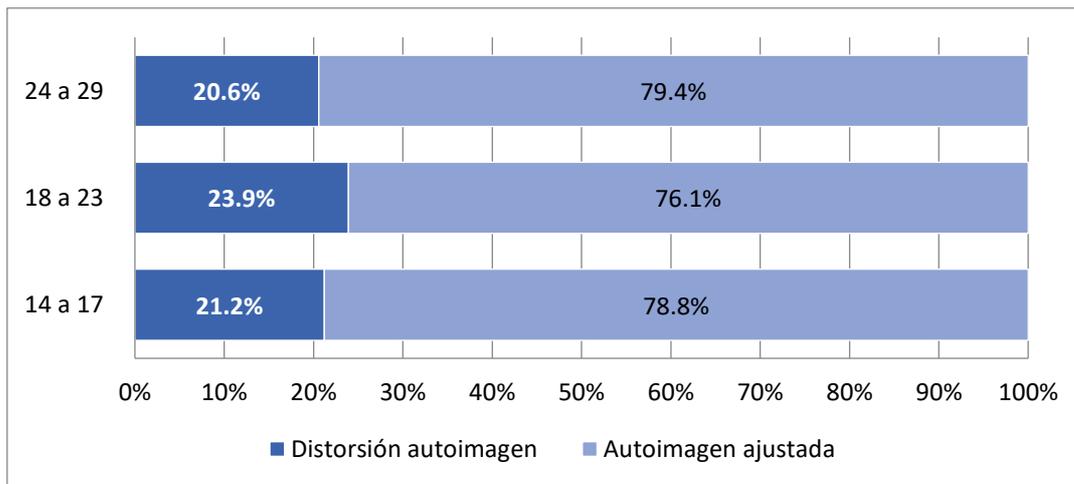
Tabla 22. Autopercepción del cuerpo. Año 2014 (%)

	Sexo			Intervalos de Edad		
	Hombre	Mujer	Total	14 a 17	18 a 23	24 a 29
Poco o demasiado delgado	20,3	9,6	14,8	17,7	16,1	12,1
Normal	58,2	56,0	57,0	56,5	54,5	59,5
Poco o demasiado gordo	21,5	34,4	28,2	25,9	29,4	28,5

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

Cuando analizados según sexos y grupos de edad la percepción de los propios cuerpos en relación con el IMC, la distorsión de la autoimagen, cumpliendo criterios de *normo* o *bajopeso*, se acentúa entre las mujeres y en todas las edades aparece con parecida frecuencia.

Ilustración 19. Distorsión autoimagen. Relación autopercepción e IMC-Cole. Año 2014 (%)



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

Las dietas son también frecuentes en la juventud y adolescencia, reflejo de una sociedad en la que la belleza constituye un requisito para alcanzar el éxito social. La dieta se convierte, entre otros, en el objeto de elección de un mecanismo para el logro de un estilo de vida al que quiere adherirse. Se valora mucho el aspecto físico, incluso se refuerza en mensajes enviados por los medios de comunicación donde se exaltan los beneficios de las dietas para la belleza dejando en segundo

lugar la salud. Olvidando mostrar el *sufrimiento* privado que en la mayoría de los casos supone mantener un cuerpo bello y sano.

La estetización de los cuerpos impone un escrutinio continuo, que insume la vida, y que lleva a que un porcentaje de hombres y mujeres jóvenes navarras haya realizado alguna dieta con el objetivo de perder peso supera al porcentaje de varones. En cómputos generales, aproximadamente ha comenzado algún tipo de dieta en algún momento de su vida casi un 27% de la población encuestada, y vuelve a llamar la atención la edad temprana en la que se comienza a hacer dieta (Tabla 23). No sabemos si ésta es prescrita y seguida por profesionales del sistema sanitario, por dietistas con más o menos escrúpulos, si se sigue la de una persona cercana o seguimos los consejos de la Red (youtubers, modelos, actores, etc.)

Tabla 23. Población que ha realizado dieta en algún momento. Año 2014 (%)

	Sexo			Intervalos de Edad		
	Hombre	Mujer	Total	14 a 17	18 a 23	24 a 29
Nunca o rara vez	83,1	64,6	73,4	79,9	71,7	71,2
A veces	11,5	19,1	15,5	13,5	15,9	16,2
A menudo o siempre	5,5	16,3	11,1	6,6	12,4	12,5

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

Frases como “al éxito por la cara” reflejan una sociedad en la que apariencia del propio cuerpo importa. El estilo de vida del logro social y económico deseado por muchos jóvenes los lleva a adoptar medidas que no se ajustan a la realidad ni a la necesidad. A pesar de que las mujeres tienen una puntuación del IMC más ajustada y presentan un nivel menor de sobrepeso y obesidad, observamos una percepción del propio cuerpo más desajustada entre ellas en comparación con los hombres coincidiendo con otros estudios. En el caso del Estudio de la Juventud del 2016 del INJUVE, las mujeres las que se ven como delgadas o muy delgadas más que triplican lo que señala su IMC, y las que se ven como gordas o muy gordas son casi la mitad de lo que indica su IMC.

El acceso a la información sobre los temas de alimentación, así como un mayor interés por el cuerpo, dietas y regímenes alimentarios que ponen de moda “famosos” a través de sus redes sociales, con escaso valor científico en que se restringen determinados alimentos a favor de otros por su composición y valor nutricional, empobreciendo en muchos casos la variedad de la ingesta de alimentos.

Poniendo de moda y aumentando la demanda de alimentos que implican importación de otros países o su producción durante todo el año sin importar la estacionalidad, frente a lo que aparecen movimientos de defensa de productos de km cero, producto local y de temporada.

El 20% de la población de 14 a 17 años ya han adoptado algún tipo de restricción de alimentos al menos en alguna ocasión (Tabla 24). En nuestra sociedad ha cambiado el universo simbólico que se cierne en torno a la “norma” de belleza, de éxito, a la vez que se hace mayor la tensión en torno al cuerpo. En las trayectorias de hombres y mujeres, desde edad temprana, aparecen periodos de experiencias centrífugas y centrípetas que los hacen idóneos, sea cual sea su peso, se ajuste o no su autoimagen, para perseguir cánones de belleza que están en constante transformación (desde formas anodinas, planas, en las que desaparece la curva a formas “mazadas”, en las que la norma es marcar el músculo en piernas, brazos y abdomen).

Cánones de belleza nómadas o zombis que conviven en un espacio social en el que se entremezclan y confunden símbolos de espiritualidad, frugalidad, abstinencia, mesura, etc. frente cuerpos que adquieren una estetización en la que el cuerpo se expresa a través de la fuerza de los músculos, el volumen de las curvas, o la grandeza de la fuerza de los músculos trabajados, tallados y pulidos en gimnasios, con gestos aprendidos y repetidos una y otra vez, y alimentados con dietas ricas nutrientes que contribuyen a mejorar el rendimiento y eficacia del cuerpo.

Tabla 24. Población encuestada según autopercepción de imagen y veces que ha hecho dieta. Año 2014 (%)

	Nunca o rara vez	A veces	A menudo o siempre	Total
Distorsión autoimagen	16,2	30,9	47,4	21,9
Autoimagen ajustada	83,8	69,1	52,6	78,1

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

En los años setenta se inició la apertura social y cierre de una época de restricciones. Desde entonces la tecnologización de los hogares con el aumento del equipamiento de los hogares con pequeños y grandes aparatos electrodomésticos liberaron tiempo del trabajo doméstico y favorecieron la individualización de los tiempos y ritmos de la familia. Cambios que favorecieron la materialización de prácticas domésticas diferenciadas, usos diferenciados y personalizados de los

espacios para todos los componentes del hogar/familia, para todas las edades y ambos sexos. Y como derivada llegamos al momento actual de “destabilización del sistema de comidas, y de la alimentación desestructurada” (Lipovetsky, 2010).

La domótica, frigoríficos inteligentes, microondas, robots que limpian y cocinan, permiten que cada individuo sea constructor y creador de su propio espacio-tiempo, con la trampa de una desregulación del consumo que llega a las ofertas de productos de alimentación y de prácticas deportivas, que reflejan más las elecciones individuales que reglas colectivas.

6.2.3. Actividad física

La detección y prevención del sedentarismo objetivo de las instituciones de salud pública, se ha materializado en una recogida de información bastante exhaustiva, a través del Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ)^{263,264}. Los datos recogidos permiten identificar si cumplen o no las recomendaciones definidas por la OMS (activo/inactivo; sedentario/no sedentario) y clasificar a las personas de acuerdo al tipo de actividad física que realiza con cierta frecuencia y/o rutina sea ésta un tipo de actividad leve²⁶⁵, moderada o vigorosa.

²⁶³ Existen varias versiones del instrumento de acuerdo al número de preguntas, el período de evaluación y el método de aplicación; para ser usados en adultos entre 18 y 65 años. La versión corta proporciona información sobre el tiempo empleado al caminar, en actividades de intensidad moderada y vigorosa y en actividades sedentarias. La versión larga registra información en actividades de mantenimiento del hogar y jardinería, actividades ocupacionales, transporte, tiempo libre y también actividades sedentarias. Los coeficientes de validez observados entre las formas IPAQ, sugieren que ambas versiones, larga y corta, tienen una concordancia razonable ($r = 0,67$; IC 95 %: 0,64-0,70). La versión corta del IPAQ puede ser usada en estudios de prevalencia de actividad física regional y nacional, donde se requiere mantener la vigilancia y monitorización poblacional. La versión larga se reserva para estudios que demanden información detallada de las diferentes dimensiones de la actividad física. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-iberoamericana-fisioterapia-kinesiologia-176-articulo-el-cuestionario-internacional-actividad-fisica--13107139> Mas recientemente ha sido validada para ser usada con menores <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista65/artifiabilidad789.htm>

²⁶⁴ La conversión de la información recogida mediante encuesta al indicador que permite identificar y establecer categorías de personas por tiempo de actividad es laboriosa, demanda capacidades y destrezas no sólo estadísticas.

²⁶⁵ Actividad vigorosa: Requieren un esfuerzo físico más fuerte y se respira mucho más fuerte de lo habitual (levantar objetos pesados, excavar, aeróbicos o pedalear rápido en bicicleta)
Actividades moderadas son las que requieren un esfuerzo físico moderado y hacen respirar algo más fuerte que lo normal. Solamente esas actividades de por lo menos 10 minutos continuos
Leve incluye las caminatas para ir de un sitio a otro o cualquier caminata por recreación, deporte, ejercicio o placer

Tabla 25. Población que practica ejercicio físico según tipo durante la actividad principal y/o en el tiempo libre. Año 2014 (%)

	Sexo		Total	Intervalos de Edad		
	Hombre	Mujer		14 a 17	18 a 23	24 a 29
Vigorosa	26,2	14,7	20,2	24,0	18,3	19,7
Moderada	42,3	43,9	43,1	45,1	43,0	42,1
Leve/Inactivo	31,5	41,4	36,7	30,9	38,7	38,2

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares, la salud ósea y de reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles y depresión, la OMS recomienda que los adultos (personas de 18 a 68 años) como mínimo:

- Realicen 150 minutos²⁶⁶ semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas²⁶⁷.
- Se ha de tener en cuenta que la actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.
- Que, a fin de obtener aún mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades aumenten hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
- Y finalmente, dos veces o más por semana, se recomienda realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

²⁶⁶ Hay muchas maneras de acumular el total de 150 minutos semanales. El concepto de acumulación se refiere a la meta de dedicar en total cada semana 150 minutos a realizar alguna actividad, incluida la posibilidad de dedicar a esas actividades intervalos más breves, al menos de 10 minutos cada uno, espaciados a lo largo de la semana, y sumar luego esos intervalos: por ejemplo 30 minutos de actividad de intensidad moderada cinco veces a la semana.

²⁶⁷ Para transformar las diferentes preguntas en indicador:

<https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/GPAQ/es/>

Los beneficios esperados de la actividad física van desde reducir las tasas de mortalidad, reducir el riesgo de fracturas (especialmente de cadera), mejora del funcionamiento cardio-respiratorio y muscular y ayuda a mantener el peso (masa y composición corporal).

En el caso de los menores de 14 a 18 años, las recomendaciones son que:

- a. Inviertan como mínimo 60 minutos diarios en actividades físicas de intensidad moderada a vigorosa.
- b. La actividad física por un tiempo superior a 60 minutos diarios reportará un beneficio aún mayor para la salud.
- c. La actividad física diaria debería ser, en su mayor parte, aeróbica. Conviendría incorporar, como mínimo tres veces por semana, actividades vigorosas que refuercen, en particular, los músculos y huesos.

Se espera que la actividad física desarrollada contribuya a desarrollar un buen aparato locomotor, sistema cardiovascular, mejorar el control neuromuscular y mantener un peso saludable. Sin embargo, los avances tecnológicos, como sucedió en los hogares españoles, han contribuido a que también el tiempo dedicado a cada tarea y tipo de trabajo requiera menos esfuerzo y repeticiones (el papel carbón, correr el carrillo, cargar papel, enviar documentación, ... manipular y mover cargas, encerar los suelos, ...) definiendo estilos de vida más sedentarios y de gasto energético inferior.

Casi seis de cada diez de las personas jóvenes encuestadas (54,9%) se declara inactiva en su actividad principal (estudio o trabajo), es decir, señala que está habitualmente sentada durante todo el día y se desplaza en pocas ocasiones. La inactividad es más alta entre los más jóvenes (periodo que coincide con los estudios) y ligeramente superior entre las mujeres. El porcentaje de personas con una actividad moderada o vigorosa en su actividad principal, en el trabajo o lugar de estudios, es superior entre los varones (Ver tabla 26).

Tabla 26. Población según actividad física en actividad habitual: trabajo/estudios (%) Año 2014

	Sexo		Total	Intervalos de Edad		
	Hombre	Mujer		14 a 17	18 a 23	24 a 29
Estoy habitualmente sentado/a durante todo el día y me desplazo en pocas ocasiones	53,8	55,9	54,9	75,9	61,2	38,6
Trabajo de pie y/o me desplazo a menudo pero no tengo que levantar pesos	24,9	31,0	28,1	12,7	25,4	38,5
Transporto cargas ligeras y/o debo subir y bajar escaleras o cuestas frecuentemente	17,2	11,5	14,2	10,8	11,0	18,7
Tengo un trabajo muy duro y/o transporto cargas muy pesadas	4,0	1,6	2,7	0,6	2,4	4,2

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

En el ámbito educativo son dos las horas de actividad física marcadas por ley, la recomendación de la OMS y UNESCO son 60 minutos de actividad física vigorosa diaria. La actividad física es incluida en todos los países (Comision Europea, 2015) como asignatura obligatoria durante la etapa de educación obligatoria pero existen diferencias considerables en el número de horas lectivas destinadas a la educación física. En educación primaria durante el curso 2011/12 el promedio de horas lectivas en primaria respecto al mínimos de horas recomendado por curso varía desde 37 horas en Irlanda a 108 en Francia. En educación secundaria²⁶⁸ las cifras oscilan entre las 24-35 horas en España, Malta y Turquía, y las 102-108 en Francia o Austria (Comision Europea, 2015)

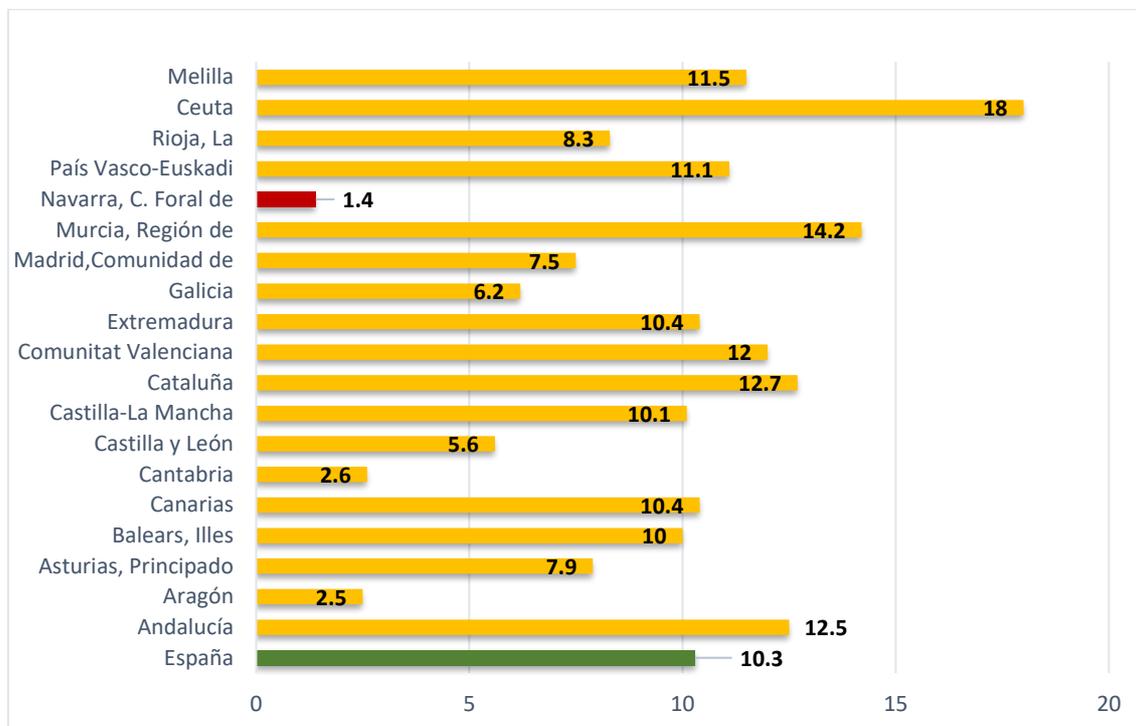
Para los defensores de #EF1hdiaria²⁶⁹ los datos de obesidad de población infantil y adulta justifican la demanda de aumentar las horas de educación física en las aulas. La obesidad infantil de acuerdo con INCLASNS 2017 a partir de la Encuesta Nacional de Salud (ENS), para España es del 10,3, Navarra está en un 1,44. Aunque las diferencias por comunidades autónomas son amplias se traslada el

²⁶⁸ Generalmente el porcentaje mínimo de horas lectivas recomendadas para la educación física se sitúa entre el 6 % y el 8 % del total de las horas lectivas en la mayoría de los países, si bien destaca Francia con el 14 %, mientras que España 3 %. En España sin embargo, en la etapa de primaria se le dedica el 6 %. Datos del Informe Eurydice de 2013, publicado por la Comisión Europea. https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/physical-education-and-sport-school-europe_en

²⁶⁹ Hastag (término utilizado para hacer referencia a asuntos o cuestiones que son indexadas para ser discutidas en las redes sociales) usado como identificador por los defensores de una hora de Educación Física al día todos los días.

temor de las previsiones realizadas por distintos estudios atendiendo a los datos de obesidad en la población adulta²⁷⁰ a la población infantil.

Ilustración 20. Obesidad infantil (2 a 17 años) España y Comunidades autónomas (2017)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos Encuesta Nacional de Salud²⁷¹ (ENS)

En una sociedad en la que está creciendo la oferta de productos comerciales la actividad física en entornos abiertos auto-gestionados también está sufriendo cambios culturales (señalización y adecuación de paseos verdes, gimnasios al aire libre, etc.) La oferta de actividades deportivas de escuelas municipales, federaciones y clubes ha crecido, pero existen barreras a la práctica y acceso a estos recursos para toda la etapa (adolescencia y juventud) La práctica está asegurada en las edades en las escuelas municipales deportivas, para aquellas edades en las que no hay una competición federada por clubes (con algunas excepciones, como el fútbol).

²⁷⁰ Una investigación reciente concluye que el exceso de peso en los adultos en España aumenta desde que existen registros (en España la obesidad entre la población de 18 y más años alcanza a un 17,4 % de la población, en Navarra 15,4%) y que el gasto en 2016 supuso un sobrecoste directo del 2 % del presupuesto sanitario. Con esta tendencia se estima que en 2030 se habrá incrementado un 16 % el número de casos y en un 58% el sobrecoste sanitario directo (Hernández et al., 2019)

²⁷¹ Portal estadístico para acceso a datos:

<https://peestadistico.inteligenciadegestion.mscbs.es/publicoSNS/Comun/Informe.aspx?IdNodo=18396>

En el tiempo de ocio, tiempo de *libre disposición*, el 31,8% de la población no cumple las recomendaciones de AF (mínimo 60 min/día en menores y mínimo 30 min/día en adultos) porcentaje que desciende ligeramente entre los más jóvenes, siendo el grupo de 18 a 23 años el más inactivo (Ver tabla 27). Por su parte, las mujeres son más inactivas que los hombres. Datos que coinciden con el “Informe INJUVE en España 2016” El salto al trabajo en el caso de los chicos y el alargamiento de los estudios entre las chicas pueden estar siendo los factores que se articulan como barreras para la práctica de ejercicio físico.

Tabla 27. Población que cumple las recomendaciones de ejercicio físico y cambio futuro. Año 2014. (%)

		Sexo		Total	Intervalos de Edad		
		Hombre	Mujer		14 a 17	18 a 23	24 a 29
Tiempo libre	No cumple	25,40	37,70	31,80	28,20	34,80	31,40
Lugar habitual: trabajo o estudio	No cumple/Inactivo	31,50	41,40	36,70	30,90	38,70	38,20
Ejercicio Físico en el Futuro	Reducirá	1,90	2,00	1,90	2,50	3,10	0,60
	Mantendrá	61,50	49,70	55,30	52,90	47,80	62,80
	Aumentará	36,70	48,40	42,80	44,60	49,10	36,60

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

Cuando se quiere compensar la falta de actividad física en las actividades habituales (estudio o trabajo) durante el tiempo libre cobra importancia el acceso a los recursos, no porque para sólo el 5,1% de los encuestados señale como barrera para hacer todo el ejercicio el económico, sino porque hemos perdido capacidad de autogestión. La falta de tiempo, de ilusión o fuerza de voluntad y la preferencia de actividades más sedentarias (ir al cine, ver la TV, leer un libro) son los motivos más argumentados para no hacer todo el ejercicio físico deseado. Mientras entre los principales motivos para hacer ejercicio físico está el deseo de “estar en forma” o “porque el deporte les gusta y divierte”. Respuestas que expresan el deseo de disfrute y el cumplimiento del mandato de estar en forma ambos promovidos por la sociedad del consumo.

Tabla 28. Población según sea activo y/o inactivo en actividad principal y ocio. Año 2014 (%)

Actividad Principal/ Tiempo de Ocio	Sexo			Intervalos de Edad (años cumplidos)		
	Hombre	Mujer	Total	14 a 17	18 a 23	24 a 29
	Activo/	2,20	1,0	1,6	1,7	2,1
Activo/Activo	14,3	9,1	11,6	8,2	9,0	15,6
Activo/Inactivo	52,0	48,4	50,1	59,3	50,3	45,0
Inactivo/	1,9	1,3	1,6	3,0	1,7	0,7
Inactivo/Activo	6,1	3,7	4,8	2,7	3,9	6,8
Inactivo/Inactivo	23,5	36,4	30,3	25,2	33,1	30,7

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

Aflora inevitablemente la pregunta por el papel que debe jugar la escuela durante los años de educación obligatoria. ¿debe ser el lugar donde se ofrezca el número de horas de actividad física recomendadas? o ¿debe ser el espacio donde experimentar, probar, identificar aquellas actividades deportivas que nos producen placer y disfrute? Optar por cubrir las recomendaciones es una actitud paternalista, ofrecer oportunidades de experimentación es una acción educativa que podría reforzar la autonomía y la capacidad autónoma para planificar las actividades deportivas.

Tabla 29. Motivos por los que practican ejercicio físico. Año 2014 (%)

	Sexo		Total	Intervalos de Edad		
	Hombre	Mujer		14 a 17	18 a 23	24 a 29
Para estar en forma	75,8	69,9	73,5	70,2	72,3	77,6
Para ver de lo que soy capaz	22,4	8,5	17,2	20,9	17,8	13,3
Como compensación al estudio/trabajo sedentario	10,7	20,1	14,2	20,1	12,9	10,4
Para conocer o encontrarme con gente agradable	9,5	14,0	11,2	14,3	13,9	5,9
Porque mis amigos/familiares hacen deporte	4,0	4,8	4,3	6,8	3,6	2,9
Por indicación médica, como terapia	2,9	6,7	4,3	0,7	5,0	6,8
Porque el deporte me gusta, me divierte	71,0	54,6	64,9	75,8	59,6	60,7
Por otros motivos	10,1	14,6	11,8	7,8	13,4	13,7

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

6.3. Consumo de drogas

El consumo de sustancias psicoactivas o drogas, con todos los problemas asociados, es un fenómeno social que se presenta como un gran reto para las administraciones públicas (educación, salud, derechos sociales, juventud, etc.) por cuanto el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas están entre los determinantes de la salud con mayor carga de enfermedad.

La cuestión fundamental es que parece que este tipo de comportamiento de consumo de drogas encaja perfectamente con algunas de las características evolutivas de la adolescencia y con un periodo de la misma que podríamos centrar perfectamente entre los 14 y 15 años de manera general -el 59,2% de los de 14 años y el 76,6% de los de 15 han probado el alcohol- (ENJS 2013/14). Se trata de una etapa donde se busca experimentar, tener nuevas vivencias, entrar en contacto con determinados comportamientos que muchas veces conllevan riesgos, constituyendo en muchas ocasiones el riesgo el principal atractivo.

Los motivos por los cuales los adolescentes inician el consumo de drogas son múltiples. Si bien la curiosidad es una razón universal, pueden agregarse una serie de factores como la normalización y permisividad social (el uso por parte de padres/madres, pares, publicidad, accesibilidad, etc.) o de etapa como la búsqueda de cambios afectivos y perceptivos, vencer la timidez, actuar más “naturalmente” en acontecimientos sociales, desafiar la autoridad de los adultos, etc. No se nos escasa el afán primordial por desarrollar la propia autonomía e independencia y no se puede ignorar la importancia que a estas edades tiene el distanciamiento adolescente de la familia y del entorno escolar, así como el sentido que adquiere el grupo de iguales. A esto hay que añadir la influencia que sobre esas conductas tienen factores sociales como la disponibilidad y accesibilidad de las sustancias, la aprobación social de las drogas legales, la asociación entre drogas y ocio y la que ejerce la publicidad, entre otros.

Autores como Lipovetsky (2018), Lasén (2000) o (Hari, 2019), señalan que el uso de las drogas responde menos a un deseo de disfrute que de retroceso de los factores de cohesión social. Al disfrute se le une una especie de automedicación con el objetivo de escapar de las dificultades de uno mismo, de integrarse y de comunicarse. Se expresa la necesidad de hacer frente a la soledad, a tomar distancia de las exigencias cotidianas de estudio y trabajo, así como de afrontar las relaciones problemáticas con uno mismo y con los demás (madurez adolescente y conflictos familiares propios de la etapa).

La oferta de tecno-festivales, las naves que arrastran a gran multitud de jóvenes, las raves o los botellones espontáneos o mediante “quedadas” a través de las redes sociales, son consecuencia de una lógica de consumo que intensifica el proceso de individualización. Son menos elementos de orden (espacio controlados para desconectar de la rutina, pero sin cambiarla) que momento que permiten a los individuos reivindicar sus raíces, un compromiso social o compartir una experiencia de comunión colectiva (aquí paz y después gloria). Se trata de actos de libre adhesión a vivir una experiencia de comunión colectiva frugal. Donde la lógica de la fiesta ya no es recordar elementos esenciales de la cultura colectiva sino transformar el presente en un momento lúdico y recreativo.

Existen fiestas, festivales, propuestas para cada gusto. El ritmo actúa en estos encuentros produciendo un contagio que arrolla a la consciencia ordinaria, dando lugar a un estado modificado de consciencia y favoreciendo un aprendizaje por contagio sin plan de acuerdo con la situación que viven. La repetición de los encuentros favorecerá la aparición del hábito, mediante un proceso en el que priman más las formas que los contenidos. Lasén (2000) advierte que la cohesión que se produce en estos momentos de excitación común no es moral, no tiene en cuenta la cualidad ni el valor de los sentimientos de los demás.

En Navarra a la profusión de fiestas patronales en el periodo estival se les han unido fiestas temáticas donde se cruzan lo cultural, gastronómico y lo lúdico, lo histórico y lo turístico, (uso de recinto amurallado durante las noches de verano para hacer una cata al aire libre multitudinaria) lo tradicional y lo comercial (Navarra como cuna de reyes y vinos que da lugar a la denominación de vinos del Reino Gourmet) Los carnavales, que se han recuperado en Navarra, transformados en fiesta lisa y llanamente, no suspende como lo hieran antaño ya ni regla ni tabú, ahora son los propios principios de la vida cotidiana (seguridad, salud, vida higiénica, respeto por las personas, sentido de la convivencia, educación, discreción) los que estructuran las celebraciones colectivas.

El sexo y la edad aparecen en todos los análisis como variables/factores sociales clave para entender las probables implicaciones para salud de los consumos de sustancias psicoactivas. Si atendemos a las características biológicas de hombres y mujeres, al consumo de las distintas drogas se asocian impactos diferentes sobre la salud, como en el caso del tabaco. La edad biológica marca diferencias importantes en la tendencia del consumo de sustancias, permite valorar el impacto que determinadas conductas podrían tener a medio o largo plazo. De acuerdo con la OMS gran parte de las conductas de riesgo para la salud son adquiridas

durante la adolescencia no se manifiestan en morbilidad o mortalidad durante la adolescencia misma, sino en años posteriores.

Si la mirada se pone sobre lo social, entonces observamos que el sentido que hombres y mujeres dan al consumo de las distintas drogas es diferente. Al contrario de lo que podríamos pensar basándonos en una concepción del género femenino clásica en la que consumir drogas es algo propio de hombres, en la actualidad parece que consumir es también un ritual de paso para las mujeres. El consumo de drogas entre las mujeres y la adopción de patrones de consumo parecidos a los hombres (con algunas salvedades como veremos) puede verse como un nuevo mandato de género, no tanto como una transformación de los roles de género (Measham, 2002), de las desigualdades entre hombres y mujeres.

La forma en la que se expresan las diferencias de género en los contextos de ocio ha ido evolucionando y eso ha hecho que se equiparen algunas prácticas en el consumo, pero la desigualdad entre unas y otros pueden seguir latentes. Las tasas se igualan, pero lo que realmente se modifican, y queda oculto tras el número, son los mandatos de género no siendo fácil identificarlos debido a los nuevos escenarios y a las relaciones que entre hombres y mujeres surgen en esos escenarios.

Por otra parte, las dos variables también deben ser leídas conjuntamente ya que los consumos de drogas en función del género están muy condicionados por el factor generacional. Esta circunstancia explica cómo, en un escenario caracterizado por la supremacía de los consumos de drogas entre los hombres en edades más adultas, la equiparación de los hábitos de consumo de drogas en hombres y mujeres es ya una realidad en la adolescencia.

La gran mayoría de los jóvenes navarros entre 14 y 29 años han probado alguna droga de las consultadas en la ENJS 2013/14. Por sustancias, el alcohol lo han probado el 90,4%, el tabaco el 49,9%, el cannabis el 43,4% y el resto de sustancias ilegales el 19,9%, distribuyéndose entre la cocaína el 15,0, el speed el 13,0%, las setas alucinógenas el 10,2%, el éxtasis el 7,9% y ya en porcentajes inferiores el resto de sustancias ilegales, como el LSD (5,5%), la ketamina (4,1%) y la heroína (0,4%), además de que hay un 2,0% que afirma haber consumido alguna otra sustancia ilegal.

Las sustancias legales tienen una presencia parecida entre ambos sexos, aunque los hombres hayan experimentado con las distintas sustancias algo más que las mujeres, sobre todo el tabaco (52,8% de varones lo han probado por un 47,1% de

mujeres). Las sustancias ilegales, sin embargo, agrupan un mayor número de varones experimentadores que de mujeres (el cannabis lo han probado el 48,6% de los hombres frente al 38,5% de las mujeres, pero en el conjunto del resto de sustancias ilegales encontramos que el 26,3% de los varones las han probado frente al 13,7% de las mujeres).

6.3.1. Consumo de tabaco

El tabaco junto al alcohol, el sedentarismo y una dieta desequilibrada constituyen los cuatro factores de riesgo comunes a las cuatro principales enfermedades crónicas con mayor prevalencia: cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias crónicas. En España en el periodo 2010-2014 las muertes atribuibles al consumo de tabaco supusieron un 13,4% del total de las defunciones ocurridas entre la población de 35 y más años (23% en hombre y 3,4% en mujeres)²⁷², con una media anual durante el quinquenio de 51.870, algo menos que en el quinquenio 200-2004 cuando la media anual estimada por Regidor y Gutierrez de muertes atribuibles al tabaco era de 52.746. El número absoluto en el año 2016 fueron 56.122 muertes en mayores de 34 años²⁷³.

Una de las herramientas más potentes para la lucha contra el tabaco ha sido el logro de “espacios sin humo”. Las leyes, en base a la evidencia científica, han permitido convertir el hábito de fumar en un acto antisocial de lo que había sido una elección individual que implicaba riesgo para la salud de la persona fumadora. Fumar en espacios abiertos contamina el medio ambiente inmediato y amenaza la salud de “víctimas inocentes” (parejas no fumadoras, niños/as, ...)

Fitzpatrick (2000) en su libro “The tyranny of health” recoge algunos de los trabajos llevados a cabo por distintos investigadores e investigadoras sobre los efectos del consumo de tabaco para la salud, que nos permiten seguir reflexionando sobre la validez, la interpretación de los datos y las decisiones políticas que de ellos se derivan. Así, por ejemplo, Robert Nilsson (1997) aceptando la plausibilidad de la relación causal entre “espacios con humo” y cáncer de pulmón y el hecho de que numerosos estudios parecen mostrar un aumento estadísticamente significativo en el riesgo de padecer cáncer de pulmón, cuestionó su importancia

²⁷² <https://www.msrebs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/MuertesTabacoEspana2014.pdf>

²⁷³ https://www.consalud.es/pacientes/dias-mundiales/las-alarmantes-cifras-del-tabaquismo-en-espana_64471_102.html

epidemiológica. Llegando a concluir que el riesgo de cáncer de pulmón es comparable al de otros agentes de las condiciones ambientales que generalmente se consideran una amenaza insignificante para la salud.

Raymond Johnstone, por otra parte, señaló que las tasas de mortalidad anuales de cáncer de pulmón entre las esposas no fumadoras de hombres fumadores son alrededor de seis por cada 100.000, mientras entre las esposas fumadoras de hombres fumadores, la cifra es de ocho por 100.000. Se puede dar el dato de riesgo relativo, la probabilidad de padecer cáncer de pulmón es un 33 por ciento mayor entre las primeras, o se puede optar por informar en términos de riesgo absoluto²⁷⁴, lo que equivale a decir uno de cada 50.000²⁷⁵.

Finalmente, Fitzpatrick recoge en su libro cómo la historiadora Virginia Berridge observó que “la coalición que defiende las restricciones al tabaco precede a la evidencia” y que las estimaciones alarmantes de muertes atribuibles a fumadores pasivos, resultado de multiplicar minúsculos riesgos de dudosa validez por vastos números de población, se convirtieron en un dispositivo de propaganda efectivo además de una práctica estadística aguda (Fitzpatrick, 2000).

La mayoría de la juventud de Navarra (70,3%) no fuma, de los cuales nunca han fumado el 59% y alguna vez el 41, entre los que se encuentra el 11,3% de exfumadores, un 9,8% de los hombres y un 12,7% de las mujeres.

²⁷⁴ Riesgo Absoluto= Tasa de incidencia de la enfermedad en los expuestos I_E – Tasa de incidencia de la enfermedad en los NO expuestos I_N ($Ra=I_E-I_N$). $Ra = (\text{número de expuestos enfermos} / \text{total de expuestos}) - (\text{número de no expuestos enfermos} / \text{total de no expuestos})$

Ra es válido en estudios causa-efecto, es decir, primero se clasifica a los enfermos en expuestos y no expuestos, y después se determina la presencia del problema en cada uno de los grupos. No es válida en estudios efecto-causa, en los que se toman dos grupos, uno de enfermos y otro de sanos, y luego se evalúa si estuvieron o no expuestos al factor.

Riesgo Relativo= I_E / I_N . Cuantifica cuantas veces más tiende a desarrollarse el evento en el grupo de los individuos expuesto al factor de riesgo, en relación con las que aparece en el grupo de individuos no expuestos. Se trata de una medida cuyo valor oscila entre 0 e infinito. Identifica la fuerza o magnitud de la asociación. Un valor de Rr de 1 indica que no hay asociación entre la presencia del factor de riesgo, y la aparición del evento.; Si el valor del Rr es > 1 indica la existencia de una asociación positiva, es decir, la presencia del factor está asociada a una mayor frecuencia (cuantificada) de aparición del evento.: Si Rr es < 1 , ello indica que existe una asociación negativa, es decir, el factor estudiado más bien tiene un efecto protector frente a la aparición del evento.

<http://www.samiuc.es/estadisticas-variables-binarias/caracteristicas-las-variables-binarias/>

²⁷⁵ Queda muy bien ilustrado en el siguiente enlace <https://www.actasanitaria.com/riesgo-relativo-y-riesgo-absoluto/>

Tabla 30. Prevalencias de consumo de tabaco. Año 2014 (%)

	Sexo		Total	Intervalos de Edad		
	Hombre	Mujer		14-17	18-24	25-29
Nunca	60,6	57,5	59,0	79,5	53,3	46,2
Alguna vez	39,4	42,5	41,0	20,5	46,7	53,8
En los últimos 30 días	29,5	29,8	29,7	14,9	33,1	39,6
Diario	21,6	21,0	21,3	7,9	23,4	30,9

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

El porcentaje de juventud que fuma es mayor en los intervalos de edad superiores. Es de destacar la gran diferencia que se da en el grupo de 14 a 17 años, donde la proporción de mujeres fumadoras de diario o regulares (en los últimos treinta días) es muy superior al de los hombres.

Tabla 31. Prevalencias de consumo de tabaco según sexo y edad. Año 2014 (%)

	Hombre				Mujer			
	14 a 17	18 a 23	24 a 29	Total	14 a 17	18 a 23	24 a 29	Total
Nunca	86,0	55,1	45,1	60,6	73,8	51,6	47,4	57,5
Alguna vez	14,0	44,9	54,9	39,4	26,2	48,4	52,6	42,5
En los últimos 30 días	9,0	31,8	44,0	29,5	19,9	34,3	35,1	29,8
Diario	5,4	21,6	34,5	21,6	10,2	25,2	27,2	21,0

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

Un estudio llevado a cabo por investigadores de una universidad de Londres alerta que más de tres de cada cinco personas que fuman su primer cigarrillo se acaban convirtiendo en fumadores diarios –ya sea temporal o definitivamente. El estudio que fue publicado en la revista “Nicotine & Tobacco Research” concluye que “en el desarrollo de cualquier comportamiento adictivo, pasar de la experimentación a la práctica diaria es un hito importante, pues implica que una actividad recreativa se ha convertido en una necesidad compulsiva”. Los investigadores dicen haber descubierto que la tasa de conversión, “métrica potencialmente importante”, de fumador experimental a fumador diario es sorprendentemente alta, dos tercios de los no fumadores que experimentan con cigarrillos se convierten en fumadores diarios, “lo que ayuda a corroborar la importancia de

prevenir la experimentación con el tabaco en primer lugar” (Birge et al., 2018) Aplicando la tasa de conversión a la población joven que fuma ocasionalmente, tenemos que de un total de 128 (8,4% de la población encuestada) 85 se convertirían si no hiciéramos nada en fumadores diarios.

Los fumadores que han intentado dejar de fumar en los últimos 12 meses (38,5%) señalan como principales razones para querer dejar de fumar el precio del tabaco (29,2%), no extraña que los más jóvenes sean quienes apuntan a este motivo (Ver tabla 32). Las molestias sentidas a causa del tabaco (27,6%) y el miedo al cáncer u otras enfermedades pulmonares (24,3%) son las motivaciones que siguen a la económica.

Tabla 32. Población joven de 14 a 29 años que ha intentado dejar de fumar en los últimos 12 meses. Año 2014 (%)

Han intentado dejar de fumar			
Hombre	34,80	14 a 17 años	56,10
Mujer	41,70	18 a 23 años	38,80
Total	38,50	24 a 29 años	35,20

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

Según un estudio de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica²⁷⁶ un 30 de las personas fumadoras cambiaron al tabaco de liar pensando que era más saludable, menos perjudicial para la salud. Y que el aumento mayor del tabaco de liar en la población fumadora se había producido en la población de entre 15 y 34 años con estudios secundarios y universitarios porque creen que es más natural.

En 2014, año en el que se realizó la encuesta, el precio de una cajetilla de 20 cigarrillos de 'Marlboro', una de las marcas más vendidas en España, en estanco era de 4,80 euros²⁷⁷ (y alcanza los 4,95 en las máquinas expendedoras). Una bolsa de 30 gramos de picadura de 'Ducados', una de las firmas que lidera este segmento en el país costaba 4,95 euros. Según los fumadores de picadura, con solo uno de estos envases se pueden llegar a obtener casi medio centenar de pitillos liados,

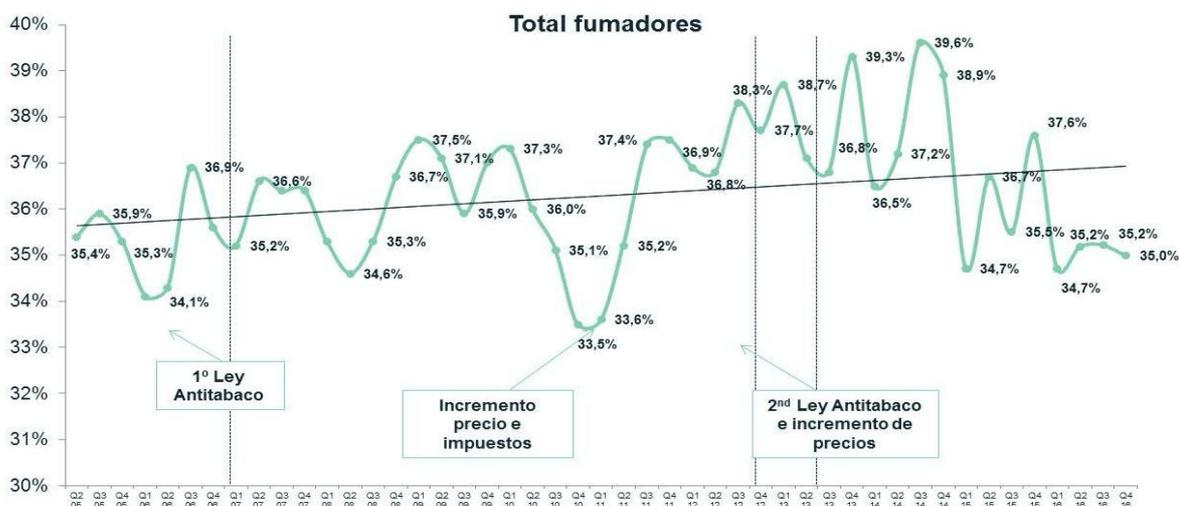
²⁷⁶<https://www.elcorreo.com/bizkaia/sociedad/201409/07/tabaco-liar-fuma-crisis-20140905125947.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.google.com>

²⁷⁷ La carga fiscal en 2014 sobre el tabaco era del 77 % (en Francia del 81 % y en Reino Unido 85,7 %) sobre el alcohol era del 43 %. Informe de ADelta, asociación que forma parte de la Mesa de Tabaco y que grupa en 2014 a 11 compañías productores, importadores y comercializadoras de tabaco en España. http://www.adelta.es/userfiles/File/Adelta_25_Aniv_AAFF.pdf

por lo que el precio por unidad apenas alcanzaría los diez céntimos. El argumento del precio parece definitivo para nuestros jóvenes.

Las grandes corporaciones (Altadis, Philip Morris, Japan Tobacco International y British American Tobacco son las cuatro compañías que dominan el mercado tabaquero en España) a la vista del impacto de las diferentes regulaciones sobre el tabaco parecen estar sorteando bastante bien el temporal.

Ilustración 21. Evolución de la incidencia de fumar²⁷⁸ (todas las categorías de producto)



Fuente: IPOSS, en www.libremercado.com

A este argumentario habría que añadir la moda. Los productores y distribuidores de los vapores sean e-cigarrets o los productos de tabaco calentados (PTC) recientemente puestos en el mercado²⁷⁹ juegan al igual que las políticas de promoción de la salud con mensajes que aseguran que hoy hay una mayor diversidad de productos que permiten hacer elecciones más saludables a los fumadores de tabaco.

The consumer is at the centre of everything we do. Our job is not to push consumers into specific products, our job is to provide consumers with a wide-range of consumer products from which to choose from.

Daniel Torras, Senior Vice President, Reduced-risk products, JTI.

²⁷⁸ Personas entre 18 y 64 años que declaran fumar más de un cigarrillo al día. Datos publicados por la Tabacalera Wiston y Camel. Consultados en <https://www.libremercado.com/2017-04-30/cuantos-cigarrillos-fuman-los-espanoles-y-cuantos-fumaban-hace-10-anos-1276597918/>

²⁷⁹ <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-nuevo-dispositivo-calentamiento-tabaco-igual-danino-cigarrillo-electronico-20190211070931.html>

The rapid growth of the Reduced-Risk Products, also known as vaping products, category means that tobacco consumers are able to enjoy a wider choice of products than ever before.

De la web de JTI.

Las distintas corporaciones han creado marcas como los Ploom Tech²⁸⁰ de la Japan Tobacco International (JTI) o los iQOS de Philip Morris International que a la vez que identifican sus productos y les diferencian de la competencia crean confusión entre los posibles usuarios que deben saber diferenciar entre las opciones con más o menos riesgo para la salud.

6.3.2. Consumo de alcohol

A pesar del aumento de enfermedades no transmisibles que se relacionan con el consumo de alcohol y tabaco y que las diferentes investigaciones han reforzado contribuyendo al control, prevención y promoción de la salud para reforzar conductas saludables, no resulta tan obvio por qué el alcohol se ha convertido en objetivo de las intervenciones sanitarias cada vez más restrictivas.

Siendo durante mucho tiempo el objeto de vigilancia el consumo abusivo, intoxicaciones agudas y los problemas de alcoholismo por su impacto sobre la salud en forma de cirrosis hepáticas y por su impacto social (maltrato, conductas auto-destructivas, etc. las intervenciones se dirigieron inicialmente a recuperar al “borracho habitual” (muchas veces maltratador, violento o agresivo) Intervenciones que se han traducido con el tiempo en intervenciones que tienen como objetivo abordar a toda la población. ¿Qué ha provocado este cambio?

La clave para Fitzpatrick (2000) estaría en la adopción de un sistema de cálculo de las unidades de alcohol que en 1976 estableció como límite superior absoluto la ingesta de 56 unidades de alcohol, para a finales de los años 80 establecerse en 21 para hombres y 14 para mujeres, hasta llegar al momento actual en el que se definen 17 para hombres y 11 para mujeres).^{281, 282}

²⁸⁰ Para más información sobre los tipos de vapors:

[http://origin.who.int/tobacco/publications/prod_regulation/heated-tobacco-products/es/;](http://origin.who.int/tobacco/publications/prod_regulation/heated-tobacco-products/es/) <https://www.jt-science.com/consumer/what-is-vaping>

²⁸¹ Cálculo de gramos de alcohol=Cc. o ml. de bebida alcohólica x Graduación x 0,8 / 100. La Unidad de Bebida Estándar o U.B.E. equivale a 10 gramos de alcohol. Calculadora <https://encuestas.msssi.gob.es/lime-survey/index.php/481849> a través de la cual sabremos las UBE que contiene lo que bebemos y la cantidad de ejercicio físico que necesitaremos para gastar las calorías “vacías” que aporta el alcohol

²⁸² Límites que posiblemente cambien antes las presiones de asociaciones como la Semfyc (Sociedad Española de Medicina de Familiar y Comunitaria)

Las primeras intervenciones se caracterizaron por la “moderación”, tuvieron que hacer frente a algunas dificultades epidemiológicas, se enfrentaron con el cuerpo de científicos que había revelado previamente los efectos adversos del alcohol, no solo en el hígado, sino también en un aumento de los riesgos de enfermedades y de cánceres asociados. Los defensores de la moderación afirmaban que el consumo moderado de alcohol tenía efectos beneficiosos sobre la salud y la longevidad, y hoy se siguen discutiendo.

Doll es uno de esos investigadores que se enfrentó a la línea defensora de la efectos adversos del consumo de alcohol, científico famoso por revelar el vínculo entre el cáncer de pulmón debido al consumo de tabaco cuarenta años antes, concluyó que “entre los hombres británicos en edad media o superior, el consumo de un promedio de una o dos unidades de alcohol al día está asociado con una mortalidad por todas las causas significativamente más baja que el no consumo o el consumo de cantidades sustanciales de alcohol” (Doll, 2002).

La Sociedad Española de Medicina de Familiar y Comunitaria (Semfyc)²⁸³, en un comunicado reciente concluye que “no hay razones para recomendar como beneficio para la salud para el conjunto de la población el consumo de bebidas alcohólicas de cualquier graduación”. Para esta asociación “la evidencia actual exige dar un claro mensaje sobre la necesidad de reducir el daño relacionado con el consumo de alcohol” y que es necesario “minimizar el consumo de riesgo y nocivo de alcohol”, no recomendando “bajo ninguna circunstancia” beber ya que, según la evidencia científica revisada no habría umbrales seguros para el consumo de alcohol. Dicho de otra forma, las evidencias científicas según esta asociación indican que “no se puede hablar de un consumo moderado beneficioso para la salud sino en el mejor de los casos de un consumo de bajo riesgo”.

Estas declaraciones se producen en respuesta a los resultados del meta-análisis realizado por el Instituto de Salud Global de la Universidad de Wuhan en China y colaboradores que sugería que el consumo bajo a moderado de alcohol está asociado de forma inversamente significativa con el riesgo de enfermedad cardiovascular ECV y mortalidad por todas las causas en pacientes con hipertensión.

²⁸³ <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2017/09/POSICIONAMIENTO-ALCOHOL-Grupo-ESPS-semFYC.pdf>

Los titulares que por nuestra salud²⁸⁴ han atribuido supuestos beneficios al consumo moderado de alcohol suelen acudir a la “curva en J²⁸⁵” utilizada en el estudio de la Universidad de Wuhan, según la cual los abstemios tendrían más riesgo cardiovascular o de mortalidad que los bebedores moderados, han sido desmentidos por Stockwell (2016). Este autor al incluir en el grupo de abstemios a quienes los son por elección y a quienes por diversas causas abandonaron el consumo de alcohol obtuvo un curva en J distinta. Una curva según la cual el incremento en la mortalidad en el grupo de abstemios en comparación con la de los bebedores moderados no se podría atribuir a la abstinencia, sino al alcoholismo que sufrieron o a las enfermedades que padecen y motivaron la cesación de su consumo.

Ilustración 22. Antigua curva en J



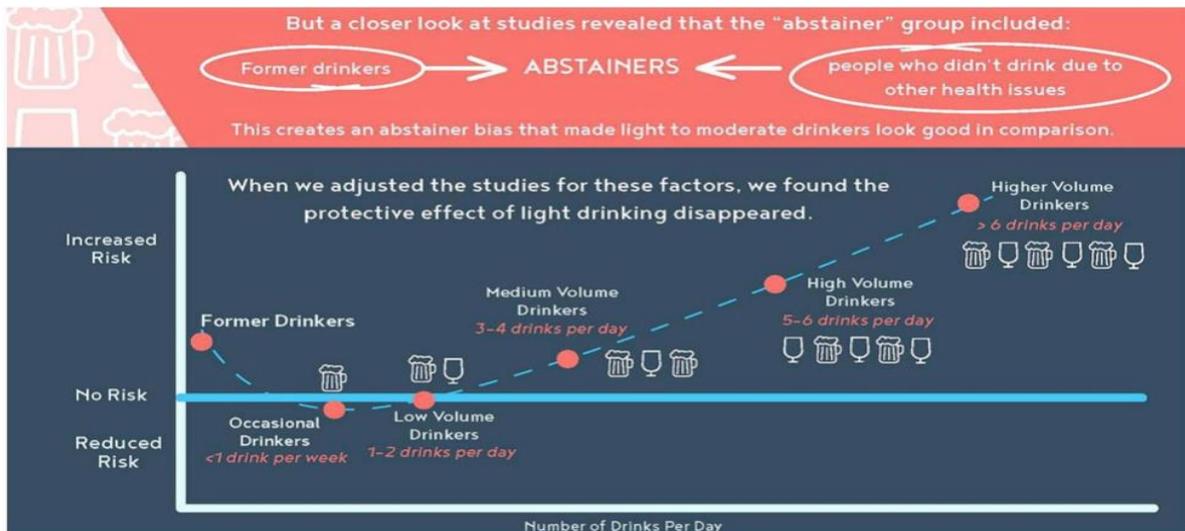
Fuente: Eruekalert!

La verdadera curva en J del alcohol sería aquella en la que los supuestos efectos protectores del consumo de pequeñas cantidades de alcohol desaparecen.

²⁸⁴ El vino, junto a la cerveza, son considerados alimentos y como tal han aparecido hasta fechas recientes en la pirámide de alimentos de la dieta Mediterránea. Las nuevas pirámides las han eliminado. Existe una Fundación para la defensa del vino: <http://www.fivin.com>

²⁸⁵ La curva en J es una hipótesis de la matemática no lineal surgida de la teoría económica. En Medicina, la *curva en J* describe un gráfico en el que el eje horizontal se colocan síntomas tratables o factores de riesgo (consumo de alcohol), mientras en el eje vertical se representa la probabilidad de que una persona desarrolle la enfermedad cardiovascular. En grupos de población grandes la mortalidad por enfermedad cardiovascular quedó aparentemente bien establecido como una proposición de validez general que su distribución en la población general adopta la forma de una curva J como experiencia “normal”. Si jugamos con su disposición, si la giramos y extendemos la “cola” corta, la curva adopta la forma de la campana de Gauss.

Ilustración 23. Verdadera curva en J



Fuente: Eruekalert!

Muchos factores pueden estar afectando en la confusión de resultados cuando se estudia el consumo de alcohol en dosis altas y bajas. Sin embargo, teniendo en cuenta equilibrios generales entre efectos beneficiosos y perjudiciales para la salud las recomendaciones individuales y para la población en general, ya sean reducciones o cesación de la ingesta de alcohol, debería atenderse al criterio de mejora general de la salud (Fernández-Solà, 2015).

En España, en un estudio publicado en 2015²⁸⁶ se estima que el porcentaje de muertes relacionadas con el consumo de alcohol sobre el total de muertes en la población de 35 a 79 años está entre el 0,6% y el 1% para hombres y entre el 0,2% y el 0,7% para las mujeres. La media para los 17 países europeos participantes en el estudio se sitúa en el 3,3% para hombres y el 1,9% para mujeres.

Por otra parte, según el último Estudio de Carga Global de Enfermedades de 2016 (Soriano et al., 2018) entre los factores de riesgo con mayor impacto sobre los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)²⁸⁷, estarían en hombres, el tabaquismo, ocupando el primer lugar, seguido por el consumo de alcohol y otras drogas; y en las mujeres, el consumo de alcohol y drogas ocupando el tercer lugar, seguido del consumo de tabaco.

²⁸⁶ Mackenbach, Johan P; Kulhánová, Ivana; Bopp, Matthias; Borrell, Carme; Deboosere, Patrick; Kovács, Katalin et al (2015) Inequalities in Alcohol-Related Mortality in 17 European Countries: A Retrospective Analysis of Mortality Registers. PLoS Med 12(12):e1001909. doi:10.1371/journal.pmed. 1001909.

²⁸⁷ Se trata de una medida de carga de la enfermedad global expresado como el número de años perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura.

De cualquier modo, las estrategias adoptadas hasta el momento por los distintos gobiernos como en el caso de la dieta y el tabaco han sido lanzar mensajes para toda la población, sin distinción, para reducir el consumo excesivo de una parte de la población. Legitimándose intervenciones sobre toda la población (control social) evitando, por otra parte, el carácter estigmatizante de enfoques selectivos, dirigido a grupos de población específicos, “bebedores problema”.

El alcohol tiene una gran presencia social, y por ende en nuestros hogares, como lo demuestran los datos de la Agencia Tributaria que nos informan de que aproximadamente un 41% de las salidas de alcohol al consumo tienen como destino los hogares, dando origen a la exposición al consumo de alcohol desde edades tempranas.

La gran mayoría de población juvenil de Navarra (86%) ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en la vida, con diferencias por sexo según la prevalencia - alguna vez, en el último año o en el último mes- (Ver tabla 33). El salto a la mayoría de edad implica el salto a la normalización del consumo, se convierte en regular para más del 70% de la juventud, aunque para una parte importante ya es un hábito, forma parte de su estilo de vida, antes de cumplir los 18 años (42%) y como parte de una rutina que rompe el ritmo de la semana lectiva o laboral, más de la mitad de los y las jóvenes (66,4%) bebe alcohol el fin de semana.

Tabla 33. Prevalencias de consumo de alcohol. Año 2014 (%)

	Sexo			Intervalos de Edad		
	Hombre	Mujer	Total	14-17	18-24	25-29
Alguna vez en la vida alcohol	86,5	84,6	85,6	69,5	92,0	93,0
Consumido en el último año	84,8	81,2	82,9	67,8	90,2	88,8
Consumo en el último mes	65,4	60,8	63,0	41,7	71,6	73,4
Edad beber primera vez alcohol	14,7	14,8	14,7	13,8	14,8	15,2
Edad beber alcohol forma regular	16,5	16,4	16,4	14,8	16,5	17,1

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

La pauta del consumo del colectivo de personas jóvenes sigue una evolución coherente a los ritmos de la vida social. La extensión del tiempo dedicado a los estudios, actividades extraescolares o de práctica deportiva acota, delimita y li-

mita el tiempo de ocio, fomentando límites de horarios y espacios de lo que resultan comportamientos más compulsivos en el fin de semana, en fiestas, etc. La práctica del botellón y las borracheras expresan un ritmo de compulsión de producción propia y que se vive desde el interior que pretende romper con otro ritmo de compulsión de producción adulta que se vive como externo y opresivo²⁸⁸.

El 36% de la juventud ha tenido a lo largo del último mes algún episodio de consumo definido como “binge drinking” o consumo concentrado en un espacio de dos/tres horas de 4 o 5 unidades de alcohol (medida cuantitativa establecida científicamente), sin diferencias entre mujeres y hombres; y el 33,3% declara haberse emborrachado (autopercepción, expresión cualitativa) en el mismo periodo (36,8% de los varones y 29,9% de las mujeres).

Tabla 34. Población que ha hecho binge o se ha emborrachado en el último mes. Año 2014 (%)

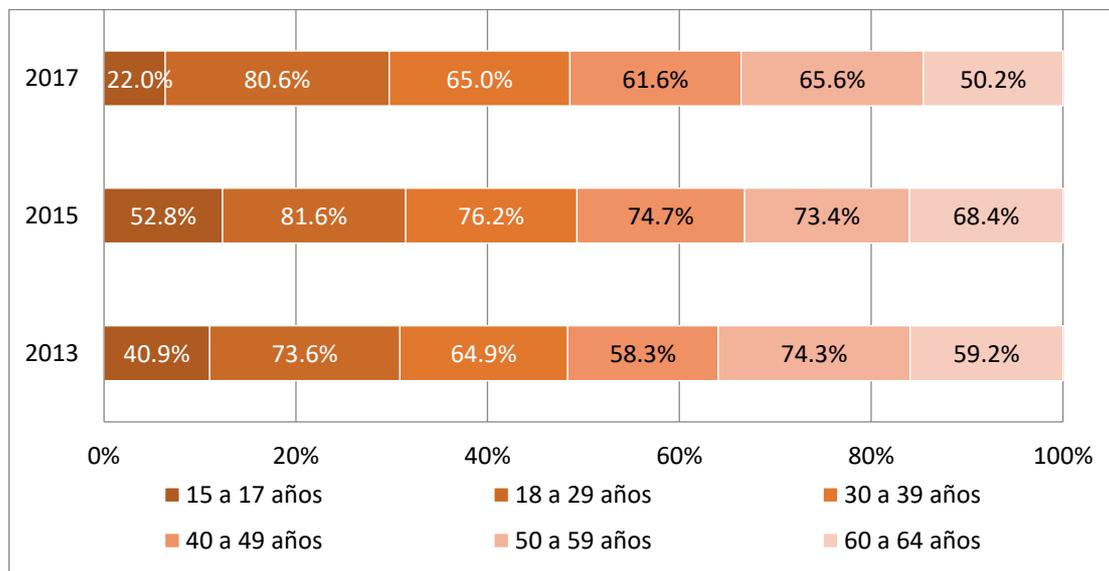
	Sexo		Total	Intervalos de Edad		
	Hombre	Mujer		14-17	18-24	25-29
Borrachera último mes	36,8	29,9	33,3	18,5	44,6	36,0
Binge último mes	37,2	35,5	36,3	23,7	46,4	38,3

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

A la vista de los datos no parece que haya expresión de relación entre el consumo de alcohol y riesgos para la salud (descartando accidentes de tráfico) no sólo entre los más jóvenes sino en el conjunto de la sociedad (Ver Ilustración 25). Podemos decir que los jóvenes reproducen las prácticas sociales extendidas entre la población adulta. Aunque difieran en las formas (frecuencia, cantidad, tipo de alcohol y espacios de consumo) hacen una lectura y adecuación a sus circunstancias y expectativas o deseos.

²⁸⁸ Nos basamos para hacer estas afirmaciones en el Informe monográfico “Juventud de 14 a 18 años” del estudio cualitativo sobre contextos de iniciación y desigualdades en el consumo de alcohol y tabaco en jóvenes de 14 a 18 años en Navarra 2018. No publicado, realizado por CIMOP (Fernando Conde) para el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

Ilustración 24. Frecuencia de consumo de alcohol, según grupo de edad. Año 2017 (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos EDADES 2017

El alcohol, sólo en ocasiones, provoca alarma social, y acción política, cuando interviene en problemas de seguridad, como los accidentes de tráfico (programa Voy y Vengo), de orden público, como con el botellón (ley de Seguridad ciudadana),²⁸⁹ o en actos de violencia o agresiones (condena y personarse como acusación particular en agresiones sexistas como la ocurrida en San Fermín). Para el resto de situaciones el consumo parece producirse sin consecuencias para el entorno social inmediato, así lo parece reflejar la percepción que tienen las personas encuestadas sobre su nivel de consumo. Preguntados por cuánto dirían que beben, muchas responden “lo normal”. Luego, lo normal resulta ser más de lo que piensan y mucho más de lo recomendado.

En respuesta a la autopercepción del consumo de alcohol, un 40,5% dice beber poco o nada (Ver tabla 35). En el otro extremo, un 5,5% considera que bebe bastante o mucho, mientras que el 39,5 dice que bebe “lo normal” (lo normal suele superar las recomendaciones).

²⁸⁹ Consumir bebidas alcohólicas en lugares, vías, establecimientos o transportes públicos cuando perturbe gravemente la tranquilidad ciudadana.

Tabla 35. Autopercepción del consumo de alcohol población 14 a 29 años. Año 2014 (%)

Nunca ha bebido	14,50	Lo normal	39,50
Nada	4,90	Bastante	5,10
Poco	35,60	Mucho	0,40

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

Entre la población encuestada la autopercepción del consumo dista de ajustarse a las distintas recomendaciones. Casi el 50% de la población que beber lo normal hace un consumo de riesgo (binge, borrachera, o más de la UBE/día -2 para mujeres y 4 para hombres). Cuando instituciones públicas como el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra cumpliendo con su deber de velar por la salud de la población, lanzan campañas para reducir la tolerancia social al consumo excesivo de alcohol y provocar el debate social, la respuesta de una parte de la sociedad no tarda en llegar y esta se produce de forma contundente.²⁹⁰ Sin embargo, el debate se torna económico, aunque *compartan*, como expresó el Consejo Regulador de la Denominación de Origen Navarro, "los beneficios de cualquier campaña que promueva la prevención del *alcoholismo*".²⁹¹ Esto es prevenir conductas e historias desadaptativas, nada que influya en la acomodación de un consumo en torno a espacios y prácticas que presentan los jóvenes, o la "cultura del juevintxo" de adultos jóvenes.

El consumo habitual de los encuestados se produce principalmente en bares, pubs o similares (76,3%) A cierta distancia están las discotecas (41,7%), seguidas por las bajeras, cuartos, pipotes o sociedades (37,2%). En las calles, plazas o espacios públicos declaran beber el 17,6% de la población encuestada. En Navarra las bajeras o cuartos se han convertido para un 51,2% de los menores en el espacio de consumo, fuera de la mirada adulta y cerrado en torno a la *cuadrilla*. La bajera como espacio joven financiado por los progenitores, se vive como una prolongación del "cuarto de estar", como una especie de hogar propio en el que experimentar una tímida *emancipación*, donde se confunden edades y precipitan los inicios de consumo de drogas, de videojuegos o porno. Un espacio que heredan

²⁹⁰ Respuesta de UAGN a la campaña "Beber lo normal puede ser demasiado" <https://uagn.es/uagn-consid-dera-insulto-todos-los-viticultores-bodegas-navarras-la-campana-del-gobierno-navarra/>,

²⁹¹ Consejo Regulador de la Denominación de Origen: <https://www.diariodenavarra.es/noticias/negocios/dn-management/contenidos/2017/07/03/la-navarra-cuestiona-campana-sobre-consumo-alcohol-del-gobierno-foral-540072-2542.html>

modelos de gestión, de participación y de usos (ocio, gastronómico, cultural, ...) de txokos, sociedades gastronómicas y/o culturales que tanto abundan en Navarra y el País Vasco.

Tabla 36. Lugares de consumo de alcohol. Año 2014 (%)

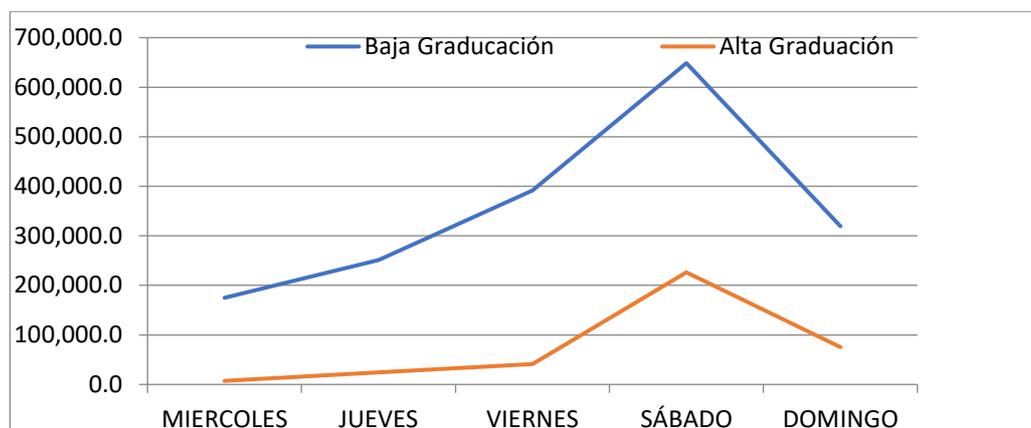
	En mi casa o en la de un amigo/a	En bares, tascas, pubs	En discotecas	En bajeras, cuartos, pipotes, sociedades	En la calle, parques, plazas o espacios públicos	En otros sitios	Total
Hombre	17,9	72,4	44,1	39,5	17,1	4,3	100,0
Mujer	21,4	80,2	39,3	35,0	18,1	1,9	100,0
Total	19,6	76,3	41,7	37,2	17,6	3,1	100,0
14 a 17 años	6,9	59,6	41,4	51,2	39,4	4,9	100,0
18 a 23 años	20,1	72,2	50,6	41,7	20,8	2,7	100,0
24 a 29 años	24,8	87,2	34,1	27,2	5,2	2,6	100,0

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

El tipo de bebidas alcohólicas que se ingieren varía de acuerdo al momento de la semana. Entre semana son predominantemente la cerveza y el vino (bebidas de baja graduación). Durante el fin de semana a la cerveza se suman las bebidas de alta graduación. Comportamiento que no difiere del observado en la población general (Población de 15 y más años -ENCV, 2017)

Que la bebida de mayor consumo en nuestra tierra sea la cerveza no es casual. España ocupa el cuarto lugar en la producción cervecera en Europa detrás de Alemania, Inglaterra y Polonia y el tercer lugar como productor de vino detrás de Italia y Francia. El consumo de vino a pesar del lugar que ocupamos en el ranking de productores está muy por debajo de la cerveza. Los productores y distribuidores de esta bebida tienen un gran poder y han puesto la mirada sobre los jóvenes.

Ilustración 25. Número de UBEs* consumidas, según sean de alcoholes de alta o baja graduación, a lo largo de la semana por la población de 15 y más años



Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Condiciones de Vida, ENCV (2017)

*UBE: Unidad de Bebida Estándar=10 gr. de alcohol puro (1 vaso de vino 20 cc, una caña de 20 cc)

6.3.3. Consumo de cannabis y otras drogas

Entre los adolescentes el consumo habitual o reciente de cannabis, y el inicio del consumo antes de los 16 años han sido asociados con un procesamiento cognitivo menos eficiente al realizar tareas de memoria²⁹². El uso de cannabis por sí solo o en combinación con otras sustancias (por ejemplo, alcohol) en la adolescencia puede influir negativamente en los procesos normales del neurodesarrollo.

The American Journal of Psychiatry²⁹³, revela en un estudio publicado en octubre de 2018 que el uso del cannabis entre adolescentes provoca un daño de larga duración en el cerebro más importante que el causado por el alcohol. El estudio que cifra en un 75% el número de adolescentes que toman alcohol frente al 28% que consumen cannabis concluye, sin embargo, que los problemas cognitivos hallados están ligados al consumo del cannabis y no al alcohol, y que los efectos son mucho más duraderos en quienes consumen cannabis en comparación con quienes toman bebidas alcohólicas.

²⁹² Se ha ido poniendo cada vez más el foco sobre la concentración de THC en la marihuana, disponible en las calles, y la temprana edad de inicio como factores que podrían explicar el aumento de trastornos de salud mental.

²⁹³ Jean-François G. Morin, Mohammad H. Afzali, Josiane Bourque, Sherry H. Stewart, Jean R. Séguin, Maeve O'Leary-Barrett, Patricia J. Conrod. A Population-Based Analysis of the Relationship between Substance Use and Adolescent Cognitive Development. American Journal of Psychiatry, 2018; appi.ajp.2018.1 DOI: 10.1176/appi.ajp.2018.18020202

Los investigadores han hallado que existen efectos concurrentes y retrasos en las funciones cognitivas, como el razonamiento perceptivo, el recuerdo, la memoria de trabajo y el control inhibitorio. Para éstos el hallazgo más preocupante es que el consumo de cannabis se asocia con efectos duraderos sobre el control inhibitorio, que puede suponer un factor de riesgo para otras conductas adictivas.

No obstante, además de los efectos perjudiciales del consumo, se están produciendo oleadas de ensayos clínicos que acumulan evidencia prometedora para el posible tratamiento de enfermedades (esclerosis múltiple, Alzheimer, ...) y trastornos (déficit de atención, del sueño, de estrés, ...) Si bien la evidencia acumulada todavía es limitada está provocando debates sociales y permitiendo el acceso al consumo legal del cannabis medicinal para una amplia variedad de enfermedades y síntomas.

Las distintas políticas y el debate en torno a su uso obligan a formular preguntas acerca de las diferentes motivaciones para su uso, las diferentes formas de fumar (cannabis, marihuana; fumado o vaporizado), los diferentes tipos de usuarios y cómo éstas se relacionan con diferentes tasas de prevalencia de daños o beneficios.

El uso médico con o sin prescripción médica está relativamente extendido y sin embargo las encuestas de uso de drogas no discriminan entre uso medicinal o recreativo. Y cuando se incorporan escalas de uso problemático (CAST) como lo hacen las encuestas del Plan Nacional sobre Drogas, ESTUDES²⁹⁴ y EDADES, es cuanto menos necesario considerar detenidamente si el uso está o no médicamente motivado, incluso en jóvenes.

El cannabis es la sustancia ilícita más utilizada en Europa²⁹⁵, sólo una minoría de los consumidores experimentan problemas asociados con su uso, pero como hemos expuesto brevemente su consumo está relacionado con consecuencias adversas para la población joven y constituye una parte sustancial de personas que buscan tratamiento (si bien en edades tempranas los tratamientos son ambulatorios y se prefiere no hablar de adicción)

En Navarra el inicio del consumo de cannabis se produce en torno a los 16 años. El 36,6% de la juventud ha consumido alguna vez cannabis. El 13,1% ha consumido cannabis en el último mes y el 3,1% hace un consumo diario. Atendiendo a

²⁹⁴ ESTUDES, Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España; EDADES, Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España.

²⁹⁵ EMCDDA (2015). European drug report: Trends and developments. Lisbon, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA).

las variables de edad y sexo conjuntamente, como sucedía con el alcohol y el tabaco, parecería que las mujeres jóvenes están incorporándose al consumo de las distintas sustancias analizadas con mayor intensidad (Ver tabla 37). Sin embargo, no sabemos si este aumento se debe a un cambio en los patrones de consumo y relación con las drogas de las mujeres, o si este responde como el propio Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías ha identificado, a una decreciente tasa de respuesta en las encuestas con tasas de no respuesta desproporcionadas para los jóvenes consumidores.

Tabla 37. Consumo de cannabis alguna vez en la vida, según sexo y edad. Año 2014 (%)

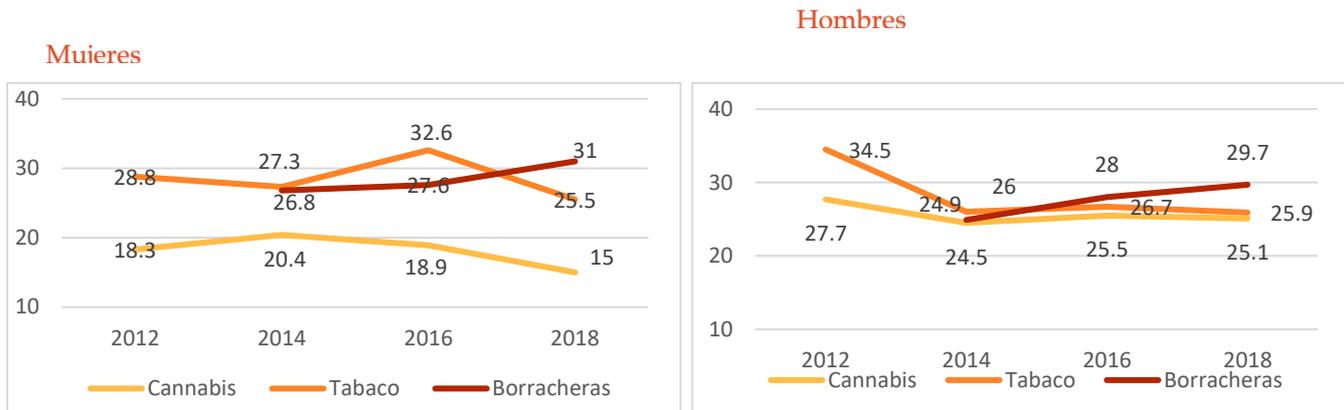
	14 a 17 años	18 a 23 años	24 a 29 años	Total
Hombres	17,7	43,7	50,4	38,3
Mujeres	20,3	38,4	45,4	34,9
Total	19,1	41,0	47,9	36,5

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

Entre las posibles causas de la falta de respuesta podrían estar: 1) la menor respuesta de los varones, ellos son quienes más abandonan de forma prematura los estudios (la encuesta ESTUDES se realiza en los centros de enseñanza de secundaria, formación profesional y bachiller) o están en centros formativos *no normalizados*²⁹⁶ a los que no llegan las encuestas; o, 2) que el género siga todavía influyendo en la disposición de las mujeres a desvelar respuestas que contradicen los valores tradicionales asociados a las conductas de las mujeres, y específicamente en el consumo de drogas cuando su consumo se relaciona con estigma o las encuestadas perciben que los entrevistadores juzgan las circunstancias de sus vidas (madres, o en edad para constituir una familia; haber accedido al empleo o a una vivienda, etc.)

²⁹⁶ La Fundación Ilundain que analizaremos en la III Parte o C. Puente como recursos educativos que no responden a la etiqueta de público o concertado, son otra cosa, no entran en el bombo del sorteo para la selección de muestra. Recursos en donde se concentra población consumidora (chicos y chicas) con patrones de consumo “disparados” en tanto a frecuencia y cantidad como tipo de sustancias consumidas.

Ilustración 26. Evolución de los consumos intensivos de tabaco (diario), alcohol (borracheras) y cannabis (últimos 30 días) según sexo 2012-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ESTUDES

Tampoco podemos dejar de valorar que se ha producido un incremento en el consumo regular de alcohol, tabaco y cannabis entre un número significativo de mujeres que se ha liberado de ataduras sociales. Aunque no podemos saber cómo se relaciona la conducta expresada en un momento de sus vidas con transiciones de la vida como las mencionadas (maternidad, acceso al empleo, a vivienda,...) Saber si se mantendrá en el tiempo o por el contrario cesarán o se reducirán los consumos sólo puede lograrse a través de encuestas longitudinales que permiten explorar el cambio individual a lo largo del curso de la vida (tan importante para el abordaje de los estilos de vida) pero que tienen un importante coste y corren el riesgo de perder muestra en encuestas sucesivas a lo largo del tiempo (cambios de domicilio, fallecimiento, enfermedades, ...)

Si como expresa Lasén, el proceso de individualizarse entendido como construcción de una visión del tiempo de sí y de los otros, como plan de vida, o sistema de proyectos que armoniza las distintas conductas según un modelo lineal histórico ha perdido fuerza y valor moral, modelo que implicaba la capacidad de darse un horizonte temporal, de fijar objetivos según consideraciones racionales, la capacidad de prever y de programar el devenir, podemos imaginar que tendrá impactos sobre el tiempo y experiencia del ocio y el consumo de drogas de la población joven. Del mismo modo podemos pensar que la aceleración de los cambios y la experiencia de un horizonte de espera tendrán también efectos sobre la percepción de continuidad y de transición hacia la vida adulta y los mecanismos de respuesta que operan en estas edades.

A tenor de las limitaciones de los datos de consumo de drogas recogidas por encuestas como la navarra o ESTUDES del PNsd, éstas son útiles para el estudio de

tendencias a lo largo del tiempo y de las posibles diferencias grupales sean éstas establecidas de acuerdo al sexo, la edad u otras variables de clasificación.

Tabla 38. Consumo de cannabis en los últimos 30 días, según sexo y edad. Año 2014 (%)

	Hombres	Mujeres	Total
14 a 17 años	6,6	9,8	8,3
18 a 23 años	22	10,2	16
24 a 29 años	21	8,2	14,7
Total	17	9,4	13,1

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

6.3.4. Policonsumos y otras drogas

Una de las características asociadas al consumo juvenil de drogas es el policonsumo, definido como el uso frecuente de más de una sustancia durante un período mínimo de tiempo especificado, en nuestro caso, un mes. Si bien el policonsumo no es el patrón de consumo predominante, éste preocupa por su posible impacto inmediato y a corto plazo ya que a los riesgos de cada sustancia en particular hay que añadir los que se producen por mezclar diferentes drogas.

Casi un 17% de las personas encuestadas habían consumido dos drogas en los 30 días anteriores a la realización de la encuesta. Quienes consumieron tres sustancias psicoactivas son el 1,8%. En este caso están más representados los varones, un 2,7% frente al 1% de las mujeres. Junto al sexo, la edad también dibuja diferencias significativas, el cumplir años aumenta las probabilidades de tener contacto con más sustancias (Ver tabla 39). Aumento que se produce en paralelo al incremento de posibilidades de establecer nuevas relaciones. Crece el número de personas y grupos de relación motivado por cambios de centro educativo, incorporación al mundo laboral, ... y crecen los espacios de ocio nocturno a los que se tiene acceso debido a una mayor libertad de horarios que da la mayoría de edad y/o al poder adquisitivo que da el acceso al trabajo.

Tabla 39. Número de sustancia consumidas en los últimos 30 días. Año 2014 (%)

	Sexo		Total	Intervalos de Edad		
	Hombre	Mujer		14-17	18-24	25-29
No Consume	31,5	34,0	32,7	56,8	22,4	20,9
1 sustancia	47,1	47,6	47,3	34,9	57,2	49,4
2 sustancias	16,5	16,9	16,7	7,9	17,2	24,0
3 sustancias	2,7	1,0	1,8	0,2	1,8	3,3
4 y más sustancias	2,3	0,5	1,4	0,2	1,4	2,4

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

El policonsumo de drogas puede tener distintas motivaciones y estar asociado a diferentes conductas. Se pueden mezclar drogas para potenciar al máximo la experiencia psicoactiva y es posible que se consuma una segunda sustancia para compensar los efectos negativos de una primera droga. Asimismo, el policonsumo de drogas constituye un reflejo de la disponibilidad de drogas y de las pautas de consumo en entornos o contextos específicos.

Las sustancias más consumidas son también las que determinan las posibles combinaciones. El alcohol, el tabaco y el cannabis son las tres sustancias que, de forma aislada o combinada, más se consumen y definen un patrón de consumo de la juventud mayoritario, pero no uniforme en funcionalidad (Ver tabla 40) .

Es importante destacar que otros factores aparte de los mecanismos biológicos, como el ambiente social que rodea a una persona, también son factores críticos en el riesgo de que una persona use drogas. Una alternativa a la hipótesis de que existen drogas que son ‘una puerta de entrada’ al uso de otras drogas radica en que las personas más vulnerables a usar drogas son simplemente más propensas a empezar a usar sustancias que están fácilmente a su alcance como la marihuana, el tabaco o el alcohol, y sus interacciones sociales posteriores con personas que usan otras drogas más fuertes incrementa la posibilidad de probarlas.

Tabla 40. Tipos de policonsumo realizados entre la población en el último mes. Año 2014.

	n	%
Alcohol	598	39,2
Tabaco+Alcohol	153	10,0
Tabaco+Alcohol+Cannabis	72	4,7
Alcohol+Cannabis	59	3,9
Tabaco	50	3,3
Cannabis	17	1,1
Alcohol+Inhalables	16	1,0
Tabaco+Alcohol,+Cannabis+Cocaína+Speed/anfet	10	0,7
Tabaco+Cannabis	8	0,5
Inhalables	8	0,5
Tabaco +Alcohol,+Cannabis +Speed/anfetaminas	7	0,5
Tabaco +Alcohol +Cannabis,+Cocaína	6	0,4
Total	1044	68,4
Sistema	483	31,6
Total	1527	100,0

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

6.3.4.1. Binomio cannabis-tabaco

El consumo de tabaco en el caso español, como deja constancia las distintas encuestas EDADES y ESTUDES está estrechamente asociado al consumo de otras dos sustancias el alcohol y el cannabis. Siendo entre la población adolescente bastante prevalente el consumo de tabaco y cannabis.

Sin embargo, es necesario introducir en las encuestas de salud dirigidas a la población joven nuevas preguntas o reformular las existentes que permitan analizar mejor el binomio tabaco-cannabis. De momento tal y como se recoge la información, los datos de consumo de tabaco y cannabis podrían estar ocultando que se está produciendo una entrada inversa cannabis-tabaco entre la población más joven, en el caso de Navarra así parece ser entre los varones de 14 a 17 años y explicaría la diferencia en estas edades en el consumo de tabaco entre hombres y mujeres, duplicando las mujeres a los hombres.

De acuerdo con la última encuesta ESTUDES (2018) el consumo de hachís o resina se encuentra menos extendido que la marihuana y la gran mayoría de los consumidores fuman cannabis mezclándolo con tabaco. La mayoría de los estudiantes que respondieron haber consumido cannabis en el último mes señalaron que lo que consumieron principalmente era marihuana (48,9%), mientras que 3 de cada 10 hicieron un consumo tanto de marihuana como de hachís (35,6%).

Tabla 41. Caracterización del consumo de cannabis de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido cannabis en los últimos 30 días (%)

		Cannabis últimos 30 días (%)
TIPO DE COSUMO DE CANNABIS	Principalmente marihuana (hierba)	48,9
	Principalmente hachís (resina, chocolate)	15,5
	De los 2 tipos	35,6
MEZCLA DEL CANNABIS CON TABACO	Sí	89,5
	No	10,5

Fuente: Elaboración propia a partir datos ESTUDES 2018.

6.3.4.2. Uso de otras drogas

Un 40% de los encuestados responden positivamente a la preguntada la juventud de si han consumido alguna vez drogas ilegales. Si eliminamos de la lista de ilegales el cannabis la prevalencia de consumidores se reduce drásticamente, siendo casi 2 de cada 10 quienes declaran haber consumido otras drogas diferentes al cannabis.

Tabla 42. Consumo de drogas ilegales (con y sin cannabis) alguna vez en la vida. Año 2014 (%)

	Sexo			Intervalos de Edad		
	Hombre	Mujer	Total	14-17	18-24	25-29
Ilegales	41,4	38,9	40,1	21,8	45,6	51,3
Ilegales sin cannabis	19,3	15,3	17,2	5,4	17,6	27,3

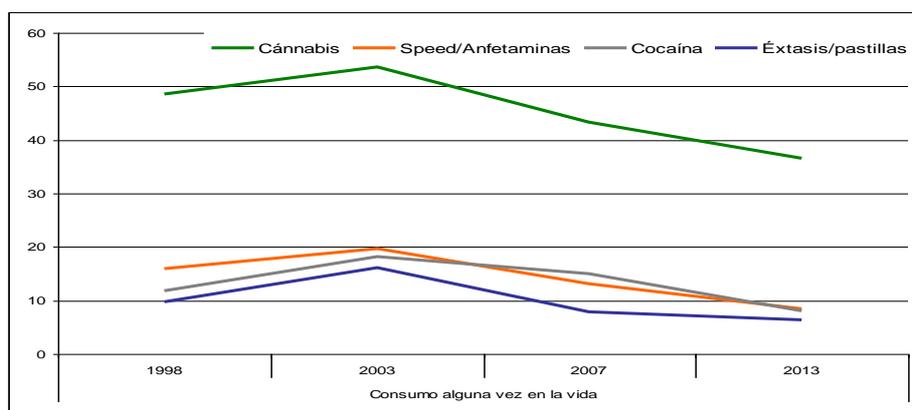
Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

Como sucede a nivel estatal las drogas ilegales más consumidas son la cocaína, Speed/anfetaminas y éxtasis/MDMA reduciéndose ligeramente respecto a 2007,

tendencia que viene observándose desde hace unos años y a través de otras fuentes (ESTUDES y EDADES).

De acuerdo con los datos de las distintas encuestas realizadas a la población joven navarra de 15 a 29²⁹⁷ años, el año 2003 supone el punto de inflexión al crecimiento del consumo de estas sustancias (el consumo lo referimos a alguna vez en la vida).²⁹⁸ A partir de este momento se produce una sucesiva reducción hasta el año 2013.

Ilustración 27. Evolución del consumo de alguna vez en la vida de drogas ilegales en jóvenes de 14 a 29 años



Fuente: Encuesta Bartolomé de Carranza y Encuesta Navarra de Juventud y Salud

La generalización del uso de Internet²⁹⁹ y las redes sociales en distintos dispositivos o pantallas facilita el acceso a nuevas sustancias, sustancias sin control: Internet representa una fuente de información no controlada y un nuevo canal de comercialización de drogas ilegales, fármacos sin receta o de sustancias necesarias para la elaboración de drogas sintéticas. Siguiendo la definición propuesta por la

²⁹⁷ En los años 1996 y 2003 la población encuestada tenía de 15 a 29, la encuesta fue realizada por la Fundación Bartolomé de Carranza. En los años 2007 y 2013 los datos hacen referencia a la población de 14 a 29 años, años en los que la encuesta es realizada por el Departamento de Salud.

²⁹⁸ Las respuestas recogidas para algunas de ellas no alcanzan el número mínimo para poder hacer ningún tipo de inferencia.

²⁹⁹ La última década ha visto surgir nuevas tecnologías de Internet que han actuado como importantes facilitadores de los mercados de drogas en línea. Internet ahora alberga una amplia gama de mercados virtuales (tanto en la superficie como en la web profunda) para vender y comprar sustancias ilícitas, además de representar un nuevo escenario para las intervenciones en materia de salud y aplicación de la ley. Una investigación del OEDT sobre el mundo de los mercados de medicamentos en línea reúne aportaciones de vanguardia de más de 20 expertos (académicos, periodísticos y de primera línea) y contribuye a la base de conocimientos sobre esta parte de la cadena de suministro. The internet and drug markets. EMCDDA, Lisbon, February 2016. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/internet-drug-markets>, consultado en abril de 2018

Oficina de las Naciones Unidas para la Droga y el Delito³⁰⁰, las nuevas sustancias psicoactivas son aquellas sustancias adictivas que, si bien no están contempladas en los convenios internacionales sobre drogas apoyados por las Naciones Unidas (dada la velocidad con la que emergen y se propagan), pueden representar un riesgo de salud pública. En unos casos se trata de sustancias que no habían sido sintetizadas previamente (research chemicals), mientras que en otros lo novedoso es su utilización con fines distintos a los originales (legal highs).

Establecer la prevalencia del consumo de estas sustancias no es tarea fácil. Sin embargo, todo parece indicar que, hasta la fecha, se trata de una práctica minoritaria y de marcado carácter experimental. De acuerdo el informe publicado en 2017 por el Plan Nacional sobre Drogas “Sistema de Alerta Temprana de España (SEAT)”, han sido 582 el número de nuevas sustancias psicoactivas notificadas por primera vez al Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea para todo el periodo 2005-2016.

Tabla 43. Número de nuevas sustancias psicoactivas notificadas por primera vez al Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea, 2005-2016.

2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
14	7	15	13	24	41	48	74	81	101	98	66

Fuente: Informe 2017, Plan Nacional sobre drogas

El consumo de Research Chemical no llega al 0,5% entre la población española de 15 a 64 años y apenas es superado este porcentaje en el caso de las Legal Highs.

6.3.5. Consumo de otras drogas de “curso legal”

Si el consumo de psicotropos refleja la fragilidad del individuo también revela la actitud consumista de ser aliviado. Sufrir algún tipo de malestar no entra en las expectativas de una parte de la población adulta y tampoco en una parte de la población joven.

Según el informe publicado por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2015-2016), el consumo problemático de hipnosedantes alcanzaba al 2,5%

³⁰⁰ Tettey et al., 2013 citado en Instituto de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud, Monográfico tendencias del consumo de drogas, nº2, 2017.

https://www.siis.net/documentos/DrogomediaMonografikoak/MD_05.pdf consultado en Enero de 2018

de la población de 15 a 64 años y el perfil de consumo problemático se corresponde con mujeres entre 45 y 64 años. En Navarra, según la misma encuesta, la normalización del consumo de estas sustancias se produce a partir de los 29 años, si atendemos a la población que tiene un contacto con estas sustancias de manera regular (consumo en los últimos 30 días).

La difusión de la norma de la competencia extrema provoca en una parte de la población que dedique más tiempo a consultas con médicos, dietas, ejercicio físico, todos elementos *medicalizadores* de los estilos de vida o *remedios* para ajustar las expectativas. Los psicofármacos se unen a esta lista de *curanderos* porque contribuyen a reducir el malestar que provoca la distancia entre el ahora y la expectativa futura que vive en presente. El tratamiento con psicofármacos a edades tempranas y la presencia en los botiquines de cada vez más hogares han contribuido a normalizar y reducir la percepción de riesgo sobre estas sustancias ya que se obtienen y toman por prescripción médica.

Todas ellas pueden estar entre las motivaciones que lleva a un 11,5% de la juventud a consumir algún tipo de psicofármacos sin receta médica alguna vez en la vida. El 3,5% en los últimos 12 meses y el 2,1 en los últimos 30 días. La edad media de consumo de este tipo de medicamentos sin receta es de 17,6 años.

Tabla 44. Consumo de psicofármacos alguna vez en la vida. Sexo y edad. Año 2014 (%)

		Alguna vez	
Hombre		9,9	
Mujer		13,0	
Total		11,5	
		Hombre	Mujer
14 a 17 años	7,6	6,2 (13)	7,6 (19)
18 a 23 años	13,9	9,4 (22)	13,2 (33)
24 a 29 años	11,7	11,1 (30)	10,9 (29)

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

El uso de psicotropos en la cotidianidad de la vida puede interpretarse como signo de la ampliación del bienestar, en un momento en la que la sociedad fagocita el dominio de la psique (Lipovetsky, 2010) Los pacientes, es común oír entre los médicos de familia, se comportan como consumidores que dictan la receta al médico, en busca de un alivio rápido y sin esfuerzo. La creciente intolerancia al

malestar interior, y el especial aumento de demandas consumista en relación con el bienestar psicológico (felicidad) contribuido a su uso entre los jóvenes de los nuevos medicamentos. Algunos de los cuales tienen efectos terapéuticos deshinbidores, de euforia y mejorar del estado de ánimo, “de génesis artificial de un cierto bienestar físico y mental” (Conde, 1998).

A pesar de no contar con una larga serie, en el periodo de 2007 a 2014 se ha producido un incremento significativo del consumo de este tipo de sustancias sin receta, no habiendo apenas diferencias según el sexo.

Tabla 45. Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta población navarra 14 a 29 años. Año 2007 y 2014 (%)

		Total	Sexo	
			Hombre	Mujer
2007	Alguna vez	2,1	1,6	2,5
	En los últimos 12 meses	-	-	-*
	En los últimos 30 días	0,6	-	1,0
2014	Alguna vez	6,7	6,0	7,4
	En los últimos 12 meses	3,2	2,8	3,6
	En los últimos 30 días	2,2	2,0	2,3

Fuente: Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2007 y 2013/2014

*No se ofrece el dato ya que el número de respuestas es 5 o menor de 5.

6.3.6. Arritmias entre salud pública y seguridad ciudadana

El sistema de clasificación de drogas utilizado para catalogar las sustancias psicoactivas según sus daños y beneficios se ha convertido en la piedra angular del régimen fiscalizador de drogas, en ámbitos tan distintos y con tan imbricados como la salud y la justicia. Del buen funcionamiento del sistema de fiscalización (reglamentos, sistemas de vigilancia y seguridad, ...) dependerá garantizar la disponibilidad adecuada para fines médicos de sustancias sometidas a fiscalización (aunque provoque la dependencia de las grandes corporaciones farmacéuticas), dejando fuera el alcohol y tabaco (permitiendo que empresas respetables obtengan enormes beneficios) y al mismo tiempo evitar su desvío hacia fines no médicos o de otra índole.

El sistema vigente que ha dado origen a 8 listas de clasificación de sustancias, en función del potencial adictivo, uso indebido y el valor terapéutico de las sustancias, es el producto de los acuerdos internacionales a los que se llegó en la Convención Única de Naciones Unidas de 1961 y el Convenio de 1971, dejando claro que se debe “limitar exclusivamente la producción, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución, el comercio, el uso y la posesión de estupefacientes a los fines médicos y científicos” (Comisión Global de Política de Drogas, 2019).

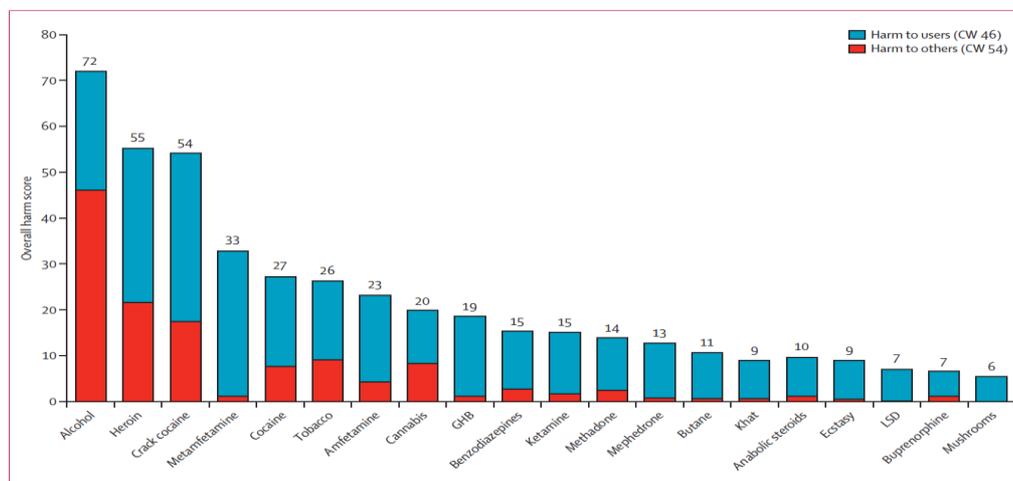
Que exista un listado, clasificación o catálogo de sustancias que determina un sistema graduado de controles y restricciones a aplicarse, que no se basa en criterios científicos, como denuncia la Comisión Global de Políticas de Drogas (2019), sino en prejuicios culturales coloniales y concepciones farmacéuticas occidentales provoca daños colaterales y dificulta las intervenciones de prevención. Los jóvenes son capaces de detectar y rebelarse a limitaciones arbitrarias que protegen unos intereses y descuidan otros. Listas que se escapan al control de la OMS³⁰¹ a pesar de que esta institución actúa desde hace años frente a los órganos de la fiscalización de las drogas como defensor de un sistema de control en el que se prioricen la salud frente a la aplicación represiva de los tratados.

Mantener un umbral de riesgo, comparable a los umbrales aceptables del alcohol, en lugar de mantener el principio de precaución absoluto que se ciñe sobre el cannabis y otras drogas ilegales, y hacer un mejor uso de los instrumentos jurídicos parece justificado. El estudio encabezado por David Nutt en el año 2010 realiza una revisión de la clasificación mediante un Análisis de Decisiones Multicriterio (MCDA, siglas en inglés) en base a la puntuación que un grupo de expertos independientes dieron a 20 drogas siguiendo los 16 criterios que previamente había consensuado por el Consejo Asesor sobre Drogas del Reino Unido (ACMD, siglas en inglés). La clasificación de acuerdo al nivel de riesgo quedó como se observa en el gráfico (Nutt et al., 2010). El alcohol queda en primer lugar con 72 puntos, el tabaco ocupa el sexto lugar con 26 puntos y el cannabis en octavo lugar

³⁰¹ En el año 1995 la OMS realizó el mayor estudio sobre el uso de la cocaína en el que se concluía que el uso de las hojas de la coca no parecía producir efectos negativos para la salud y desempeñaba funciones sagradas y sociales entre los pueblos indígenas. Es estudio insto a que se realizaran más investigaciones sobre los usos terapéuticos. Estados Unidos amenazó con retirar los fondos destinados a los programas de la OMS y propició que la investigación científica se abandonara y no se publicaran los resultados. Este año 2020, el presidente Donald Trump, suspende la financiación mientras dice investigar a la OMS por la gestión de la pandemia. Acusa a la organización de encubrir a China <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52289020>

con 20 puntos. Concluyendo que los sistemas de clasificación existentes tienen poca relación con la evidencia de daño y con los usos culturales.

Ilustración 28. Clasificación de drogas según daño a usuarios y daño a terceros. Año 2010

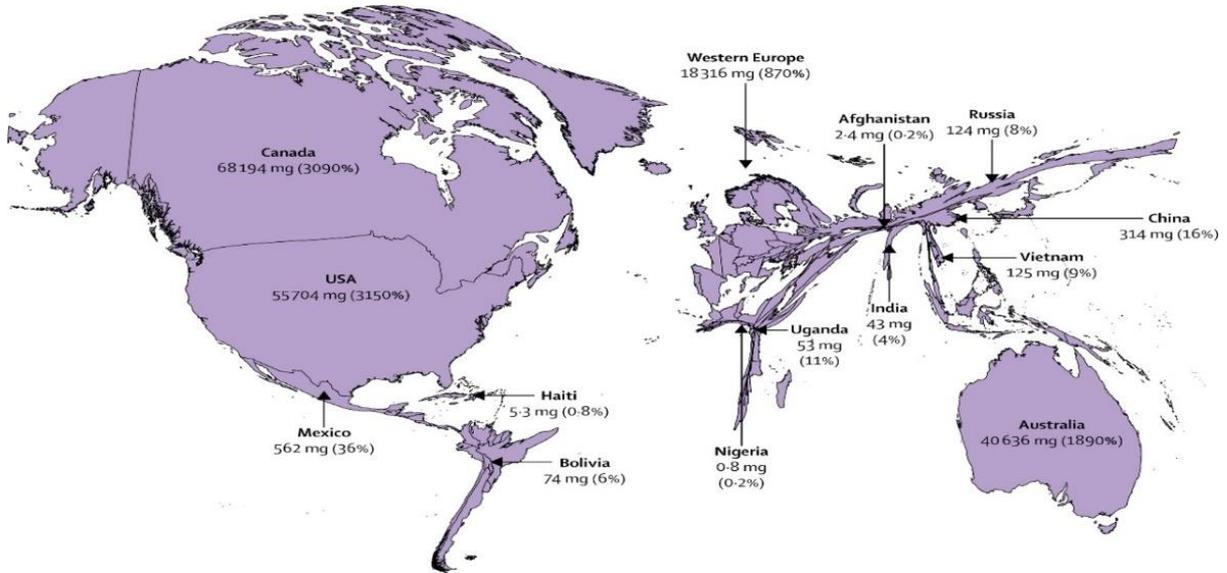


Fuente: Nutt, et al, “Daños causados por las drogas en el Reino Unido: un análisis de decisiones multicriterio”, 2010

El auge en Estados Unidos de las muertes por sobredosis y la adicción analgésicos opioides, el uso de heroína, en sustitución de analgésicos recetados –Oxycontin, Vicodin o Demerol- o el desvío de productos farmacéuticos hacia cauces de distribución ilícito y el estudio realizado por *la Comisión de Lancet sobre cuidados paliativos y alivio del dolor*, reflejan el fracaso de las medidas fiscalizadoras y señalan a quienes obtienen pingües beneficios de la mal llamada lucha contra el tráfico ilícito de drogas (Knaul et al., 2018) Se da la paradoja que mientras en un país como Estados Unidos se produce una epidemia de muertes por sobredosis de combinados de opioides³⁰² y heroína en otros países como Nigeria (0,2%), Afganistán (0,2%) o Haití (0,8%) se produce una epidemia de dolor no tratado.

³⁰² Nuevo record por sobredosis en Estados Unidos <https://www.nytimes.com/interactive/2020/07/15/upshot/drug-overdose-deaths.html>

Ilustración 29. Acceso al alivio del dolor en el mundo (% estimado de necesidad que se satisfice)



Fuente: Knaul, et al, *The Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief—findings, recommendations, and future directions*, Volume 6, Special Issue, S5-S6, March 01, 2018

En España con el cannabis³⁰³, como sucede en otros países, se produce una incoherencia entre el uso en la población y las medidas punitivas y sancionadoras adoptas por las leyes de seguridad ciudadana. El daño provocado por el alcohol no recibe el tratamiento que de acuerdo a la evidencia científica debería corresponderle³⁰⁴, agravando en cambio las situaciones personales entre los consumidores de cannabis, especialmente entre los más jóvenes³⁰⁵. El consumo de cannabis en la vía pública es considerado como infracción grave³⁰⁶ y está sancionado

³⁰³ El cannabis fue incluido en la lista I -Sustancias muy adictivas- lista IV (Sustancias particularmente nocivas por sus propiedades adictivas y con escaso o nulo valor terapéutico) sin la evaluación de la OMS en la Convención única de 1961 y España como otros muchos países ha dado traslado de estas listas a su ordenamiento jurídico.

³⁰⁴ El Observatorio de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDA siglas en inglés) no hace seguimiento del consumo de alcohol. El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) No recoge en el Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactiva, las intoxicaciones atendidas en urgencias debidas al consumo de alcohol. El nuevo protocolo aprobado en el año 2019 incorpora la recogida de intoxicaciones etílicas atendidas en los centros hospitalarios de urgencias, antigua demanda de los participantes en su recogida.

³⁰⁵ Multa de 10.401€ impuesta por un ayuntamiento a un joven de 22 años anulada por un juez. <https://www.publico.es/sociedad/cannabis-juez-anula-multa-consumo-drogas-impuesta-ley-mordaza-pueblo-murcia.html>

³⁰⁶ Art. 36. Infracciones graves:

16. El consumo o la tenencia ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, aunque no estuvieran destinadas al tráfico, en lugares, vías, establecimientos públicos o transportes colectivos, así como el abandono de los instrumentos u otros efectos empleados para ello en los citados lugares.

con una multa que va desde los 601 a 30.000 € de acuerdo con el artículo 39 de la ley mordaza, con el que se conoce a la Ley Orgánica del 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana.

6.4. Interrupción del embarazo e infecciones de transmisión sexual

La educación sexual es concebida como fundamental para conseguir los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) marcados por la ONU como garantía de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas. Pero, a pesar de estar integrada en las agendas globales (ONU, OMS, UNESCO, UNFPA), en la mayoría de los países es deficiente. Muchos jóvenes manifiestan que la educación sexual que reciben es “demasiado poca, que llega muy tarde y que tiene un enfoque muy biológico. Además, dicen que no aborda cuestiones emocionales, morales o sociales”.³⁰⁷

Existen pruebas claras de que la educación sexual tiene impactos positivos en la salud sexual y reproductiva, en particular en la reducción de infecciones de transmisión sexual, el VIH y los embarazos no deseados y que a pesar de las opiniones de algunos la educación sexual no acelera el inicio de la actividad sexual, sino que más bien, tiene un impacto positivo en comportamientos sexuales más seguros, en un mejor control sobre cuándo, dónde, cómo y con quién tener relaciones sexuales, lo que puede incluir el retraso del inicio sexual³⁰⁸.

Sabemos que un embarazo no programado tiene consecuencias a largo plazo que condicionan el proyecto de vida de las y los adolescentes: abandono temprano de estudios, asunción de responsabilidades de crianza y otras de gran exigencia, privación de tiempo de ocio, conflictos familiares, difícil incorporación laboral,

18. La ejecución de actos de plantación y cultivo ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en lugares visibles al público, cuando no sean constitutivos de infracción penal.

19. La tolerancia del consumo ilegal o el tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en locales o establecimientos públicos o la falta de diligencia en orden a impedirlos por parte de los propietarios, administradores o encargados de los mismos.

³⁰⁷ Federación Internacional de Planificación Familiar, Todos Tienen Derecho al Conocimiento: Educación Integral En Sexualidad Para Toda La Gente Joven, 2016

http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2016/04/IPPF_CSEReport_Spanish_digital.pdf

³⁰⁸ UNESCO (2009) Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad: Un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud). París: Organización de las Naciones Unidas para a Educación, la Ciencia y la Cultura.

etc... Sabemos también que las interrupciones voluntarias de embarazo (IVE) por motivos muy diversos son una constante a lo largo de la vida de las mujeres.

Tabla 46. Interrupciones voluntarias de embarazo tasas por mil. España 2012-2018

	19 y menos	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 y más
2018	9,0	18,6	16,7	13,9	9,5	4,0
2017	8,8	17,4	15,7	12,6	9,0	3,9
2016	8,97	16,7	15,4	12,5	8,9	3,8
2015	9,4	16,7	15,2	12,5	8,8	3,8
2014	9,9	16,6	15,3	12,3	8,7	3,8
2013	12,2	19,4	16,8	13,4	9,2	3,9
2012	13,0	20,6	17,6	13,4	9,0	3,9

Fuente: Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social

En números absolutos en el año 2018 en España se produjeron un total de 310 abortos o IVE en menores de 15 años, 50.989 entre jóvenes de 15 a 29 años.

Tabla 47. Número de Interrupciones voluntarias de embarazo menores de 15 años. España 2018

	Total	<15	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	>44
TOTAL I.V.E.	95.917	310	9.518	20.595	20.876	19.856	16.953	7.201	608

Fuente: Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social

En Navarra la tasa por mil de IVE en mujeres de 15 a 44 años fue de 5,54 en el año 2009, 7,53 en el año 2014 y 7,88 en el año 2018. En el conjunto del Estado las tasas has sido 11,41; 10,46 y 11,12. De acuerdo con la ENJS 2013/14, en 2014, , no siguieron adelante con el embarazo el 20% de las jóvenes de 14 a 29 años que se quedaron embarazadas.

Tabla 48. Embarazos e IVE por grupos de edad. Navarra, juventud 14 a 29 años. Año 2014 (%)

	14-17	18-24	25-29	Total
Embarazo	–	4,2%	12,1%	5,8%
IVE	–	47,6%	9,1%	20,2%
Embarazo (n)	2	21	66	89
IVE (n)	2	10	6	18

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

La incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS) en los adolescentes se debe a diferentes factores que se recogen en la encuesta como pueden ser el inicio de relaciones sexuales sin protección eficaz, percepción de invulnerabilidad, uso de sustancias tóxicas, falta de una adecuada educación sexual, malas prescripciones médicas, etc. Sea como fuere, el caso es que un 16% de la juventud navarra no usó el preservativo en la primera relación con una nueva pareja. Con diferencias significativas cuando se relacionan edad y sexo.

Tabla 49. Conductas sexualidad. Juventud navarra. 14 a 29 años. Año 2014 (%)

	Hom- bre	Mujer	Total	14 a 17	18 a 23	24 a 29
Total personas mantienen relaciones sexuales	461	491	952	91	367	494
Siempre uso el preservativo nueva relación	84,9	85,0	85,0	86,7	86,9	83,2
Alguna vez analítica de detección de ITS y /o VIH	16,1	22,4	19,3	6,6	17,7	22,9
Píldora del día siguiente	28,6	42,0	35,5	18,7	35,4	38,7
Has tenido tú o tu pareja algún embarazo	5,9	12,6	9,3	2,2	5,7	13,4

Fuente: Elaboración propia. Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013/2014

El uso de métodos anticonceptivos (píldora contraceptiva, DIU) o de barrera (preservativo masculino o femenino) para evitar infecciones de transmisión sexual (ITS) está asociado con la falta de conocimiento acerca de la concepción como de la contra-concepción así como sobre las enfermedades infecciosas que se pueden contraer a través del mantenimiento de relaciones sexuales.

No obstante, tan importante como la información sobre los distintos métodos de protección es comprender el significado que las relaciones sexuales tienen para

la pareja implicada. Mantener relaciones sexuales coitales sin medidas de protección puede tener un significado de confianza, compromiso, o representar el temor a la pérdida o al rechazo por la pareja.

El programa implantado, recientemente, en Navarra, Skolae, nos hace pensar en la necesidad de ir más allá de resultados en salud como reducir el riesgo del embarazo o las enfermedades de transmisión sexual. Se requiere un abordaje más amplio que incluya cuestiones clave tales como la confianza de la gente joven, su sexualidad y aspiraciones, y su capacidad de pensar de forma crítica y de tomar decisiones fundadas. O dando un paso más, en el reconocimiento de sujetos capaces de asumir el control sobre el placer erótico, huyendo de premisas clásicas que unen irremediamente el placer erótico femenino a la procreación, a la familia, ...

6.5. Nuevas conductas, nuevas amenazas

Cada sociedad y momento histórico adolece de viejos y nuevos problemas sociales. Sin embargo, los nuevos “males” que azotan a las sociedades modernas son más difícilmente clasificables bajo el binomio tradicional de normal o patológico, muy a pesar de la resistencia de *algunos* a cambiar las estructuras que mantienen clasificaciones dicotómicas limitantes y anacrónicas.

La tendencia a extender “pánicos morales” se cierne sobre nuevos y remasterizadas conductas.

6.5.1. Juegos de azar de apuestas con dinero

La práctica del juego, entre otras consideraciones, implica aspectos de libertad individual y de regulación normativa. Pero igualmente el juego puede tener una vertiente-problema, no sólo para la salud o economías personales, sino también desde otros puntos de vista, como el familiar o el social, y no exclusivamente desde la clasificación diagnóstica del juego como patología.

En Navarra la ludopatía ha sido abordada con distinta intensidad a lo largo de los años. Abordada desde los centros de salud mental, existe además relación y cooperación a través de la línea de subvenciones que el Departamento de Salud destina para la prevención de adicciones con y sin sustancia. La colaboración establecida desde hace años con las entidades sociales que trabajan con afectados y

familiares y amigos gira en torno a la prevención del inicio del juego y la prevención de recaídas. ¿Qué hay de nuevo entonces para ser incorporada la ludopatía como nueva amenaza?

Cuadro 7. Estudios sobre Juego Patológico en España 1990-2017

Estudio	N	Muestra	Jugador Patológico	Jugados Problema	Instrumento
Cayuela (1990)	1.230	Cataluña	2,50 ¹	SOGS ² , ³⁰⁹	
Becoña (1991)	1.615	Galicia	1,73	1,60	Cuestionario propio
Legarda y otros (1992)	598	Sevilla	1,67	5,18	SOGS
Becoña (1993)	1.028	Galicia	1,36	2,04	SOGS
FAJER/Irurita (1994)	4.977	Andalucía	1,80	4,40	Cuestionario propio
Tejeiro (1998)	419	Cádiz	1,90	3,80	SOGS
Ramírez (1999)	3.000	Andalucía	1,60	1,40	SOGS
Becoña (2004)	1.624	Galicia	0,30	0,30	NODS ³¹⁰
Dirección General de Ordenación del Juego (2015)	7.121	España	0,9 (A lo largo de la vida) / 0,3(en el último año)	1 problema/ 4,4 riesgo (A lo largo de la vida)/0,6 problema/2,6 riesgo (en el último año)	NODS
Dirección General de Ordenación del Juego (2017)	512 (Tratamiento en alguna ocasión)	España	54,8 cumple DMS-5	45,2 (problemático 6,6; Leve 8,0; Moderado 29,9, 1,6 no valorable)	SOGS/ NODS

¹ El 2,5 obtenido es suma de jugadores problema y patológicos

² SOGS = South Oaks Gambling Screen

³⁰⁹ El SOGS es un cuestionario de 20 ítems, basado en los criterios diagnósticos de juego patológico del DSM-III y del DSM-III-R, que sirve para evaluar la posible dependencia al juego en sujetos normales como el grado de dependencia en los pacientes

³¹⁰ Norc (National Opinion Research Center -University of Chicago-) Diagnostic Screen for gambling disorders. NODS mide a través de 17 ítems la relación con el juego en los doce meses anteriores y las actividades de juego a lo largo de la vida. La puntuación va de 0 a 10. Quienes responde de manera afirmativa a uno o dos ítems son identificados como jugadores "en riesgo" mientras quienes suman cinco o más puntos son clasificados como jugadores patológicos.

Desde los años 90 se observa en España un interés creciente por el estudio clínico del juego patológico, tanto desde una perspectiva epidemiológica, como etiológica y terapéutica (Echeburúa et al., 1994)³¹¹. Otros estudios se han centrado en la estimación del porcentaje de jugadores patológicos.

En 2015 la Dirección General de Ordenación del Juego (DGOJ)³¹² utilizando el sistema NODS³¹³ como instrumento para medir el grado de ludopatía que presentan las personas jugadoras detectó que del 6,3% de la población podían o habían tenido algún tipo de problema relacionado con el juego, el 0,9% eran jugadores patológicos frente a un 69,4% que no tenían perfil de riesgo y un 24,3% fueron descartados como jugadores.

- a. El perfil de jugador patológico según este informe es el de un hombre (69,6% frente al 30,4% de mujeres) con edades comprendidas entre 25-34 años y 55 a 64 años, se iniciaron en el juego a los 19 años y 8 de cada 10 son conscientes de su situación.
- b. En relación a los riesgos relacionados con los juegos, un 76,8% de la población percibe como adictiva las máquinas de juego, 49,3% el bingo, 47,1% el casino y el 22,7% al póquer online.
- c. Este informe incluye asimismo una encuesta a una población de 15 a 17 años (n=300) que pone de manifiesto que el 25,3% de los jóvenes son jugadores de azar sin riesgo, el 1% son jugadores con riesgo, un 0,9% jugadores con problemas y el 0,6% son ya jugadores patológicos.

La DGOJ realizó en el año 2017 un nuevo estudio con una metodología diferente. Si en 2015 se encuestó a la población española de más de 18 años en un intento por medir el grado de ludopatía entre la población española, en 2017 la muestra estaba basada en las personas que tenían relación con alguno de los 28 centros al que pueden acudir personas jugadoras o con problemas relacionados con el juego. El objetivo era conocer los factores de riesgo asociados a la aparición y mantenimiento del juego patológico o trastorno de juego tal y como se conoce en la actualidad a esta adicción.

³¹¹ Consultado en: https://www.researchgate.net/publication/234736399_Cuestionario_de_Juego_Patologico_de_South_Oaks_SOGS_validacion_espanola Revisado en septiembre de 2020.

³¹² Institución pública que a partir del año 2011 se encarga de llevar a cabo informes anuales detallados acerca de la prevalencia del juego problemática en España. <https://www.ordenacionjuego.es/es>

³¹³ La aplicación efectiva de este sistema requiere que las personas encuestadas hayan afirmado haber jugado a juegos de azar habiendo gastado un mínimo de dinero, por lo que aquella persona encuestada que no ha participado en ningún juego de azar queda excluida del modelo. Se realizaron un total de 6.816 entrevistas.

- a. A través de distintos métodos estadísticos el estudio identificó distintos subgrupos de acuerdo con variables como el sexo y edad, y el grado de afectación del juego patológico. Entre los mecanismos que se encontraron como mediadores en la afectación del trastorno de juego en las mujeres están la edad de inicio precoz, los sesgos cognitivos asociados al juego y los problemas de salud. Déficits para la toma de decisiones, planificación, así como mayor impulsividad positiva (urgencia ante emociones positivas) determinan una mayor severidad del problema en las mujeres más jóvenes.
- b. En los hombres, las variables que se relacionaron directamente a la severidad de los problemas de juego fueron la edad de inicio precoz, la elevada impulsividad por urgencia negativa (con mayor dificultad para la regulación emocional) y la gravedad de las distorsiones cognitivas. Mientras que los factores que trazaban trayectorias del nivel de afectación fueron los bajos niveles de auto dirección en personas jóvenes, niveles más elevados de impulsividad ante emociones negativas y mayor tendencia a las distorsiones y sesgos cognitivos.
- c. Los problemas de salud aparecen en este estudio como mediadores en las trayectorias de afectación del juego patológico en hombres y mujeres. Es oportuno también observar que el juego patológico afectará al estado de salud de estas personas.

En el caso de la Comunidad Foral, de acuerdo con los datos de un estudio realizado en el año 2000 (no publicado), el 0,8% de la población navarra experimentaba problemas derivados de la práctica de los juegos de azar con apuestas, y un 1,6 lo habría tenido algún tipo de problema asociado al juego (por intensidad de la práctica del juego) De haber sido valorada la población entrevistada exclusivamente a través de la puntuación obtenida en la escala de dependencia, según DSM-IV, los datos hubieran reflejado la existencia un 0,5% de jugadores dependientes y de un 1,1 de jugadores con posible dependencia.

Cuadro 8. Estudio Plan Foral de Drogodependencias Ludopatías año 2000

Estudio	N	Muestra	Jugador Patológico	Jugador Problema	Instrumento
Plan Foral de Drogodependencias (2000)	1.504	Navarra	0,50	1,10	DSM-IV
			0,80 (JCP) [#]	1,60 (JPP) [§]	Cuestionario propio

[#]Jugador con problemas

[§]Jugador con algún tipo de problemática asociada

Si los porcentajes de prevalencia de jugadores patológicos se acercan mínimamente a la realidad, si esta conducta supone lo que han identificado los distintos profesionales que tratan o investigan sobre la misma, es de suponer que muchas personas en nuestra sociedad están viviendo su “drama” en el más absoluto de los silencios. Ni las demandas de tratamiento en los centros de salud mental, ni las acogidas realizadas por las Asociaciones de afectados se aproximan a las prevalencias estimadas en los estudios realizados mediante encuesta y utilizando como instrumentos de medición SOGS o NODS.

Los porcentajes que ofrecen los estudios revisados, que podrían estar contribuyendo a la creación del *estado de alarma*, si los ponemos en relación con la incidencia de esta problemática, tanto la que se registra en los Centros de Salud Mental o por las Asociaciones de Autoayuda³¹⁴ parecería indicar que la alarma creada no está del todo justificada.

Cuadro 9. Número de demandas de tratamiento ludopatía. 2012-2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ludopatía	11	15	29	35	38	44

Fuente: Elaboración propia partir de Memorias del Servicios de Salud Menta

Tal vez haya un número significativo de jugadores -las cifras de negocio están ahí- cuya problemática, la conducta de juego, no sea tan dramática, tal vez tampoco sus historiales de jugador sean tan precarios como las de aquellas personas que han recurrido a los servicios de ayuda disponibles. Tal vez haya que elaborar criterios más diferenciados y amplios que caractericen al jugador; tal vez puedan

³¹⁴ El número de personas atendidas por la Asociación Aralar, entidad que desde hace más de 20 años da apoyo a personas con ludopatía y sus familiares:

estar recorriendo caminos de ida y vuelta, algunos de ellos sin retorno, seguramente, pero otros pueden ser que acaben en un abandono o en un control más o menos permanente de la conducta de juego. Tal vez haya algunos hechos específicos que puedan marcar el punto de corte desde el que se entraría en la categoría de jugador problema y de jugador patológico. Quizá sea esto lo que hay que determinar y para lo que haya que promover investigaciones y recursos que clarifiquen cualitativa y cuantitativamente tanto la problemática derivada de la actividad del juego con apuestas monetarias como los medios que para afrontar la misma se estimen necesarios.

Ilustración 30. Gasto en juego. Año 2108



Fuente: Dirección General de Ordenación del Juego.

Gambino (2014) advierte, de que a la dificultades en la estimación de las prevalencias de jugadores problemáticos (falsos positivos/negativos), se suma la de definir el punto de corte (en términos de relevancia clínica y/o epidemiológica), el periodo de estudio de las prevalencias y el objeto con el que se estiman (evaluar necesidades de servicios, carga de enfermedad, identificación de poblaciones de alto y bajo riesgo, etc.).

El tipo de métodos utilizados (NODS o SOGS) parece proporcionar un porcentaje indeterminado de falsos positivos, no sería menos probable que se dieran falsos negativos, y que se produzcan también con una frecuencia indeterminada, pero

que pueden ser relevantes. De manera que, a no ser que se pretenda compensar la posible incidencia de los falsos negativos con la de los falsos positivos, habrá que ser prudente con el manejo de las cifras que resulten del empleo de los métodos de cribaje utilizados y no inferir conclusiones prematuras o inadecuadas sobre el fenómeno que se desea analizar; más todavía si se trata de adecuar la respuesta institucional a los datos, teniendo en cuenta que su credibilidad ha sido cuestionada y que son necesarias vías de refutación.

Por otra parte, la definición de poblaciones en riesgo (bajo, moderado, alto) como sucede con el alcohol no puede interpretarse en términos de probabilidad de convertirse en jugador problemático en el futuro ya que las respuestas dadas por la población encuestada se refieren a la incidencia o al inicio de problemas con el juego y requiere un seguimiento en el tiempo que permita seguir posibles cambios en las conductas (Gambino, 2018). Las tasas de prevalencia están compuestas por el número de nuevos casos o incidentes más los casos previos existentes o prevalentes durante un periodo de tiempo que debe estar determinado por los objetivos del estudio. Preguntar sobre la prevalencia en el último año, o meses, puede cumplir con el objetivo de estimar recursos para los posibles demandantes, siguiendo la tendencia. El uso de prevalencias de “alguna vez en la vida”, en relación con la edad, el momento de inicio, y la situación en el momento de la encuesta, tienen en cambio más probabilidad de estar relacionadas, en ausencia de estudios de cohorte, con recuperación, remisión o incorporación a tratamiento. Sin embargo, carece de argumentos explicativos que pueden influir en la aparición o en la recaída que sí podrían estudiarse en el seguimiento de cohortes a través de encuestas o estudios longitudinales.

Otra manera de aproximarse a la obtención de unas cifras más veraces de posibles jugadores con problemática derivada o relacionada con los juegos de azar con apuestas consistiría en abordar la práctica de la actividad en sí, en cuestiones tales como el tipo de juegos que se practican, la frecuencia con la que se practican y el gasto que esto representa para el jugador.

Quedaría por resolver la cuestión de los falsos negativos, cuestión difícil de abordar y que no suele tener excesivo predicamento en los estudios al uso, tal vez porque obtienen unas cifras que consideran suficientemente significativas como para echar de menos el porcentaje grande o pequeño que pueda representar este tipo de jugador encubierto. Es posible que en el futuro se llegue a evidenciar una problemática derivada del juego en este tipo de jugadores, como también pudiera suceder que existan ciertos elementos que funcionen como factores de protección

(del mismo modo que existen factores de riesgo) que impidan o limiten la problemática asociada al juego en aquellos jugadores que accedieron a ellos. En cualquier caso, es concebible que este tipo de jugadores puedan en la actualidad mantener bajo control determinada problemática derivada de la actividad del juego, incluso aun cuando se haya podido establecer claramente una dependencia.

En algunos casos, el tipo de dedicación a esta actividad puede sugerir la existencia de una posible problemática, mientras que en otros la percepción que el individuo tenga sobre su actividad de juego puede ser más problemática que la propia actividad en sí. Otros casos combinarán ambos supuestos y la situación problemática parecerá más evidente. Por último, habrá otros de los que nada sabemos y que serán difícilmente identificables por cualquier tipo de instrumento de medición con unos mínimos deontológicos. Mientras tanto se han multiplicado las ofertas de juego a través de distintos medios, presenciales u online.

En Navarra el aumento de salas de apuestas provocó movimientos vecinales de rechazo a la concesión de nuevas licencias de actividad. El Gobierno de Navarra ante la presión de los ayuntamientos que elevaron las quejas de los vecinos estableció una moratoria para la concesión de nuevas licencias hasta el momento en el que entrara en vigor la reforma de la Ley Foral de Juego³¹⁵.

Tabla 50. Vías utilizadas para apostar en el último año. Año 2014

	Hombre	Mujer	Total	14 a 17	18 a 23	24 a 29
Locales de apuestas (%)	51,6	14,7	34,6	29,0	45,2	28,4
Salones de juego (%)	25,0	11,7	18,9	3,2	28,7	17,2
A través de Internet (%)	9,7	3,5	6,8	1,2	4,6	10,7
Locales de apuestas (n)	226	55	281	62	121	98
Salones de juego (n)	104	43	147	7	80	60
A través de Internet (n)	43	13	56	-	16	37

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2014

6.5.2. Los videojuegos

El videojuego no se ha legitimado únicamente sobre resultados económicos, aunque la realidad es que los resultados económicos de esta actividad cultural son

³¹⁵ <http://www.fmmc.es/2020/03/12/el-gobierno-de-navarra-amplia-la-suspension-de-concesion-de-autorizaciones-para-abrir-nuevos-locales-de-apuestas-salones-de-juegos-y-bingos/>

cuantiosos. La industria de los videojuegos en España facturó 1.530 millones de euros en 2018, un 12,6% más respecto al año 2017, lo que la coloca como la primera industria audiovisual *por encima del cine (585,7 millones) y la música grabada (237,2 millones)*, según el informe de la Asociación Española de Videojuegos (AEVI). Una industria con una importante venta física (850 millones de euros) como online (680 millones de euros)

El videojuego se ha legitimado con la aparición de las consolas en los años ochenta y especialmente con la aparición de la Playstation que los videojuegos cuando alcanzaron un nuevo estatuto cultural y un perfil más adulto y tras el reconocimiento como industria cultural por parte del Congreso de los diputados en el años 2009 (Chicharro, 2014).

El uso y consumo de videojuegos es algo más que un momento en la cadena de la actividad económica, es una manera de relacionarse con los demás y de construir la propia identidad. Teniendo en cuenta la centralidad que en nuestras sociedades ha adquirido el consumo no podemos dejar de estar atentos a las posibles consecuencias negativas que algunos de estos consumos tienen para la salud de nuestra población de estudio, y en especial sobre los más jóvenes, con menos atributos para tomar decisiones. Los videojuegos ubicados dentro de la familia de los medios de comunicación de masas, si atendemos a su expresión como lenguaje audiovisual e interactivo, tienen un enorme potencial para influir en colectivos a través del “mero” entretenimiento (Chicharro, 2014).

Los videojuegos, han sido declarados por la OMS en 2018 como un trastorno adictivo y ha sido incorporado en la *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*, como “trastorno por [videojuegos](#)/Gaming disorder”, que se refiere al uso de juegos digitales o videojuegos, ya sea mediante conexión a Internet o sin ella. Categoría diagnóstica que se caracteriza por un patrón de comportamiento de juego “continuo o recurrente” vinculado a tres condiciones negativas provocadas por el mal uso de los juegos digitales:

- a. La falta de control de la conducta de juego en cuanto al inicio, frecuencia, intensidad, duración, finalización y contexto en que se juega.
- b. El aumento de la prioridad que se otorga a los juegos frente a otros intereses vitales y actividades diarias.
- c. El mantenimiento o escalada de la conducta a pesar de tener conciencia de las consecuencias negativas.

La aprobación de los videojuegos como adicción ha sido aceptada por el Plan Nacional sobre Drogas del Ministerio de Servicios Sociales, Sanidad e Igualdad y como consecuencia en el Plan de Acción sobre Adicciones 2018-2020 se incorporan dos acciones dirigidas a adecuar las intervenciones a la nueva realidad.

- a. Por un lado, el establecimiento de un grupo de trabajo para la definición de los criterios y protocolos diagnósticos según DSM_V y OMS (CIE11) y última evidencia científica para ludopatía y trastorno por videojuegos; la elaboración de protocolos para trastorno por videojuegos y de un documento guía para la atención de trastorno por videojuegos
- b. Por otro, el diseño de un indicador para obtener información sobre trastorno por videojuegos (gaming), indicador que incluirá información procedente de las encuestas ESTUDES y EDADES.

Compartimos el hecho de que los videojuegos pueden ser de utilidad en procesos educativos y rehabilitadores guiados pero como la propia OMS explica hay circunstancias en que el uso excesivo puede generar efectos adversos, aunque el patrón de comportamiento debe ser de suficiente gravedad como para causar un deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes.

Como sucede con otras conductas o hábitos su presencia no significa adicción o desviación. La incorporación del trastorno por videojuegos al CIE ha sido contestada por un grupo de académicos de distintos países. Rechazan la decisión adoptada por la OMS dada la baja calidad de las investigaciones en las que han basado la decisión, por haber adoptado para su estudio, a su juicio, en exceso los procesos que operan en el uso de drogas y juego y dada la falta de consenso sobre la sintomatología y la evaluación del juego problemático.

Para este grupo el acto de formalizar este trastorno, incluso como una propuesta, tiene consecuencias negativas en materia médica, científica, de salud pública, social y de derechos humanos que deberían haberse tenido en cuenta. De particular preocupación son, para estos académicos, los *pánicos morales* en torno al daño de los videojuegos. Podrían resultar en la aplicación prematura del diagnóstico en la comunidad médica y el tratamiento de abundantes casos de falsos positivos, especialmente para niños y adolescentes. En segundo lugar, consideran que favorecen que futuras investigaciones se centren en un enfoque confirmatorio, en lugar de una exploración de los límites de lo normal frente a lo patológico. En tercer lugar, la mayoría sana de los jugadores se verá afectada negativamente”

(Aarseth et al., 2017). Lo que constituye un factor epidemiológico se convierte en una cuestión poblacional.

No parece que la inclusión prematura del trastorno del juego como diagnóstico en CIE-11 vaya a causar un estigma significativo “a los millones de niños que juegan videojuegos como parte de una vida normal y saludable” que temen. A la vista de la imponente industria en torno a los videojuegos (las competiciones que se organizan a nivel mundial, los equipos virtuales profesionalizados que emulan a los grandes equipos de la NBA, ...) no parece que este vaya a ser el caballo de Troya a combatir.

En Navarra en el año 2014 un 53 % de los encuestados de 14 a 29 años afirmaron acceder a Internet para jugar a algún tipo de videojuego.

Tabla 51. Acceso a Internet para videojuegos. Año 2014 (%)

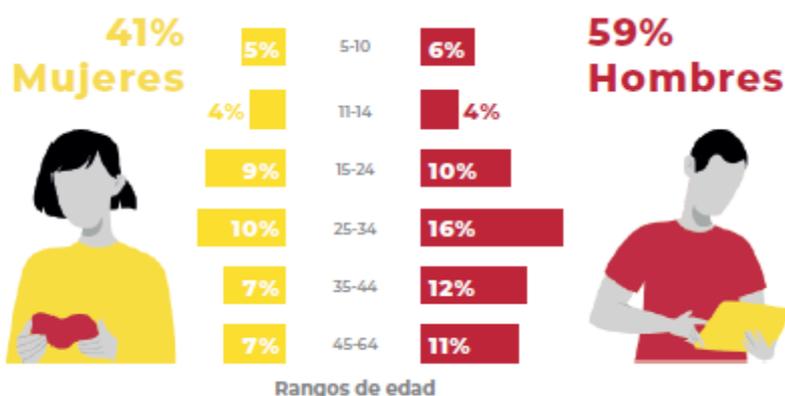
	Hombre	Mujer	Total	14 a 17	18 a 23	24 a 29
Videojuegos	66,7	39,9	53,0	64,4	53,9	42,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2014

Lo más significativo en el perfil de jugador realizado por la Asociación Española del Videojuego (2018) en base a los datos de 16,8 millones de videojugadores, aunque con diferencia por sexos, 59 % hombres y un 41 % de mujeres, parece darse en las edades de los jugadores. Casi el 80 % de los menores de 6-14 dedican algún tiempo a los videojuegos, edad a partir de la cual se reducen 15 a 34 años juegan entre el 59 % (15-24 años) y el 66 % (25 a 34 años) A partir de los 35 años el porcentaje de jugadores desciende (40 % entre la población de 35 y 44 años y 24 % de quienes tienen entre 45 y 64 años).

Cada persona videojugadora en España dedica una media de 6,2 horas/semana a los videojuegos, por debajo de Reino Unido (9,1 horas), Alemania (7,4 horas) y Francia (6,6 horas).

Ilustración 31. Perfil de videojugadores, por edad y sexo. Años 2018 (%)



Fuente: Asociación Española de Videojuegos (AEVI) La industria del videojuego en España. Anuario 2018

Las actividades de ocio de los jóvenes se ha convertido en un proceso selectivo muy dinámico que abarca desde el cine, como consumidores de series online que puede elegir a través de alguna de las plataformas televisivas online, TV online o a través de smart-TV y las videoconsolas con acceso a Internet que permiten todo tipo de juegos y acceso a contenidos.

6.5.3. Internet y acceso a contenidos “vetados”

El desarrollo tecnológico digital, aplicaciones y redes, han sido de manera recurrente relacionados con la juventud. Identificando a las nuevas generaciones como nativos digitales. Un concepto confuso en tanto que no define a las nuevas generaciones de jóvenes por su competencia digital sino por ser usuario intuitivo de aplicaciones y medios tecnológicos (smartphones, smart-tv, tablets, smart-watch, ...) que les acercan a un mercado de identidades sobre el que se construyen estilos de vida. Un mercado en el que también son parte activa como prosumidores (productores y consumidores) en un proceso de creación y producción colectiva (en red y continua) transformando por completo las relaciones entre empresas productoras y usuarios, creando entornos más horizontales, o impulsando redes de trabajo, producción de conocimiento, artística y tecnológica fuera de la lógica de la cultura que mercantiliza todo lo que toca.

Los media se han convertido para la juventud en medio y agencia de socialización, de ajuste y personalización de los gustos. En tanto que nuevas instituciones digitales, los nuevos medios digitales contribuyen a la creación de una biografía digital y acumulación de “capital social” individualizada. Una individualización que puede esconder dependencias con efectos muy desiguales. O puede que lo

que se está identificando como dependencia, sea la “antesala de nuevos órdenes socioeconómicos y educativos en marcha” que están produciendo aprendizajes informales y dinámicas de socialización más autorreferenciales, con más o menos presencia de la mediación parental y/o del sistema educativo. En otras palabras, que lo que se está produciendo es un re-ajuste entre instituciones tradicionales y nuevas bases institucionales como las digitales (Gordo López et al., 2018)

La juventud está provocando inflexiones culturales, que provocan pánicos morales. Cuando los nuevos jóvenes no tienen referentes analógicos, lo que importa es estar conectados, estar disponibles e informados son necesidades socialmente aceptadas como irreversibles e inevitables.

De tal modo el sistema educativo y las familias con poca o mucha alfabetización digital ven cómo la juventud se socializa siguiendo diferentes itinerarios, influenciados por lobbys digitales perpetúan las desigualdades preexistentes a la vez que Internet abre ventanas a un mundo de nuevas experiencias. Experiencia que sin “tutela” les expone a riesgos asociados a los entornos y comportamientos digitales: juego de apuestas online, contenidos para adultos, sobre identificación con estilos de vida de youtubers, etc.

I. Juego de apuestas online

Un 8,7% de la juventud navarra ha entrado a Internet para hacer algún tipo de apuesta online (el medio puede ser PC, Móvil, ... cualquier pantalla) Por tipo de apuestas, son mayoritarias las deportivas.

Tabla 52. Acceso a Internet para apuestas. Año 2014 (%)

	Hombre	Mujer	Total	14 a 17	18 a 23	24 a 29
Apuestas	14,0	3,5	8,7	4,8	9,5	11,3

Fuente: Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2014

No tenemos para Navarra el gasto realizado por la población, pero si a nivel estatal para los años 2016 y 2018. Los datos han sido publicados por DGOJ en su página web.

Cuadro 10. Jugadores online por edad. Años 2016 y 2018

Estudio	N	Mues- tra	Jugador Patológico	Jugados Problema	Instrumento
Dirección General de Ordena- ción del Juego (2016)	Total jugado- res	España	Nº jugado- res: 1.303.513	18-25 años: 348.670 (26,7)	Gasto €: Año 303; mes 25,53; se- mana 5,89
Dirección General de Ordena- ción del Juego (2018)	Total jugado- res	España	Nº Jugado- res: 1.476.385	18-25 años: 397.570 (26,9)	Gasto €: Año 449; mes 37,47; se- mana 8,64

Fuente: elaboración propia

El incremento del dinero gasto en apuestas online ha aumentado en un 13,3% en el periodo 2016-18. No hay variación en la distribución de gasto según grupos de edad,

Tabla 53. Gasto destinado al juego online. Años 2016 y 2108 (€ y %)

	2016 (€)	2018 (€)	2016	2018	Crecimiento 2016-18
18 a 25 años	348.670	397.570	26,7	26,9	14,0
26 a 35 años	452.998	508.058	34,8	34,4	12,2
36 a 45 años	282.539	326.578	21,7	22,1	15,6
46 a 55 años	135.649	154.150	10,4	10,4	13,6
56 a 65 años	56.095	64.834	4,3	4,4	15,6
Más de 65	27.562	25.195	2,1	1,7	-8,6
Total	1.303.513	1.476.385	100,0	100,0	13,3

Fuente: Elaboración propia. Dirección General del Juego

II. Páginas de contenido para adultos

Según indica el estudio *Nueva pornografía y cambios en las relaciones interpersonales de adolescentes y jóvenes*, de la Universidad de la Islas Baleares, “más del 50 de los adolescentes españoles entre 14 y 17 años suele ver regularmente pornografía en

Internet” y “cada vez consumen pornografía a edades más tempranas” puesto que “tienen un mayor acceso, más rápido y libre de filtros”(Orte et al., 2016).

Los autores en base a la encuesta realizada a casi 2.500 jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y 29 años establecen como la edad de iniciación en el consumo de la pornografía a los 13 años para los chicos y 14 para las chicas, aunque alertan de que “otros estudios están reduciendo las edades de las primeras experiencias con la nueva pornografía”. Edades que, en algunos casos, se sitúan en los ocho años.

Preguntada la juventud en 2014 por los contenidos a los que accedieron a través de Internet, un 29,4% de las personas jóvenes contestaron haber accedido a páginas que contenía sexo con distinta frecuencia.

Tabla 54. Acceso a páginas que contengan Sexo. Año 2014 (%)

	No usuario	Uso ocasional (1)	Uso mensual (2)	Uso semanal (3)	Uso diario (4)	Usuario en algún momento (1+2+3+4)
Hombre	70,2	13,3	3,8	7,0	5,7	29,4
Mujer	93,9	3,3	nd	1,1	1,0	5,7
Total	82,6	8,1	2,1	3,9	3,3	17,2
14 a 17 años	85,1	8,1	2,0	2,5	2,2	13,0
18 a 23 años	79,3	8,4	2,2	4,6	5,5	19,0
24 a 29 años	84,0	7,7	2,1	4,2	2,0	19,5

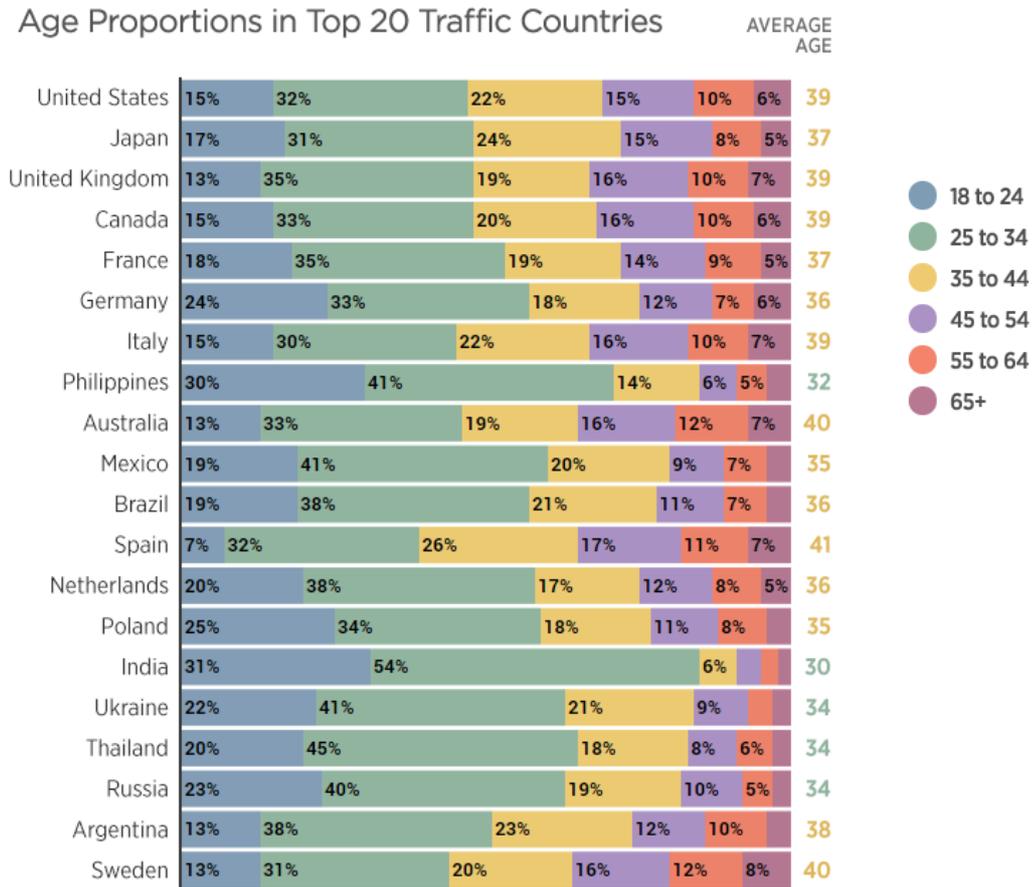
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2014

Se nos dice y advierte de la capacidad que tienen las páginas web de seguir y conocer nuestros gustos para ajustar los contenidos de las páginas que visitamos y lograr fidelizar a sus visitas, construyendo incluso los gustos de cada visitante. Pues bien, en el caso del acceso a contenidos porno Pornhub nos sirve para constatar este hecho. En sus informes anuales podemos encontrar información muy rica, para los que como investigadores nos acercamos como fisgones y para los propietarios de la web así como toda la industria que hay detrás (profesionales o amateurs). Cada click, cada búsqueda en su web les ofrece información muy valiosa para alimentar los deseos de cada visitante.

Para muestra un botón. A continuación, se incorporan algunas infografías y datos del informe de 2019 ofrecido por Pornhub en su página web. España se encuentra

entre los 20 países con más usuarios de contenido porno (visitantes de esta web), subiendo un puesto respecto al año anterior. Los visitantes de nacionalidad española tienen una edad media de 41 años, acumulándose más visitantes en el rango de edad que va de los 25 a los 34 años.

Ilustración 32. Visitas según edad de los 20 países de mayor tráfico (%)



Fuente: Pornhub Insights Informe 2019.

En 2019, los dispositivos móviles representaron el 83,7% de todo el tráfico de Pornhub en todo el mundo. El 76,6% de ese tráfico provenía de teléfonos inteligentes, que vieron crecer su participación en un 7%. La proporción del tráfico de tabletas se redujo en un -17%, representan el 7,1% del tráfico, mientras que los ordenadores de mesa y portátiles disminuyeron en un -18% para representar solo el 16,3% del tráfico mundial.

Pero si creímos que lo habíamos visto todo, todavía hay algunas curiosidades más. Las consolas de juegos no son solo para jugar, ¡también pueden ser una forma práctica de jugar contigo mismo! Playstation siguió siendo en 2019 la consola que más visitas acumuló a Pornhub con el 51,5% de todo el tráfico de consolas, aunque su participación se redujo en un 5,2% a medida que Xbox ganó un 5.3%.

Hay hechos del ámbito sociocultural que provocan un aumento de búsquedas en Internet, la pandemia de la COVID-19 ha provocado un cambio en las búsquedas de los usuarios³¹⁶, también en Pornhub. Cuando las *celebridades* o los *personajes* que aparecen en el lanzamiento de series o películas están en las noticias y en la mente de todos, tienden a conducir una gran cantidad de búsquedas Pornhub que reproduce series y personajes.

Los videojuegos también tienen su traducción al porno. En 2019, *Overwatch* fue el videojuego más buscado, con un aumento del 8 % respecto al año anterior. Fortnite que durante el año 2018 fue una de las principales búsquedas, su popularidad disminuyó un -17% en 2019 aunque sigue siendo el segundo videojuego más buscado.

³¹⁶ Podemos consultar la página de Google que recoge las búsquedas relacionadas con el coronavirus https://trends.google.com/trends/story/US_cu_fPcT5XABAAAfK_en o podemos leer análisis más generales sobre las búsquedas que se han hecho durante el periodo de confinamiento. Consultas que van desde cómo hacer pan (se disparó la compra de harina), compra online y servicio a domicilio, pasando por la suspensión de la hipoteca a la búsqueda de compañeros de estudio: <https://www.thinkwithgoogle.com/intl/es-es/canales-de-publicidad/busqueda/coronavirus-needs/>

III. Espacios, rituales e instituciones: intervenciones sobre la población joven vulnerada

Introducción

El logro de acercar a las víctimas de la burocracia para que aporten sus propias capacidades se logra de dos maneras: Participar como agentes de orden y la falsa utilización de las elecciones como creencia de que eligen entre un abanico de posibilidades.

Bauman, 2010.

El análisis de una institución como la Fundación Ilundain Haritz-Berri, históricamente situada, permite entender una de las formas en que puede ser abordado el análisis del dispositivo como red de saber/poder. Ya que esto es sólo posible hacer inteligible en la medida en que logramos elucidar la forma social que la constituye como superficie de emergencia particular de una tecnología disciplinaria que responde a un tipo particular de sociedad.

Las *workhause* en las que se encerraba en un mismo espacio a locos, indigentes, desocupados, libertinos, enfermos y delincuentes, fueron sustituidas por instituciones de encierro diferenciadas, más tarde desaparecieron las instituciones cerradas (psiquiátricos), fueron sustituidas por “centros de día” como el de Ilundain en el que vuelven a congregarse personas muy diferentes, pero unidas por un diagnóstico. Los menores, adolescentes y jóvenes que van a parar a Ilundain no son los suficientemente buenos para la carrera social instaurada en el sistema educativo regulado por leyes que dan bandazos de izquierda a derecha, de acuerdo con la marca política del gobierno de turno.

La integración de las nuevas generaciones de jóvenes, su transición a la vida adulta y el acceso a la ciudadanía como sujetos activos permite observar los cambios que están cuestionando la relación clásica estado-ciudadanía y el proceso de inclusión en la sociedad como ciudadano (Benedicto Jorge et al., 2014). Tres son al menos los elementos que permiten seguir estos cambios:

- a. La dimensión de pertenencia de las nuevas generaciones (identidad individual y colectiva)
- b. La participación en los asuntos colectivos (sociopolítica)
- c. Contribución a la expansión del bienestar de la sociedad de la que forman parte (desarrollo de competencias, capacidad productiva, adopción de estilos de vida)

La concepción clásica de integración en la sociedad en los Estados de Bienestar, todavía válida, se postula como precondition para ser beneficiarios de las políticas y servicios que proporciona el Estado, se comprende como natural y lineal, con etapas bien definidas cuyas fronteras están marcadas por ritos de paso diferenciadas de acuerdo con el origen social, la edad o el sexo. La transición a la vida adulta se materializa, de acuerdo con esta concepción, en la medida que se incorporan al mundo laboral y constituyen su propia familia. Sin embargo, los cambios sociopolíticos que están produciéndose desde finales del siglo XX están modificando los marcos y las condiciones que permiten la integración social y el reconocimiento de ciudadanía con plenos derechos de acceso a los recursos y servicios del Estado.

La juventud se redefine de acuerdo con las nuevas condiciones de entrada en la vida adulta y como resultado se multiplican los riesgos en las trayectorias y construcción de “sí mismo” que deben ajustarse a las demandas de los actores institucionales. Así, se produce un alargamiento del lugar y espacio que ocupa en el ciclo vital la juventud, y las trayectorias seguidas por la juventud ya no se corresponden con la homogeneidad de los asalariados de la época dorada del Estado de Bienestar.

De tal modo los jóvenes se ven impelidos construir una identidad y una trayectoria vital en un contexto de fuerte diferenciación, individualización e incertidumbre. Las instituciones tradicionales de socialización que se constituyeron como instrumentos que guiaban la acción, aportaban normas y valores y que estructuraban trayectorias homogéneas a la vida adulta (vía inserción laboral) han devenido en barreras, en herramientas de bloqueo temporal para el acceso a la vida adulta.

Se han generado trayectorias que retrasan el paso a la consideración de adulto mediante reformas educativas en ocasiones llamadas “de calidad” que prometen acceder a empleos de calidad y mejores salarios, frente a una oferta de enseñanzas no formales, apeaderos precarios, programas curriculares que solapadamente se desarrollan con la participación de entidades sociales con y sin ánimo de lucro. Una diversidad de ofertas que permiten la incorporación al mercado laboral a la juventud que prematuramente ha abandonado el sistema educativo formal.

El sistema educativo se comporta como un sistema de trenes de alta velocidad y gran recorrido y trenes de carril estrecho con gran cantidad de apeaderos que troquela las trayectorias vitales. Los pasajeros toman inicialmente el mismo tren,

van a una gran velocidad, podrán apearse en los apeaderos preparados a tal fin con el título y capacidad reconocida en las sociedades del conocimiento y desarrollo tecnológico, o abandonar el tren de forma precipitada sino tirarse en marcha... esta *decisión* los llevará por carriles y trenes que pueden hacer del trayecto una experiencia tortuosa.

Los apeaderos de diversidad curricular se han convertido en grandes *contenedores* sociales, no abordados en el espacio educativo normalizado por *exceso* -la gran diversidad que hoy existe en las aulas dificulta seguir currículos adaptados por un profesorado obligado a dedicar grandes sumas de tiempo a evaluar, registrar e informar. De manera que el tiempo dedicado para la mejora de la enseñanza (evaluaciones, exámenes, etc.) de toda la población estudiantil provoca la escasez de tiempo y espacios para las desadaptaciones de conducta. Por falta de tiempo, capacidades, empatía, compasión, etc. aquellos que entorpecen el normal desarrollo del aula son invitados a abandonar o son expulsados a otros centros educativos o recursos. El sistema educativo ha contribuido a que un gran número de menores, adolescentes y jóvenes capaces hayan conocido y se hayan relacionado tempranamente con los recursos de atención social.

Podemos plantear la convivencia de dos modelos de transición hacia la vida adulta en nuestra sociedad, que responden a las necesidades del desarrollo económico. Un modelo de posibilidades infinitas orientadas a construir, de acuerdo con ritmos y orientaciones diversas, procesos de transición positivos, innovadores y con alto valor social frente a un modelo de incertidumbres donde las decisiones aumentan las probabilidades de quedar excluido o provocan transiciones precarias al mundo adulto.

Los jóvenes tienen hoy la posibilidad de elegir el acceso a la vida adulta, pero cómo se producen las transiciones ha cambiado sensiblemente y para muchos la acumulación de desventajas reduce las opciones y las posibilidades de capacitación suficiente para afrontar las derivas del entorno socioeconómico. Como concluyen algunos autores, a pesar de las diferencias que puedan dibujarse en las transiciones a la vida adulta es común a todos los y las jóvenes el deterioro de su posición social y económica.

Las reformas laborales que se han sucedido en España desde los años 80 han supuesto una acumulación de pérdida de derechos laborales, flexibilización de las condiciones de trabajo, reducción de la capacidad de negociación, etc. que llega a las nuevas generaciones de asalariados en forma de precarización laboral y pérdida de seguridad y reducción de la capacidad de las formas tradicionales de

aseguramiento. Así, por ejemplo, la prestación por desempleo no cumple con la función de aseguramiento de los nuevos asalariados que atesoran trayectorias laborales troqueladas. Los contratos por horas de poca duración que se acumulan en este grupo poblacional no aportan experiencia suficiente tampoco ingresos que permitan el acceso a una vivienda o faciliten procesos de emancipación o madurez.

Vamos a analizar el proceso de integración y acceso a la ciudadanía de adolescentes y jóvenes a través del modo en que éstos adoptan y se apropian de los significados de estilos de vida socialmente construidos; y de cómo se reconstruyen las trayectorias truncadas de jóvenes que acceden a programas formativos fuera del sistema formal o normalizado para la población joven sin “tacha”.

Seguir a los jóvenes que transitan por espacios formativos y educativos diferentes a aquellos que lo hacen dentro del sistema normalizado ayuda a comprender los mecanismos de respuesta de las instituciones públicas y privadas a las nuevas contingencias económicas y sociales que tienen que afrontar hoy determinados grupos sociales: menores, adolescentes y jóvenes capaces pero expulsados del sistema educativo formal.

De la revisión de los estilos de vida y su relación con las recomendaciones en salud que hemos realizado en los capítulos precedentes podríamos pensar siguiendo esquemas funcionalistas, que los dispositivos de control epidemiológico se traducen en el campo de la práctica social del “trabajo para el otro” en el desarrollo de intervenciones que se limitan a establecer y restablecer el control social y la inculcación cultural y normativa.

Cambiamos como lo hiciera Dubet en *El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos en la modernidad* la pregunta sobre ¿para qué sirve el trabajo sobre los otros? por ¿cómo trabajan los y las trabajadoras?

Cambiando la encuesta macroscópica, que recoge gran cantidad de datos estadísticos sobre los estilos de vida de la población joven de Navarra, por el estudio de la Fundación Ilundain Haritz-Berri, que trabaja con jóvenes, en su mayoría menores de edad, que abandonan *prematuramente*³¹⁷ los estudios pretendemos

³¹⁷Prematuramente, para quienes tienen la incapacidad de pensar el tiempo de otra manera que no sea lineal, y para quienes un parón o un desvío, que no sabemos cuál será su duración y consecuencias, supone en el momento de su detección bajo un modelo de evaluación inevitablemente el fracaso de transiciones tipo a la vida adulta.

describir la realidad del trabajo para otros de los profesionales de esta institución, “donde el trabajo real borra el trabajo prescrito” por el sistema escolar formal.

Analizamos Ilundain como lugar situado donde se produce un modo de socialización que ha logrado la transformación de lo que era un movimiento asociativo en un *tipo ideal* de organización que desarrolla un programa institucional, más allá de las condiciones históricas y que permite pensar en las transformaciones de las organizaciones y de las personas que viven, piensan y se socializan en ellas.

La Fundación Ilundain trabaja para personas para quienes la tendencia social a construir linealidad, trayectorias y biografías individuales “sin tachón, siguiendo el principio de causalidad y secuenciación, no se produce de forma inmediata sino como producto de procesos que tienen lugar en momentos y espacios donde parece que todo se des-temporaliza y donde la simultaneidad, la coexistencia de eventos anula la distancia temporal y la relación de causalidad, dando lugar a narraciones biografías en las que su futuro y su suerte presente se debe más al azar que a competencias personales.

Sin embargo, por más que las competencias estén presentes, la experiencia con las instituciones (educativa e incluso del trabajo social) ha contribuido a, dada su inferioridad de poder, que se instale entre estas personas la idea de que a ellas se les presentarán oportunidades, que no se corresponden necesariamente con capacidades o competencias socialmente asignadas a otras personas porque son el tipo de personas sobre las que ya se han tomado decisiones, poniendo valor objetivamente a sus competencias mediante decisiones interpretativas previamente construidas.

El empirismo estableció un tiempo, lineal, continuo, unidireccional y homogéneo. Sus métricas fueron estandarizadas, su dirección definida como irreversible y con una secuenciación sin fisuras, pliegues o reelaboraciones. Creó un tiempo modelado por conjuntos conceptuales de relaciones temporales. De manera que, a la relación de dependencia de la infancia entre padre/madre e hijos/as, le sucede la relación alumnado/profesorado más autónoma durante la adolescencia, tras la que se establecen relaciones de responsabilidad y reciprocidad entre trabajadores/as y empleadores/as, etc. proceso continuo que se gesta de manera dependiente a un espacio temporalmente situado en el que se producen experiencias y en el que se repiten y afianzan normas y valores a través de una extensión temporal de acuerdo con una agenda biológica y, a la que a este capítulo atañe, escolar.

Un empirismo que ha definido un modelo de socialización a través de instituciones, programas y profesionales específicos que, aunque han mudado siguen ostentando el poder de definir para los más débiles por edad y condición social modos de ser y estar en sociedad. Para éstos, para quienes tienen menos posibilidades de ostentar el poder y defenderse de las ofensas de una sociedad que mira al futuro sin apenas mirar a quienes va dejando atrás.

Ilundain surgió como si de una isla en la que alrededor naufragan y se re-pescan jóvenes vulnerados. Una organización que se gestó en los bajos de una parroquia por una agrupación de voluntarios que hoy se ha convertido en una institución que recoge a náufragos que han perdido el rumbo y la brújula, porque las instituciones en las que confiaron debilitadas, incapaces o agotadas han optado por derivarles a otros recursos, siguiendo criterios objetivos tipo. Basando su decisión sobre informes técnicos que, gracias a los sistemas de información, permiten recoger cada vez más datos que sustenten el juicio de los profesionales y dotar de fuerza legitimadora a la práctica de profesionales, a los dosieres y a las instituciones educativas (Castel, 1984). La derivación a recursos específicos educativos está justificada, tiene su base en juicios y pasa por procedimientos cuya legitimidad es atestiguada y reconocida, e incluso demandada, por los profesionales de la educación y padres y madres, normalizando discriminaciones, clasificaciones y etiquetajes oficiales.

Ilundain, en un espacio donde el tiempo se aletarga y la construcción de biografías individuales puede pensarse de otra manera a la vez que adoptar nuevas formas y rumbos. En Ilundain se trabaja para reordenar esos universos simbólicos de los que se les ha excluido. Establecida en un espacio natural, la Fundación ha hecho de la naturaleza el medio y la herramienta para aprender nuevas formas de relación con el otro. El trabajo sobre el "otro" de sus profesionales se ha convertido en la alternativa a las instituciones sociales que fracasaron en su intento de educar y socializar para producir transiciones "normales" a la vida adulta.

Socializar, des-socializando, se ha convertido en el reto de esta institución que consciente de estar lejos de poder ganar la guerra han optado por dedicarse, dentro del discurso social dominante, a educar y socializar preparando a su alumnado para un "oficio" que les devuelva el sentimiento de ser útiles. No a la manera que se entendió en la sociedad asalariada en la que cada persona asalariada tiene una función y en la que se venden cuerpos y almas por trabajos. Aprender un oficio y lograr el certificado de "maestro", se concibe como una herramienta al servicio de las aspiraciones de su vida personal.

Sin embargo, a la población de adolescentes y jóvenes que fueron revelados por el sistema educativo formal como “inadaptada”, y que llega a Ilundain, si bien no podrán luchar contra los códigos científicos que sirvieron para clasificarlos y derivarlos a programas de currículo adaptado, les quedará la tarea de, cada día, confrontar la etiqueta o etiquetas que han ido adquiriendo, solapando, en una carrera de obstáculos en el que el fracaso de las instituciones se convierte en designio de individuos a espacios de re-socialización.

La escuela, si bien juega un papel determinante en la equidad y cohesión social, cuando en los centros educativos se produce la convivencia de personas con diferentes características personales o sociales es muy probable que se generen procesos de segregación escolar, uno de los factores que contribuyen en mayor medida a impedir una verdadera igualdad de oportunidades y a la desigualdad social.

Bien sea por la situación socioeconómica de las familias del alumnado, por el país de nacimiento, por su pertenencia a un grupo étnico-cultural o, incluso, por su rendimiento académico previo, la escuela contribuye a la generación de fenómenos de exclusión y desintegración social. La propia acción de las instituciones educativas impone condiciones específicas y clasificaciones que descansan sobre reglamentos y que conllevan la movilización de aparatos especializados y rituales normativizados.

La normativización de las relaciones en el ámbito educativo, implicando a toda la comunidad educativa (profesorado, alumnado y familias) lleva parejo una pérdida del arte de la comunicación, de las relaciones interpersonales, de la creación de vínculos, y en consecuencia de la capacidad para articular respuestas en relación dialógica que mejor se ajusten a las necesidades de una realidad en cambio constante y a una población de adolescentes y jóvenes que “practican una moral que busca, experimenta, que vincula lo que parece excluirse: realización personal y asistencia a los otros, realización personal *como* asistencia a los otros. Esto acaba, finalmente, disputando a los administradores-del-bien-de-la-comunidad el monopolio de la definición-del-bien-de-la-comunidad”. Una confrontación que no significa ruptura con los valores prominentes de solidaridad, altruismo u orientación hacia el bien común sino una “conexión paradójica, sólo en apariencia” con valores de “autorrealización, el éxito profesional y la ampliación del margen de juego de la libertad personal”.

La obsesión de quienes se lamentan por el derrumbe de valores propios de las instituciones, o temerosos a la incertidumbre que genera la nueva coyuntura social, incapaces de articular respuestas a situaciones que no han vivido, con poder y capacidad para determinar políticas públicas “orientadas por una nueva ponderación de prioridades que a menudo es difícil de descifrar, pero en la que juegan un papel preponderantes, precisamente, criterios inmateriales de la calidad de vida” (Beck, 1999), ha provocado la normativización de casi todo, invadiendo incluso el espacio privado.

Normas, protocolos o reglamentos que no pudiendo llegar a cada detalle dejan espacios para la adecuación a las circunstancias y provocan procesos de desestabilización, vulneración y precariedad para quienes están en posiciones que implican un déficit de integración y están amenazados por la exclusión (R. Castel, 2010). Más aún cuando la lucha y los conflictos en la sociedad del riesgo ya no surgen tanto en torno a la distribución de los bienes materiales sino sobre la distribución de los males que se superponen a los primeros. Se hace más patente que nunca que “... los riesgos sociales, políticos, económicos e individuales tienden cada vez más a escapar a las instituciones de control y protección de la sociedad industrial” y que más decisivo que saber qué hacer es saber qué no hacer, dominando el imperativo de abstenerse y el reconocimiento de la ambivalencia (Beck et al., 1997).

A la población joven cuando ya no existen reglas ni instituciones claras, los valores y modelos son abiertos y pueden ser redefinidos parecería que se le abre todo un mundo de posibilidades no obligatorias de acciones entre las que escoger para configurar de acuerdo con principios y valores individuales un concepto de vida o estilo de vida propio. Nada más lejos de la realidad.

El coronavirus ha sido una nueva declaración del significado de la juventud para la política. El poder social, los recursos y la atención pública siguen estando dirigidos hacia las generaciones de población de más edad. Lo que sugiere una vez más que no se trata solo de hacer frente a los déficits de grupos de población específicos, como la juventud en la que la edad es determinante, sino de las formas socialmente nocivas de relación que deterioran las posibilidades de negociación de los colectivos en situación de desventaja. Modelos de relación instituidos y sustentados por un “conjunto de instituciones, procedimientos, análisis y reflexiones, cálculos y tácticas que permiten ejercer una forma muy específica y compleja, de poder desde la distancia que tiene por blanco a la población, por forma

mayor de saber la economía política y por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad” (Foucault, 2006).

Gracias a la tecnología hemos desarrollado el arte de dibujar mapas de exclusión en los que poder graficar y observar desde la distancia la distribución de la población joven que abandona de forma prematura los estudios. Representaciones gráficas que, como si de una visualización objetiva del mapa de la epidemia de la COVID-19³¹⁸, se han convertido en la tendencia mayoritaria de la mano de estudios como el que da lugar al *Informe PISA*.

Hagamos el ejercicio de pensar y dibujar el mapa de tal manera que permita, además de representar la dispersión/concentración de la población que abandonó los estudios de forma prematura, expresar el paisaje emocional, como el miedo a perder el puesto de trabajo o la ayuda social. Intentemos a continuación representar en este mapa el pánico sentido y vivido de una madre con tres hijos, cuyo marido lleva en paro desde hace más de dos años, y está a cargo del cuidado de su padre. En un hogar como el descrito, ¿cuáles pueden ser las consecuencias para un o una adolescente en Estados, también los gobernados por la izquierda, encargados de amortiguar el coste social del capitalismo avanzado que ha impuesto durante años techo al gasto social, a la educación, a las ayudas familiares, a la atención a la dependencia, ... y han ofrecido ventajas fiscales a las grandes empresas y patrimonios, han condonado la deuda de la banca, etc.?

Se hace necesario, sino no imperioso, reflexionar sobre la agencia que se constituye a partir de los momentos de crisis, de ruptura con el sistema educativo formal de jóvenes cada vez más dispares —prestando atención a las formas de socialización que se desinstitucionalizan, para reinstitucionalizarse a través de procesos innovadores y, sobre todo, de procesos instituyentes— y también pensar la crisis de las formas de entender la agencia, con la intención de hacer plausible la reflexión sobre la agencia de los grupos vulnerables y la capacidad de agencia de individuos y grupos que tratan de reconstituir la subjetividad erosionada (Tejerina & Gatti, 2016).

Las iniciativas de las Administraciones Públicas pensadas en clave institucional han de contribuir a crear las condiciones para coproducir conocimientos que –

³¹⁸ Cada individuo, punto en el mapa cartografiado, representa una probabilidad de abandono de acuerdo con el espacio físico que ocupa. Como lo es la probabilidad de infectarse a Madrid y Cataluña no es la misma que en Pamplona, cada persona tiene la capacidad de contagiar a un número mayor o menor de personas según el lugar de residencia. Así, de acuerdo con la capacidad de contagio de cada individuo localizado en el mapa se decidirá el momento en el que ese lugar específico comenzará la desescalada.

con otros agentes públicos y/o privados- contribuyan a comprender las complejas relaciones de los jóvenes con el entorno –en los que se dan los usos y prácticas mediáticas- y cómo éste entorno afecta a su salud. Además, las Administraciones Públicas, junto con otras entidades, dibujan el trazado de una red que sirve para rastrear las acciones de los jóvenes, las relaciones, los vínculos y los enlaces – Teoría del Actor Red (TAR)- verificando cuáles son las nuevas instituciones, procedimientos y conceptos capaces de reunir y relacionar lo social (Latour, 2008).

El objetivo del trabajo que toma forma en esta tercera parte es indagar en el conjunto de reglas, escritas o informales, que gobiernan las áreas de la vida social de los jóvenes para generar protocolos de actuación compartidos y acordes con sus nuevas sensibilidades. Para ello, hemos centrado nuestra atención en la Fundación Ilundain-Haritz Berri. La investigación transita por instituciones que han iniciado cambios en los modelos de intervención, por los espacios y rituales que articulan nuevas formas de control, “guarderío”³¹⁹ o contención (policial, judicial, penal), con otras más sutiles y normalizadas, como son la educativa y la laboral.

La Fundación Ilundain es una entidad declarada de interés social en 1992 por Gobierno de Navarra que buscó romper con la corriente ideológica que justificaba las instancias de control social para las intervenciones con jóvenes delincuentes o en conflicto con sus contextos referenciales (familia, educación, iguales, etc.). Con el tiempo asumió la “contención” y “protección” de menores, antes incluso de que existiera el marco legal que respaldara estas intervenciones. Intervenciones que incluían el tratamiento terapéutico, incorporando metodologías pensadas y diseñadas para “forzar, profundizar una y otra vez la conexión –diversamente perturbada y distorsionada- entre la vida y el aprendizaje” (Beck et al., 1997).

En nuestra metodología de trabajo ponemos el foco sobre la Fundación Ilundain Haritz-Berri, siguiendo los pasos desde sus orígenes, inicio de los años ochenta. Describimos la adaptación de la Fundación a las necesidades que se van generando, damos cuenta de los nuevos conocimientos adquiridos a través de la experimentación. Simultáneamente, seguimos el *devenir*, de los profesionales de Ilundain, *para* estos menores en conflicto social y con problemas relacionados con las drogas, describiendo cómo se conforma la institución y cómo se incorpora lo aprendido. Todo ello manteniendo un *estatus* de entidad privada, si bien con ayudas económicas del sector público y del sector privado, que crea herramientas y

³¹⁹ En entrecomillado se recogen expresiones de personas entrevistadas (grupos de discusión, grupos de trabajo y entrevistas en profundidad).

modelos de acción que les permite ajustarse a las demandas de la sociedad antes que las administraciones públicas. Convirtiéndose en productoras y colaboradoras necesarias para el diseño de nuevas políticas y la oferta de nuevos servicios y recursos públicos.

Para desarrollar el objetivo del trabajo, hemos utilizado documentación escrita, cuestionarios, entrevistas, material audiovisual, prensa y datos de evaluación realizados por Ilundain, el Plan de Prevención: drogas y adicciones y distintos medios de comunicación. Hemos realizado grupos de discusión con alumnos y profesionales de Ilundain así como entrevistas en profundidad con responsables de la Fundación, del Departamento de Derechos Sociales y del Departamento de Educación, así como profesionales de otras entidades que también intervienen con menores y adolescentes, profesionales de la prevención de los ámbitos de la salud, educación y atención social.

Igualmente, hemos participado en sesiones de trabajo con responsables y técnicos de recursos comunitarios de prevención, de residencias de menores en conflicto, así como de entidades de tratamiento terapéutico ambulatorio. Además, hemos manejado estudios de técnicos y sociólogos que, con las mismas fuentes, han propuesto interpretaciones que ayudan a recrear el entorno del período estudiado y a comprender el pasado en su contexto. Este trabajo traduce el tema de los jóvenes a la forma de red y responde a un viaje con la Teoría del Actor Red donde nos esforzamos como una hormiga, cargando con su pesado equipo para generar hasta la más diminuta conexión (Latour, 2008).

Capítulo 7. La institucionalización de la innovación social: las nuevas políticas sociales de inserción

En la arena de las políticas sociales y de intervención social compiten enfoques artesanales desarrollados por grupos y organizaciones y métodos científicos bajo los que las instituciones públicas se sienten seguras y legitimadas. En el campo de la adolescencia y juventud *inadaptada* queda especialmente claro que se disputan el mercado equipos constituidos por pedagogos, equipos de trabajo social, equipos de médicos y pediatras de lo público y lo privado, etc. tenga este último carácter de lucro o no, pero todo ellos con certificados del Estado.

La penalización de las drogas fue el acontecimiento que constituyó la noción y la categoría droga y el establecimiento de una relación que perdura en el imaginario social juventud-droga, y droga-delito. Su visibilización como problema junto al papel jugado por los medios de comunicación de masas hicieron de las drogas, el delito y la juventud un campo para la investigación, las actuaciones médico-terapéuticas y para la intervención social.

En los grupos de jóvenes contrarios a la dictadura justo antes de producirse la transición democrática se concentró, y con ellos hizo su entrada definitiva, el problema o fenómeno social de la droga. Según recoge Usó (1996) en “Drogas y cultura de masas. (España 1855-1995)” el 70% de las personas detenidas por consumo de drogas ilegales en 1974 eran menores de 25 años. Un 99% había fumado cannabis, un 17% LSD eran muchos menos los que se habían interesado por otras sustancias (anfetetas 9%, cocaína 4%, heroína 3,2%, morfina 1,5%).

En los cinco años siguientes de la muerte del dictador se produjo una notable expansión del uso de las drogas ilegales. Emerge la “epidemia de la heroína”, pero ya para entonces el consumo de derivados del cáñamo se había extendido de forma considerable entre la juventud española:

En nuestro país, a finales de los años sesenta, los derivados del cáñamo empiezan a perseguirse, cada vez con mayor encono, en la medida en que se percibe que ya no sólo los consumen gente del lumpen, sino, además, y cada vez en mayor proporción, jóvenes de las clases medias y miembros de familias “respetables” y de orden.

Usó (1996, p. 268) recoge el enunciado de un médico psiquiatra en los últimos años del franquismo

A finales de los años 70 aparece un nuevo tipo de delincuente, joven relacionado con los delitos de hurtos y robos (Usó, 1996). En Navarra las estadísticas elaboradas por instancias policiales muestran que la delincuencia juvenil (15 a 21 años) ya no es “una pequeña minoría de degenerados” sino que “el número de jóvenes delincuentes es bastante numeroso y asimilable cualitativamente –por la violencia y perversión- ... pero en ningún caso debe asimilarse o asociarse a imágenes y estereotipos de la gran delincuencia” (Hualde, 1989), el 90% de todos los delitos cometidos por éstos eran contra la propiedad. En 1983, tomando como referencia la Encuesta de Juventud de la Fundación Bartolomé de Carranza, afirmaban haber cometido algún delito el 60.9% de los entrevistados, en 1986³²⁰ descendieron al 45,9% del total. Destacaron en ambos años los delitos contra la propiedad y contra el orden público.

Fue fácil crear y alimentar estereotipo y la alarma social. A los delitos de adquisición fue fácilmente atribuible el hurto para la compra de la heroína, “la idea del que la heroína incita al delito”. En el periodo 1979 a 1982, el caballo se había desbocado, el uso endovenoso de la heroína se había expandido entre jóvenes con problemas laborales o educativos que vivían en zonas urbanas, de clase trabajadora, de bajo nivel adquisitivo.

Todo ello contribuyó a alimentar la asociación entre conductas delictivas y anti-sociales con el uso de drogas ilegales entre la población joven. Asociación probable a pesar de análisis como el publicado por Gabriel Hualde en 1989, “La droga y la delincuencia en los jóvenes de Navarra” donde se constata que son una minoría quienes consumen drogas ilegales y trapichean. De igual modo que otros hechos delictivos o la edad de inicio de conductas delictivas y consumos “no muestran contingencia o asociación de uno u otro hecho”. Sin embargo, no por ello debe dejar de reconocerse que el consumo de drogas ejercía y sigue ejerciendo una función de refuerzo y desencadenamiento de las conductas delictivas y que éstas son más probables entre quienes son consumidores habituales.

Hualde tras una aproximación a la realidad de la delincuencia y el consumo entre los jóvenes y de perfilar la posible relación entre ambos hechos, profundiza en los aspectos relacionados con la reacción social -control y percepción- que la población e instancias policiales tienen sobre los jóvenes. Hace una descripción del perfil de los jóvenes que están siendo objeto de las instancias de control cuyos trazos más relevantes son los siguientes:

³²⁰ 1983 y 1986: I y II Encuesta de Juventud, llevada a cabo por la Fundación Bartolomé de Carranza

La instancia policial practica las detenciones preferentemente entre los jóvenes que tienen una actitud no represiva ante la sexualidad; no asisten a misa normalmente, valoran negativamente la institución familiar, gastan en exceso en alcohol; tienen actitudes de tolerancia hacia problemas como el aborto, la homosexualidad, las relaciones extraconyugales y fueron precoces en sus experiencias sexuales; poseen un sentimiento negativo de sí mismos ante los padres; viven fuera de la familia en contra de la opinión de ésta; tienen malas relaciones con las familias y las valoran negativamente; su actitud política es de izquierdas; valoran negativamente el trabajo; viven más valores inmanentes que trascendentes, tienen una actitud favorable hacia la violencia y desfavorable hacia la institución Iglesia; han alcanzado un bajo nivel de estudios, etc.

La Justicia tiene como clientela preferida a los jóvenes que han obtenido un muy bajo nivel de estudios; están parados y valoran negativamente el trabajo; no asisten a misa normalmente y viven valores más inmanentes que trascendentes; no son estudiante; tienen un sentimiento negativo de sí mismos frente a los padres; son varones y gastan en exceso en alcohol; valoran negativamente la propia familia y viven en un modelo de familia permisivo; se consideran el elemento raro de la familia y pertenecen al grupo "inclasificables" y clase obrera en la que respecta a la clase social y a los estratos sociales más bajos.

La Prisión hospeda preferentemente a una clientela de jóvenes que han alcanzado muy bajo nivel de estudios; viven fuera de la familia; tienen un sentimiento negativo de sí mismos frente a los padres; viven en un modelo permisivo de familias; pertenecen, dentro de las clases y estratos sociales, al grupo de los clasificados, a la clase obrera ya los sectores más bajo; viven valores más inmanentes que trascendentes, valoran negativamente el trabajo y no son estudiantes.

Concluye en base a éste y otros estudios de la Fundación Bartolomé de Carranza que en relación con la población joven los hechos relacionados con delitos políticos y con las drogas son los más perseguidos por las instancias policiales, actuando de una forma selectiva, y contribuyendo a reproducir y reforzar la alarma social y crear pánicos morales moralizantes.

En el estudio, además, en base a las entrevistas realizadas a adultos, advierte de que las imágenes de los adultos respecto al mundo ideológico de la juventud están muy deformadas. Si bien las imágenes no mantienen coherencia en las distintas áreas analizadas (religión, sexualidad, consumo de drogas, trabajo, política, violencia, etc.), sí comparten la "exageración" por lo discordante en alineamiento con la ideología dominante. El alcohol, el tabaco y los medicamentos se sitúan fuera de toda sospecha y alarma, y existe una imagen estereotipada del joven consumidor de alguna droga ilegal que traza un perfil cultural de fumador de haschisch y una tipología graficada por los epidemiólogos de consumidor de heroína.

Las exageraciones relacionadas con la actividad delictiva se alinean con aquellas con las que la opinión pública está más sensibilizada: tráfico, robos de vehículos

y venta de drogas. Como detalle, entre los colectivos que estudia aparecen diferencias en las estimaciones de las conductas asociadas con los jóvenes (consumos y conductas delictivas). El profesorado aparece como el grupo más crítico con la alarma social hacia los jóvenes, entre la policía existe una mayor sensibilización hacia la alarma de la droga, y los padres y madres están más alarmados por las conductas delictivas de los jóvenes. Así podría pensarse que “las imágenes de unos y otros están modeladas por su propio ser social y la ideología profesional.[...] se llega a percibir no sólo y de modo prioritario a los jóvenes consumidores de drogas y delincuentes, sino también a una gran parte de los jóvenes, incluso a la <<juventud>> , como unos enemigos de los valores de siempre y del sistema [...] exageran los <<discordante>>y subestiman lo <<concordante>> con la ideología dominante, teniendo en consecuencia un carácter negativo” (Hualde, 1989).

7.1. La des-penalización de las drogas

En los inicios de la década de los 80 en Navarra hubo varias localidades en las que la incidencia de la droga, delincuencia y conductas disruptivas tuvieron mayor relevancia: la zona de la Sakana³²¹ y Tudela, los barrios de la Chantrea y Etxabakoitz de Pamplona, así como las localidades de Burlada y Berriozar. La proximidad de los casos y su dispersión en toda la geografía navarra contribuyó a la alarma social y a la caracterización de la juventud en la que se “inmola a un chivo” en aras de la reconstitución del orden social amenazado por la apertura social que se estaba experimentando en España.

En estos espacios surgieron movimientos sociales organizados para dar respuesta a las situaciones de vulnerabilidad y exclusión social de las que estaban siendo objeto la juventud: desempleo y judicialización de los problemas juveniles relacionadas en muchos de los casos con el consumo y venta y distribución de drogas (tráfico, menudeo), robos, etc.

³²¹ Municipios que la componen: Ziordia, Olatzagutia, Altsasu, Urdiain, Iturmendi, Bakaiku, Etxarri Arantz, Arbizu, Ergoiena Lakuntza, Arruazu, Uharte Arakil, Irañeta, Arakil Irurtzun.

Algunos de estos movimientos fueron la génesis de los primeros centros asistenciales, en unos casos de la mano de la iglesia (comunidades cristianas) y asociaciones de familiares de afectados por la droga (cuidados³²² y judicialización de la vida de los consumidores). La falta de respuestas alternativas a las acciones punitivas de las instituciones públicas y la carencia de recursos humanos preparados para responder a la “crisis” de la juventud propiciaron la movilización y agrupación de colectivos de jóvenes, familias y voluntarios. En aquel momento, las comunidades cristianas, junto a sus parroquias³²³ fueron las que aportaron los recursos necesarios, voluntariado, locales y apoyo económico.

Los inicios de la Fundación Ilundain, relacionado con el “mundo de las drogas”, se remonta también a los años 80. Años en los que los servicios sociales estaban inmersos en el desarrollo de las primeras leyes autonómicas, herederas de una importante tradición asociada a la beneficencia, control y aislamiento de la población que acumula problemas sociales. Nuevas regulaciones que se intentan

³²² No es propósito de esta tesis seguir el proceso histórico que ha seguido la racionalización y objetivación de las enfermedades, y especialmente las relacionadas con la salud mental, y la definición de delito y sus atenuantes siguiendo criterios clínicos, de enfermedad, enajenación mental, etc.

³²³ Acudiendo a las hemerotecas de periódicos de tirada nacional como el ABC en el año 1975 es posible comprobar el compromiso político y social de los eclesiásticos navarros:

Después de haber pronunciado una homilía ante sus feligreses, le es impuesta una multa de 50.000 pesetas al padre Bernardo Maisterra, párroco de la iglesia de San Cristóbal, de Pamplona.

Casi una veintena de sacerdotes navarros son multados a causa de haber dado lectura a una homilía conjunta. Algunos de ellos son detenidos. Las sanciones gubernativas alcanzan en este caso la suma de 1.300.000 pesetas.

Según publica el diario Ya las autoridades eclesiásticas realizan gestiones para conseguir el indulto de presos políticos.

Doscientos sesenta y ocho sacerdotes de Pamplona emprenden diferentes acciones para solidarizarse con los curas detenidos.

Según publica el periódico Ya, en menos de tres años, las multas gubernativas impuestas a sacerdotes por pronunciar homilías ascienden a más de once millones de pesetas.

Como organizador de una conferencia celebrada en un colegio de Tudela, es sancionado el padre Azkue por el Gobierno Civil de Navarra.

El padre Víctor Manuel Arbelos- -conocido escritor de temas laborales- -es arrestado en Pamplona después de haber pronunciado una conferencia sobre el Año Santo, en la iglesia de San Juan, de Estella.

En otra publicación encontramos que Eugenio Lecumberri, párroco de la Iglesia de San Blas y uno de los fundadores de Ilundain es multado en 1974 en Pamplona: *Multa gubernativa a un sacerdote por una homilía. Una multa de 100.000 pesetas ha sido impuesta por la autoridad gubernativa de Navarra al sacerdote don Eugenio Lecumberri, de la parroquia de San Blas, en el barrio pamplonés de Burlada. Esta multa le ha sido impuesta a consecuencia de los conceptos vertidos en una homilía pronunciada el domingo día 3 de marzo.*

El total de las multas impuestas a sacerdotes navarros, a causa de la pronunciación de homilías, alcanza ya los cinco millones de pesetas, en lo que va de año (1975)

En solidaridad con los sacerdotes navarros detenidos, la parroquia de San Miguel de Estella es cerrada al culto.

ajustarse al incipiente Estado de Bienestar.³²⁴ La modernización, o profesionalización, de los sistemas sanitario, educativo y asistencial, llevó parejo la interiorización de los derechos al cuidado preventivo y a la atención a la vez que comienza a aparecer una nueva ciudadanía como producto y como consumidora del conocimiento y de los recursos.

La falta de recursos y de experiencia de las administraciones públicas incentivó procesos descentralizadores de las acciones educativo-terapéuticas dirigidas a menores y adolescentes, con problemas relacionados con las drogas (consumo y tráfico de sustancias) hacia otro tipo de iniciativas “amateur”, agrupaciones familiares y comunidades religiosas, que habían comenzado a articular respuestas a las necesidades de familias y de jóvenes³²⁵.

Jóvenes que violentaron el tiempo (Sennett, 2003 “El respeto”), entraron en el mundo adulto de forma precipitada, jóvenes que rompieron el silencio y sobre los que se actuó aplicando a delincuentes juveniles castigos propios de adultos (los medios de comunicación de masas de ámbito estatal así han presionado en ciertos momentos)

En una publicación de 1981 de la Diputación foral de Navarra en la que se describe la organización de los servicios sociales, en el capítulo dedicado a la “I. Sección de infancia y juventud” aparece la siguiente introducción en la que describe la atención a la infancia y juventud como escasa e inadecuada:

“La asistencia a la infancia y juventud carente y problemática ha ofrecido históricamente características de atomización, dispersión e insuficiencia de medios económicos. Sin una responsabilización pública del sector y bajo un régimen económico de escasez, e incluso de penuria, los centros de asistencia, reeducación y reinserción de la infancia carente e inadaptada han funcionado generalmente de forma masiva, alejados geográficamente de los lugares de procedencia de los menores y faltando profesionalidad y especialización en el tratamiento. La rentabilidad social de tales servicios, medida por la reinserción social de sus usuarios, puede calificarse de muy baja, dado el fracaso familiar, laboral y social de una gran parte de los mismos.”

³²⁴ Rodríguez Cabrero, G. El estado de bienestar en España: debates, desarrollo y retos, Editorial Fundamentos (2004).

³²⁵ Junto a las órdenes religiosas, las asociaciones de familias que tenían mucha influencia sobre Bienestar Social, ASPACE y ANFAS, crearon servicios, casi era un “holding” que hizo que “la Administración no desarrollara servicios públicos.

Los menores carentes de un medio familiar adecuado y los que son víctimas de un proceso de socialización desestructurante de su personalidad, que repercute en sus comportamientos sociales, tienen derecho a que les sean posibilitados los medios para incorporarse y participar plenamente en la sociedad, sin sufrir otros traumas, etiquetaje o marginación.”

Documento nº2. Diputación General de Navarra. Organización de los servicios sociales.

El documento indica además que satisfacer las necesidades socializadoras de los niños, infancia y juventud *carente* e inadaptada plantea exigencias múltiples y diferenciadas por las especialmente precarias condiciones familiares, escolares, laborales y de empleo del ocio y tiempo libre:

“[...] Disponer de educadores especializados en inadaptación psicosocial que profesionalmente desempeñen las funciones de seguimiento y educación en el propio medio familiar, escolar y social: [...]

Disponer de centros especializados que posibiliten la terapia reestructuradora (no utiliza rehabilitadora) de las inadaptaciones escolares especialmente graves y de las psicosociales que requieren otras actuaciones. Se consideran necesarios:

- _ Un centro- granja para jóvenes con problemas graves de conducta*
- _ Un Centro de Educación Especial o Modificación de conducta para los jóvenes cuya inadaptación escolar no pueda ser rehabilitada en el propio medio”.*

De modo más general, para los gestores de la administración pública navarra las tres exigencias más importantes que la infancia y juventud inadaptadas planteaban a la sociedad podrían resumirse así:

_Centros adecuados, desmasificados y posibilitadores de un tratamiento individualizado y personalizable.

_Personal profesional y técnicamente especializado, estable y adecuadamente remunerado.

_Aumento de la prevención y, en consecuencia, de la investigación y de los servicios materiales y humanos adecuados.

Como se recoge en este mismo documento, la Diputación Foral aprobó en el Plano de la Corporación Foral el 2 de febrero de 1979 la reorganización estructural y funcional de la materia correspondiente a Asistencia y Servicios Sociales. En el acuerdo se incluye que la Sección de Infancia y Juventud atenderá la primera y segunda infancia en Orfanato, Guarderías infantiles y Hogares Asistenciales y la atención a la juventud con una equilibrada política de protección del menor. Se declara, por otra parte, la voluntad de asumir la responsabilidad de dar continuidad al equipo del Tribunal Tutelar de Menores y encomienda a dicho equipo las siguientes funciones: a) el tratamiento y la prevención de la pre-delinuencia; b) la investigación e información técnica; c) la orientación psicopedagógica; 4) la divulgación y orientación profesionales y finalmente, d) la colaboración en la gestión de los Centros de Menores.

Documento que recoge además el acuerdo para suprimir el reformatorio de Olaz-chipi y la sustitución de las funciones que realizaba el centro en el campo de la formación de los menores por el trabajo “terapéutico” desarrollado por profesionales con un nuevo perfil que desarrollará nuevas funciones en pisos tutelados. Se aprueba para ello la compra de cuatro pisos³²⁶ y la creación de nueve plazas de educadores especializados, entonces *instructores*, para llevar a cabo labor educativa-terapéutica de estos menores. Figura que no tenía el reconocimiento académico y social de la que hoy gozan los educadores sociales.

Para la generación a la que pertenezco el centro de Olaz-chipi, hoy I.E.S. Huarte³²⁷ sigue siendo identificado por las que fueron las señas de Olaz-chipi. Este centro incorporado como centro educativo se ha caracterizado desde el abandono de su función de “guarderío” por especializarse en Programas de Curriculum Adaptado y por recoger a alumnado “desplazado” que el Departamento de Educación deriva de otros centros educativos de Pamplona y Comarca.

En un espacio como el IES Huarte, así como sucede en Ilundain, quienes transitan por sus aulas comparten evaluaciones que legitimadas y certificadas por protocolos provocan que lo que eran causas diferentes produzcan el mismo resultado y lo lleva a ocupar un mismo espacio en donde los profesionales de la educación

³²⁶ Disponía de 4 pisos en Pamplona con 28 plazas, en el Centro, II Ensanche y periferia. Los atendían 11 educadores asesorados y orientados por: 1 psicólogo, 1 sociólogo, 1 maestro de EGB y 2 asistentes sociales. El mismo equipo hace funciones de tratamiento en medio abierto e investigación.

³²⁷ Centro que me dio la oportunidad de acercarme a su “modo de hacer”, vaya aquí mi agradecimiento y reconocimiento de deuda.

se las ingenian para responder a las necesidades cada vez más complejas y dispares de su alumnado.

Pero volvamos a los años 80, el programa de Atención a la segunda infancia carente o inadaptada de 6 a 17 años comprende el diagnóstico y tratamiento, cuya responsabilidad había llevado con anterioridad el Tribunal Tutelar de Menores de competencia Estatal. Estamos en los albores, como ya hemos dicho, de la transferencia de las primeras competencias a las comunidades autónomas.³²⁸

La asunción de nuevas competencias en juventud y población adulta que estaba en situación de marginalidad impulsó la reorganización de la Diputación³²⁹. Si bien no es menos cierto que en la Navarra de inicios de los 70, cuando todavía se digerían los últimos años del franquismo, la sensibilidad política y sindical se abría paso entre pequeños grupos emergentes de jóvenes y adultos. Grupos que fueron la génesis de las fuertes reivindicaciones y protestas que surgieron pocos años después. Fueron unos años de enorme creatividad social motivada por el cambio democrático que se avecinaba y que presionaron y motivaron la acción del Gobierno de Navarra.

La Sección de Reinserción se encargará de la “eliminación de barreras y la prestación de apoyos” que bien por “causas ajenas a su responsabilidad, bien por otros factores desencadenados por su conducta antisocial, pueda incorporarse a ella sin ser discriminado por el pasado”. Definiendo específicamente como población sobre la que dirigen sus actuaciones: a) adultos provenientes del orfanato,

³²⁸ En el Documento nº 2 de “Organización de los servicios sociales” de la Diputación Foral de Navarra, se recogen los Convenios firmados entre: 1) la Diputación Foral y el Ministerio de Trabajo, para el establecimiento y ejecución de un Plan de Guardería Infantiles, para la atención de menores de cuatro años, “necesidad universalmente sentida, la de proteger a la madre trabajadora, facilitando su integración al mercado laboral, ya al mismo tiempo, la ayuda a las familias en la que concurra tal circunstancia, así como a aquellas otras socialmente marginadas, dentro de un amplio contexto de bienestar social familiar” (septiembre de 1978); 2) la Diputación y el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social para la atención a la tercera edad mediante el establecimiento y ejecución de un Plan Gerontológico que permita “la creación de los posibles Centros Gerontológicos” para los que “conectará con los Ayuntamientos y Concejos para que los mismo donen los solares suficientes” y “promoverá la canalización de los posibles fondos sociales de las Cajas de Ahorros hacia la financiación de este plan” -entonces Caja Pamplona y Caja de Ahorros de Navarra- (febrero de 1979).

³²⁹ La Diputación hasta la celebración de las primeras elecciones en 1979, en las que se eligieron a 70 parlamentarios, estaba formada por 7 Diputados, representantes de las siete Merindades de Navarra (Pamplona, Olite, Tafalla, Sangüesa, Estella, Aoiz y Tudela), los más votados en cada distrito electoral. El cambio del régimen foral heredado en 1975 por la Diputación Foral franquista, se modifica con la aprobación en 1982 de la LORAFNA (Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra).

-reconocidos entre la población navarra de más edad como “los hijos de la Diputación”-; b) los internos de centros penitenciarios y los familiares de los detenidos; y c) los jóvenes provenientes de instituciones tutelares de menores y de entornos delictivos.

A través del Documento nº 2 de “Organización de los servicios sociales” conocemos cómo la Administración se dota de un mecanismo para la prestación de servicios a través de entidades que no pertenecen a la Corporación Foral, las Subvenciones³³⁰. Así la prestación de los nuevos servicios asumidos, tras la transferencia de competencias, son cubiertos por entidades sociales sin ánimo de lucro: Asociación “Movimiento sin fronteras”³³¹, Teléfono de la esperanza; Fundación Poblado-Santa Lucía³³², Fundación Bartolomé de Carranza, Nuevo Futuro³³³, Caritas y Cruz Roja.

La mayoría de estas instituciones que compartían una base religiosa, impulsadas y apoyadas por comunidades cristianas, se convirtieron en la fuente de voluntarios que necesitaba el incipiente estado social y que marcará el desarrollo del trabajo social y los servicios sociales con tintes benefactores y cierto *amateurismo*. Muchas de las familias de las personas jóvenes que eran expulsados del sistema educativo, que acumulaban denuncias y tenían juicios pendientes por la comercialización/venta de heroína reciben apoyo social y educativo por parte de estos grupos comunitarios.³³⁴

³³⁰ Para el caso de la prestación de servicios para la “Tercera Edad” en diciembre de 1979 se incluyen como beneficiarios de estas ayudas a las corporaciones locales y aquellos servicios geriátricos que no tengan ánimo de lucro. Pocos años después a través de la ley de presupuestos con un gobierno socialista, y corrupto, se incorpora que pueden concurrir a esta línea de subvenciones también entidades con ánimo de lucro.

³³¹ Hoy Asociación Navarra sin fronteras. Que trabaja desde 1977, a través de conciertos con Gobierno de Navarra, con menores en conflicto social y personas en situación de exclusión social.

<https://www.navarrasinfronteras.es/la-asociacion/quienes-somos/>

³³² De la mano de Traperos de Emaús, creado por un grupo de jóvenes voluntarios con el apoyo del Ayuntamiento de Pamplona, Cruz Roja, Cáritas y grupos de la iglesia pudieron iniciar la construcción del Poblado Santa Lucía, año 1972. Espacio a las afueras de Pamplona que acogió a la población gitana que había sido desalojada de los poblados de chabolas que habían afincado en la conurbación de Pamplona.

³³³ Las Hermanas de la Caridad en Navarra estuvieron a cargo del orfanato hasta la entrada de la Asociación Nuevo Futuro en Navarra cuya fundadora Carmen Herrero de Garralda había hecho voluntariado con las Hermanas. Entidad que comenzó su andadura en Madrid con la compra de un piso donde instalaron a los primeros niños “rescatados” del orfanato, corría el año 1968. En Navarra apoyada por la familia “Huarte”, empresa Navarra que ejerció un importante mecenazgo, se encarga de los “hijos de la Diputación” niños y niñas del orfanato a partir de 1971. <http://nuevo-futuro.org/index.php/quienes-somos>

³³⁴ No menos importante es el impulso de la educación familiar que las mujeres recibían desde las comunidades cristianas, foco por otra parte de movimientos feministas.

No podemos dejar de mencionar que el movimiento social que se gestó en estos años no sólo propició una institucionalización diferenciada de las situaciones de dificultad social que estaban sufriendo la juventud navarra también propició el nacimiento de la figura del Educador Social, y con ella la fundación de la Escuela de Educadores de Navarra.

En los años previos la formación de los profesionales que se dedicaban a la intervención social había corrido a cargo de agrupaciones religiosas: a) el Arzobispado de Pamplona, realizaba la formación de Asistentes Sociales, hoy Trabajadores Sociales cuya preparación es asumida por la Universidad Pública de Navarra; b) la Congregación Hermanas María Reparadora ofertaban estudios de teleología, oferta que será asumida por la Universidad de Navarra.

En el impulso y creación de la figura del educador social y de la Escuela de Educadores tuvo un papel muy relevante la Fundación Bartolomé de Carranza. La Fundación Bartolomé de Carranza, que aparece mencionada en el Documento 2 de Diputación, se crea en el año 1979 por un grupo de profesionales de la más variada índole (médicos, jueves, sociólogos, abogados, etc.). Desinteresadamente se dedicaron a estudiar la repercusión y manifestación que en la realidad social de Navarra tenían fenómenos como la problemática del menor inadaptado, el consumo de drogas, la violencia, etc.

Algunas de las herencias o aportaciones para la sociedad navarra que hoy podemos disfrutar de esta Fundación son la creación de la escuela experimental de Educadores Especializados, asumida por el Gobierno de Navarra en 1986, o en el área de investigación, la encuesta de juventud iniciada en los 80, de referencia obligada para quienes estaban interesados en las características psico-sociales de los y las adolescentes y jóvenes de Navarra. Serie de investigaciones que permitieron articular respuestas e intervenciones adecuadas a sus necesidades y problemas reales.³³⁵

Esta Fundación fue capaz de articular la creación de las herramientas necesarias para la prevención de problemas que se engloban bajo la etiqueta de “desviación social”: la investigación, la formación y la experimentación. Planearon y diseñaron respuestas alternativas al incremento de la judicialización y penalización de las infracciones cometidas por los y las adolescentes y jóvenes de Navarra. Ofrecieron respuestas innovadoras que no comprometían a las instituciones políticas,

³³⁵ Fundación Bartolomé de Carranza, Memoria 25 años (con la colaboración de Jaume Funes)

asumiendo el fomento de actitudes positivas hacia personas y problemáticas sociales de inadaptación social y delincuencia.³³⁶

7.1.1. Marco legal y punitivo

París empieza en el papanatas y concluye en el pilluelo, dos seres que no pueden tener ninguna otra ciudad; la aceptación pasiva, que se satisface con mirar, y la iniciativa inagotable... Sólo París tiene estos tipos en su historia natural. El papanatas representa la monarquía; el pilluelo, la anarquía.

El pálido hijo de los arrabales de París vive y se desarrolla, se enrosca y “se desenrosca” en el padecimiento, en presencia de las realidades sociales y de las cosas humanas, como un testigo pensativo. Se le cree indiferente; no lo es. Mira dispuesto siempre a reír, pero dispuesto también a otras cosas. Preocupaciones, abusos, ignominia, opresión, iniquidad, despotismo, injusticia, fanatismo, tiranía. ¡Guardaos del pilluelo indiferente!

Este niño crecerá.

(Los miserables, Víctor Hugo)

A ritmo de los procesos históricos se configuraron imágenes culturales sobre conductas no normativas, como el consumo de drogas, y la juventud. Algunas hoy siguen conviviendo y configurando imágenes contradictorias. Están quienes judicializan los comportamientos y justifican los estilos de vida de acuerdo con la

³³⁶ Las aportaciones realizadas por este Fundación: 1) *Respuesta socio-educativa a la inadaptación social y delincuencia juvenil*: Escuela experimental de Educadores Especializados. Origen de la actual Escuela de técnicos en adaptación social con carácter oficial. La formación de los primeros Educadores fue reconocida permitiéndoles acceder a la diplomatura en Educación Social. La Escuela propició la profesionalización y especialización del voluntariado impulsando el proceso de institucionalización de las iniciativas sociales comunitarias de las distintas entidades sociales descritas anteriormente.

Actividades de formación-divulgación. Jornadas del Educador Especializado en 1981, Semanas de Cine de Inadaptación social (1981, 1982, 1984 y 1986), I Congreso Estatal del Educador Especializado (1987), Jornadas de debate sobre la legalización de las drogas (1990) Jornadas sobre el tratamiento de los sistemas judicial-penitenciario y socio-sanitario de las personas drogodependientes con problemas penales (1996), curso teórico-práctico sobre la incorporación social de las personas con problemas de drogas “una propuesta de revisión conceptual y metodológica pensando en la atención primaria (1995-1996), encuentros sobre nuevos fenómenos sociales y nuevas alternativas para la juventud (2001), V y VI jornadas sobre salud mental (1996 y 1997). Experiencias. Programa de integración social en la cárcel (1987-1990); Centro experimental de juventud para la prevención de la inadaptación (1982-1984); Talleres de ocio para actividades de verano (1983-1987) Y 2) *Investigación*: Encuesta sobre la juventud de Navarra. Las cinco encuestas realizadas (1982, 1986, 1991, 1998 y 2003) a la juventud de Navarra permitieron el análisis de los comportamientos antisociales, de los consumos de las diversas drogas y de otros temas que protagoniza y sufre la juventud. Las distintas encuestas permiten que afloren el tipo de agresiones, etiquetas y exclusiones de las que el colectivo joven es víctima además de dimensionar los hechos delictivos y conductas desviadas de este colectivo. Otros estudios de investigación contribuyeron a la puesta en marcha experimental de programas como fue el centro experimental de juventud para la prevención de la inadaptación que se puso en funcionamiento en Pamplona durante los años 1982-1984, experiencia que se desarrolló en los municipios de Berriozar y Ansoain.

utilidad social, los hay quienes alimentan la medicalización de los comportamientos que se distancia de la norma y están quienes han entendido que los comportamientos son respuestas adaptativas coherentes con el espacio social que las personas ocupan (espacio que no es único, ni definitivo).

Las respuestas sociales, públicas y privadas, en el momento que surge la Fundación Ilundain, contienen rasgos de las etapas descritas por Foucault. Hay escenas que se corresponden con el “teatro del castigo” en donde el sufrimiento recae sobre el cuerpo; en otras se personaliza la suspensión de los derechos, momento en el que la privación de la libertad o la obligación de trabajar esperan que actúe sobre el pensamiento y la voluntad o las disposiciones del individuo; y la democratización del poder (Foucault, 1975) surge en otras como expresión punitiva a través de un cuerpo social soberano y legitimado que persigue imponer una regla de conducta que se materializaron a través de las prácticas en escuelas, psiquiátricos, hospitales, establecimientos penitenciarios, reformatorios, orfanatos, etc. (Carrasco Jiménez, 2007).

El poder de la sociedad que disciplina a los sujetos se oculta en instituciones de carácter estatal, regional y local de muy distinta índole (educativa, sanitaria, laboral, etc.). Se distribuye de manera que permite llegar hasta el grano más fino del cuerpo social a la vez que castigar con mayor universalidad y legitimidad. Las instituciones disciplinarias lograron secretar una maquinaria de control que ha funcionado como un microscopio de la conducta y que, atravesando todos los instantes de las instituciones disciplinarias, compara, diferencia, jerarquiza, homogeneiza y excluye. En una palabra, normaliza (Foucault, 1975). Surge el poder de la Norma como principio de coerción en la enseñanza (encauzar la conducta), en la salud (crear cuerpos vigorosos) y en el trabajo (disciplinar el cuerpo para adquirir las habilidades necesarias para el puesto).

Mecanismos que muy a pesar de los primeros voluntarios que se *echaron al monte* en Ilundain les alcanzan y atraviesan.

7.1.2. Lugares y discursos sobre el problema de las drogas

Cuando en los años 80 explota el problema de las drogas, las instituciones forales estaban inmersas en un proceso de organización fruto de la transferencia de competencias que se habían firmado en los años 1978, 1979 y 1980 entre el Estado y la Diputación Foral de Navarra. Y a nivel estatal se estaba a su vez legislando

para poner en pie un Estado de Bienestar, una construcción tardía de la reforma social tras largos años de dictadura.

Seguir los pasos iniciados por Eugenio Lecumberri, fundador de la Fundación Ilundain y párroco de la Iglesia de San Blas de Burlada, municipio perteneciente al área metropolitana de Pamplona³³⁷, nos permite seguir la huella trazada por el desarrollo social y de las políticas sociales implementadas desde 1977 a nuestros días, para resolver el “problema de las drogas” y de la juventud en dificultad.

En las décadas de los años 60 y 70, momentos de fuertes movimientos migratorios internos, Burlada recibe población, fundamentalmente, de Andalucía y Extremadura provocando un fuerte crecimiento demográfico. En 1960 la población de derecho en Burlada era de 3.500 personas, veinte años más tarde son más de 14.600 las personas que pasan a residir en este municipio.

En los 80 permanecía vigente la Ley de Educación de 1970³³⁸ aprobada bajo el régimen franquista, ley en la que se estableció la estructura básica del sistema educativo. La educación preescolar era de carácter voluntario hasta los cinco años, dividida en dos etapas (art. Trece): jardín de infancia (dos y tres años) y párvulos (cuatro y cinco años). La enseñanza obligatoria se implantó de los 6 a los 14 años (EGB), tras la cual podían seguirse: a) estudios de Bachiller (BUP) y Curso de Orientación Universitaria (COU) de los 14 a 18 años o, b) estudios de formación profesional³³⁹ FP1, FP2 como itinerarios posteriores a la EGB, y FP3 como una salida corta tras el primer ciclo de la universidad³⁴⁰. En sus artículos 5 y 6 establece que los padres podrán elegir libremente centro educativo y así mismo reconoce la capacidad a entidades públicas y privadas (también a la Iglesia) de promover y sostener centros docentes.

La Ley declaraba obligatoria y gratuita la EGB, y hacía explícito que “para hacer posible el ejercicio del derecho a la educación en los niveles no obligatorios el Estado daría plena efectividad al principio de igualdad de oportunidades” (Mayordomo Pérez, 2002) Era necesario abordar la deficiente escolarización y el bajo

³³⁷ La Comarca de Pamplona comprende el área metropolitana conformada por más de 20 municipios. En 2016 el 55% de la población de Navarra se concentra en Pamplona y Comarca.

³³⁸ Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa.

³³⁹ El Gobierno insta a la Organización Sindical, y Colegios Profesionales a participar en la definición de planes de estudios de Formación Profesional en sus distintos grados.

³⁴⁰ La Ley de FP, un cambio sin visión de futuro de Ángeles Iztueta (ex consejera de Educación del Gobierno Vasco, publicado en “El país” el 8 abril 2002.

https://elpais.com/diario/2002/04/08/educacion/1018216805_850215.html (consultado 21 de junio de 2020)

nivel cultural para mejorar las posibilidades de inclusión social y desarrollo social, huyendo del uniformismo³⁴¹, y apostando por una nueva pedagogía educativa, con una orientación y adiestramiento en la capacidad de aprendizaje del alumnado por sí mismo y no en la “erudición memorística” (Foessa, 1978).

La Enseñanza General Básica se orienta de acuerdo con los principios de esta ley a la adquisición de técnicas “instrumentales de aprendizaje, ... a la adquisición de nociones y hábitos religiosos, al desarrollo de aptitudes para la convivencia y para vigorizar el sentido de pertenencia a la comunidad local, nacional e internacional, ... y al desarrollo del sentido cívico-social”. Se preveía en la misma que al alumnado se le facilitara para el logro de tales fines el acceso a cuantas instituciones, explotaciones y lugares pudieran contribuir a su formación. El estudio se define como un deber social del alumnado. El gobierno que elaboró esta ley valoraba y exaltaba la actividad educativa como modalidad del trabajo y la protegerá con la fuerza de la Ley, haciéndola compatible con el cumplimiento de los demás deberes.

El texto establece que tendrán derecho a una atención especial en los centros educativos deficientes, inadaptados y superdotados a través de planes y programas adaptados a sus posibilidades de desenvolvimiento, que les permitan servirse a sí mismos y ser útiles a la sociedad, y no así a su edad. Así mismo la ley prevé mecanismos para la actualización y la reconversión profesional de la población adulta y autoriza a que el Estado estimule la iniciativa privada. Se abrió la puerta a que organizaciones sindicales y empresariales hicieran sus propias propuestas formativas dirigidas a adultos ocupados o en situación de desempleo.

Ley que, por otra parte, dio la estructura básica del sistema educativo hasta 1990 y que la propia comisión que realizó su evaluación la criticaba por “no estar suficientemente financiada, ser demasiado estatista y centralista y no favorecer suficientemente la igualdad de oportunidades, la calidad de la enseñanza, la convivencia democrática, el pluralismo ideológico, la peculiaridades regionales, etc” (Foessa, 1978). Ahí es nada.

La Ley Orgánica 5/1985 reguladora del derecho a la educación (LODE) no estuvo exenta de fuertes debates y tensiones políticas. El PSOE había accedido al gobierno en el año 1982 y la defensa del proyecto educativo se cernió en torno a dos

³⁴¹ Como versa el preámbulo de la LGE “la experiencia había demostrado cuán poco eficaces eran las reformas de los centros docentes intentadas mediante una disposición general y rígida”. De tal modo la ley prevé una serie de concertos que permitieran a nivel local, lugar donde esté enclavado el centro educativo, adaptarse a las singularidades de su contexto.

cuestiones: contar con un sistema educativo en el que la pluralidad sea compatible con la cobertura de los puestos escolares y que la libertad de elección de centro no sea un freno a la igualdad de oportunidades (Mayordomo, 2002). Sin embargo, el Partido Socialista permitió en aquel momento a la iglesia conservar los privilegios que atesoró durante la dictadura, mantuvo la financiación de la escuela privada y la contratación de profesorado de religión católica corría a cargo del Estado. Como veremos más adelante este ha sido el Caballo de Troya en las leyes promulgadas desde entonces.³⁴²

³⁴² Tema que vuelve a centrar el debate del Congreso debido a la redacción de la nueva ley de educación que encabeza la Ministra Celaá en el primer gobierno de coalición entre PSOE y Unidas Podemos

Cuadro 11. Fines de la Educación en las leyes de 1970 y 1985

Ley 1970 General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa	La Ley Orgánica 5/1985 reguladora del derecho a la educación (LODE).
Son fines de la educación en todos sus niveles y modalidades:	La actividad educativa, orientada por los principios y declaraciones de la Constitución, tendrá, en los centros docentes a que se refiere la presente Ley, los siguientes fines:
Uno. La formación humana integral, el desarrollo armónico de la personalidad y la preparación para el ejercicio responsable de la libertad, inspirados en el concepto cristiano de la vida y en la tradición y cultura patrias; la integración y promoción social y el fomento del espíritu de convivencia; todo ello de conformidad con lo establecido en los Principios del Movimiento Nacional y demás Leyes Fundamentales del Reino.	a) El pleno desarrollo de la personalidad del alumno.
Dos. La adquisición de hábitos de estudio y trabajo y la capacitación para el ejercicio de actividades profesionales que permitan impulsar y acrecentar el desarrollo social, cultural, científico y económico del país.	b) La formación en el respeto de los derechos y libertades fundamentales, de la igualdad entre hombres y mujeres y en el ejercicio de la tolerancia y de la libertad dentro de los principios democráticos de convivencia.
Tres. La incorporación de las peculiaridades regionales, que enriquecen la unidad y el patrimonio cultural de España, así como el fomento del espíritu de comprensión y de cooperación internacional.	c) La adquisición de hábitos intelectuales y técnicas de trabajo, así como de conocimientos científicos, técnicos, humanísticos, históricos y estéticos.
	d) La capacitación para el ejercicio de actividades profesionales.
	e) La formación en el respeto de la pluralidad lingüística y cultural de España.
	f) La preparación para participar activamente en la vida social y cultural.
	g) La formación para la paz, la cooperación y la solidaridad entre los pueblos y para la prevención de conflictos y para la resolución pacífica de los mismos y no violencia en todos los ámbitos de la vida personal, familiar y social.

Fuente: Elaboración propia

Apenas habían transcurrido unos años tras la aprobación de la ley que obligaba a la escolarización de los menores y que “permitía” a la población de menores

“quedarse en casa”³⁴³ y, sin embargo, el 64% de los menores había decidido continuar los estudios después de cumplidos los 14 años. Navarra junto a Aragón se encontraba entre las comunidades autónomas menos “deficitarias” de población realizando estudios postobligatorios. Si bien podríamos pensar que un 36% de la población permanecía en un estado de “carencia” hasta el momento que alcanzaba la edad que le permitía incorporarse al mundo del trabajo, tan sólo era posible contratar a menores de entre 16 y 18 años.

Tabla 55. Tasa de estudiantes escolarizados por curso y nivel educativo

	1969/70	1976/77
Preescolar	29,2	37
EGB	94,3	108,2*
Bachillerato	36,2	35
E. Profesional		11,8
Otros E. Medios	–	–
E. Superior	11,8	16,4

Fuente: Cáritas (1978) Síntesis actualizada del II Informe Foessa.

*Incluye niños que pertenecen a la E. Profesional o ya superan los 14 años.

Por aquellos años el paro (94,4%), las drogas (17,5%), la inseguridad ciudadana (32,9%) estaban entre los principales problemas percibidos por la sociedad española³⁴⁴. La educación apenas es nombrada por el 7,3% de los encuestados. Hoy, en cambio, las drogas y la inseguridad ciudadana son percibidas como problemas por el 0,1% y el 1,9% de la población respectivamente. El paro, aunque con menor presencia sigue siendo considerado como problema para 6 de cada 10 personas y no ha variado la percepción sobre la educación, sigue siendo valorado como problema por el 7,3% de la población encuestada.³⁴⁵

En este contexto la heroína se convirtió en un episodio de la historia *epidémica* masivamente promovido antes incluso de que las propias instituciones públicas

³⁴³ La mayoría de edad se alcanza con los 18 años por el Real Decreto Ley de 16 de noviembre de 1978. Implicaba la reducción de los 21 a los 18, cambio que se introdujo con carácter de urgencia para poder votar en el Referéndum de la Constitución Española.

³⁴⁴ Barómetro del CIS, serie histórica publicada en http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Indicadores/documentos_html/TresProblemas.html

³⁴⁵ Barómetro CIS, Marzo 2020.

hicieran declaraciones sobre su peligrosidad. El número de muertes por sobredosis de heroína en el año 1983 fueron 93, dos años más tarde el número de fallecimientos por sobredosis había ascendido a 143. La aparición del primer caso de SIDA en España que se produjo en el año 1982 contribuyó de manera significativa a colocar a esta droga en el centro del escenario de la lucha contra las drogas, así como del imaginario social construido en torno al fenómeno.

Otras drogas ilegales sufrieron otra suerte. El cannabis a pesar de los prohibicionistas contaba con defensores de su despenalización (del cáñamo y sus derivados) y en ciertos espacios se “sospechaba que los derivados del cáñamo podían ser incluso utilizados como medio de adaptación al sistema social [...] como un nuevo bien de consumo destinado a mantener tranquilas y felices a las bases de la contracultura” (Usó, 1996) La cocaína que no había dejado de consumirse desde los años 70 por grupos minoritarios y “exclusivos” en los años 80 comenzó a traspasar éstos límites. En 1984 los kilos decomisados de cocaína fueron superiores a los de heroína, 277 kg. de cocaína frente a 203 de heroína.

En estas condiciones, cuando el imaginario social había establecido una relación estrecha entre droga-delito-juventud, un grupo de 17 voluntarios de la Iglesia de San Blas de Burlada comenzó a dar respuesta a las necesidades y demandas de familias que tenían hijos consumidores de drogas, que les “había pillado comercializando con la heroína” y /o que “habían cometido más de un delito”. Algunos de ellos, y de ellas, se quedarían en el camino.

En los bajos de la Iglesia comenzaron a organizar actividades de ocio para quienes eran “carne de cañón”. El grupo de voluntarios se ocupan de “chavales” (*los Tupas*), que han cometido algún delito (mayoritariamente robos o trapicheo), pero también de quienes habían sido expulsados del sistema educativo o vagan por las calles sin “oficio ni beneficio”. Todos ellos sin motivación para seguir estudiando, todos sin capacitación para la incorporación laboral, algunos pendientes de juicios. Corría el año 1982³⁴⁶, año en el que 4 de cada 10 jóvenes de

³⁴⁶ En 1982 todavía no se contaba con un Plan a nivel estatal para hacer frente al problema de las drogas (tráfico y consumo, oferta y demanda) En el año 1984 el Congreso instó al Gobierno socialista a la aprobación de un Plan Nacional sobre Drogas que se aprobó en 1985. Para entonces ONG y familias de toxicómanos ya se había organizado, siendo las agrupaciones de familiares desde los comienzos de los ochenta el sector más combativo. Se crea por el Plan el Sistema Estatal de Toxicomanías que a partir de una serie de indicadores (ESTUDES, EDADES, Indicador de Urgencias, Incorporaciones a Tratamiento y Mortalidad) permite el seguimiento del consumo y su impacto. La coordinación del Plan con las comunidades autónomas no ha sido fácil si tenemos en cuenta que la transferencia en materia de sanidad y asuntos sociales desde sus inicios

Navarra de entre 16 a 24 años estaba en situación desempleo (tan sólo un año después era 5 de cada 10) y se había extendido la “amenaza” de una población entre la que se acumulaban delitos derivados del consumo, la venta de drogas y tenía escasa formación.

Durante casi dos años este grupo de voluntarios ofrecieron alternativas para los jóvenes desescolarizados que “pasaban el día en la calle”, en su mayoría hijos e hijas de migrantes de otras comunidades autónomas³⁴⁷, que “bajaban del pueblo” a residir a la ciudad, o y de etnia gitana, siguiendo los pasos que en otros municipios de la Comarca de Pamplona habían comenzado a dar y que otros seguirían.

En 1981³⁴⁸, en la Chantrea (conocido como “La Txan”) un grupo jóvenes decide unir sus esfuerzos en Gaztelan para la búsqueda de alternativas laborales dentro de un contexto socioeconómico de recesión y desempleo. Años especialmente duros para los barrios obreros de Pamplona. De uno de estos barrios surge el Taller-Escuela de la Txantrea³⁴⁹, un proyecto formativo y laboral de fontanería, soldadura y reparación vehículos, aerogeneradores y electrodomésticos, reconocido por el Gobierno de Navarra y por el Ministerio de Educación. Poco después se constituyeron dos cooperativas, así como un Centro de Promoción de Empleo para jóvenes.

Lantxotegi³⁵⁰ entidad sin ánimo de lucro fundada en 1983 por un grupo de personas del pueblo de Berriozar, sensibilizadas con la problemática entonces emer-

En Navarra se aprueba en 1986 el primer Plan de Alcohol y Toxicomanías (PAT 1986), desde entonces se han aprobado otros tres planes: Plan Foral de Drogodependencias (1993) y II Plan Foral de Drogodependencias (2012-2017) y el vigente Plan denominado, “Plan de prevención: drogas y adicciones” para el periodo 2018-2023.

³⁴⁷ En aquellos años los movimientos internos de población fueron intensos, Pamplona estaba en pleno desarrollo y crecimiento para lo que se necesitó mano de obra de otras comunidades autónomas en su mayoría población que vino a trabajar en la construcción de Andalucía y Extremadura, también de la montaña navarra.

³⁴⁸ Memoria 2001 Gaztelan y en Laparra, M. Pérez B, et al. La Fundación Gaztelan: incorporación social y economía solidaria.

³⁴⁹ Txantrea barrio de Pamplona, años 60, mayoritariamente obrero con edificaciones construidas en suelo cedido por la diócesis y financiación franquista. Dejo aquí el acceso a la letra de una de las canciones compuestas por El Drogas fundador del grupo musical Barricada que nació y vivió en la Txan. “Barrio conflictivo” <https://www.letras.com/barricada/559833/>. Otras letras que se pueden consultar en la página permiten seguir el malestar de un barrio que surgen en el extrarradio de la gran ciudad. Durante la década de 1980 los conflictos políticos existentes llevaron al barrio a ser considerado *barrio conflictivo*, motivo para la composición y con el que se titula unas de las canciones de este grupo. Eran habituales las manifestaciones, los enfrentamientos con la policía, las barricadas, las detenciones y encarcelaciones.

³⁵⁰ Página web consultada en Junio de 2020. <http://lantxotegi.org/index.php/es/>

gente en dicho pueblo y zonas colindantes: paro juvenil, consumo de drogas, delincuencia, etc. Lantxotegi nace para la promoción, prevención, tratamiento de conductas, adaptación personal, cultural y sociolaboral de jóvenes. En sus orígenes contaron con el apoyo del entonces Concejo de la Cendea de Ansoáin, Ayuntamiento de Berriozar y Cáritas.

Taller-Escuela “Etxabakoitz”³⁵¹ es una fundación de interés social sin ánimo de lucro, que nació en marzo de 1983 por iniciativa social con el objeto de acoger a jóvenes que habían abandonado el sistema educativo y de dotarles de recursos personales, sociales y formativos que les facilitasen su incorporación a la sociedad.

Estas tres iniciativas siguen hoy “ancladas” a los lugares en los que se originaron, sin embargo, “los de Burlada” consideraron que el municipio era un entorno hostil para la *recuperación* de los chavales. Si bien la primera decisión del grupo de voluntarios fue recoger a los jóvenes de la calle y organizar distintos talleres en los bajos de la iglesia; la segunda, consistió en conducirlos a una finca del Gobierno de Navarra sita, también, en la comarca de Pamplona. Procedieron a “*okupar*” la finca de Ilundain, guiados por “la llamada de la tierra”.

Creyeron que el entorno ayudaría a la recuperación de esta “chavalería”. Siguen en esto a otras experiencias con toxicómanos donde los “sacan de la ciudad para devolverlos a la ciudad”. Por entonces la Asociación Oasis de Cáritas con un centro de día en el pabellón del Hospital de Navarra, la Fundación de Lucien Engelmajer, El Patriarca³⁵² en Biurrun y Antox asociación creado por un grupo de familiares en Larraingoa, habían logrado de la Diputación Foral de Navarra cesiones de patrimonio para el desarrollo de su actividad, el tratamiento de toxicómanos. Proyecto Hombre constituida en 1990 con el impulso del Arzobispado de Pamplona, a través de Cáritas Diocesana de Pamplona, habría “llegado tarde a este reparto”.

En 1984 obtienen la concesión de la finca de Ilundain del Gobierno de Navarra y el apoyo al proyecto educativo como Granja-Escuela”.³⁵³ En los meses siguientes

³⁵¹ Pagina web consultada en Junio de 2020. <http://www.tallerescuelaetxabakoitz.com/>

³⁵² En el año 1990 deja de prestar atención a toxicómanos:

https://elpais.com/diario/1990/03/25/espana/638319615_850215.html

³⁵³ La Fundación Ilundáin Haritz Berri es una organización privada, sin ánimo de lucro, declarada de interés social en 1992, que se basa en un Proyecto Educativo para la Atención Social, Escolar, Profesional, Laboral y Medio Ambiental. Está dirigido a niños y jóvenes a partir de los 12 años, con alto riesgo de exclusión social y laboral. Surgió en 1984 como Granja Escuela y desde 2001 es Fundación.

se trasladan a Ilundain a vivir con 25 jóvenes. El objetivo era ofrecerles una oportunidad de aprendizaje en un espacio rural a través de la rehabilitación del pueblo en ruinas donde el aprendizaje de un oficio y el trabajo en contacto con la tierra se convertiría en el eje de su rehabilitación. Ilundain, proyecto y espacio rural, se convierte en una experiencia piloto a nivel estatal y pronto obtiene recursos de las instituciones del estado y autonómica.

El programa se consolida dos años más tarde, pero en su gestación se produce la primera crisis del proyecto que atraviesa a actores y objetos: tierra, casas, jóvenes y voluntarios. Los jóvenes que han trabajado en la reconstrucción del pueblo de Ilundain quieren convertirse “por derecho” en propietarios de las casas y sus tierras, posiblemente por el temor de una vuelta a la realidad de sus vidas pasadas. Sin una formación que asegurara su inserción laboral la mejor opción parecía ser la que tenían ante sus ojos. Estructurar el programa educativo por el grupo de voluntarios que permitiera la inserción laboral de estos jóvenes deja al descubierto sus necesidades de formación y la falta de recursos económicos para la sostenibilidad del proyecto.

Crearon una inusual vivencia, compartiendo comida y vivienda, y establecieron el tipo de contrato social en el que se fundan los Estados modernos, pero aquello no era suficiente. No lo era para los chavales, pero tampoco para aquellos voluntarios que habían “suspendido” sus propios proyectos de vida. Los pequeños incentivos con los que podían *auto-graciarse* no hacía sostenible su continuidad. Pronto fueron conscientes de la necesidad de articular nuevos programas, que supondrán cambios en el modelo educativo, y la profesionalización de los que trabajan con una nueva chavalería que comienza a acudir a Ilundain de otros lugares y con nuevas problemáticas.

Ilundain cuenta en poco tiempo con el reconcomiendo público a su labor y la financiación pública de sus programas. Unos programas que intentan alejarse de los modelos de intervención con menores en “residencia” y del etiquetaje que socialmente imprime la sociedad a este tipo de recursos, sus profesionales y a la población a la que atiende. Se distancian, física y simbólicamente, de otros centros que poseen un estigma³⁵⁴, asociado a este tipo de entidades y su alumnado.

³⁵⁴ No quieren convertirse en un Olatz-Chipi, entidad que trabajaba con “chicos malos”. Extracto de la entrevista realizada a unos de los fundadores.

A la Granja Escuela creada en 1984, se fueron uniendo en un enclave rural pero cercano a la capital y conectado a la Comarca de Pamplona otras ofertas que comienzan a desarrollar un área de trabajo medioambiental que se concreta en la implementación de programas de educación para que estos chavales, que no aguantan en el aula y que han sido expulsadas del sistema educativo, adquieran los conocimientos y competencias necesarias para la incorporación laboral.

A la puesta en valor del trabajo en contacto y sobre la naturaleza se suma el valor del trabajo “bien hecho” en los nuevos talleres y programas que se diseñan con la incorporación de nuevos perfiles profesionales que imprimen un nuevo carácter a la asociación: un psicólogo, un pedagogo y un carpintero-educador social. Las nuevas ofertas formativas pretendían contribuir al diseño de itinerarios profesionales y personales durante un periodo de tiempo más largo que asegurara la autonomía y la inserción laboral de su *alumnado*.

Gobierno de Navarra consiguió de la mano de Ilundain disponer de un centro especializado que posibilitara la terapia reestructuradora de las inadaptaciones escolares especialmente graves y de las psicosociales que requieren otras actuaciones, así como un centro-granja para jóvenes con problemas graves de conducta. Dos compromisos expresados en el Documento 2 sobre la organización de los servicios sociales de Navarra. Y no menos importante cumplir con la transferencia de competencias que se produce en 1985 en materia de protección y reforma de menores, los tribunales de menores pasan a depender de las comunidades autónomas.

La comunidad de voluntarios había iniciado, apenas instalados en Ilundain, la firma de los primeros acuerdos con el Departamento de Educación para implantar “Unidades de Currículo Adaptado (UCAs) externas”, quedando desde el principio asociadas a un perfil de conflicto social ya que muchos de estos jóvenes cumplían medidas judiciales en régimen abierto o semiabierto. Aquí la administración encuentra el espacio y los recursos donde los menores puedan cumplir las medidas impuestas por el tribunal de menores. En palabra de su fundador, este es el momento en el que se inicia la institucionalización del proyecto. Se comienzan a incorporar profesionales para dar forma a un proyecto que no sólo sirviera para la contención de la juventud en conflicto.

Pronto se convierte también en recurso a donde derivar a menores en situación de desprotección, Centro de Observación y Acogida de conflicto (COA) a pesar de que el marco legal no llegara hasta el año 1996. En este año se aprobó la ley de

protección del menor que establecía nuevos modelos de atención y el interés superior del menor. Ley que establece además que quienes tuvieran atribuidas las competencias para la protección del menor en la comunidad autónoma deberían adoptar medidas tendentes a la reeducación y protección del menor. Los centros y los recursos creados a tal fin deberían realizar una atención educativa especializada o un tratamiento específico.

Ilundain formaliza las actuaciones que ya venía realizando y firma los primeros convenios con el Gobierno de Navarra. Para entonces ya contaba con un grupo de profesionales dedicados al diseño de las nuevas medidas reeducativas. La incorporación de nuevos profesionales dio un nuevo giro a la institución.

De forma repentina, en Ilundain se produjo un hecho paradigmático. En un mismo espacio educativo se ofrecían oportunidades para “obrar vivo” (Beck, 1999) a menores con cumplimiento de medidas y a otros menores que derivan del sistema de protección. Quienes han sido víctimas, así como quienes han sido verdugos ocupaban por un tiempo un mismo espacio en el que se está *incubando* nuevos modelos de intervención.

Ilundain se convirtió para las instituciones públicas en una agencia de control social, designándoles para tal función de manera oficial. Para seguir en la red de recursos para la población joven se ven obligados a operar jugando un rol sancionado socialmente, están obligados a diseñar actuaciones que contribuyan al mantenimiento del orden, conteniendo a estos jóvenes durante el tiempo necesario para convencerles ganándoles de que necesitan cambiar y adquirir las habilidades y competencias que un día se les negó. A pesar del peso de la encomienda, Ilundain no está habilitada para crear nuevas normas, si no es a la forma de república independiente con los riesgos que la entidad eso puede significar.

No estar capacitados para definir nuevas normas genera enorme malestar de difícil gestión en una organización con un modelo asambleario. La organización de voluntarios y profesionales que de forma asamblearia instituyen los programas educativos provoca debates interminables en los que discuten los límites motivados por racionalizaciones como “para una situación nueva hacen falta soluciones nuevas” dirigidas a la forma de desviación a controlar (Cohen, 2017). Al mismo tiempo, lo que para unos podría ser descrito como mero control para otros estaba asociado a un proyecto de autonomía y liberación. Sea como fuere el proyecto se vivía como una experiencia contradictoria entre la integración de estos jóvenes y un proyecto educativo de autonomía. Como advierte Dubet (2013) “tienen el sen-

timiento agudo de verse en las mismas dificultades que sus objetos". La imposición de los lenguajes y modelos de la administración intensifica en estos profesionales la expresión de su subjetividad, de su autonomía y de sus convicciones como lo hacen la población de jóvenes a los que cotidianamente tratan de "convencer".

En Ilundain no sólo se fraguaron nuevos dispositivos de control social sobre las conductas punibles que se correspondían con el ámbito jurídico-penal, sino también sobre trayectorias erráticas que se producen en el sistema educativo y que provocan desconcierto en las aulas, ya sea por conductas disruptivas o por la falta de cumplimiento de los estándares normativos de resultados académicos. Los gobiernos de los primeros años de democracia tuvieron que acometer reformas que fueron insuficientes y poco ajustadas a la realidad política y social de las nuevas generaciones de jóvenes, especialmente de los que todavía no han cumplido la mayoría de edad y habían terminado los estudios de EGB (14 a 18 años).

Ilundain se convirtió en una "república independiente", mientras las instituciones públicas miraban a otro lado porque el problema ya estaba canalizado. Esto les otorgó *patente de corso* y frente a los modelos reactivos y conductistas se sintieron legitimados para ensayar nuevas metodologías de intervención con menores asociados a perfiles de conflicto social que hacían difícil el abordaje educativo en un contexto normalizado. Los y las profesionales de Ilundain convirtieron discursos disciplinarios, sancionadores, en rituales, conjunto de prácticas terapéuticas, validadas por la experiencia y la incorporación de los nuevos perfiles profesionales. Ilundain participa en la génesis del núcleo de tratamiento en paralelo y en contacto con otras instituciones que van surgiendo en Navarra: Navarra sin fronteras, Lantxotegi, Oasis, Etxabakoitz, etc.

Los cambios que acometieron en la organización favorecieron la legitimidad de Ilundain frente a la administración y la sociedad navarra y les permitieron alcanzar posiciones más ventajosas respecto a otras organizaciones sociales. Sin embargo, supieron leer que los problemas y los actores están interconectados y que debían ajustarse a la función de tareas comunes sobre la base de un territorio. Entendieron que era necesario que llegar al entendimiento con entidades *rivales* y aprender a comportarse como actores políticos, aprender a rendir cuentas. Lo que fue una producción local se transformó en un interés general con trascendencia política (François Dubet, 2013). Se convirtieron en verdaderos emprendedores sociales en una nebulosa de políticas educativas y de inserción, en Ilundain se

comenzó a integrar las acciones que en las administraciones estaban dispersadas en servicios y recursos dependientes de distintos departamentos.

El modelo de intervención se irá desarrollando a lo largo de toda su historia. Gracias a sus gentes en Ilundain se transforman valores y principios abstractos en prácticas y disciplinas que se convierten en ritos: pequeños ritos cotidianos como la entrega de notas a los alumnos, los pasos de nivel, etc. Mil gestos y mil <<actos de palabra>>, ritos de degradación, y ritos de salvación que sanciona el recorrido de los transitan por Ilundain. El programa confiere inmediatamente un sentido a la mayoría de los gestos y de las relaciones que constituyen la trama común del trabajo sobre los otros, para los profesionales y, para sus <<objetos>> (François Dubet, 2013).

Ilundain como todas las organizaciones que surgieron a nivel local a comienzos de los años ochenta para trabajar con menores en situación de vulnerabilidad social, fuera definida ésta como dificultad familiar, absentismo y/o fracaso escolar, conductas delictivas (robos, violencia, trapecho, etc.) o el consumo de drogas, adoptó como estrategia la vía de la capacitación profesional para la incorporación socio laboral.

En los espacios locales operaron mecanismos de difusión, escalada de problemas sociales e innovación social que, en su intento de hacer frente en términos de capacidad o deficiencia de la población, al riesgo, las situaciones de vulnerabilidad o a lo que consideran un deficiente desarrollo del Estado de Bienestar. El espacio local ha sido desde entonces el escenario que propicia la agregación de personas con capacidad para producir nuevos ordenamientos sociales que se traducen en mapas y códigos postales de salud y bienestar, pero que sin embargo reproducen una y otra vez la cultura del control social (Cohen, 2017). Hoy, como entonces, el objetivo de reducir la exposición a situaciones de riesgo o vulnerabilidad, de evitar no ya eventos no deseados sino producir cambios en las condiciones que pudieran ser constitutivas de riesgo o vulnerabilidad necesita de mucha tecnología securitaria que se nos hace invisible en los actos cotidianos, rutinizados y normalizados a través de éstas. Evitar, como sostiene Bourdieu, el “funcionalismo de lo peor” se convierte en el campo de la intervención social en el Caballo de Troya de estos actores que se enfrentan, a las instituciones públicas nacientes del nuevo Estado democrático, y se convierten en competidores entre sí por beneficios que están en juego.

Capítulo 8. Espacios y rituales para un proyecto Socio-educativo

El contexto en el que se produjo el modelado de los nuevos ciudadanos y ciudadanas de la transición, entre las que me incluyo, se produjo a nivel institucional a través de gestación de un sistema educativo, nunca concluido y siempre móvil, que busca educar y/o socializar a las nuevas generaciones imponiendo significados sociales dominantes. Acudir a las leyes educativas como estamos haciendo permite que nos acerquemos al galimatías que subyace históricamente en las instituciones que están llamadas a ordenar y ofrecer una enseñanza para todos y todas en igualdad de condiciones. El sistema educativo, como parte de procesos más amplios de gubernamentalidad, ha ido desplegando toda una serie de tecnologías y técnicas que han fomentado programas institucionales que terminan por reforzar los ideales dominantes de lo que significa ser valorado, aceptado y miembro de la comunidad educativa y de lo que es el “buen ciudadano” / “buena ciudadana”.

Los participantes en la dinámica de la institución educativa aceptan que las decisiones de la institución son una parte importante de la reproducción de jerarquías, y despliegan un sin fin de estrategias para si no ascender, al menos no perder *estatus* tratando de influir en la toma de decisiones creando, ampliando el abanico de posibilidades de elección. En este juego, los que están en la parte inferior de la jerarquía tienen que luchar con apenas recursos frente a las sustantivas dificultades que se les va solapando desde edades tempranas y que acabarán por definir trayectorias que se alejan de aquellas otras que están reservadas para los que se agolpan en el espacio generado por la *copa* de la campana de Gauss.

En 1987 el Ministerio de Educación y Ciencia lanzaba un nuevo proyecto de reforma de la enseñanza. El proceso que duró más de dos años contó con una gran participación social, logrando de este modo mayor legitimidad a una reforma que proponía un cambio profundo en el sistema educativo. El proyecto de ley planteaba la necesidad de reestructurar los niveles educativos existentes, el contenido del currículo y mejorar la calidad de la enseñanza.

La ley aprobada en 1990 supuso un intento modernizador a la vez que de adaptación a las directrices europeas (homologación, niveles, etc.).³⁵⁵ En el Título Preliminar se concreta la enseñanza básica, contemplada en el artículo 27.4 de la Constitución, en diez años su duración, ampliándose, por consiguiente, en dos años la existente, y extendiéndose desde los seis hasta los dieciséis años la enseñanza obligatoria.

La educación y la formación adquirirán una dimensión más completa de la que habían tenido tradicionalmente, trascenderán el período vital al que habían estado circunscritas. La educación y la formación se extenderán a sectores con experiencia activa previa, se alternarán con la actividad laboral. Se transforma así la educación en un proceso permanente, la propia ley proclama la ley determina que ése será el principio básico del sistema educativo.

La Ley acomete además una reforma profunda de la formación profesional en el Capítulo Cuarto del Título Primero, el legislador era consciente de que se trata de uno de los problemas del sistema educativo vigente hasta el momento que precisaba de una solución más profunda y urgente. La reforma de la formación profesional era de la mayor relevancia para el futuro del sistema productivo español.

La reforma alcanzará tanto a la formación profesional de base, que se adquirirá por todos los alumnos y alumnas en la educación secundaria, como la formación profesional específica, que se organizará en ciclos formativos de grado medio y de grado superior. Para el acceso a los estudios de grado medio será necesario haber completado la educación básica y estar, por tanto, en posesión del título de Graduado en Educación Secundaria, idéntico requisito al que permitirá el acceso al bachillerato.

Varios autores, como Felgueroso, Gutiérrez-Domènech y Jiménez-Martín (2013), han señalado que la implantación de la LOGSE empeoró los indicadores relativos al fracaso educativo, rompiendo la tendencia favorable lograda durante décadas³⁵⁶. El estudio de Felgueroso con datos de la Encuesta de Población Activa

³⁵⁵ Ley que resulta anacrónica si reflexionamos sobre el apoyo que supuso a la enseñanza privada religiosa. En un Estado que se declara aconfesional y laico se reconoce en los presupuestos generales el derecho a la educación religiosa. Resulta cuanto menos curioso que la libertad y democratización de las instituciones sea el recurso de la Conferencia Episcopal para defender sus intereses

³⁵⁶ La tasa de abandono escolar temprano ha permanecido estable en cifras muy elevadas, lo que dificulta incrementar la proporción de jóvenes que completa la educación secundaria postobligatoria, nivel en el que España cuenta con un gran déficit, generando tanto desajustes en el mercado laboral como dificultades de integración social.

(EPA) desde 1987 a 2010 concluye que quienes estuvieron expuestos a la LOGSE tuvieron mayor probabilidad de abandonar los estudios. La ley que obliga a tener el título de la ESO para acceder a estudios de Formación Profesional supuso la obligatoriedad de permanecer en el sistema educativa hasta los 16 años y retrasar en dos años el acceso a estudios de formación profesional de primer nivel para aquellos que no querían seguir cursando estudios, con o sin orientación universitaria. Por otra parte, supuso la reducción de la duración de la educación primaria de 14 a 12 años.

Podría decirse que, si bien las políticas de universalización de la educación, la escolarización obligatoria iniciada en los años de transición y la extensión de la obligatoriedad hasta los 16 años en 1990, tuvieron un papel importante y positivo en el acceso de los grupos económicamente desfavorecidos a la educación, no ha tenido un efecto general en su movilidad social. Como veremos más adelante, el sistema educativo, al socaire de todas las reformas que ha sufrido, no parece estar contribuyendo a transformar la posición de los que parten desde posiciones más desfavorecidas sino más bien contribuir a perpetuar mecanismos de reproducción social.

Lo que pretendía ser una medida que orientara a los estudiantes hacia estudios de Formación Profesional o Bachiller provocó como resultado inesperado el aumento del abandono temprano de los estudios y produjo además la incorporación más temprana de alumnado con dificultad a programas/unidades de currículo adaptado externos.

La oferta de Ilundain se va adaptando rápidamente a los cambios legislativos y nuevas ofertas que desde las administraciones de ámbito estatal y autonómico van articulando para la formación y el empleo de las personas que abandonaron de forma prematura los estudios. Adaptaciones que dan lugar a que el espacio que ocupa la Fundación se integren programas formativos dirigidos a distintos grupos poblacionales según edad y sexo.³⁵⁷ Ilundain permite establecer nuevos modelos de relación y de convivencia entre menores, adolescentes y jóvenes como participantes en los distintos programas formativos dirigidos a alumnado todavía en edades de escolarización obligatoria y post-obligatoria. Para quienes

³⁵⁷ Existe una determinación de matriculaciones mayoritariamente masculina debido a que la ofertas han estado marcadas por la caracterización del alumnado que abandona los estudios, mayoritariamente hombres y por las actividades formativas que marcaron los inicios del trabajo de los voluntarios en la finca de Ilundain, la reconstrucción del pueblo requería trabajos de cantería, albañilería, carpintería, electricidad, fontanería, ... tradicionalmente destinados y ocupados por hombres.

están en edades para cursar 3ª y 4ª de la E.S.O existen dos modalidades socio-educativas: las UCAs, Unidades de Currículo Adaptado que en la LOGSE son una de las formas posibles de concretar el carácter flexible del currículo y los Programas de Garantía Social o PCPI o FP Básica, denominaciones que han adquirido en las diferentes reformas que han sufrido estos programas. Para quienes abandonaron los estudios, tengan o no el título de secundaria, la oferta incluye Escuelas Taller (EETT)³⁵⁸ y Talleres Escuela, y Centros de Inserción Sociolaboral (CIS).³⁵⁹

Ilundain consigue estructurar en un mismo lugar la diversidad educativa-formativa de dos departamentos de la Administración Foral: la del Departamento de Educación y la del Departamento de Derechos Sociales a través del Servicio Navarro de Empleo, organismo autónomo. Propicia así la secuenciación de formaciones entrelazando la formación reglada y no reglada del sistema educativo (Departamento de Educación) con la oferta de formaciones profesionales que permiten la obtención de certificados de profesionalidad desde las instituciones públicas del ámbito laboral (Servicio Navarro de Empleo) con el objetivo de aumentar las probabilidades de la inserción laboral de su alumnado.

³⁵⁸ El Programa de Escuelas Taller surge en 1985. Es un programa español con cofinanciación del Fondo Social Europeo, surgido en un contexto de crítica situación económica y social, con avanzado grado de deterioro del patrimonio. La oferta formativa puede ser promovidas por entidades locales (ayuntamientos, consorcios o mancomunidades de servicios) o por entidades con competencias en materias de empleo. Las Escuelas Taller y las Casas de Oficios constituyen un programa público de empleo-formación que tiene como finalidad la inserción de desempleados jóvenes con edades comprendidas entre los 16 y 30 años, mediante su cualificación en alternancia con la práctica profesional, en ocupaciones relacionadas con la recuperación o promoción del patrimonio artístico, histórico, cultural o natural, así como con la rehabilitación de entornos urbanos o del medio ambiente, la mejora de las condiciones de vida de las ciudades, así como cualquier otra actividad de utilidad pública o de interés general y social que permita la profesionalización y la adquisición por parte de los participantes de la experiencia necesaria para su inserción socio-laboral. Durante la primera etapa en la que el alumnado recibe formación profesional ocupacional éstos tienen derecho a una beca que es incompatible con la realización de trabajo por cuenta propia o ajena. Durante la segunda etapa se lleva a cabo la formación en alternancia con la práctica profesional, el alumnado es contratado por la entidad promotora y percibe una retribución salarial determinada en la normativa vigente (habitualmente el 75 por 100 del Salario Mínimo Interprofesional) La duración de ambas de ambas etapas no será inferior a un año ni superior a dos, dividida en fases de seis meses.

³⁵⁹ Centros de inserción socio laboral que se enfocan fundamentalmente desempleados mayores de 50 años, inscritos ininterrumpidamente en las oficinas de empleo durante doce o más meses, o desempleados que se encuentren en situación de exclusión social con acreditación por parte de Bienestar Social. Ilundain se agarra a este segundo punto para alargar los itinerarios de sus usuarios. (*La Educación Secundaria Obligatoria a debate. Situación actual y perspectivas*, 2000).

Dentro de la variedad formativa ofertada por Ilundain quizás sean los Programas de Garantía Social (1990) la medida de atención a la diversidad más extrema³⁶⁰. A los Programas de Garantía Social (PIP, FP Básica) le siguen por complejidad en la intervención las UCAs que debían evitar, en palabras del Director General de Departamento de Educación de Navarra, que el alumnado se vea abocado a cursar Programas para la Incorporación Profesional (P.I.P.) o Programas de Garantía Social, “última realidad en la que la ley reconoce el fracaso escolar” (Ministerio de Educación y Cultura, 2000).

La aprobación de la ESO para programas como las Escuelas Taller que hasta el momento en Navarra había logrado realizar itinerarios de inserción personalizados supuso un nuevo hándicap, “lo contrario al protocolo”. Gran parte de su alumnado accede sin el título de secundaria. Teniendo en cuenta que estos programas dependen de los servicios de empleo, en el caso de Navarra, del Servicios Navarro de Empleo (SNE), una vez finalizada la formación el SNE otorga una certificación profesional de acuerdo con el Sistema Nacional de Cualificaciones, pero no obtienen por ello el grado de educación secundaria que les permitiría seguir cursando estudios de Formación Profesional reglada. Las entidades promotoras como Ilundain deben gestionar la obtención de la formación básica contratando maestros que ayuden a los participantes durante el tiempo que dura la “escuela” a que se “saquen la ESO”.

Las primeras leyes educativas se crearon a partir de representaciones de un público definido de forma abstracta y universal, dirigidas a la escolarización obligatoria de todos los niños y niñas ofreciendo un itinerario único. La realidad hizo necesarias nuevas reglamentaciones para atender a las necesidades de públicos diversos, y a las consecuencias no deseadas de las políticas educativas aprobadas. No es difícil argumentar que las políticas universales favorecieron a quienes ya estaban en mejor situación y que las medidas discriminatorias positivas necesarias orientadas a los que peor estaban contribuyeron a reproducir la desigualdad. Hoy sigue, en gran parte, vigente este argumento.

³⁶⁰ Estos programas se reconvirtieron en 2011, en la LOMCE, en la Formación Profesional Básica (FP Básica).

8.1. La institucionalización del proyecto educativo de Ilundain

La LOGSE inicia un nuevo modelo educativo orientado por la mejora y la calidad de la enseñanza que será desarrollado en futuras leyes³⁶¹ e incorpora la Educación para la Salud (EpS). La LOGSE consigue estructurar lo que había sido un proyecto elaborado durante años, de experiencias aisladas, pero que fueron el germen de lo que en el año 1990 “tiende a consolidarse” en esta nueva ley educativa. Experiencias que por otra parte nacieron al amparo de la recién estrenada Ley de General de Sanidad de 1986 en la que la se insta a “promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población” así como a “adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria”. Como se recoge en el Boletín Informativo del Ministerio de Educación y Ciencia publicado en junio de 1992³⁶², la importancia de estas dos leyes radica en la ordenación de un marco legal para el desarrollo de acciones de promoción de la salud y su incorporación a los currículos escolares como materia transversal. La LOGSE brinda a la escuela nuevos contenidos sobre la salud, así como los ingredientes para una mejor educación sobre el consumo de drogas. La promoción de la salud, como Educación para la Salud, entra en el aula a través del programa educativo del centro con una doble dimensión: de innovación pedagógica y de compromiso con la salud de la comunidad escolar. Sin embargo, la transversalidad deseada ha corrido distinta suerte en el traslado a las distintas comunidades autónomas y en la aplicación en los centros educativos.

Ilundain, que se rige por un sistema asambleario con la dificultad que esto significa para la aprobación de cambios en un grupo que, en este periodo al amparo

³⁶¹ Asegurar la calidad de la enseñanza será otro de los retos fundamentales de la educación del futuro y que se aborda específicamente a partir de 1990 con la LOGSE. La ley recoge y regula en su Título Cuarto todo un conjunto de factores estrictamente educativos cuyas mejoras dice confluyen en una enseñanza cualitativamente mejor (art. 55): la cualificación y formación del profesorado, la programación docente, los recursos educativos y la función directiva, la innovación e investigación educativa, la orientación educativa y profesional, la inspección educativa y la evaluación del sistema educativo.

En 1995 se aprobó la Ley Orgánica de la Participación, la Evaluación y el Gobierno de los Centros Docentes, con el propósito de desarrollar y modificar algunas de las disposiciones establecidas en la LOGSE orientadas a la mejora de la calidad. En el año 2002 se quiso dar un paso más hacia el mismo objetivo, mediante la promulgación de la Ley Orgánica de Calidad de la Educación. Leyes que trasladan al marco español el trabajo desarrollado en instancias europeas.

³⁶² Ministerio de Educación y Ciencia. Escuelas Saludables. Boletín informativo del convenio de cooperación MEC/MSC, nº 2, abril-junio, 1992.

de las reformas educativas consigue afianzar toda una oferta formativa que: a) da acceso a una certificación reconocida por el sistema educativo y laboral (Sistema Nacional de cualificaciones); b) construye paralelas a la formación reglada del sistema educativo formal -completan la formación básica orientada a la obtención del título de la ESO; c) permite seguir itinerarios formativos desde los 12 a los 21 años – desde la entrada a una UCA externa, pasando por programas de formación profesional básica, hasta programas específicos de incorporación al empleo; y d) proporciona un periodo de prácticas laborales en empresas -momento en el que aprenden a “trabajar para otro”.

No obstante, preocupados por la calidad de los programas y la capacitación de todos los profesionales que trabajan en los distintos programas en el año 1996 Ilundain da el giro definitivo hacia la profesionalización. Los trabajadores se constituyen como asociación. La legitimidad de un grupo de voluntarios fundada en principios vocacionales y de carácter “sagrado” de la comunidad se inclina ante una legitimidad racional basada en la eficacia y competencias certificadas (François Dubet, 2013). La entidad comienza a vivir abierta a su entorno, y en su deseo de “hacer coches que anden” experimenta procesos de racionalización que aumenta su complejidad como organización.

Para entonces la heroína había perdido la centralidad alcanzada en la década precedente. En los noventa, se da paso al consumo de drogas de diseño, aumenta el consumo de cocaína y alcanza centralidad los usos problemáticos de alcohol – asociados a patrones de riesgo en poblaciones muy jóvenes, se impone un patrón de consumo en forma de atracón o *binge drinking*, modelo de consumo anglosajón. Los modelos de intervención dirigidos a menores con conductas delictivas y consumidores de drogas se diversifican con el incipiente desarrollo del Estado de Bienestar en el que emerge un nuevo sector para la prevención y atención de las toxicomanías. Se ha mejorado el conocimiento de los usuarios de drogas y las intervenciones son cada vez más diversificadas y multidisciplinarias. Son tiempos en los que se ha demostrado que son mayores los riesgos ocasionados por las condiciones en las que viven las personas que los problemas ocasionados por el consumo de drogas. Surgen las narco salas y las políticas se centran en la prevención y la adecuada gestión del consumo. La abstinencia deja de ser el objetivo y se apuesta por acciones de reducción de riesgos y daños gracias al reconocimiento que los médicos otorgan a la atención de los aspectos psicosociales y socioculturales tendentes a reducir daños. La asunción de los poderes públicos de esta línea de intervención estuvo motivada por el fracaso de las políticas prohibicionistas y el impacto del SIDA. Los toxicómanos dejaron de ser considerados

delincuentes para pasar a ser perseguido duramente el consumo y los factores de riesgo que servían de precursores de los consumos.

El rechazo a la sociedad expresado por la juventud en forma de transgresiones simbólicas a través del consumo de drogas unas veces se expresaba utilizando determinadas drogas no normalizadas, como la cocaína, en otras ocasiones consumiendo las drogas de diseño (MDMA o éxtasis), que dieron paso a la ruta del *bakalao o ruta destroy* (Usó, 1996). No obstante el hachís era la droga social por excelencia en España el 22,9% de la población de 15 a 64 años había consumido cannabis alguna vez en la vida en 1997, diariamente el 0,7% (EDADES), mientras el 23,1% de los jóvenes de 14 a 18 años había consumidos cannabis diariamente en los últimos treinta días y alguna vez en la vida el 63,3% (ESTUDES).³⁶³

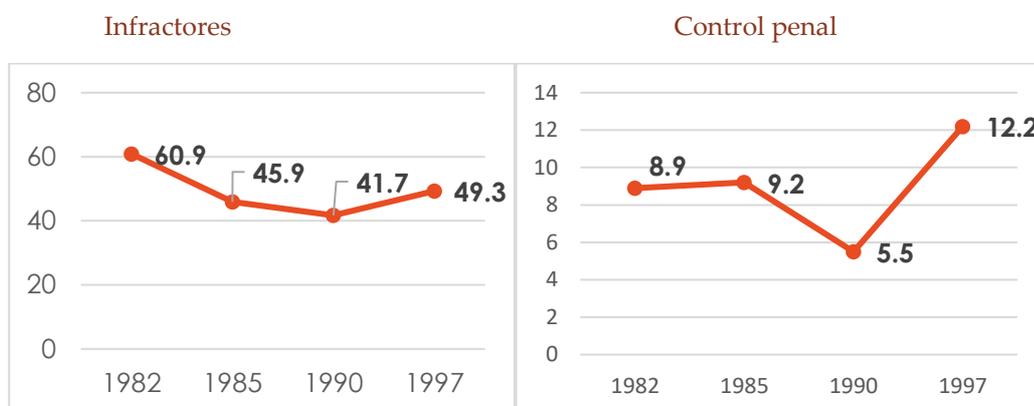
En 1998 el 48,6% la juventud navarra de entre 15 y 29 años había consumido cannabis alguna vez en la vida, el 19,4% lo consumía de forma habitual, y se producía en mayor proporción entre los de 15 y 19 años (23,5%).

La tolerancia política en los años de la transición fue transformándose en un recrudescimiento de las medidas legales, primero a nivel municipal provocando una pugna entre partidos por adjudicarse la iniciativa -provocando por otra parte el efecto no deseado de un consumo militante en lugares públicos- y después, por un recrudescimiento a nivel estatal de la alarma social en ciertos sectores políticos que, tras haberse reforzado la asociación del consumo de drogas al concepto de “inseguridad ciudadana” gestado en los años de la epidemia de la heroína, demandan al gobierno una regulación más dura (Romaní, 1999)

En el año 1992 se promulga la que es conocida como Ley Corcuera, Ley de Seguridad Ciudadana que “suponía una adaptación a los nuevos tiempos democráticos del viejo espíritu que la Ley de Vagos y Meleantes y la posterior de Peligrosidad Social” (Usó, 1996). Los efectos de la Ley Corcuera en Navarra se tradujeron en un aumento de los infractores, en el que el aporte de las mujeres es mayor que las de los hombres (6 puntos porcentuales más) Aumento que se refleja en las instancias del control penal. Esta es la evolución en lo que respecta al control sobre el colectivo de 15-21 años.

³⁶³ ESTUDES y EDADES encuestas del Plan Nacional sobre Drogas que recogen datos de la evolución del consumo de drogas desde el año 1994.

Ilustración 33. Evolución del número de infractores/as y Control penal alguna vez en la vida juventud de 15-21 años (1982-1997)



Fuente: Fundación Bartolomé de Carranza. Encuesta de Juventud 1998 Informe no publicado³⁶⁴

Como reflejo de la sociedad en la que está inserta, en Ilundain el consumo de cannabis estaba bastante tolerado, e incluso como se sospechaba que los derivados del cáñamo podían ser incluso utilizados como medio de adaptación al sistema social, como un nuevo bien de consumo destinado a mantener tranquila a una juventud, los educadores de Ilundain encontraban en el cannabis un aliado que *atemperaba* las intervenciones. Existía un espacio liberado para su consumo que era conocido por usuarios y educadores como la *drogolera*.

En este periodo (1984-1996) se comienza a conquistar y construir el oficio de *maestro de taller* o educador-oficial que permite articular saberes y conductas, identificar y definir un arte de obrar para el otro. No se trataba sólo de que quienes acudían a las formaciones y talleres adquiriesen conocimientos técnicos sino de proporcionarles elementos para que pudieran poner a disposición y disponer a su arbitrio de sus competencias, habilidades. Se trataba de que el alumnado que pasara por Ilundain implicase en sus tareas y acciones su capacidad y sus intereses, su inteligencia y su subjetividad.

Muy implicados en la inserción por el trabajo los profesionales de Ilundain fueron creando toda una serie de prácticas y rituales para hacer de sus alumnos un tipo de actor social integrado y a la vez capaz de hacer frente a la competencia en

³⁶⁴ En el informe se recoge los principales motivos del aumento de delitos de 1990 a 1997. Aumento de los delitos por conducir bajo los efectos de las drogas (+1,3%) -desciende por consumo de alcohol-, aumento del vandalismo -daños materiales mobiliario público- (+6,2%), contra la salud pública, por la venta de drogas (+3%)

el mercado de trabajo que había debilitado los oficios. Ilundain se gestó como un “oasis”, en un espacio natural sobre el que se obró con oficio transformando unas ruinas en un lugar para el encuentro, para aprender trabajando y transformando. Procesos mediante los cuales corporeizaban nuevas formas de relación con otros sujetos y con los objetos que transformaban. Todo lo cual no hubiera sido posible sin la incorporación de nuevas pedagogías y contenidos en los programas formativos, laborales y pre-laborales y sin el propio recurso natural. El modelo de institución que se gesta en Ilundain es lo que es gracias al trabajo manual e intelectual que re-elabora relaciones entre los sujetos y los objetos, provocando una simbiosis entre el Ilundain físico-orgánico y simbólico.

8.1.1. La dependencia en el proyecto educativo

De todos es sabido lo llamativo que es para los jóvenes el salir de casa por las noches, especialmente los fines de semana, y frecuentar los diferentes lugares de diversión con sus compañeros/as o cuadrillas de iguales. En el periodo 1998-2003³⁶⁵ casi un tercio de la juventud navarra (15 a 29 años) afirmaba haber salido todos los fines de semana en los tres últimos meses. Siendo los más jóvenes, los que tienen entre 15 y 19 años, los que salen con más frecuencia. Las salidas nocturnas parecían entonces como ahora que se constituyen como un elemento que refuerza la condición juvenil.

Sin embargo, las salidas nocturnas en los fines de semana del alumnado de Ilundain trascienden al tiempo de ocio y afectan al tiempo lectivo que se inicia cada lunes. En los inicios del nuevo s. XXI el consumo del alumnado de Ilundain comienza a “dispararse”. El equilibrio logrado durante la semana se resquebraja durante el fin de semana, en que del consumo de cannabis (ya no es de hachís) se combina o cambia por el de éxtasis, y otras sustancias ilegales.

En el periodo 1998 a 2003³⁶⁶ en Navarra el consumo experimental de todas las sustancias aumenta significativamente. Los consumidores experimentales de cannabis crecían del 48,6 al 53,7%, mientras los de speed lo hacían del 15,9 al 19,6%, los de cocaína del 11,9 al 19,6 %, los de éxtasis del 9,8 al 16,4 % y los de éxtasis aumentaban del 5,9 al 10,5 %. Aumentos que se repiten en el consumo regular en los últimos treinta días. En el caso del cannabis del 19,4 a 24,8%, cocaína del 3,2 al 6,3%, speed del 4,4 al 6,6% y éxtasis del 2,2 al 3,1%. Se produce

³⁶⁵ Informes Fundación Bartolomé de Carranza, 1998 (no publicado) y 2003 publicado en Memoria 25 años.

³⁶⁶ Fundación Bartolomé de Carranza, Informe 2003, Encuesta de Juventud.

además un ligero adelanto en la edad de inicio de todas las sustancias, mayor descenso incluso en el caso del éxtasis y la cocaína.

El alumnado que se incorporaba a talleres de la *otra* formación profesional manejaba maquinaria que podían poner en riesgo su integridad física y la de otras personas. Maquinaria que por otra parte suponía, y sigue suponiendo, un esfuerzo añadido en inversiones. La sustitución, arreglo y mantenimiento de la maquinaria utilizada en los talleres por el alumnado pueden desbaratar presupuestos. Por otra parte, la población de Ilundain comparte algunas de las características que se perfilan en estadísticas en las que los más jóvenes (15 a 19 años) si bien no son los que más delitos cometen en general sí son los más infractores en cuanto a delitos contra la propiedad, de venta de drogas, de orden público y de vandalismo (daños materiales a mobiliario público)

Tabla 56. Actos delictivos contra la propiedad y edad. Año 2002

FRECUENCIA	14 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años
Contra la propiedad	18,7	13,9	8,4
Vandalismo	9,5	6,9	2,5
Orden público	12,8	8,7	5,7
Venta de drogas	7,8	6,6	2,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de 25 años de la Fundación Bartolomé de Carranza

A los cambios en los patrones de consumo, se une un zarandeo legislativo continuo que pretende ordenar y ajustar la oferta formativa para el alumnado que abandona el sistema educativo en estado de “carencia”. Los Programas de Garantía Social a los que se incorporaban estos menores, adolescentes y jóvenes, regulados a principios de los años 90, fueron reformulados en el año 2002 por un gobierno del PP a través de la Ley Orgánica de Calidad de la Educación y pasarán a definirse Programas de Iniciación Profesional (PIPES), que al igual que los anteriores ofrecerán una cualificación profesional y el desarrollo de competencias básicas de carácter general. La ley establecía el acceso a estos programas a partir de los 15 años y su superación daba derecho a la obtención del título de *Graduado en Educación Secundaria Obligatoria* -art. 27.5- Sin embargo, lo que era una demanda (facilitar puentes y otorgar títulos), quedó sin efecto tras su derogación con el acceso al del PSOE al gobierno.

Hubo que esperar hasta el año 2006 para que una nueva ley permitiera³⁶⁷ que tras cursar el primer ciclo de Educación Secundaria Obligatoria, así como una vez cursado segundo curso cuando el alumno o alumna que se incorpora de forma excepcional a un ciclo de PCPI (anteriormente PIP/PIPE)³⁶⁸, se entregara a los alumnos y alumnas un certificado de los estudios cursados. Queda en suspenso una vez más la habilitación de una pasarela que permita el acceso a la formación profesional formal o a otros estudios. Quedando para las entidades como Ilundain la responsabilidad de seguir habilitando los mecanismos que permitieran al alumnado de la importancia de la obtención del título de la ESO y convencerlos para que cursaran de manera simultánea los módulos³⁶⁹ que le permitían obtener el título de la ESO Si bien esta posibilidad estaba restringida sólo para quienes se incorporasen a los programas cumplidos los 15 años -art. 30- Tarea difícil debido a las características del alumnado y la escasez de recursos económicos.

No obstante, en la Ley 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional se establecen los mecanismos por los cuales la capacitación y experiencia profesional puede ser certificada por instancias oficiales del Estado. La ley da un pequeño respiro a los programas de cualificación profesional inicial que una vez más necesitan ser reorientados para posibilitar que todo el alumnado alcance las competencias profesionales propias de una cualificación de nivel uno de la estructura del Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, definida en la ley de cualificaciones y que sigue vigente. Certificaciones que se espera sirvan para mejorar las posibilidades de inserciones socio laborales satisfactorias y que permitan ampliar las competencias básicas mediante el acceso a estudios de las diferentes enseñanzas (art. 30.2).

Esta ley incorpora además una nueva actuación con un doble objetivo destinada a atender las necesidades educativas especiales del alumnado, así como evitar el

³⁶⁷ La Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Ley que por otra parte es modificada parcialmente por la LOMCE. Esta ley trajo la polémica con la incorporación de la asignatura "Educación para la ciudadanía" como materia obligatoria y evaluable y reducir el valor de la religión, el PP veía en esta medida un intento moralizador y de adoctrinamiento de los estudiantes.

³⁶⁸ La ley establece que al final de cada uno de los cursos de Educación Secundaria Obligatoria se entregará a los padres, madres o tutores legales de cada alumno o alumna un consejo orientador, que incluirá un informe sobre el grado de logro de los objetivos y de adquisición de las competencias correspondientes, así como una propuesta a padres, madres o tutores legales o, en su caso, al alumno o alumna del itinerario más adecuado a seguir, que podrá incluir la incorporación a un programa de mejora del aprendizaje y el rendimiento a un ciclo de Formación Profesional Básica.

³⁶⁹ Para poder impartir los módulos voluntarios las entidades como Ilundain deben ser previamente autorizada por la autoridad competente en Educación en la comunidad autónoma, Departamento de Educación de Navarra.

abandono temprano. Se amplia en este momento el término de diversidad, entendiendo que el alumnado tiene una diversidad de necesidades educativas debidas a múltiple factores (género, edad, etapa, origen étnico, nivel socioeconómico, etc.) y en consecuencia se abren nuevas oportunidades para la formación y la incorporación cualificada al mercado de trabajo (Palomares & López, 2012).

Se reconoce asimismo en esta ley que en la oferta de programas de cualificación profesional inicial podrán participar tanto los centros educativos, como las corporaciones locales, las asociaciones profesionales, las organizaciones no gubernamentales y otras entidades empresariales y sindicales, siempre bajo la coordinación de las Administraciones educativas. Propuesta que está en la línea defendida por la UNESCO.

La mejora de la cualificación del alumnado para la inserción laboral que mostraba desinterés o dificultades para seguir en el sistema educativo estuvo alentada en la Declaración de Salamanca (UNESCO, 1994), y refrendada nuevamente en la Conferencia Gubernamental (UNESCO, 2008) Conferencias que animaban a la creación de escuelas inclusivas³⁷⁰, en las que intentando cambiar las actitudes de discriminación se fomentaran comunidades educativas integradoras que acogiesen a todos, coordinando las respuestas dentro del contexto de una oferta general de educación.

La realidad, sin embargo, dista mucho de poder cambiarse sin contar con los recursos y apoyos necesarios. Las entidades sociales sin ánimo de lucro como Ilundain, Lantxotegi o Centro Puente, acabaron “en el mismo saco de lo concertado y lo privado” y su realidad dista de ser la de éstos. Los centros como Ilundain tienen ratios de profesor/alumnado por debajo de la de los centros públicos, pero para poder responder a las necesidades de su alumnado, y de sus familias, necesitan de la intervención de educadores, trabajadores sociales y psicólogos. Inversiones que acometen desde la condición de precariedad que consolida no ser un

³⁷⁰ La educación inclusiva es un concepto en evolución que puede resultar útil para orientar las políticas y estrategias que se ocupan de las causas y consecuencias de la discriminación, la desigualdad y la exclusión en el marco holístico de los objetivos de la EPT. La eliminación de los obstáculos a la participación de todos los educandos en el aprendizaje constituye el núcleo del concepto de una educación inclusiva verdaderamente arraigada en los derechos y exigirá que se revisen y reformulen todos los aspectos del sistema educativo. La educación inclusiva puede interpretarse como un proceso continuo en un sistema educativo en permanente evolución que prioriza los que actualmente no pueden acceder a la educación y en los que están escolarizados, pero no aprenden. (*La Educación Inclusiva: El Camino Hacia El Futuro*, 2008)

centro concertado³⁷¹ y que obliga a concurrir, para poder *sumar* financiación procedente de las distintas administraciones públicas, a subvenciones y/o ayudas que ponen límites, en *honor* a la transparencia. La utilización de unos recursos económicos sujetos a una fiscalización “endemoniada” no facilita para estas entidades poder hacer frente a la realidad cambiante de su alumnado.³⁷²

En la red pública la proporción estudiante/docente es notablemente menor que en la privada- concertada, también es menor en los programas más intensivos por las características de la población estudiantil (FP Básica y Otros Programas)

Tabla 57. Evolución de los ratios estudiante/docente según modalidad formativa

Curso		2010-11	2011-12	2012-13	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18
Secundaria Obligatoria	Público	21,1	21,1	22,1	22,5	22,7	22,7	23,1	22,5
	Concertado	25,5	25,7	25,6	27	27,2	27,9	28,1	28,1
FP *	Público	20,4	20,7	22,7	23,4				
	Concertado	20,8	20,7	21,3	23,14				
FP Básica	Público					13,6	10,9	12,1	12,6
	Concertado					13	11,9	13,5	13,2
Garantía Social	Público	10,3	9,8						
	Concertado								
Otros Programas**	Público					8,5	7	7,8	6,9
	Concertado	10,9	11,1			9	12,4	9,4	9,8

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe del Consejo Navarro de Educación

* A partir de 2015-2016 se desglosa en FPB, GM y GS

** Se incluyen los grupos en centros docentes y en actuaciones

No será hasta el año 2014 cuando se publica el nuevo marco legislativo que regula la nueva [Formación Profesional Básica](#) que habilite la obtención de un título del-

³⁷² El hacer cambios queda al arbitrio de funcionarios públicos y a la capacidad de gestión de las entidades.

sistema educativo, con validez académica y profesional. Ley que comenzó a fraguarse en 2011^{373,374}. La Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE) regula un nuevo modelo de formación dirigido al alumnado de Educación Secundaria Obligatoria con grave retraso escolar asociado a dificultades de conducta y adaptación al trabajo en el aula, que presenta riesgo de absentismo y abandono escolar³⁷⁵.

Con carácter general para la FP Básica se deben cumplir los siguientes requisitos: A) tener un mínimo de 15³⁷⁶ años (cumplidos o cumplirlos durante el año en curso) y no superar los 17 años; B) haber cursado 3º de ESO -si bien también establece que de forma excepcional se puede acceder una vez se haya cursado 2º de ESO- y C) haber recibido una recomendación del equipo docente de la ESO, con el consentimiento de sus tutores legales.

La formación es ordenada en ciclos formativos en módulos con carácter perceptivo:

- a. Asociados con unidades de competencia relacionadas con las recogidas por el INCUAL;
- b. Módulos asociados con la oferta general incorporada en la Ley de Mejora de la Calidad Educativa:
 - o Comunicación y Sociedad I y II: Lengua Castellana, Lengua Extranjera, Ciencias Sociales (CCSS) y Lengua Cooficial (en caso de existir y exigirse)
 - o Ciencias Aplicadas I y II. Matemáticas y Ciencias aplicadas al Contexto Personal y de Aprendizaje de un Campo Profesional.

³⁷³ Esta ley fue calificada por amplios sectores sociales por sexista, discriminatoria, racista, clasista, partidista, etc. La ley propone anticipar la elección de los itinerarios formativos a los 15 años, 3º de la ESO, permite agrupar a los alumnos con dificultades curriculares en 2º y 3º de la ESO, prorroga los conciertos con centros que segregan al alumnado por sexo, dejaba poco espacio para las lenguas cooficiales, la vuelta a las reválidas (eliminadas en la ley de 1970) y da plena validez académica a la asignatura de religión. Se critica por ser una reforma que sigue los dictados de los mercados, incorporando los principios de competitividad, rendimiento, productividad, etc. son repetidas las veces en las que en la norma aparecen las palabras “mercado”, “competitividad”, “resultados”, o “rendimiento académico”.

³⁷⁴ Conocida también como Ley Wert, quien fue el padre de la “criatura” el ministro de educación del gobierno de Rajoy nació con el propósito de derogar la LOGSE de 1990 y la LOE de 2006 ambas aprobadas en el turno de gobierno de los socialistas

³⁷⁵ RESOLUCIÓN 164/2016, de 11 de mayo, del Director General de Educación, por la que se dictan instrucciones que regulan la organización y el funcionamiento del Programa de Currículo Adaptado (PCA) para el alumnado de Educación Secundaria Obligatoria que precisa medidas educativas específicas que le permitan alcanzar los objetivos generales de la etapa.

³⁷⁶ E la práctica esta condición no se cumple en muchos casos, hay incorporaciones a edades más tempranas

- En ambos casos se tiene como referente el currículo de las materias de Educación Secundaria Obligatoria (con el fin de que logran el certificado de la ESO)
- c. Módulo de formación en centros de trabajo.

Cuadro 12. Reformas educativas relacionadas con la cualificación para el empleo/inserción (1990-2011)

	PGS	PIP*	PCPI	FB
Leyes Orgánicas	<u>LOGSE</u> (1990)	<u>LOCE</u> (2002)	<u>LOE</u> (2006)	<u>LOMCE</u> (2011)
Destinatarios	Menores de 21 años ³⁷⁷ Art. 23	De 16 a 21 años Art. 27	De 15 a 21 años Art. 30	De 15 a 17 años Art. 30, 41
Duración	960 horas, un curso académico	Duración variable (de 900 a 1800) Uno-dos cursos académicos	900-1.100 horas (Un curso escolar)	2000 horas -dos cursos académicos-
Titulación	Certificado de la formación recibida	Certificación de la formación recibida	Certificación académica y/o Graduado ESO	Título Profesional Básico

Fuente: Elaboración propia

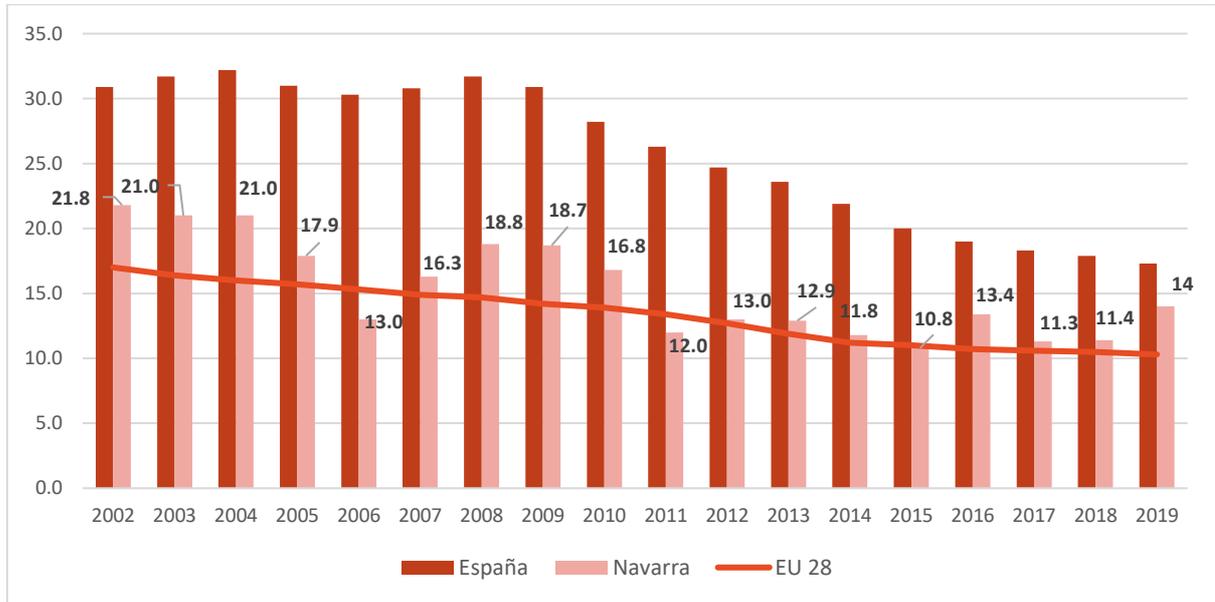
*Aprobada por el gobierno de Aznar (PP), fue derogada por el siguiente gobierno de Zapatero (PSOE)

Lo cierto es que a la FP Básica se deriva a alumnado que no alcanza las competencias de la educación secundaria obligatoria y que, de seguir matriculado en la ESO, en un buen número terminaría abandonando. Una vez inicia la FPB ya no computa como alumno de la etapa de educación secundaria, sino de formación profesional. De modo que si abandonara los estudios ya no se trataría como abandono temprano. La reforma bien podría contribuir a maquillar los datos de fracaso escolar.

Aunque, por otra parte, la ley se convierte en el mecanismo de “pasarela” que había sido demandado durante años por distintos actores de los ámbitos educativo, formativo y laboral. Quienes finalicen la FP Básica podrán acceder a estudios de Formación Profesional de Grado Medio.

³⁷⁷ Desarrollado por la Orden de 12 de enero de 1993 por la que se regulan los programas de Garantía Social durante el período de implantación anticipada del segundo ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1993-1257>

Ilustración 34. Tasa de abandono temprano de la educación y la formación 18 a 24 años 2002-2019. España, EU 28 y Navarra.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE

La estrategia de segregar de este modo al alumnado, no obstante, podría ayudar a aumentar los titulados en CINE3 ya que la FPB pasa a contabilizarse de acuerdo con los criterios de la Comisión Europea como obtención de un nivel educativo CINE3 - Educación Secundaria Superior (el nivel inferior CINE2, se corresponde con Educación Secundaria Inferior) igual al que adquieren los titulados de Grado Medio de FP o Bachiller.

La historia de la política educativa en España desde el año 1970 ha tejido una sistematización de niveles que se integran en una estructura que permite así mismo la génesis de escuelas segregadas que inmunizan a las clases medias. La derivación de las personas que no se adaptan a las aulas a edades tan tempranas evitan el contagio que imponen las políticas educativas que defienden la integración y la diversidad de las aulas.

Cuadro 13. Segregaciones desde el Aula

- Establecimiento de itinerarios o materias optativas (en el segundo ciclo de secundaria)
- Trayectorias académicas y de formación profesional: Bachiller -Universitario y Formación Profesional de Grado Medio y Superior
- Unidades de Currículo adaptado (UCA) FP Básica (antiguos Programas de Garantía Social-PCPI)
- Centros públicos, concertados y otros.
- Sexos. Profesiones masculinas/femeninas y diferencias en las tasas de abandono temprano.
- Discordancia entre objetivos oficiales y reales

La LOMCE deja clara la apertura a establecer conciertos con entidades privadas cualquiera que sea su carácter: “tendrán preferencia para acogerse al régimen de conciertos aquéllos que atiendan a poblaciones escolares de condiciones económicas desfavorables o los que realicen experiencias de interés pedagógico para el sistema educativo [...] y con carácter preferente, los ciclos de Formación Profesional Básica”. Adquiere respaldo legal la transferencia del material más sensible a manos de entidades privadas sin importar su carácter lucrativo³⁷⁸. La LOMCE se convierte así en el mecanismo que asegura la pervivencia de un sistema educativo dependiente de la oferta educativa concertada, en el que la iglesia católica ha tenido una fuerte presencia y las entidades sociales sin ánimo de lucro han tenido una fuerte presencia, en un momento en el que estaban siendo cuestionada.

El reconocimiento de la capacidad para acogerse al régimen de conciertos a entidades con o sin ánimo de lucro que realicen experiencias de interés pedagógico para el sistema educativo deja abierta la puerta a que el trabajo de educación de pobres, vulnerados y precarizados quede en manos de la beneficencia, la caridad o el buenismo, a la vez que cede a la creación de centros educativos “elitistas subvencionados”. Las distintas políticas (re)producen un sistema educativo que

³⁷⁸ Desde comienzos de este siglo estamos asistiendo a un gran crecimiento de la Responsabilidad Social Corporativa, a través de la cual un gran número de empresas y entidades financieras están poniendo recursos y servicios dirigidos a la población más vulnerable. En Navarra es significativa la participación de la Fundación La Caixa, la Caja Rural, la Fundación CAN o la de asociaciones empresariales como la Fundación Laboral de la Construcción de Navarra.

aglutina a la media en centros públicos desde los que se expulsa a los in-capaces por “carencia” y se apoya a los que buscan diferenciarse por “exceso”.

8.1.2. Cuando la escuela y la familia *pierden los papeles*

La socialización es un proceso constante y en el que distintas agencias de socialización imprimen racionalidades prácticas diferentes, esquemas de acción y percepción que, aunque producidas e integradas en momentos distintos, siguen influyendo en las elecciones y acciones presentes. En la modernidad, dice Girard que en fuerte contraste con las sociedades arcaicas prevalece cada vez más la disolución de prohibiciones y la desritualización ya que “no solo no hay ya tabúes que prohíban a uno lo que está reservado para otro, sino que tampoco hay ritos de iniciación que preparen a los individuos para las pruebas inevitables de la vida en común” (Fernández & Filosóficas, 2015)

De forma que modelos educativos que suprimen los límites para procurar una supuesta espontaneidad del deseo entrañarían efectos no deseados o contraproducentes en tanto que “la educación moderna cree resolver todos los problemas promoviendo la espontaneidad natural del deseo”. Suprimir todas las barreras a la <<libertad>> del deseo coloca a las personas nacidas bajo una cultura que desde la más tierna infancia (a los más débiles, vulnerables y precarios por edad -podemos hacer el ejercicio de añadir variables como el sexo, la procedencia, ...) “en la situación de interpretar correctamente el doble imperativo que procede del otro en cuanto modelo -imítame- y en cuanto rival -no me imites” (Girard 1982 en Fernández & Filosóficas, 2015).

La familia, plural en modelos, supone, en tanto que unidad referencial de convivencia, el espacio primordial de socialización del individuo a lo largo de todo su ciclo vital. Ahora existen un sinnúmero de opciones relacionadas con la construcción, ajuste, mejora o disolución de las uniones. Ulrich Beck y Elizabeth Beck-Gernsheim (2003, 2001, 1999), examinando las pautas familiares y relaciones sociales que surgen en un mundo que cambia rápidamente, en el que desaparecen las normas y directrices que solían regir las relaciones personales, concluyen que en este contexto las personas que quieren convivir son cada vez más legisladores de su propia forma de vida desvinculándose de los modelos y seguridades tradicionales, de los controles y leyes morales. Convirtiéndose en una institución renovada que compite con las instituciones educativas por la definición de valores y roles válidos para la nueva sociedad.

Para comprender mejor la realidad familiar actual resulta útil tomar como punto de partida la agrupación que propone Gimeno (2007) de acuerdo con las diferencias existentes entre las familias actuales en tres grandes categorías según diferencias en el Ciclo de Vida Familiar, en la Composición de la familia y en el tipo de Estilo de Vida (Gimeno, 2007)

Cuadro 14. Factores que contribuyen a la clasificación de modelos de familia

- El *ciclo de Vida familiar*, visto como una sucesión de etapas y sucesos (matrimonio, nacimiento primer hijo, ...).
- Los cambios en la *Composición Familiar* implican la aparición de nuevos tipos de familias.
- Las *diferencias en Estilos de Vida*, que suponen cambios en los hábitos, en la Organización y en las interacciones familiares.

Todas estas diferencias nos llevan a preguntarnos por el tipo de interacciones familiares que se producen entre los miembros y sus productos teniendo en cuenta los diferentes estilos de comunicación, manejo de normas y límites, y los niveles de cohesión y vínculo familiar. Como dice Bauman la sociedad de hoy, y por ende la familia, se mueve entre relaciones ambivalentes que se mueven entre el deseo de libertad, de lazos flexibles e individualidad, y el deseo de una mayor seguridad que proporciona el estrechar lazos que nos unen a otras personas. Así la sociedad moderna caracterizada por el cambio constante y la falta de lazos duraderos genera vínculos frágiles entre las personas.

La familia sigue siendo un espacio de solidaridad, de apoyo a los proyectos de vida de sus miembros donde se mantiene el deseo de supervivencia y reproducción respetando los derechos y la individualidad, aunque las normas tradicionales de adscripción ya no son las que determinan el vínculo familiar. El mantenimiento del vínculo familiar es algo que se elige (Beck & Beck-Gernsheim, 2003) y existen presiones externas sin las cuales no podremos entender la *conducta estratégica* de las familias ni la de cada uno de los miembros que la componen.

La incorporación de la mujer al trabajo, la democratización de la familia, y los procesos de individualización han modificado las reglas de juego que contribuyeron a fomentar el compromiso y la solidaridad en las familias. Éstas adoptan estilos de vida en relación con las propiedades estructurantes de la sociedad, no

son agentes pasivos ante los cambios que se producen en la sociedad. Particularmente, es necesario considerar el papel de los condicionantes estructurales y las respuestas y/o comportamientos de los grupos frente a éstos, en tanto y cuando nos remiten al carácter de actores sociales como a las mediaciones entre dicho comportamiento y la estructura social (Anthony Giddens, 1984). Como consecuencia, la clase social de la familia, la participación del Estado y las oportunidades del mercado de trabajo son los factores que intervienen en las conductas estratégicas de las unidades familiares.

Los cambios y las decisiones adoptadas en la familia tienen también una cara pública, que sigue el dictamen público de planificar y llevar a cabo biografías y carreras profesionales que permitan conciliar vida laboral y familiar (*work-life balance*) Satisfacer las necesidades del mercado de trabajo de movilidad, formación permanente (*lifelong learning*), flexibilidad de horarios y jornadas, etc. están teniendo un alto coste para las familias que se mide en nupcialidad, separaciones, divorcios, natalidad, responsabilidad en la educación de los hijos e hijas. En palabras más elocuentes “la libertad y la conciencia de libertad que actualmente están sacudiendo la vieja familia y que están buscando un tipo de nueva familia, no son en su origen un invento individual, sino un hijo tardío del mercado laboral amortiguado por el Estado social, por lo que también representa una forma de libertad del mercado laboral, donde el concepto de libertad adquiere el sentido de auto-obligación y auto-adaptación. Las exigencias con las que aquí hay que cumplir, deben internalizarse, integrarse en la propia personas, en la planificación y el estilo de vida y entonces chocan con la estructura familiar, la división familiar del trabajo cuyos modelos excluyen justamente esto” (Beck & Beck-Gernsheim, 2003) .

Las consideraciones anteriores nos brindan elementos para justificar que la participación familiar en el mercado de trabajo (vista como una respuesta de las unidades domésticas ante fenómenos tales como el desempleo, la caída de los salarios y del ingreso familiar) o en la educación de hijos e hijas responde a estrategias que se urden en el seno familiar ante el riesgo y el temor de perder el puesto de trabajo y el estatus social que asegure la reproducción generacional. En la lucha por sobrevivir las familias han trasladado sus esfuerzos del mercado de trabajo a la institución educativa. Las unidades domésticas se convierten en “agentes” de sus propios procesos de reproducción cotidiana y generacional y llevan al escenario de las políticas educativas la defensa de su estatus.

La escuela, por otra parte, siendo una de esas agencias de socialización, que se diferencia de otras por ser *programada*, que produce la asimilación del alumnado a una sociedad hoy globalizada, es cuestionada por las familias por transmitir una herencia cultural, valores y formas de integrarse a la sociedad que entran en conflicto con la experiencias y legítimas conductas de éstas. Para las familias lo que ofrece la escuela o bien no es valorado o no responde a sus expectativas.³⁷⁹

Teniendo presente que la socialización como la adquisición de competencias supone la capacidad para aplicar en ámbitos distintos la lógica y el rol que mejor se adapta a cada situación, las personas serán tan competentes como probabilidades tengan a lo largo de su vida de experimentar o de activar lógicas de funcionamiento social que han ido adquiriendo a través de la interacción con las agencias de socialización primaria y secundaria. Los esquemas y diversidad de disposiciones para la acción serán entonces tanto más generales cuantas más situaciones sociales propicias al desarrollo personal, en tanto y cuanto le permitan tomar distancia de su práctica y modificarla.

Sin embargo, las discordancias que se producen en este proceso no son tan azarosas ni se reducen a unos pocos. El profesorado utiliza un lenguaje, se acompaña de gestos, pone ejemplos para ilustrar temas, hace comentarios, etc. Su manera de ver el mundo y sus actitudes frente a la vida reflejan el grupo social de referencia. En los grupos de trabajo en aula tienen la posibilidad de distribuir roles que permitan jugar con las habilidades sociales básicas y ellos mismos son a su vez modelos de un rol asimilado por la institución educativa.

El contenido curricular por etapas siguiendo el desarrollo bio-psico-social determina una forma formal, una estructura, que se rige por reglamentos, disposiciones, programas y una clara jerarquía de autoridad (Dirección, Jefatura de estudios, Orientación, Departamentos, etc.) que incita cambios parciales en los esquemas previamente incorporados por el alumnado, incorporados en la familia o en el grupo de pares.

La situación se hace tanto más difícil cuando se impone el gobierno de las certificaciones. Al profesorado no sólo tiene la difícil tarea pedagógica de transferir el conocimiento sino de evaluar, clasificar, filtrar o proponer derivaciones. Situaciones que han contribuido a estructurar más la institución educativa que la propia acción pedagógica con sus etapas y niveles.

³⁷⁹ Ejemplos recientes del choque entre escuela y familia: "pin parental" en Murcia promovido por Vox, o Skolae, Programa de Educación afectivo sexual del Departamento de Educación del Gobierno de Navarra

Poner el foco en las credenciales convierte al examen en la técnica por excelencia para clasificar y controlar los logros en la instrucción. La competencia por las certificaciones ha contribuido a la inflación y devaluación de los títulos, a la vez que la escasez de titulaciones que aumentan el valor de las credenciales adquiridas provoca estrategias para mantener las distancias sociales o bloquear el acceso a los que se encuentran en posiciones más desfavorables (Criado, 2010).

Dado que el conocimiento se ha convertido en una mercancía más que ya no se atesora sino que se deshecha con verdadera compulsión para adquirir nuevas certificaciones también de corta vida se multiplican las estrategias de cierre social: asignaturas de libre elección en los ciclos de secundaria o las actividades extraescolares, las políticas de calidad, excelencia y talento, así como centrar los debates en los métodos y no en los itinerarios donde se dirimen los procesos de segmentación y diversificación curricular son algunas de las estrategias urdidas por las familias desde la aprobación de las primeras leyes de educación de la democracia. Momento en el que la educación se gradúa en ciclos y etapas³⁸⁰ y se institucionaliza y objetiva la clasificación del alumnado mediante el examen de los conocimientos adquiridos provocando que la instrucción no tenga más valor por sí misma sino por la posición relativa que otorga a quien la posee (Criado, 2010)

La libre elección del centro ha sido la estrategia más utilizada por las clases medias para asegurar trayectorias de ascenso social a su prole (utilizando todo tipo de estratagemas), que han jugado además con el modelo lingüístico -la población inmigrante se concentra en los centros públicos y en el modelo de castellano³⁸¹-.

En el año 2015 Navarra se encontraba entre las tres comunidades autónomas en las que la segregación hacia los estudiantes cuyas familias cuentan con menores recursos es superior a las de las familias con mayores recursos. El estudio realizado por Murillo y Martínez-Garrido (2018), utilizando datos de PISA, coloca a España, y Navarra, entre los países europeos con un sistema educativo de secundaria más segregado. Siendo mayor para las familias de estudiantes de mayor

³⁸⁰ LOE 1985.

³⁸¹ El modelo lingüístico A proporciona enseñanza en castellano, con el euskera como asignatura, en todos los niveles, etapas y modalidades. El modelo lingüístico B oferta enseñanza en euskera, con el castellano como asignatura y como lengua de uso en una o varias materias según la enseñanza, ciclo o etapa. El modelo lingüístico D consiste en enseñanza en euskera salvo la asignatura de lengua castellana. Existe, además, según la zona lingüística, un modelo que no incorpora la enseñanza en euskera o del euskera que se denomina modelo G.

nivel socioeconómico les lleva a concluir que en España se ha producido una *elitización* de la segregación escolar para todas las comunidades autónomas o, dicho de otra manera, a las familias con mayores recursos les están dando buenos resultados las estrategias de cierre social.

El último informe [PISA](#) de 2018 se ha producido un incremento notable del Índice Socioeconómico y Cultural (ISEC)³⁸² asignado a Navarra en 2018 respecto del ISEC de 2015³⁸³ entre el alumnado de la red pública y concertada. En el año 2018, Navarra junto a Madrid, Cataluña, País Vasco, Cantabria y Aragón conforma el grupo de CCAA son un ISEC superior al promedio de la OCDE y el total de UE.

Cuadro 15. Nivel Socioeconómico y cultural del alumnado (EISEC)

	2015	2018
Pública	-0,62	-0,26
Concertada	0,15	0,40
Navarra	-0,32	0,01

Fuente: Informe PISA 2018. Resultados de Navarra. Gobierno de Navarra, Departamento de Educación

Llevado a las puntuaciones en Competencias Matemática o Científica, cuando se habla de un incremento en su puntuación por cada punto de ISEC, se está indicando que cuanto mayor sea el incremento de este indicador, menor es la equidad del sistema educativo. En Navarra por cada punto ISEC la puntuación media en

³⁸² En PISA este índice se calcula a partir de algunas de las respuestas de los alumnos y de sus familias en los cuestionarios de contexto, las cuales están sometidas a subjetividad y, por tanto, hay una componente de error debida al instrumento de recogida de información. El ISEC resume diversa información sobre el contexto social y familiar del alumnado y se elabora a partir de los siguientes datos:

- El nivel de estudios de la madre y del padre (se toma como valor el más alto de los dos).
- La profesión de la madre y del padre (se asigna el valor de mayor nivel de ambos).
- Nivel de recursos domésticos (el ordenador -de escritorio o mesa para uso personal-, libros propios, habitación propia, conexión a Internet, reproductor de CD o DVD).
- El número de libros que el alumno tiene en su casa.

El valor se expresa como una variable continua tipificada para cada país, con media 0 y desviación típica ± 1 . El ISEC de cada país se obtiene realizando la media de los índices de los alumnos de ese país, con la correspondiente ponderación de forma que cada alumno tiene un peso equivalente al número de individuos de la población a los que representa.

Consultado en:

http://formacion.intef.es/pluginfile.php/120715/mod_resource/content/1/EEISE_Modulo04_parte2_v12.pdf

³⁸³ Para profundizar en la dificultad que tiene la producción de los indicadores como el ISEC y errores técnicos de proceso de los que nadie está exento:

<http://blogdelifie.blogspot.com/2019/10/segundo-error-grave-de-pisa-en-espana.html>

Matemáticas aumenta 30,56 puntos, en España, por punto ISEC aumenta la puntuación 29,8 puntos. Por titularidad, por cada punto ISEC la puntuación media en Matemáticas aumenta 26,42 puntos en la Pública y 31,96 en la Concertada.

La situación denunciada en PISA no es nueva en Navarra, en el año 2003 fue denunciada la concentración de población inmigrante por un Apyma de un centro de Tudela. La resolución del Defensor del Pueblo es demoledora³⁸⁴, el 73% del alumnado inmigrante estaba matriculado en los centros públicos de Tudela y el 27% lo estaban en centros privados concertados. Constando además que en “los centros educativos en los que ya existía un cierto colectivo de alumnos pertenecientes a determinadas minorías étnicas, necesitados de apoyos pedagógicos adicionales, se produce además una mayor concentración de alumnado de origen inmigrante”. Y añade que dado que el origen mayoritario de la población inmigrante (70%) son de países sudamericanos “no parece que el carácter religioso, católico, de los centros privados concertados pudiera tener un efecto disuasorio en el ejercicio del derecho a la elección del centro”.

La respuesta del Consejero de Educación al informe PISA de 2018 ha sido el compromiso para “en los primeros meses del próximo año 2020” un nuevo decreto foral de distribución equilibrada del alumnado en todos los centros educativos financiados con fondos públicos, con el que se quiere reducir las altas tasas de concentración del alumnado inmigrante o desfavorecido que registran algunos colegios públicos. La propuesta del Departamento de Educación es trabajar sobre el reparto equitativo desde la reserva de las plazas, no “solo en el periodo ordinario, sino también en el periodo extraordinario y fuera de plazo”, ya que los alumnos matriculados fuera de plazo, generalmente con un ISEC desfavorecido, se suelen incorporar a centros públicos y entidades sin ánimo de lucro como la de Ilundain.

Una situación que, por otra parte, queda reflejada en los datos suministrados por el Observatorio de la Realidad Social de Navarra como en los manejados por el Departamento de Educación. En ambos casos se alerta del desigual reparto de los menores de origen extranjero en centros públicos y concertados. Situación parecida se produce en los modelos educativos G y A (castellano y castellano con euskera como asignatura) en donde se concentra el alumnado con mayores dificultades.

³⁸⁴ <http://www.defensornavarra.com/index.php/es/Noticias/2001-2006/Noticias-2004/El-73-de-los-alumnos-inmigrantes-de-Tudela-concentrados-en-colegios-publicos>

El Plan Estratégico de Inclusión de Navarra 2018-2021³⁸⁵ que parte de un diagnóstico de situación de la Exclusión Social en Navarra, elaborado por el Observatorio de la Realidad Social, tomando como referencia el índice ISEC destaca que en “el cuartil más bajo de ISEC, el 67% de los alumnos y alumnas cursan el modelo A y G. En el segundo cuartil la educación pública representa al 69% y la concertada al 31% de los centros. Igualmente, son los modelos A y G los que acogen a un mayor número de alumnado en estos cuartiles. Por tanto, los centros públicos tienen una mayor presencia en los cuartiles ISEC más bajos. Dentro de estos niveles, es mayoritario el alumnado que cursa modelos educativos A y G”.

Así mismo, el informe recoge que el alumnado matriculado de entornos desfavorecidos en el curso 2016-2017 era 15.589, de los cuales el 82,3% (12.833) estaban en centros públicos y el restante 17,7% (2.756) en centros concertados. Teniendo por otra parte menor presencia en los ciclos de secundaria los menores de entornos desfavorecidos, como evidencian las tasas de abandono escolar³⁸⁶ y el aumento de la presencia en programas como la formación profesional Básica a la que pueden ser derivados, si bien con carácter excepcional, desde 2ª de la ESO.

Parecería razonable que ante situaciones como las descritas en los centros educativos se haya instalado la máxima de *sálvese quien pueda* y entre las posibles opciones para hacer frente a la diversidad, desfases curriculares y interrupciones que se producen en las aulas se haya optado por la derivación a centros educativos como IES Huarte o entidades sociales como Ilundain. A la demanda de familias que redefinen su papel en un “nuevo escenario de relación entre el individuo – erigido en «cliente» del sistema de enseñanza– y los establecimientos escolares – concebidos como «productores» de un servicio” (Soria, 2007) un modelo de centro que se siente más responsable ante los padres, debe dar cuenta de sus actos y maneras, e intentará atender los intereses de los consumidores con más capacidad para “hacer ruido”.

Las estrategias de cierre social, mediante modelo lingüístico, problema de certificaciones de los profesionales, de acotamiento de las posibles elecciones, han

³⁸⁵ https://gobiernoabierto.navarra.es/sites/default/files/plan_estrategico_de_inclusion_social_navarra_2018-2021.pdf

³⁸⁶ Se estima que el coste para un país como España del abandono escolar, cada año, 17.000 millones de euros en Save the Children, *Infancia En Construcción. Medidas Para Luchar Contra La Desigualdad En La Nueva Normalidad*, 2020

contribuido al deslizamiento del poder de las políticas públicas hacia el poder del mercado.

Cuadro 16. Matriculaciones según ciclo formativo y modelo lingüístico curso 2017-18

	Modelo G		Modelo A		Modelo B		Modelo D		Total Alumnado
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
ESO	17.581	65,44	325	3,61	28	0,1	6.870	25,57	26.685
C. Formativo	6.493	72,14	325	3,61			2.183	24,25	9.001
FP Básica	7.096	94,75					393	5,25	7.489
Total	31.170	160	650	7	28	0	9.446	31	43.175

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Informe del Consejo Escolar de Navarra 2018³⁸⁷.

Una escuela guiada por los principios del mercado deja atrás los objetivos de cohesión social e igualdad de oportunidades³⁸⁸. Una escuela así mira por los resultados a corto plazo y para conseguirlos se rechaza a los que no pueden seguir el ritmo (sean cuales sean sus dificultades se han convertido a los ojos de predadores de certificados en perturbadores, vagos, *amotivacionales*,³⁸⁹ etc.)

Los defensores de las libertades esgrimen que o bien la libre elección estimula la competencia y la mejora de la calidad de los centros o que permite restablecer la influencia de la tradición y de las instituciones clásicas. Los defensores de la igualdad y la cohesión social defienden por el contrario valores distintos a la libertad para determinar las conductas y elecciones cuando “una libertad puede obstruir o dejar de crear las condiciones que hacen posible otras libertades, o un grado mayor de libertad, o la libertad para más personas” (Berlin en Soria, 2007). Argumentos que parecen irreconciliables y que convierten en una tarea difícil

³⁸⁷https://consejoescolar.educacion.navarra.es/web1/wp-content/uploads/2018/12/CEN_ISEN1718_cast-1.1.pdf

³⁸⁸ La LOMCE de Wert, criticada por amplios sectores de la sociedad española, restó poder a los Consejos Escolares, en los que están representadas las familias, frente a los Equipos Directivos lo que podría ser resumido de la siguiente manera: si en la LOE el Consejo tenía voz y voto con la LOMCE tan sólo tiene voz.

³⁸⁹ El síndrome amotivacional (aplanamiento, abulia) se asocia con las personas que consumen marihuana. No obstante, no se trata de una condición exclusiva del consumo de esta droga, tampoco todos los consumidores de marihuana sufren este síndrome. En general, las drogas de abuso tienen diferentes mecanismos de acción, pero afectan el sistema de recompensa y la función dopaminérgica. En consumidores de marihuana, este efecto se denominó síndrome amotivacional.

conciliar la libertad, la igualdad y la equidad. Ya que revalorizar el proyecto escolar priorizando la libertad de elección frente a otros valores necesita de la premisa de que todos los padres y madres están en buenas condiciones para hacer buenas elecciones.

La lógica de la libre elección no sólo opera en el sistema educativo en base a la lógica de la normalidad en torno al estándar de aprendizaje mediante el examen sino también gracias a haber hecho del aprendizaje algo *crónico*. Un aprendizaje siempre a mejorar y/o sustituir porque está próximo a caducar, con “credenciales educativas que pierden su valor respecto a su costo anual” y que incluso “se convierten en equidad negativa” (Bauman, 2005a) abre una serie de posibilidades que no están al alcance de todos.

Las lógicas de la elección en clave de mercado hacen del sistema educativo un mercado de opciones diversas que generan desigualdad y convierten la libertad de las familias en un acontecimiento sincrónico de opciones informadas en un momento dado basadas en criterios de oportunidad y eficacia. Se les transfiere a las familias la responsabilidad sobre el fracaso o éxito, de darles o negarles oportunidades, a sus hijos e hijas en base a buenas o malas elecciones tomadas en un momento dado, obviando con buena o mala fe que la educación es un cúmulo de prácticas y un proceso que no puede resumirse tan sólo en torno a un tiempo y lugar específico. ¿Quién sería tan necio como para no atender el criterio de un orientador o un jefe de estudios, que basando su análisis en criterios objetivos no aceptar el cambio de centro o de estudios, de su hijo o hija? ¿Quiénes a pesar de las evaluaciones objetivas logra que sus hijo o hija siga en el centro? ¿Para quién las políticas universales, de normalización?

Como expone Morel (2018) en su estudio sobre la construcción del fracaso escolar en Francia, los procesos de etiquetaje que tienen lugar en los centros de educación primaria franceses³⁹⁰ “se construyen en buena parte fuera del marco escolar”. En su investigación, advierte de la incursión de las neurociencias en el aula como herramienta para comprender el fracaso escolar y convertir los trastornos específicos del aprendizaje como la dislexia, discalculia, déficit de atención con o sin hiperactividad, ... se han convertido en trastornos seguidos por la imaginaria ce-

³⁹⁰ Stanislas Morel, La medicalización del fracaso escolar en Francia. Una forma contemporánea de etiquetaje de los alumnos con dificultades escolares. Revista de la Asociación de Sociología de la Educación 2015, vol. 8, nº 3, pags. 321-334.

rebral desde edades muy tempranas. Las neurociencias la psicología y las biociencias, que se han dedicado desde mediados del siglo pasado a explicar los procesos cognitivos implicados en los aprendizajes básicos de la lectura, la escritura, el cálculo, han logrado que permeen en el aula sus propuestas de intervenciones pedagógicas inspiradas en sus trabajos de investigación. Llegando a difundir gradualmente adaptaciones pedagógicas “universales”, a edades más tempranas³⁹¹ y a convencer a toda la comunidad educativa de la positivo de aplicar sus métodos también sobre el alumnado la “normal”. Idea que por otra parte sintoniza con la tendencia racionalizadora y criterios de eficacia de las políticas públicas.

El autor del estudio describe además cómo en Francia el profesorado ha experimentado un proceso de socialización creciente en el entorno médico, proceso en el que influyeron las políticas de inclusión, y por el cual han adquirido cierta familiaridad con los tratamientos de psicólogos, psiquiatras o expertos que tratan las desviaciones comportamentales o las dificultades cognitivas. De tal manera la redefinición del fracaso escolar, aprobada por la institución escolar, se expresa como la tendencia a recurrir a los profesionales de la salud; o en la búsqueda de una etiqueta, que permita ayudar a los alumnos percibidos como desajustados al marco escolar o incontrolables, además de aliviar su carga de trabajo. El buen profesor o profesora es entonces aquel que “sin abandonar su acción pedagógicas, es capaz de señalar rápidamente a los alumnos con dificultades escolares a los especialista del fracaso (definidos como *colaboradores*) entre los cuales los profesionales de la salud ocupan una plaza central” (Morel, 2015).

En este contexto, la capacidad de los padres para influir en el diagnóstico y en la implementación de medidas pedagógicas favorables a sus hijos varía mucho en función de recursos económicos y/o culturales desigualmente distribuidos. Los padres de clases medias y superiores logran frecuentemente evitar algunos diagnósticos que estigmatizan al alumno o alumna y que podrían reducir mucho sus posibilidades de éxito escolar. Estos padres y madres con recursos logran, incluso apoyándose en diagnósticos de otros profesionales, obtener adaptaciones pedagógicas e implicación por parte del centro y profesorado. En cambio, los padres de clases populares sufren más la imposición de diagnósticos y la orientación de sus hijos hacia clases especiales con pocas expectativas de éxito.

³⁹¹ La utilización de encuestas longitudinales como PISA ha permitido constatar que quienes salen del sistema educativa sin título alguno ya reunían dificultades en los primeros años de escolarización.

Armonizar la responsabilidad de promover la mejora de la educación con los derechos de las familias, exige tomar conciencia de las segregaciones “involuntarias” del sistema educativo y adoptar medidas positivas frente a la segregación. Sin embargo, no podemos dejar fuera de la ecuación a esos otros profesionales externos que como expertos son llevados a la esfera educativa por familias y profesorado y que han contribuido a que padres y centros educativos se comporten también como consumidores en un mercado de diagnósticos y tratamientos contra el fracaso escolar, el absentismo, las conductas disruptivas, etc. Es inevitable pensar en el juego de fuerzas que se produce entre quienes se mueven como pez en el agua, que utilizan el mercado y las administraciones, y que desempeñan un papel activo en el proceso de clasificación, reparto de certificaciones y de etiquetado y entre quienes se ven limitados a ser actores con un papel mucho más reducido y que tienden a ser etiquetados a través de sus hijos con juicios de valor, si no diagnósticos, “estigmatizantes, además de poco rentables en el mercado escolar” (Morel, 2015)

La sociedad ha conseguido dotarse de una red tupida, amplia que logra hacerse opaca en una trama de programas desarrollados por instituciones y entidades públicas y privadas, en la que participan actores de muy diversa procedencia que intenta esconder los resultados no deseados de sus prácticas institucionales en forma de nuevas oportunidades para quienes de acuerdo con sus características individuales no dan la talla. Y así el *reguero* de menores que va quedando atrás crece año tras año.

Cuadro 17. Número de personas inscritas a programas de formación para la inserción profesional según curso escolar

NIVEL/CURSO	F.P. Básica	Talleres Profesionales-FPE	P. Garantía Social	Total
2007/08			875	875
2008/09			930	930
2009/10			949	949
2010/11			1077	1077
2011/12			1071	1071
2012/13			1084	1084
2013/14			1158	1158
2014/15	497	152	518	1167
2015/16	819	119	201	1139
2016/17	941	319	20	1280
2017/18	1060	309		1369

Fuente: Elaboración propia a partir de Estadísticas básicas del Departamento de Educación de Navarra

A este juego se ha unido el cuerpo universal de conocimientos procedentes de las neurociencias, de la pedagogía o de la psicología. Ciencias que cuando toman cuerpo en la lógica de relaciones personales para hacer juicios sobre la bueno o malo, adecuado o no, para cualquier alumno o alumna, para cualquier tiempo y contexto, provoca cursos de acción y hechos normativos que no pueden ser predefinidos de antemano, sino que deben ser algo a establecer y crear constantemente. Sin embargo, estos conocimientos llevados a la práctica en forma de protocolos, procesos de cribaje, reglamentos, contribuyen al cumplimiento y refuerzo de “profecías”.³⁹²

La tecnología en esto ha jugado también un papel relevante, acelera los acontecimientos. Tenemos evaluaciones al instante y precipita la toma de decisiones. Los datos urgen a actuar “ya”; si tenemos la información tenemos el deber de actuar.

³⁹² En el ámbito educativo, pero no sólo en él, es sabido los efectos que las creencias expectativas de los demás tienen, para lo bueno y para lo malo, sobre la adopción de conductas. Rosenthal y Jacobson (1968) en su estudio “Pígalión en las aulas” jugando con las expectativas y percepciones que el profesorado había puesto sobre su alumnado lograron alterar el rendimiento transformando lo que los investigadores les habían dicho en una didáctica individualizada que cumplió con la profecía de los investigadores. El mito de Pígalión y el cuento de Pinocho, versión clásica y moderna, son claros ejemplos del efecto positivo de las expectativas. Piedra y madera a través del trabajo obsesivo de un escultor y un carpintero cobraron vida.

Pero cuánta es ¿suficiente?, ¿cuál es el tipo de información que necesitamos? ¿y si nos equivocamos?

En esto Foucault y Castel ya advirtieron, que quien decide está cada vez más alejado de la persona sobre la que recaen las consecuencias de su *orientación*, se proponen derivaciones a otros recursos que son evaluadas por instancias superiores, en todo momento se sigue el protocolo, todo se disuelve dentro del cuerpo administrativo. En caso de no dar con la solución a la primera podrá pensarse en otros recursos dada la diversidad de ofertas que se han gestado, educativas y pre-laborales de la mano de entidades sociales con y sin ánimo de lucro.

Frente al tipo de relaciones y prácticas de mercado otro modelo de relación es posible. En Ilundain se ponen en juego constantemente las relaciones en la que la comunidad educativa se implica en una especie de experimentación ética que ha tardado años en desarrollarse por un cuerpo de profesionales en relación con un alumnado y sus familias que han sufrido la exclusión del sistema educativo formal. Conscientes de la necesidad de articular conocimientos, saberes, actitudes y habilidades, con creatividad, innovación, perseverancia y flexibilidad han convertido sus *quijotescas* demandas en posibles alcanzables, en futuros abiertos, co-construidos para una juventud a la que se la *desclasificó* por no ser suficientemente buena para la marcha normal del aula-sociedad del bienestar.

Capítulo 9. Recomponer una unidad de experiencia: Mucha maña y poca fuerza

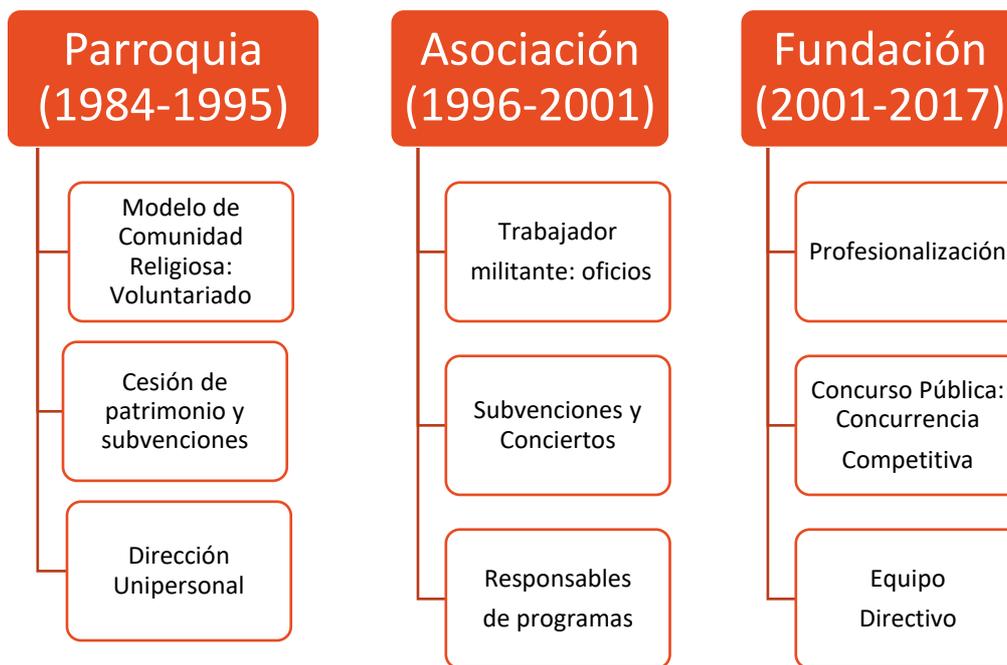
Las numerosas crisis económicas, que han sacudido España de forma más o menos virulenta desde los años 80, han contribuido a la debilitación de las redes de seguridad para la población en general y para los ciudadanos y ciudadanas precarios, que acceden a empleos precarios. Cambios que no suponen “menos Estado” sino nuevos modelos de intervención. El Estado colabora con el mercado y condiciona y modula a través de sus instituciones (sistema educativo, sanitario, atención social) una progresiva gestión de los riesgos por las personas, que “han interiorizado la competitividad como pauta de existencia social” (Cabrero, 2014). El papel de política ha transformado el objetivo del bien colectivo en experiencia individual: responsabilidades e intereses individuales que permiten reducir la esfera públicas y eliminar redes de seguridad financiadas por los gobiernos y “reemplaza legislación de carácter social por políticas punitivas” (Giroux, 2003).

En este contexto, las oportunidades menguantes que se ofrece a la mayoría de los jóvenes, la competitividad exacerbada y la cultura del logro ha provocado un sentimiento de ausencia de futuro entre las generaciones de jóvenes que se expresan o adoptan formas de expresión muy distintas según origen social (cultural, económico, etc.).

La yuxtaposición de los sustantivos juventud, drogas y delincuencia roba la inocencia de generaciones de jóvenes pobres, excluidos o vulnerables obviando la necesidad de seguridad, de la creación y mantenimiento de redes de seguridad. Desde los años 80 las respuestas a los temores de la población adulta con respecto a los jóvenes (incluidos pánicos morales en relación con conductas sexuales, uso de drogas, abandono temprano de los estudios, etc.) han sido la génesis de tecnologías de seguridad desde los ámbitos de la salud y la educación como las que hemos descrito y discutido en los capítulos precedentes.

Los actos de esta organización primero como comunidad religiosa, después como asociación y finalmente como Fundación incorporan la relación con la naturaleza y el aprendizaje de oficios como elementos para vencer las contradicciones que surgen en las interacciones sociales, entre las relaciones individuo-sociedad, agencia y estructura.

Ilustración 35. Cambios en la organización de Ilundain 1984-2017



Fuente: Fundación Ilundain Haritz-Berri

Pronto comprendieron que para no quedar etiquetados -institución, profesionales y alumnado-, debían abrirse a la sociedad, crear puentes. El entorno rural ha permitido a lo largo de sus más de treinta años de andadura la creación de diversos programas de educación ambiental, como la granja, la huerta ecológica, apicultura, campamentos de verano, etc. con apoyo económico de la Caja Rural de Navarra.

Cuadro 18. Recursos Medioambientales de la Fundación Ilundain

- Un espacio con más de 600 m² de establos y unos 400 animales de 50 especies diferentes.
- Una huerta ecológica con 1.500 m² de invernaderos en producción ecológica y 800 m² de huerta ecológica al aire libre.
- Un Bosque-Medio Natural que consta de una Casa del Bosque, vivero de planta autóctona de 200 m². Un jardín botánico, con más de 90 especies vegetales. Y un bosque didáctico de 10.000 m². Recorrido de 5,5 kilómetros con esculturas talladas en los tocones de los árboles realizadas por plantilla y jóvenes de Fundación Ilundain.
- Estación didáctica meteorológica.

- La casa de la miel (venta de miel).
- Parque de Energías Renovables.
- Una Cañada Real con paneles de interpretación.
- Una Asociación de Voluntariado Ambiental que colabora en actividades de promoción del Medio Ambiente en el valle de Aranguren y en actividades medioambientales que se realizan en la Fundación.

Programas de educación ambiental que atraen población escolar normalizada a Ilundáin y con la que interactúa su alumnado. De esta forma se crea un espacio que puede proporcionar sinergias positivas dentro-fuera, espacio rural y urbano. Así como abrir el trabajo de aula hacia un contexto educativo nuevo y *natural*. Integrando sólidos valores ambientales con aquellos que son más propios del mundo productivo y transformador de la materia. En este caso quienes están en dificultad social son quienes, guiados/acompañados por los adultos, transforman la materia, lo más puro, para ofrecerlo a otros, visitantes, familiares o vecinos de los pueblos colindantes con Ilundain.

En este espacio los alumnos y alumnas, y el profesorado, crean circunstancias que invitan a los demás a actuar, a sacar partido de la experiencia. En este interactuar con la naturaleza y con “el otro” se producen cambios en las percepciones a cerca de las consecuencias de las acciones y de los acontecimientos. De tal modo el reajuste de sus conductas y percepciones resulta lo suficientemente ventajoso como para ser ignorado.

El trabajo realizado por la Fundación es considerado por sus miembros un laboratorio social donde la administración –entienden que incapaz de asumir riesgos- hace descansar en la institución la responsabilidad de los programas destinados al alumnado con mayores dificultades para que culminen en unos casos la enseñanza obligatoria, mediante la FP Básica, Unidades de currículo educativo (o UCA) o Formaciones profesionales básicas que permitan inserciones laborales razonables al término de los programas. El objetivo de inserción laboral exige a la institución hacer un trabajo encomiable para estabilizar y fidelizar a sus usuarios/as durante el mayor tiempo posible diseñando itinerarios formativos que permiten el encadenamiento de programas; y atraer la atención empresarial hacia sus programas -financiación, patronazgo-mecenazgo- y su alumnado -acogimiento en prácticas y contratación-. Así como lograr que empresas, administraciones públicas y particulares contraten los servicios de sus empresas de inserción.

Cuadro 19. Recursos de Ilundain para la Inserción

1. Programas residenciales, repartidos en cinco espacios diferentes: dos residencias del Centro de Observación y Acogida, Acogimiento Residencial Básico, una residencia de Acogimiento Residencial Especializado, con 8 plazas, y ocho pisos dirigidos a menores extranjeros/as no acompañados (Menas) Programas se dirigen a jóvenes con edades entre los 12 y los 18 años. Se cuenta además con un programa de Autonomía en Medio Abierto.
2. Programas de formación y capacitación: PCA, FP Básica y Taller Profesional componen el conjunto de programas formativos de Fundación Ilundain, y suponen el primer paso dentro de la Escuela de Segunda Oportunidad (reconocida como tal en el año 2017). Estos programas se dirigen a jóvenes con edades comprendidas entre los 14 y 21 años.
3. La inserción laboral: Escuelas Taller, Programas Integrados de Formación y Empleo o los cursos con certificado de profesionalidad dirigidos a personas desempleadas.
4. Inclusión Social: proyectos dirigidos hacia la orientación profesional e intermediación con empresas, como Incorpora, y otros dirigidos al acompañamiento social de personas vulnerables, como Caminan2 y Autono+
5. Empresa de inserción presta diferentes servicios a Entidades Públicas y Privadas entre los que destacan el mantenimiento y creación de jardines.
6. Aterpeak es el proyecto desarrollado por Fundación Ilundain dentro de su área de Innovación Social. Se trata de un proyecto cuyo principal objetivo es generar empleo a través del desarrollo de una idea empresarial, a través de la fabricación y comercialización de elementos en madera, como cajas nido, parques infantiles, etc.
7. Haritzkume, programa de Intervención Asistida con Animales (IAA) atiende a jóvenes con graves dificultades emocionales que no consiguen integrarse en los programas de Ilundain, dando prioridad a jóvenes en protección. Las intervenciones se realizan por profesionales de Ilundain en la Hípica de Labiano.
8. Programas para la inclusión social y laboral:
 - a. Autónomas: El proyecto se materializa en la posibilidad de alquilar una habitación en una vivienda compartida por jóvenes extuteladas o en condiciones de riesgo que estén en proceso de autonomía
 - b. Cominan2: a jóvenes de entre 17 y 30 años en dificultad social.

A través de personas voluntarias se promueve la relación entre jóvenes y referentes adultos que ofrezcan un apoyo individual a otras personas en situación de vulnerabilidad. Esta relación es tutorizada por personal técnico del programa.

- c. Incorpora: programa, financiado por Obra Social La Caixa, es fomentar la inclusión laboral de personas en situación de vulnerabilidad a través del trabajo en red entre las diferentes entidades sociales.

Fuente: Elaboración propia a partir de web de la Fundación Ilundain

En Ilundain fueron pioneros haciendo propuestas de intervención socioeducativas ligadas al medioambiente, y siguen siendo pioneros en modelos de preparación para la inclusión social e incorporación al mercado laboral ampliando los valores medioambientales y de sostenibilidad al modelo de integración social y laboral.

9.1. Los apoyos de las Administraciones públicas navarras

La progresiva descentralización y transferencia de competencias en materia de servicios sociales, educación o salud a las comunidades autónomas y corporaciones locales desde los años 80 supuso un cambio en la organización administrativa a la vez que se daba paso a un proceso de implantación y consolidación de distintos programas desarrolladas por entidades sociales con muy diversa suerte.

En este proceso de descentralización administrativa, la promoción e inserción social se forja como uno de los servicios en los que la Economía Social ha tenido un creciente protagonismo. Revelándose cada vez más como entidades especialmente idóneas para proveer y gestionar eficazmente tales servicios ante la falta de acción de las administraciones públicas. Mientras las entidades sociales fueron capaces de integrar acciones de distintos ámbitos: social, educativo y laboral, aportando una mirada en positivo de la población con la que intervienen, las distintas administraciones se estructuraban en departamentos (política social, educación, salud) que dificultaban el diseño de intervenciones integrales, sin una ventanilla única que evitara *peregrinajes* a los demandantes de ayuda por espacios impersonales y burocratizados.

Esta situación provoca que ésta y otras entidades que trabajan con menores, adolescentes y jóvenes tenga tengan múltiples interlocutores con los que relacionarse para dar respuesta a las necesidades de quienes se incorporan y/o derivan a sus distintos recursos formativos y de inserción sociolaboral.

Cuadro 20. Las relaciones con las administraciones públicas

- Departamento de Educación: Unidades de Curriculum Adaptado, FP Básica y Formación Profesional Básica
- Políticas Sociales: COA y residencias para menores
- Servicios Navarra de Empleo: Escuela Taller, Empresa de Inserción

Sea porque “al que madruga Dios le ayuda” o porque “el que se adelanta canta” lo cierto es que Ilundain estuvo entre las entidades que primero atendieron a la juventud en situación de riesgo y/o vulnerabilidad y que primero lograron el apoyo de las administraciones públicas³⁹³, además de entidades financieras, como ha sido la Caja Rural de Navarra desde el momento en que se gestó la Granja-Escuela. Sin embargo, la relación y apoyo de las administraciones públicas no está libre de tensiones y desavenencias.

La propia administración a través de sus políticas de participación social -sean éstas mediante líneas de subvenciones o a través de la contratación de servicios en concurrencia competitiva- convierte lo que son propuestas de mejora social en una lucha por los recursos, y en una mirada hacia sí de las entidades sociales para poner en valor lo que son frente a otras. Sin embargo, desde sus inicios Ilundain ha buscado alianzas con otras entidades sociales, crea redes, para que sus demandas adquieran fuerza ante las administraciones públicas. Entre sus demandas están en la actualidad la mejora de las condiciones de los profesionales de la intervención social³⁹⁴ y del modelo de intervención orquestado desde las distintas

³⁹³ En una reciente formación sobre innovación social, en la que coincidí con entidades sociales muy diversas, las de reciente creación expresaron cómo en Navarra pesa mucho la “tradicición” y que para hacer frente al poder acumulado de entidades con largo recorrido tenían que buscar alianzas entre sí. Estrategia que también han seguido los “históricos” para hacer frente a los recién llegados, así como ganar fuerza ante las administraciones.

³⁹⁴ En la actualidad, entre sus objetivos está el logro de un convenio para los recursos de Integración social, si no de residencias destinadas a la protección de menores. Para ello se ha constituido la Asociación de Entidades de Residenciales de Navarra, AERNA.

administraciones públicas de Navarra que tiene por objeto a la población con comportamientos que se consideran desviados.

Modelo de intervención que establece la detección desde edades muy tempranas en espacios normalizados de comportamientos que incluyen el consumo de sustancias, el absentismo y abandono temprano escolar, etc. Modelo que impregna con toda una red de tecnologías de control el sistema educativo (PCA, FP Básica), la formación para el empleo (EETT) o el ámbito de la intervención social (Servicios Sociales) y que tienen por objeto el control sobre las trayectorias de la población joven que fractura el orden social.

Convertidos la mayoría de esta chavalería en casos sociales llegan a entidades sociales como la de Ilundain que intentan evitar que los jóvenes vayan, de recurso en recurso, en búsqueda de apoyos y ayudas. Lograr la autonomía personal era y sigue siendo el objetivo que persigue esta institución. Sin embargo, utilizando como símil el Estado social y siguiendo, de nuevo a Beck, por un lado, Ilundain, debe y tiene que contrarrestar la dinámica centrífuga de rechazo de la juventud a las instituciones de control, de los muy diversos intereses sociales parciales que desde distintos ámbitos se ha puesto sobre menores y adolescentes en conflicto, orientados de un modo utilitarista para recobrar un orden establecido que permita satisfacer necesidades, hábitos y expectativas de lo normal. Pero por el otro, el poder autoritario y jerárquico de control y de decisión de la institución, perturba precisamente la autonomía y la autoorganización de los actores más jóvenes. En palabras de uno de los fundadores de Ilundain se trata de “mano izquierda para darles cariño, escucharlos, comprenderles y mano derecha para que hubiera normativa e incluso disciplina”.

El equilibrio para convencer sin doblegar y acompañar en la (re)construcción de sus biografías a lo largo de la historia de esta entidad ha demandado de esta entidad “mucho maña y poca fuerza”. Destacamos cuatro hechos -o resultados no esperados- que demandaron de saber técnico y experto y que, a la postre, han generado el carácter innovador de la entidad:

- 1) Las dificultades que surgen en el proceso de toma de decisiones. El carácter asambleario de sus orígenes choca con el comportamiento de los menores y adolescentes residentes en el centro y las demandas de las administraciones públicas.
- 2) El sentido de trabajo generado por los primeros habitantes del Centro encargados de realizar las primeras obras de reconstrucción/rehabilitación del pueblo de Ilundain. Su labor *artesana –de aprendizaje de oficio-* como

parte del proceso de capacitación y rehabilitación los llevó a sentirse los propietarios de la tierra y de las casas que habían transformado con sus manos.

- 3) Trabajar en un mismo espacio con menores del Centro de Observación y Acogida (COA) y menores con cumplimiento de medidas judiciales por la falta de recursos de las administraciones públicas desde los años en los que se inician las transferencias del Estado a las Comunidades Autónomas.
- 4) El suicidio de dos menores en dos de los modelos de centros residenciales que gestiona Centro de Observación y Acogida (COA) y en el Centro de cumplimiento de medidas judiciales para menores³⁹⁵ que cuestiona los modelos de “contención” de las entidades que trabajan con una casuística de desprotección que incluye el abandono, el maltrato, el abuso sexual, la inducción a la mendicidad, a la prostitución o la explotación laboral o conductas como el abuso de drogas, trastornos emocionales y delitos.

Estas experiencias movilizaron espacios y rituales donde se generaron iniciativas que fueron señalando nuevas necesidades:

- a. Relacionadas con los mecanismos de participación, donde los adultos y los roles que desempeñan en la institución configuran modelos organizativos donde surge una autoridad legítima.
- b. Relacionadas con la creación de oportunidades para vivenciar experiencias positivas de logro (personal, social, laboral, ...).
- c. Relacionadas con el autocontrol, coordinando las normas sociales-legales con los deseos y las expectativas.

³⁹⁵ Inaugurado en 2012 y concedida la gestión del centro a Ilundain, esta entidad decide en 2014 renunciar a seguir haciéndolo en las condiciones económicas que definía el pliego de condiciones de licitación del contrato de gestión. Los 1,58 millones de euros anuales que destina el gobierno foral son considerados por la Fundación insuficientes. La nueva licitación mejora las condiciones e Ilundain sigue hasta 2018 con la gestión. El contrato de gestión, con una duración de cuatro años, se financiará de la siguiente forma: 1.381.814 euros en 2014, 1.943.251 euros en los años 2015, 16 y 17 y 479.157 euros en 2018.

<http://www.aranguren.tv/la-gestion-del-centro-de-menores-de-ilundain-se-licitara-por-76-millones/>

- d. Relacionadas con la reducción de las situaciones de riesgo e incertidumbre, aportando los elementos necesarios para trabajar con seguridad y confianza (para menores, adolescentes y profesionales).
- e. Relacionadas con la integración social, aportando conocimiento técnico y habilidades sociales que ayudaran a redefinir e integrar roles sociales en un marco nuevo de relación.
- f. Relacionadas con la creación del conocimiento e innovación. Configurando entornos diferentes para la reconstrucción de biografías.

Nos detenemos brevemente en las crisis que provocaron la encomienda de la administración foral de dos programas que, por un lado, tuvieron que resolver la encrucijada de “educar con contención”; por otro, despejar la incógnita de llevar a cabo intervenciones en un mismo espacio transitado por *víctimas* (menores del sistema de protección) y por *verdugos* (menores del sistema judicial). Nos referimos al COA y la residencia de cumplimiento de medidas de menores.

La manera en cómo esta entidad integró la figura del vigilante, o personal de seguridad, introducida por la Ley del menor del 2000³⁹⁶ ha sido, según sus fundadores, un elemento diferenciador de esta institución. La presencia de los agentes de seguridad se intenta convertir en una oportunidad de relación nueva con este elemento de control social.

Reinterpretan el mandato judicial de educar con contención, combinando: normas y protocolos, capacitación de los profesionales que intervienen con los menores y proyecto educativo:

- a. Normativa clara, y consensuada con los y las menores.
- b. Equipo humano de profesionales maduro, preparado para afrontar las situaciones a las que les exponen continuamente los chavales con confianza y seguridad.
- c. Proyecto educativo que no mira tanto el tipo de conducta que provoca el conflicto (como puede ser el consumo de drogas) sino al conflicto en sí mismo (elemento común en todas las sociedades y espacios de relación).

El resultado ha sido “la aceptación de males ordenados para alcanzar una situación intermedia entre el caos sin freno, y el orden duro como el acero” (Beck, 1999), más propio de instituciones de control judicial y penal.

³⁹⁶ Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.

9.2 Abordar el conflicto: no valen las medias tintas

El abordaje del conflicto es especialmente importante entre el alumnado de Ilundain. El conflicto ha sido un continuo en su trayectoria vital con altos grados de violencia, generalizado en ocasiones en las distintas áreas de relación (escuela, ocio, familia, etc.), sin la madurez y las herramientas necesarias para hacerles frente. Hacer que las normas “exteriores” de los adultos, se interioricen a través del convencimiento y el trabajo con cada uno/a, permite el control institucional necesario para avanzar con el proyecto educativo.

Nada queda al albur del instante, todo ha sido preestablecido, objetivado a través de normas y protocolos, modos de hacer y contener que han definido un modelo de intervención con la participación y aceptación de toda la comunidad, educadores y educandos.

La experiencia de la institución y de sus profesionales hace de la norma algo flexible, con la que se puede ser transigente, pero que no la convierte en autora de arbitrariedad. En la transacción se puede transigir en la forma, pero no en la propuesta de medidas, toda acción tiene sus consecuencias y el alumnado conoce y ha aceptado las reglas de juego.

En la relación con las normas se producen momentos para experimentar, aprender y comprender el funcionamiento de las interacciones cotidianas con otros actores y estructuras. Las normas se constituyen como una herramienta para el buen funcionamiento social de la organización en cuanto a su capacidad de generar experiencias de enfrentamiento y/o afrontamiento adecuado a las dificultades, de provocar la toma de decisiones, de ofrecer oportunidades para autovalorarse positivamente, de reducir la incertidumbre y de incrementar la certeza sobre las consecuencias de las acciones individuales.

Para el profesorado la falta de experiencia lleva al alumnado de Ilundain a la definición de límites “durísimos” cuando sancionan las conductas de otros alumnos o alumnas. Les sorprende lo duros que pueden llegar a ser con sus iguales y con los adultos que les rodean.

Es la experiencia la que te hace ser más transigente con las normas, y los adolescentes generalmente es de lo que carecen. Igual se precipitan y son más duros ...

Las interacciones adoptan la forma de juegos de poder donde lo que se juega son los “límites del límite”, la autoridad del profesorado y su nivel de tolerancia. Juegan con los límites poniendo a prueba a la persona con la que se relacionan en un

nuevo espacio y con la que están valorando si darle una oportunidad. Además de la gran variedad de conductas, según su intensidad/gravedad (respuestas inadecuadas, retar al profesorado, etc. hasta agresiones verbales o físicas), cada profesor/a, maestro de taller, interpreta éstas de acuerdo con su percepción, nivel de tolerancia, experiencia personal y estrategias de control y manejo de aula. Lo que es válido en una clase y para un profesor o profesora puede no serlo para otro u otra profesora y aula. En esta confusión el alumnado pone en juego sus habilidades para medir al profesor o profesora novel, insegura, para saber sus límites y a qué atenerse.

Mientras, el profesorado con “oficio” es capaz de sacar adelante el programa educativo haciendo frente a las consecuencias de las conductas de los desviados, intentando en cada gesto que nada magnifique la desviación con los propios actos. Su *reacción* es una reacción organizada en términos de normas y procedimientos institucionales (Cohen, 2017). El modelo de respuesta acción-reacción está mediada por dispositivos de control y auto-control para los dos sujetos en interacción, educador y educando ganen tiempo para reajustar reacciones, un arte que se ha dotado de herramientas que permiten “sacar”, separar al alumnado de la actividad y dar una nueva “ritmicidad” a una situación de conflicto acompañado por otros.³⁹⁷

La formación de equipos de trabajo por programa supervisados favorece la adquisición de conciencia de pertenencia al grupo y el sentimiento apoyo por parte de los compañeros y de la institución “dentro de unos márgenes” que han sido integrados en el que hacer diario, a través de la formación y el acompañamiento del equipo del programa. El arte del profesional se traduce en la capacidad para gestionar los límites de manera que se responda a las necesidades de la intervención sin dañar la institución y al grupo pequeño de referencia (programa formativo al que está adscrito cada profesional)

La institución ha llegado a organizar y mediatizar las acciones recíprocas de todos los elementos, actuando cada uno de los programas como puntales de la unidad social, convirtiendo las normas y desarrollos a menudo en extraños o enemigos de los individuos tangibles cuando son vistos desde la gran estructura de la institución.

³⁹⁷ Me ha costado ver y comprender que el trabajo de “contención” no está únicamente ejercido ni dirigido del adulto hacia el menor o del menor sobre sí mismo sino del adulto sobre sus propios actos, percepciones.

En los grupos pequeños de los programas formativos, de protección y medidas, las personas obran inmediatamente y son tenidas en cuenta las situaciones reales ya que son mejor conocidas. Sin embargo, las relaciones justas se compaginan mejor con esta chavalería desde la distancia y la frialdad de normas objetivas y abstractas, sin las cuales el gran grupo social que es la institución no podría subsistir (Simmel, 2018). Chavalería que reflexiona sobre el control que se lleva a cabo a través de la vigilancia más o menos estrecha de los distintos profesionales que trabajan en Ilundain y que: a) demandan elementos reguladores generales, que permitan flexibilizar la aplicación de acuerdo con el programa y las circunstancias personales; b) no aprueban el celo con el que algunos profesionales llevan a cabo su tarea, ya que la vigilancia sobre ellos consideran que limita la capacidad de autonomía y pone en duda la confianza puesta en el alumnado y que igualmente amenaza la confianza que ellos han depositado sobre el profesorado.

La cercanía pone a prueba continuamente las relaciones interpersonales, el juego es constante y a pesar de que piden mayor flexibilidad la necesidad de certeza sobrevuela el discurso más permisivo. Los grupos que se constituyen en torno a cada programa formativo sea laboral o no tienen cualidades específicas y realizan acciones que determinan la autonomía y diferenciación. Sin embargo, cuando el marco de relación se amplía al todo, a la Fundación, desaparecen prerrogativas y modos de hacer, la diversidad aumenta y es más difícil mantener la unidad.

La consolidación de un sentimiento de unidad y de necesidad de normas se produce en los espacios comunes que comparten los distintos programas. Cuando coinciden distintos programas en estos espacios se difumina la autonomía del grupo y toma fuerza la protección de los más débiles, de los de menor edad, de los que están pasando un momento difícil vital, etc. Así lo expresan en los alumnos:

- *Al final una norma tiene que ser general porque si no este, el otro, el otro. No sé, no sé explicarme. Si te dejo a ti pues le tengo que dejar al otro. Tiene que ser general.*
- *Tiene que tener flexibilidad según la persona.*
- *Sí, dependiendo de la persona.*
- *Yo he llegado a tener muchas normas, pero yo creo que la norma general es la más justa, porque si a él le dejas... es que no se puede.*
- *Pero no es él o ella, yo aquí hablaría más por programas: escuela taller, PCA, PCPI...*
- ...
- *No habéis estado en verano [PCPI y PCA] y a nosotros [EETT] nos dejaban fumar aquí abajo; habéis llegado y ya no podemos fumar aquí abajo, tenemos que fumar ahí. Esa flexibilidad de las normas, esa pequeña flexibilidad. No por personas, sino por programas.*

G. D Alumnado Ilundain

La institución se ha dotado de una serie de normas que para el alumnado de los distintos programas formativos no se ajustan a la realidad de las contingencias individuales y sociales de cada uno de los grupos. Entienden que es necesario ser flexibles, ser capaces de adaptarse a las situaciones, al momento y lugar en el que se produce la conducta sancionada por la normativa. La proximidad que se produce en las relaciones persona-persona no se compaginan con la distancia y frialdad con las normas objetivas y abstractas que rigen la Fundación, pero sin las cuales no podría subsistir. Cuestionan la justicia de aplicar normas que, aunque consensuadas, no permiten la negociación persona-persona que en los distintos grupos se logra en la relación alumna-profesora.

Si bien las normas crean conflicto por su aplicación, interpretación, generalización, etc. no es menos cierto que la no existencia de estas suponga la ausencia de este. En caso de no existir, la negociación persona-persona implica *tramas* de relación que pueden resultar *incómodas*.

- ...Llegar a un acuerdo entre tú y el encargado para poder hacer ciertas cosas, o no poder hacerlas. Si tú llegas a un acuerdo con el que está por encima tuyo, no tiene por qué ser siempre una prohibición. Yo por lo menos lo veo así. Yo por ejemplo aquí, vale entiendo que no se pueda fumar, por el centro libre de humos y no sé qué, pero cuando nos vamos a Labiano a cortar el césped, eso se podría negociar. Eso es a lo que me refiero yo, que haya una norma fija pero siempre hay algo que se puede ajustar.

- Negociable.

- Qué incómodo, ¿no?

Bien sea porque genera controversia o por lo incómodo que resulta negociar, parece que la agencia desaparece a favor de una estructura que preconfigura opciones de elección.

La institución tanto como respuesta a las contradicciones internas de la organización como consecuencia de la necesaria libertad y apuesta por las capacidades de las personas de gestionar el conflicto (educadores y alumnado) cuenta con una "Mesa de Conflicto" en las que las dos partes son escuchadas y donde se produce el reconocimiento mutuo. La apuesta por ayudar a reconstruir identidades individuales positiva y la creencia en competencia de los profesionales de la institución implica por parte de la Institución permitir dentro de unos límites ajustar las sanciones, y diseñar mecanismos para la mediación en los conflictos.

Hay un constante esfuerzo por parte de la institución de reproducir y hacer compatibles la normación de las relaciones con el principio de justicia, de manera que se reduzcan las tensiones que atraviesan las acciones de los actores, aunque a

pesar de todo el esfuerzo y medidas, el riesgo de que produzcan situaciones con un alto grado de violencia existe y tienen lugar. Cuando esto sucede las respuestas como el aislamiento, en la sala de contención pueden tener desenlaces fatales. Si bien y por fortuna son pocos es inevitable que se cuestione todo el sistema de protección: valoraciones, medidas, personas que intervinieron/no intervinieron, ... Aunque la primera reacción pueda ser “no nos lo esperábamos”, pronto aparece la autocrítica. En clave de institución, la siguiente reflexión es un enjuiciamiento que recae sobre la propia acción institucional, “nuestro pecado” pensar que tenemos experiencia suficiente, que los protocolos diseñados reducen las probabilidades o que la situación no era tan diferente de otras.

9.2.1. El silencio de las administraciones públicas, la transferencia de la culpa, los gritos de las familias

Tras las cuatro paredes de los centros de menores se esconde la cultura del miedo que nos demuestra que las grietas de esta sociedad no hay manera alguna de esconderlas. El sistema desestructurado, la pobreza, la miseria generada por la desigualdad de las clases derivadas de la creación del dinero, las instituciones de la educación que construyen peones para que su juego continúe. Los delitos de los menores y las menores encerrados sólo son un reflejo de todos estos errores.

Sólo la tortura física y psicológica, el miedo, la medicación forzosa y la impotencia y la rabia contra esto pueden hacer que un niño de sólo 14 años encuentre como única salida el suicidio...

Desde aquí todo nuestro odio hacia sus centros de exterminio. Hasta vencer. Abajo los muros...

“Dub para los chavales” del grupo de Ugly Bastards³⁹⁸

Cuando el mundo adulto se ha retirado ante las manifestaciones violentas en los espacios normalizados de educación y socialización, intentar devolverlos a su sitio de niños, adolescentes o jóvenes provoca que surja la figura de “policía” con una gran connotación negativa. El control en Ilundain, vivir el límite y la frustración, provocan situaciones de riesgo, que asumen abandonados a su suerte.

³⁹⁸ La canción del grupo puede escucharse en el canal Youtube:

<https://www.youtube.com/watch?v=C7OS0A5MQQ8>

Cuando comencé la búsqueda de noticias sobre los suicidios que tuvieron lugar en las residencias de Ilundain encontré un blog que hacía referencia al segundo de los suicidios y que recogía el texto que he transcrito. Blog que ya ha sido dado de baja: <http://vozcomoarma.blogspot.com.es>

Los dos suicidios se producen en un periodo de más de 30 años, el segundo suicidio³⁹⁹ se produce en la residencia de cumplimiento de medidas judiciales gestionada por Ilundain desde su apertura en el año 2012⁴⁰⁰ hasta el año 2017, son mencionados por uno de los profesionales durante una de las entrevistas, otras personas los mencionan en el marco de encuentros de relación laboral.

Todos coinciden en afirmar que estos hechos provocaron cambios estructurales en la organización y que siguen teniendo peso porque se silenciaron,

“es una situación que no puedes hablar, que no puedes exponer, porque no puedes hablar de las circunstancias en las que ocurrieron y demás, con lo cual te quedas ahí, que te pueden decir barbaridades, la gente puede decir: “pues yo pienso que...” “¿tienes información?”, primero no, y después los que tienen información, tienen información sesgada... Tú no puedes exponer las circunstancias, con lo cual dices: pues bueno. Quién te respalda, y es muy importante un educador, un profesional de aquí, que se sienta respaldado.

Trabajar con estos chavales provoca identificaciones colocando en lo más bajo del oficio a estos profesionales que sin bata blanca ordena el aislamiento de un menor.

En esta sociedad, como digo hipócrita, nadie se crea ningún problema de que te aten en la cama, te amordacen y demás, eso sí, con un doctor con bata blanca, ¿me explico?, en la unidad de psiquiatría, o lo que fuera. Pero aquí... entonces cómo lo paras, convenciéndole desde el discurso, porque el tema de las drogas, por ejemplo, el que planteábamos era igual, la violencia, tiene que crear problema para la motivación del cambio, si no sienten problema cómo carajo van a cambiar. Un adolescente es omnipotente vamos.

Como describen antiguos trabajadores de Ilundain, el umbral de violencia de estos chavales es muy alto, “eran situaciones muy límite”, han aprendido patrones de conducta muy destructivos y autodestructivos (consumo de drogas, tipo de relaciones afectivo-sexuales, etc.) “cuando te vas de Ilundain todo te parece poco a nivel de retos”. Etiquetar sus conductas como producto del consumo de drogas, de desajustes conductuales o problemas de salud mental, evade la pregunta por el modo en que se han construido sus biografías, sus experiencias y la manera en la que la respuesta violenta ha adquirido funcionalidad en sus vidas.

³⁹⁹ El primero se produjo en el COA. El menor se suicidó tras dos meses de permanencia en la residencia. Año 2009.

⁴⁰⁰ El centro abre en 2012 para acoger a 10 menores, en el año 2017 son 20 las plazas, Ilundain decide no presentarse a la licitación de la contratación de la gestión de la residencia de cumplimiento de medidas por lo que a su parecer es una financiación escasa, poniendo como ejemplo de los recortes la conversión de la figura de los educadores a la de “auxiliares”.

Se olvida que lo que es una expresión de un conflicto social actuado en las relaciones personales, familiares, afectivo-sexuales, educativas, laborales y judiciales, toma formas muy diversas que van desde “lo disruptivo y disocial, la violación de las normas sociales o los trastornos del comportamiento; otras veces por la inhibición, mutismo e incomunicación; y otras, por la búsqueda autodestructiva, que se expresa en prácticas de riesgo incontrolado, conductas autolíticas o desconexión social”. Modos de estar, que no de ser, que han provocado la retirada de los adultos, y que en consecuencia tengan una “escasa contención-supervisión en los ámbitos sociales, educativos y recreativos que les deberían acompañar en su proceso de crecimiento”.⁴⁰¹

El encargo social de contener, controlar, resocializar o rehabilitar a las personas que se han desviado de lo “normal” en programas y espacios de institucionalización privativos de libertad, o de semi-libertad, es convertido por esta institución a través de una continua reflexión sobre el encargo asumido y los intereses de las personas en “periodo de contención”. Conocer las biografías y comprender a las personas es previo a intervenciones individuales. Intervenciones que están guiadas por principios como el respeto, la atención a la singularidad de cada persona, relaciones basadas en la ayuda; o fundamentadas en la reflexión sobre la práctica profesional y sobre los modelos, los métodos y las metodologías de intervención empleados.

9.3. El proyecto educativo

El proyecto educativo de Ilundain aglutina un mosaico de programas que comenzaron de forma poco profesional, “amateur”, cuyos recursos personales, metodologías, herramientas y prácticas se han ido definiendo en constante cambio. La institución ha adquirido paulatinamente las competencias de carácter social a la se unió la formación escrupulosamente técnica necesaria para poder centrarse en la inserción. Preocupados tanto por transmitir el saber técnico, como el saber hacer y el saber estar en la “obra” se han dotado de una serie de herramientas que a la postre han objetivado el “oficio” de trabajar sobre el otro.

⁴⁰¹ Gurbindo Marín, M. (2014). Adolescencia en riesgo social. Un estudio de las situaciones de conflicto social severo y prolongado en la adolescencia, abordadas desde el Sistema de Protección a la Infancia en Navarra (Tesis doctoral: Universidad Pública de Navarra)

1. Proyecto 0, punto de partida de obligado cumplimiento para todo el alumnado que se incorpora a programas. La duración inicial de esta fase era de 1 mes, hoy son dos semanas dado el aumento de alumnado y la incorporación tardía, después del período de matrículas, a los programas. Además, se ha incorporado la figura de mentor en la FP Básica, para ayudar en esta tarea. El alumno/a de segundo expone la normativa, las reglas de juego, la dinámica de funcionamiento de los niveles educativos, el sistema de evaluación, las actividades....

Cuadro 21. Número de usuario/as por programa

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
PCA	17	20	18	31	35	38	39
FPB-TP	27	28	37	73	77	62	112

Fuente: Fundación Ilundain Haritz-Berri

Durante las dos primeras semanas del inicio de curso, la programación de actividades se centra en trabajar la normativa con el alumnado y que el alumnado vaya interactuando con sus compañeros/as y con el equipo educativo con la idea de ir fomentando el trabajo en equipo y de esa manera, favorecer la creación de grupo y sentimiento de pertenencia al mismo.

La combinación de trabajo de la normativa con dinámicas convivenciales se lleva a cabo en un contexto protector con el objetivo de facilitar el establecimiento de vínculos seguros y de que el alumnado nuevo “entre en el sistema”. En palabras de unos de los coordinadores esto se produce cuando cumplen tres normas básicas: tienen actitudes de respeto hacia el otro (principio fundamental en un espacio de convivencia como Ilundain), no consumen drogas y aceptan las actividades (entre las que está la asistencia regular) Si en las primeras semanas no han *entrado* se diseñan los Planes Individuales Específicos (PIE).

2. Equipo de profesionales de programa: El equipo de profesionales de los programas formativos es un equipo interdisciplinar formado por Dirección, Orientación (intervención psicológica), Trabajadora Social, Profesorado de materias troncales y Maestros de taller). Todos los/as profesionales que conforman el equipo educativo han integrado en su actividad profesional la Misión, Visión y Valores; el Proyecto Educativo y la Metodología propia en la intervención educativa con los/as adolescentes

3. Psicólogo clínico. La figura de psicólogo clínico se incorpora en el momento que se comienza el diseño del proyecto educativo en 1984⁴⁰² y da apoyo a alumnado y profesionales.⁴⁰³
4. Trabajador /a social. Establece y mantiene la relación con las familias, se suma a la que también establecen los tutores. Facilita información sobre la evolución del alumnado. En el caso de planes específicos participa en el diseño con la participación de la familia. En estos casos, la coordinación con las familias se hace más intensiva, ya que no solo se hace un seguimiento del proceso del/la alumna, sino que también es importante que las familias estén acompañadas durante el mismo. Además en aquellos casos en los que el alumnado está en el sistema de protección (ingreso en valoración en centro de observación y acogida (COA), acogimiento en pisos funcionales, acogimiento residencial básico, acogimiento residencial especializado o tenga medidas especiales (internamiento en centro para el cumplimiento de medidas judiciales educativas, medidas judiciales educativas en medio abierto, etc...), la Trabajadora Social realiza el seguimiento con las personas de referencia del/la menor.
5. Acción Tutorial individual y grupal. La figura del tutor y las horas dedicadas a intervenciones individuales, planificación, seguimiento y evaluación. El tutor o tutora de cada alumno hace un informe y plan individual en el primer mes y medio (están acompañados por profesorado y maestros/as de talleres, un Coordinador, Trabajadora social y Psicólogo) en el que aparecen reflejados aspectos relacionados con el área personal-social, el área formativa y el área familiar.
6. Planes específicos individuales. Tras el primer mes y medio el tutor puede plantear un plan específico de intervención. En la elaboración del plan específico colabora el/la alumna y los objetivos se plantean de forma consensuada con el/la tutora. Una vez que se ha planteado el plan específico, la Trabajadora Social lo expone a la familia, que previamente ya está infor-

⁴⁰² El puesto de psicólogo clínico sigue estando ocupado por la misma persona, en unos meses se jubilará (2018).

⁴⁰³ Tras años de intervenir con alumnado, a partir de 2011 comienza a ofertar supervisión a los profesionales de los distintos programas de la Fundación. También comienza a realizar evaluación por competencias a todo el cuerpo directivo y profesionales de la Fundación.

mada de la necesidad de plantear objetivos específicos en la intervención⁴⁰⁴. En muchas ocasiones para poder llevar a cabo algunos de los objetivos planteados, se necesita de la colaboración familiar. Los PIE son la norma más que la excepción, “es típica”.

7. Partes de trabajo y auto-registros. Cuaderno del alumno/a que se acuerda con el alumno/a, y si bien se supervisan por el tutor, quien evalúa es el propio alumno/a. Es un documento que maneja diariamente el/la tutora del alumno/a y el propio alumno. El cuaderno incluye diferentes documentos: ficha con datos personales, documento de aceptación al programa (normativa, reglas de juego), registro de intervenciones externas realizadas (familia, red), registro de otras intervenciones (psicólogo del equipo, trabajadora social, puntos de encuentro familiares, mesas de trabajo), hoja de tutoría, hoja de puntos – subida de nivel, partes de trabajo, documento de expedientes con registro de los mismos y el documento de autoevaluación del alumno/a por competencias (personales, trabajo, relacionales).
8. Mesa de conflictos. Todas las partes del conflicto tienen derecho a hacer su defensa por escrito (agredido y ofensor) Figura de mediador asiste al proceso de resolución del conflicto.
9. Sistema de Niveles que van desde el de Adaptación (Nivel I) pasando por el de Aprendizaje (Nivel II) hasta llegar al último de Autonomía (Nivel III). Pasos de nivel se realizan en base a 25 a 30 criterios que son valoradas, evaluadas por los tutores en cada uno de los niveles. Los niveles bien podrían asimilarse a los establecidos por Bateson, tres niveles de educación y aprendizaje que se corresponden con un primer nivel de aprendizaje maquinal, dirigido, que fortifica la institución; un segundo nivel de formación que implica marcos cognitivos y de orientación que permitan la absorción, asimilación e incorporación de nuevos conocimientos; y un tercer un último nivel que prepara a esta chavalería para la vida “de acuerdo a la realidad con la que están destinados a entrar” (Bauman, 2013) El paso de nivel se celebra de forma asamblearia.
10. Convertir por unas horas a los alumnos en educadores, en ciertas tareas, de los visitantes de los programas de educación ambiental o como mentores.

⁴⁰⁴ Entre las medidas que pueden incluirse en un PIE están acudir a buscar al alumno/a cada mañana a su casa para lograr su asistencia, reducir el número de días presenciales durante un periodo de tiempo.

11. La Granja-Escuela el trabajo en la huerta ecológica y con animales como recurso afectivo-emocional y educativo para trabajar con alumnado de PCA y FP Básica. El pueblo de Ilundain en el que no hay personas residentes en un enclave rural enriquece según sus profesionales el desarrollo integral de los/as menores, compaginando actividades en el aula y actividades al aire libre.
12. Los espacios informales. Saben muy bien que la mejor manera de conocer al diferente es estableciendo un contexto común de relación y que esta se produce de la mano de cooperaciones informales y abiertas⁴⁰⁵, “lo que te hace conectar de alguna manera” . Son hábiles en las relaciones y en buscar los momentos para acercarse a cada usuario/a. Cada palabra, cada gesto que actúa en la relación es crucial para el mantenimiento de una conversación abierta que les permita descubrir quién es ese otro. Se busca crear vínculos en los que no se identifiquen partes en competición sino partes en relación continua de cooperación. Vínculos estables que permitan crear una nueva narrativa de compromiso con sus biografías.

La institución consigue “vencer” primero las barreras de comunicación y relación, tras lo cual las medidas “impuestas” se han legitimado hasta “convencer”. El tiempo, obrar en vivo tiene el riesgo de perder el anclaje institucional a favor de las relaciones personales. El riesgo de la diferenciación amenaza la unidad de criterio de modo que se produce un trabajo constante de cooperación entre los componentes del equipo del programa formativo. Cada nueva incorporación reta los principios y criterios en todos los niveles de la institución. Tener la sensación de que todo está bajo control que todo el mundo comparte, conoce y sabe cómo actuar ante situaciones críticas que “todo está sujeto a algo” es clave para estos profesionales de la intervención social y educación.

La norma implica un proceso desde la negociación de los límites hasta la asunción de esta, con sus pautas de conducta y las sanciones a aplicar, “... es continua hasta que se interioriza” como si de un *borramiento*⁴⁰⁶ se tratara. Las interacciones en la institución ritualizadas favorecen ese borramiento de la norma por toda una simbología de “para que te vaya bien, individualmente”.

⁴⁰⁵ Richard Sennett, Humanism consultado en

<https://hedgehogreview.com/issues/humanism-amidst-our-machines/articles/humanism>

⁴⁰⁶ Le Breton en “La sociología del cuerpo” expone cómo el cuerpo desaparece es borrado, diluido en la familiaridad de los signos.

9.3.1. El Otro en las entidades sin ánimo de lucro

La necesidad de autoafirmación es una constante entre la juventud, sin embargo la forma como es expresada por una parte de ésta, como rechazo del mundo que los adultos han construido para ellos, provoca conflictos que se expresan en el marco de las relaciones personales (padres, profesorado, etc.) y que se dirige en forma de rechazo a las figuras parentales, al sistema educativo o a los sistemas de control social (policía y cuerpos de seguridad) Una forma de conflicto que sin embargo no se dirige de forma consistente hacia el cambio social o de las instituciones⁴⁰⁷, no se expresa de forma colectiva sino de forma individual y que tiende a expresarse en todas las esferas de su cotidianidad -familia, escuela, ocio,...-.

Cuando estos menores, adolescentes y jóvenes *paran* en Ilundain son conscientes y reflexivos sobre la etiqueta que conlleva entrar en esta institución.

- Y parte de razón de la imagen también, porque está claro lo que dice él, que no es así, que no todos son drogadictos ni mucho menos, que dices Ilundain y ya pues eso. También intentan demostrar de que valemos más que eso, porque es verdad, no tiene nada que ver con que sean drogadictos los que vienen aquí. A mí no me gusta el pensamiento que hay afuera de aquí, porque no sé, es una oportunidad.

- Nos tratan como tontos, a veces piensa la gente.

- Los de Ilundain ya tienen una etiqueta de drogadictos, de ladrones, de... mala fama, de todo.

- Se piensa la gente que por drogarse es una gente que no va a valer para nada, y la gente que está en la universidad se droga igual y están en la universidad. Al fin y al cabo, yo estoy en la sociedad con gente de universidad y se droga igual que yo.

- O peor.

- O peor, y están en la universidad. Y conozco gente que se ha sacado carreras y se fuman no sé cuántos canutos.

La última intervención incita a reflexionar sobre qué es lo que como sociedad sancionamos y/o etiquetamos hoy en día, el consumo de drogas y su impacto sobre la salud o más bien el éxito/fracaso académico y social. Si fuera el consumo de sustancias se entendería que en los discursos la salud y bienestar estuviera mucho más presente, pero no es así. En las ocasiones que resurgen los debates en torno al consumo de drogas en la población joven, y en las que los medios de comunicación tienen un papel nada desdeñable en definir lo noticiable, se tiende a poner la mirada sobre los problemas de convivencia. Si ponemos el foco sobre el éxito social, ganan fuerza conceptos acuñados en una sociedad que exige que

⁴⁰⁷ ¿Existo o fracaso de la institución escolar? Lo cierto es que si la escuela es el lugar donde los conocimientos y destrezas producidos y aprendidos sirven para cambiar los contextos y las relaciones de poder, entonces será un fracaso. Si la escuela es una inversión individual más que social, entonces la escuela ha cumplido con su función, no hay cuestionamiento de la cultura dominante sino de los roles de los adultos.

no haya gente parada sin hacer nada, que haya gente “sin oficio ni beneficio”, ninis, parásitos sociales, vagos, ociosos... a la que fácilmente se le sigue endorsando el calificativo de consumidor de drogas.

La narrativa que se construye con bastante acuerdo en torno a la figura del profesorado del Ilundain, se diferencia de eso otro profesorado perteneciente a las instituciones “convencionales” tipo de profesorado que en Ilundain “te dura tres días”. Los de Ilundain “están porque quieren” y “para lo que les pagan se portan muy bien”. Reconocen además que, frente a la provocación, frente a los “golpes” que reciben del alumnado aguantan, preguntan, dan tiempo. Nada que ver con las experiencias previas vividas, en las que la expulsión o la separación del “rebaño”, deja claro que a un lado está el rebaño y al otro “la oveja negra”.

El ser diferente, haber mostrado rebeldía, ha provocado la ruptura de la trayectoria lineal “normal” en el sistema educativo formal. Cuando la diferencia respecto de la manada viene determinada por las competencias curriculares son derivados a aulas de refuerzo, cuando se trata de disentir con las normas de convivencia son expulsados del centro educativo para purgar la culpa. En estos casos, no aparece la redención esperada. La rebeldía crece y se sigue nutriendo de la propia institución que no cambia a pesar de las evidencias.

- Si eres un mal estudiante en un instituto convencional, en un IES, en vez de estar encima tuya y apoyarte, “venga que puedes”, te apartan. Aquí está el rebaño, aquí está la oveja negra, a la oveja negra la apartamos y ya está.

- A desdobles de esos.

- (...)

- Hombre está claro que una persona de aquí en un instituto te dura tres días, eso lo tengo yo muy claro. Tienen mucha paciencia y ayudan mucho y a mí eso me parece bien porque no toda la gente es igual, hay gente que puede tener problemas.

...

- Y todo el mundo yo creo que igual, a todo el mundo cuando le expulsan del instituto tres o cuatro días dices: o sea la lío y en vez de ponerme un castigo o algo me expulsas, pues no vengo en toda la semana y mejor. Es que las cosas no se hacen así. Tu aquí la lías, quedan contigo, vas al psicólogo, te intentan...

- Hablan contigo.

- Y te obligan a ir al día siguiente, y como faltes ya...

- Cambiar un poco el chip que tú tienes, no una expulsión.

En Ilundain descubren o redescubren los principios de convivencia, relación y pertenencia al grupo. Afirman haber podido experimentar que:

- a. Son respetados y tenidos en cuenta, sus ideas, sus emociones, estados de ánimo. Se propician espacios para conversar.
- b. Hay tiempo para escuchar, para hablar, para construir las trayectorias individuales y llegar a conocer a la persona. Es un tiempo que no se acelera, que se para y que avanza sólo y sólo si se sabe hacia dónde se quiere ir.
- c. Las oportunidades se dan no importando quién seas, no hay competencia.
- d. Hay *adultos guía*, que ayudan, aconsejan, enseñan y que exigen, buscando lo mejor para cada persona

La afirmación “están aquí porque quieren” referida al profesorado se diferencia de ese otro profesorado con el que han tenido contacto en los centros educativos por los que han pasado pertenecientes al sistema educativo formal que se incorporan a la docencia porque no existe mercado laboral que asuma a todos los titulados universitarios que produce nuestro sistema educativo, esto sería un gran tema de discusión, sin embargo aquí lo que nos interesa es resaltar la importancia de la “militancia” profesional. El alumnado es capaz de percibir el interés o falta de interés y de atención por parte del profesorado. Por otro lado, son conscientes del grado de conflicto que el tratamiento individualizado, que aprecian y defienden, supone para la institución.

Que en muchos casos sean “casos sociales” no significa que no sean actores racionales y estratégicos. Intentan a su manera optimizar sus recursos para alcanzar los ideales de modos de vida mejor. Quieren sillas y pupitres, quieren tener oportunidades, poder equivocarse y que les ayuden, quieren obtener el título de la ESO, sacarse el carnet de conducir, quieren acceder al consumo.

El principal reto es no verlos reducidos a sus problemas y a sus estrategias de adaptación. Ellos igual que todos los demás de su clase de edad quieren ser sujetos, ser reconocidos y respetados, de ahí los “disparos” de ira, conductas desafiantes, cuanto todo se les pone de cara. Muchos acabaron por adoptar las conductas que ponen de manifiesto los problemas que se les atribuyen: se muestran rebeldes porque están en desventaja, terminan expulsados porque son rebeldes. A las violencias experimentadas en el aula aprendieron a responder con violencia. No es extraño que rechacen permanecer en el aula porque les destruye. Cuando el sistema les obliga a seguir experimentando el fracaso, la humillación o el más puro vaciamiento como sujeto no debería asombrarnos que usen todo tipo de argucias para evitar ocupar el espacio reservado para los “infames”. Definidos así hay pocas probabilidades de que no construyan otra cosa que no sea

una conducta desviada instrumentalizando los propios elementos que las instituciones educativas formales les ponen a su alcance y que debería velar por la igualdad de oportunidades (François Dubet, 2013).

Cuando llegan a Ilundain sus biografías imprimen una forma de experiencia y un conjunto de problemas. Muchos se han convertido en adultos demasiado temprano, tienen que comportarse como adultos, en algunos casos son los sustentadores principales de la familia (sea utilizando medios lícitos e ilícitos), pero sin contar con la madurez suficiente. Muy pronto han tenido contacto con instituciones sociales (han sufrido situaciones de desprotección o desamparo y el propio asistencialismo ha podido ser excesivo y perverso) y la elaboración de sí mismos, a veces, se produce con referentes situados en los márgenes.

Sin embargo, no sería posible en el marco de la institución una socialización sin una cuota de dominación que se expresa en los discursos de los distintos profesionales sin dejar de afirmar por otra parte que su tarea consiste en darles las herramientas para que sean libres y dueños de sus propios intereses. El trabajo de socialización y el proceso educativo que desarrollo en esta institución es llegar a que alcancen la autonomía suficiente para ajustar los roles, competencia y habilidades a los contextos.

9.3.2. La práctica profesional

En Ilundain la experiencia del límite y la resolución de conflictos se convierte en su *modus vivendi*. En Ilundain se *tratan* las expresiones más puras y duras de las rupturas biográficas de quienes han sufrido rupturas en las articulaciones entre la socialización primaria y secundarias determinadas por el grado de coherencia entre las agencias socializadoras y su mayor o menor adecuación a las situaciones que les toca vivir. Estos jóvenes han sufrido desajustes diversos que provocan crisis entre las disposiciones incorporadas y las nuevas situaciones.

A los y las profesionales de Ilundain les toca a través de la práctica que éstos chavales se conviertan en actores capaces de asegurar su integración y de ser sujetos susceptibles de producir acciones autónomas (François Dubet, 2013). Entre el profesorado y maestros de taller existe la expectativa de que cada alumno/a sea capaz de movilizar sus intereses e integrar de manera positiva la multiplicidad de roles que han asumido en su corta, pero intensa existencia. Roles que por otra parte traducen y dan valor a un nuevo estatus como sujetos visibles.

El cumplimiento del rol como estudiante, como alumno en prácticas, el rol como trabajador, hijo o hija, es redefinido y reensamblado en un nuevo marco de relaciones y en un espacio social que aporta seguridad y promoción social de acuerdo al esfuerzo y superación de obstáculos. Esta vez guiado por un cuerpo de profesionales⁴⁰⁸ que están convencidos de que el dominio de un oficio propiciará el dominio de sí mismos, de sí mismas.

En Ilundain se ha gestado una intersubjetividad⁴⁰⁹ que permite estabilizar roles que responden a las demandas del entorno. Ilundain dejó de ser un espacio para “contener” para convertirse en un lugar en donde “aprender a hacer coches que andan” convencidos de que el alumnado es capaz de desarrollar acciones autónomas que se ajusten a los distintos contextos y de acuerdo con sus intereses. No hay contradicción pues en la pretender la integración a un mundo que los expulsó. Como advierte Simmel (2018) las necesidades humanas no pueden ser racionalizadas, las conductas sí. La labor de cada día es la metamorfosis.

No obstante, también reconocen que si se centran solo en los contenidos fracasarían en su objetivo. Atenderán al currículo, son conscientes del valor de las certificaciones profesionales, pero también prestarán atención a las necesidades emocionales. Quieren sillas y pupitres, quieren títulos, quieren en definitiva tener oportunidades y poder experimentar el reconocimiento, el éxito. Pero sin engaños, sin dar falsas esperanzas, ajustando expectativas, como dice una de las personas de la entidad, para ellos hay un recorrido alternativo a las autopistas, les ha tocado el itinerario por pueblos, más lento, para poder parar y cambiar el rumbo si es necesario.

Se autoconvencieron, y les toca convencer al alumnado, de que, haciendo cambios en los ritmos, modificando los itinerarios, intensificando el esfuerzo, centrarse en el material que tienen entre maños hace interesante su trabajo. Como el

⁴⁰⁸ Las pautas de apego formadas en la niñez, en el entorno familiar y los centros educativos han determinando la manera de establecer relaciones. Estos modelos que se definen como estables y perdurables a lo largo del tiempo pueden ser modificados, especialmente cuando se tienen nuevas experiencias gratificantes y seguras con nuevas figuras de apego.

⁴⁰⁹ En la Fundación se describen 48 perfiles profesionales, entre los que destaca la figura del educador/a. Para la evaluación de cada perfil se diseñan 26 modelos de cuestionario, compartiendo modelo distintos perfiles como es el caso de “educadores” y “psicólogos”.

artesano, “todos sus esfuerzos por lograr un buen trabajo de buena calidad dependen de su curiosidad por el material que tienen entre las manos” (Sennett, 2009).

Todos son tutores, y así lo expresan, dan importancia al espacio que tienen de tutorías para escuchar al alumnado. Se identifica la tutoría como lugar para el desahogo pausado, sin violencia, buscado por el propio alumnado. Pensar en espacios informales de relación en Ilundain puede parecer un eufemismo, dado que todo parece estar pautado, pensado y formulado con antelación.

... aprovechar los informales, pero también programar espacios, ... menos formales digamos que el aula, ... no está dejado al azar. Sirve como algo positivo el hacer eso.

Beneficiarios de la formación permanente y de planes individuales de mejora, el profesorado, maestros de talleres, aprenden y ponen en práctica nuevos modelos de relación, consciente de que para vincular se necesita sinceridad y perder el miedo a exponerse al otro.

“Cuando llega la conexión o esa confianza, las preguntas son directas, y ahí no podemos mentir, o sea ahí nos teneos que exponer si de verdad creemos en esa relación”

Ponerse al servicio de la institución y de la población usuaria implica intercambios expresivos sinceros “poniendo en riesgo a uno mismo mientras se conecta con los demás” (Sennett, 2003) Los artistas de Ilundain, sus artesanos, se consideran una especie en peligro de extinción. Para ellos hacer frente a la programación de la formación, que traduce principios de calidad y eficiencia, para la mejor adaptación a los puestos de trabajo del mundo exterior, les hace más fuertes para defender a sus aprendices y a la vez refuerza el modelo de programa institucional. Luchan por su organización frente a los adversarios externos, instituciones públicas que se rigen por certificados, empresas que precarizan las condiciones laborales de quienes están a la cola de las certificaciones y de una sociedad que mira a los que quedan a la cola como el lastre, al que siempre habrá que asistir.

En torno a toda una oferta de programas formativos que van desde los 12 años (Programas de Currículo Adaptado, PCA; Formación Profesional Básica, FB) hasta los 21 años (Escuela Taller) se articula un entramado de recursos y herramientas que permitan ganar tiempo para escribir un nuevo “libro del alumno”. Se trata de un proceso de bricolaje que primero descompone una cultura en piezas y luego la empaqueta para un nuevo viaje.

Los profesores y profesoras como sucede en las relaciones padre-madre/hijo-hija, han de dar tiempo para que sean aceptados como ayuda. Nuestra sociedad celebra la individualidad y entre estos chicos y chicas “no te necesito” se ha grabado

a fuego, pero no en el sentido de logro sino de sospecha, no confían en las personas que pertenecen a un mundo que es hostil con ellos y ellas, que los ha vulnerado de manera reiterada. Ganar la confianza y respeto de estos chavales y chicas es imprescindible y tarea muy difícil. Difícil es también como lo planteó Freire enseñar sobre la base del afecto, sin hacer del alumnado víctimas frágiles y con necesidad de protección sin caer en el paternalismo.

Es común descubrir, y así ha sucedido con algunas de las personas entrevistadas, trayectorias o itinerarios profesionales muy bonitos entre estos monitores-docentes, a los que prefiero llamar artesanos en el sentido que utiliza Sennett, personas implicadas en lo que hacen, con el propósito de hacerlo bien. Se incorporaron como carpinteros o albañiles, sin titulación específica, pero poco a poco añadieron al conocimiento técnico la capacitación propia del docente y/o educador. En unos casos mediante formaciones de formación de formadores que ofrecen las administraciones públicas en otras mediante el acceso a estudios reglados de formación profesional de grado medio o superior e incluso universitarios.

Por más que los trabajadores-formadores de Ilundain sean técnicos cualificados se sienten pertenecientes a un tipo de educador que, enseñando un oficio con ciencia, experiencia y mucha creatividad consiguen arraigar a sus alumnos y alumnas a la sociedad a la vez que les dan las herramientas para combatir las injusticias que con ellos se han cometido. Son conscientes además de que sobre su oficio se cierne una doble amenaza:

- a. Las certificaciones profesionales, la evolución de las cualificaciones minan el programa institucional. La nueva FP Básica exige mucha programación y evaluación en un periodo de tiempo limitado para población que llega “muy rota” a muy temprana edad. Programaciones que constriñen un modelo “cristiano de izquierdas” como definió Dubet (2013) en el que se conjuga una oferta formativa que ofrece cualificaciones y una moral de oficio que ofrece una “cualificación de la cual podrán disponer a su arbitrio”. Frente a formaciones breves se reivindica el tiempo, programas que permitan formar un capital humano autónomo en donde el tipo de formación ofrecido ayude a los sujetos a que se revelen a sí mismos.
- b. La patologización de las conductas como problemas de salud mental que lleven a intervenciones terapéuticas regidas por profesionales de la psicología y a la medicalización de su alumnado.

Amenazas que se corresponden con la llegada a Ilundain de cada vez más personas clasificadas como *deficitarias*. Se trata de un segmento más amplio en los que se conjugan los diagnósticos de fracaso escolar y comportamentales. Muchos llegan con un doble etiquetado:

- a. La primera etiqueta se la ganan, socialmente construida por los que siguen en el sistema educativo normalizado, por incorporarse a uno de los programas formativos de Ilundain. Los expulsados del sistema educativo.
- b. La segunda, “positivamente” constituida por una bata blanca, la psiquiatría, por seguir un tratamiento. Los medicalizados.

Los diagnosticados “consigue esa etiqueta, y a través de psiquiatría consiguen esa medicación, pero siguen siendo adolescentes”. En esta etapa es fácil que no se sigan las pautas de tratamiento y provoca situaciones no esperadas. En algunos casos valoran el estado del alumnado como “medicadísimo” con los que es difícil trabajar en el aula. Son tratados con drogas legales con efectos adversos para el proceso de aprendizaje. Entre el alumnado de Ilundain “cada vez hay más hiperactivos diagnosticados, entre comillas hiperactivos” mientras otros sin diagnóstico han resuelto sus problemas de falta de atención y nerviosismo consumiendo marihuana o hachís. No se diferencian de aquellos que han consumido “cuatro porros”, por lo que tampoco puede estar en clase porque “están sedados”.

La medicalización temprana para el abordaje de problemas no sólo individuales sino sociales están siendo una constante en este tipo de instituciones a la vez que en la educación formal reglada. La hiperactividad no sólo como una característica individual sino como una manifestación social ha llegado a las aulas y la respuesta, sin embargo, tan sólo alcanza a la persona afectada. En un informe publicado en el Boletín de información fármaco-terapéutica de Navarra en 2013 advierte del que el diagnóstico “no para quieto”, se desconoce su etiología, y a pesar de ello, a la dificultad del diagnóstico, el número de niños tratados se ha multiplicado casi por 30. En 2001 fueron 215 las personas diagnosticados de TDAH (media de edad = 10,6 y ratio niños/niñas = 4,5) a más de 1.000 en 2012 (media de edad = 14,1 y ratio niños/niñas = 3,4). Los autores advierten de que las escalas puntúan síntomas con una pobre correspondencia con la disfunción académica o social, más aún que el cambio en los criterios de diagnóstico, de acuerdo con el grado entre la mera interferencia (DMS V) y la provocación de una disfunción

clínicamente significativa (DMS IV) en la práctica puede haber desencadenado un alza de diagnósticos en cuadros leves.

Un diagnóstico, por otra parte, en el que interviene muy activamente el mundo educativo, y que puede ser instrumentalizado a través de información sanitaria no rigurosa por el profesorado y por las familias. Ya ha sido comentado esto en relación con las neurociencias.

En 2015 el Consejo Escolar de Navarra recoge que la incidencia según tipo de enseñanzas *post-obligatorias* del TDAH es superior en los PCPI con casi un 7% del alumnado matriculado en los mismos. Diagnóstico que por otra parte se asocia a los niños, 3 de cada cuatro diagnósticos se corresponden a un niño, adolescente o joven varón. En este caso el peso relativo del alumnado matriculado con diagnóstico de TDAH es mayor en la enseñanza concertada que en la pública.

Cuadro 22. Porcentaje de alumnado de Formación Profesional y Bachillerato según total de escolarizados (datos del principio del curso escolar 2014-15)

	Bachiller	FP GM	FP GS	PCPI (FP Básica)
Diagnosticados	225	142	17	66
Total alumnado por etapa	8260	3973	4031	945
%	2,72	3,57	0,42	6,78

Fuente: El TDAH. Informe del Consejo Escolar de Navarra. Abril de 2015

Los nuevos medicamentos que surgen para cada nuevo *diagnóstico social* “están muy próximos a ocupar un papel legal y normalizado muy próximo a algunas de las drogas más tradicionales en cuanto a sus *efectos terapéuticos* de desinhibición, de euforia y de buen estado de ánimo, de génesis *artificial* de un cierto bienestar físico y mental, etc. Nueva función de estos fármacos que hace aún más confusa la nitidez de las clásicas clasificaciones y diferenciaciones entre lo *natural* y lo *artificial*, lo *normal* y lo *patológico* en los que, en gran parte, descansaban las definiciones y clasificaciones de las drogas” (Conde, 1998 en Vega, 2002).

9.4. Prevenir la automedicación del malestar

A pesar de que lo que motivó la constitución de esta entidad fue la prevalencia de consumos de drogas y la aparición de problemas relacionados con los mismos entre adolescentes en situación de riesgo o vulnerabilidad, la entidad no incorporó un programa específico de prevención y abordaje de los consumos de drogas hasta el año 2003. El programa que diseñaron e implementaron se convirtió en seña de identidad de Ilundain. Hecho por y para los profesionales de la casa, aportó un modelo teórico para entender el consumo de drogas, potenció espacios y rituales de discusión y reflexión, y consiguió unificar y consensuar criterios de actuación.

Cada una de estas necesidades ha dado lugar al diseño de herramientas y metodologías basadas en el conocimiento técnico y experto de los distintos profesionales *de la casa*, y en las experiencias de otras entidades con las que se relaciona⁴¹⁰, y que han servido de fundamentación metodológica del Programa “Educar sin drogas: abordaje y prevención de los consumos”⁴¹¹.

El trabajo socio-educativo en Ilundain, espacio alejado, en un entorno rural, donde no hay oferta -no hay lugar de salida en los recreos para consumir, no hay bares, cafeterías, “no hay tentaciones, no hay elementos de relación con el mundo exterior”. Sin embargo, fueron conscientes de que para que el trabajo desarrollado en Ilundain tuviera alguna posibilidad de tener impacto sobre su “mundo exterior”, tenían que pensar en acciones que facilitaran la creación de puentes “dentro-fuera”, para que los aprendizajes apprehendidos en Ilundain tuvieran alguna posibilidad de supervivencia en otros ámbitos de su vida como es el ocio y tiempo libre, y a corto plazo en el ámbito laboral.

Cuando el grupo de voluntarios con un grupo de jóvenes ocupó Ilundain las intervenciones en línea con los Planes estatales y autonómicos que pretendía prevenir el consumo se centraron en la oferta. Decir no a la oferta se convirtió para aquellos voluntarios en una huida a la naturaleza. Sin pensar en la vuelta al mundo real optaron por alejarlos de quienes trapicheaban con drogas, de los es-

⁴¹⁰ En los años 80 surgen además de Ilundain otras iniciativas sociales que trabajan con menores y adolescente y con la que se comparten desde entonces inquietudes, demandas y conocimiento (Lantxotegi en Berriozar, Taller-Escuela El Castillo en Tudela, Taller- Escuela de Etxabakoitz, etc).

⁴¹¹ El Programa inicialmente se dio a conocer como “Somos centros libres de drogas”. El cambio se produjo ante las sugerencias de los Centros Educativos que se incorporan al programa a partir de 2014.

pacios de consumo. Los primeros habitantes de Ilundain, aquellos que se sintieron propietarios de la tierra, limitaron el contacto con el mundo exterior; los nuevos *transeúntes* transitan a diario entre los dos mundos y las intervenciones se piensan en clave de organismo vivo y abierto que toma como referencia constantemente el ambiente y actúan sobre el ambiente para obtener de éste los elementos necesarios para su desarrollo y evitan las condiciones ambientales que amenazan su integridad.

La Fundación construyó, así, su propio marco de referencia filosófico y técnico en relación al consumo de drogas, auto-definiéndose como “centro libre de drogas”. Esta declaración tuvo importantes implicaciones prácticas en la configuración de la institución: en los espacios, en los rituales, en los profesionales de la intervención, y de la administración y servicios, en las relaciones interpersonales –alumnado y profesorado- y en las familias.

En los prolegómenos del año 2013 se abrió una brecha en el programa institucional de Ilundain, en los criterios de actuación y prevención relacionados con el consumo de drogas. Dos son los elementos que destacan en el discurso elaborado por los profesionales: a) un nuevo patrón de consumo “auto-destructivo” donde el consumidor busca desconectar de la realidad “rápidamente”, deseo de desconexión que según ellos favorece el tránsito al consumo de drogas más *duras* y b) un aumento de la conflictividad relacionada con el consumo de drogas motivada -en gran parte- por la tolerancia de espacios no supervisados de consumo, como *la drogalera*.

Cuadro 23. Revisión del programa de prevención de consumos (2003 y 2013)

Año 2003	Año 2013
Convivencia “protección” y “medidas”	Diversificación y cambios en los Programas
Localización en el pueblo de Ilundain, Zolaina	Deslocalización a otras localidades
Profesionales cohesionados en torno a la Fundación	Profesionales cohesionados en torno a programas
Centrados en la demanda (alumnado de Ilundain) y el espacio de la Fundación	Abordaje de la Oferta (estructurar el ocio), mirada al Exterior
Permisividad “drogalera”	Centro libre de drogas, “espacio hostil a los consumos”
Inseguridad y ambivalencia en los mensajes preventivos	Consenso en los criterios y mensajes de prevención
Intervenciones rutinizadas	Despertar de la conciencia. Trabajar el vínculo afectivo: rituales de relación conscientes, basados en la confianza mutua
Consumo diario de hachís	Consumidores diarios de marihuana, consumos terapéuticos y poca adherencia a tratamientos, patrones autodestructivos. Consumos problemáticos de alcohol y otras sustancias
Alumnado expulsado del sistema educativo	Alumnado derivado de otros centros del sistema educativo y sin plaza debido al aumento de la demanda de estudios de FP Grado Superior
Familias en los márgenes	Familias normalizadas, aumento de problemas relacionados con la crisis y en las que aumenta el conflicto

Con el apoyo del Plan de Prevención: drogas y adicciones el programa que se diseña e implementa a lo largo de los años 2013 y 2014 incorpora las revisiones teóricas sobre prevención realizada por distintos órganos administrativos dedicados a la prevención del consumo de drogas (Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías -EMCDA, siglas en inglés- y el Plan Nacional sobre -PNsD). Entre las incorporaciones más importantes está la integración de medidas de prevención ambiental, selectiva e indicada estructuradas en relación a dos áreas de intervención, según se actúe, sobre el contexto o sobre la persona.

Así las respuestas a los cambios se articulan en torno a:

1. Un Grupo Motor creado con el objetivo de aunar criterios y mensajes de prevención e impulsar acciones en los distintos programas formativos.

2. Estrategias de prevención Ambiental o sobre el contexto: La redacción de normas de convivencia que se alejan del estigma y del castigo, con un componente socioeducativo y el diseño de protocolos para la detección e intervención temprana. Se adoptan medidas para dificultar el consumo, se refuerza la vigilancia y se señalizan los espacios.
3. Estrategias de prevención selectiva e indicada (persona): acción tutorial y apoyo de psicólogo se convierten en actuaciones normalizadas e integradas en todos los programas. Acciones preventivas desde el ámbito educativo, con actitud proactiva, permite detectar y priorizar las situaciones de mayor vulnerabilidad.
4. La formación de los profesionales y personal de administración y servicios para el cambio del contexto y las personas. La formación en prevención de drogas se incorpora al Plan de Formación: los nuevos profesionales que se incorporen deberán recibir formación en prevención, normativa y protocolos, y sobre el uso de herramientas de comunicación y relación -entrevista motivacional, vínculo- que mejoran las intervenciones individuales.
5. Oferta de actividades de ocio y tiempo libre estructurado y saludable para contrarrestar la oferta de ocio de consumo.
6. Diseño de una herramienta⁴¹² de evaluación (pre-test) y seguimiento (post-test) de factores relacionados con el consumo de drogas: percepción de riesgo y acceso a las sustancias, relaciones familiares, autoestima, características del ocio, ... para diseñar intervenciones grupales e individuales en aula y tutorías.

Ilundain se define como entorno hostil a los consumos de drogas, elemento que le diferencia de centros del sistema educativo normalizado, centros que son identificados como espacios tóxicos no sólo por el profesorado. El alumnado es consciente que viene a un centro que ha puesto límites claros a los consumos de drogas. La mayoría son adolescentes, y en muchos casos tienen consumos altos, y son capaces de re-escribir la relación con las drogas en un espacio que ofrece una oportunidad para probar y experimentar las consecuencias de no consumir y no acudir al centro bajo los efectos de las drogas.

⁴¹² Test elaborado por el psicólogo clínico de la Fundación que recoge distintas escalas validadas. Se redacta además una unidad didáctica para aprender a corregir e interpretar los resultados.

Ilundain no ha sido un observador pasivo en los cambios del consumo, el paso del consumo de hachís a la marihuana, de consumos de fin de semana que duraban dos-tres días a duraciones de tres-cuatro días (en los que llegan a estar totalmente desaparecidos o logran alcanzar un estado de ausencia de la realidad), consumo “terapéutico” hacia consumos “destructivos”, de fin de semana a la normalización del consumo diario. Cambios de patrones en los que observan sin embargo permanencias. El fin de semana sigue siendo como lo fue para otras generaciones de jóvenes el momento-espacio por antonomasia de consumo y el que se incorporan además de las drogas normalizadas (alcohol, tabaco y marihuana) otras sustancias que se ponen de moda (hay quienes ya no saben lo que es el hachís, pero consumen “maría” y el consumo de ketamina, de “otras épocas”, se han sustituido por la anfetamina, MDMA).

Que se haya normalizado un tipo consumo para la semana lectiva de obligaciones y el fin de semana momento de ocio y “suspensión” de obligaciones y responsabilidades no viene si no a reforzar una diferenciación cultural que les hace esclavos del ritmo de producción capitalista cuyo efecto no es tanto un ascenso en el tipo de droga sino en el “disparo” de nivel de consumo, “esto te lleva a subir a un nivel de consumo altísimo, no tanto de pasar de una droga a otra...” Un disparo que se produce porque la sociedad ha aprendido a tolerar, a ser permisivos y ha normalizado, para seguir produciendo bienestar, el consumo de drogas.

Ir concluyendo

Una conclusión entre muchas, modesta, defectuosa y abierta. Pero hoy suficiente

Ha sido objeto de esta tesis indagar en el conjunto de reglas, escritas o informales, que gobiernan las áreas de la vida social de los jóvenes relacionados con la salud y el bienestar. Volver visibles los mecanismos que se articulan en la vida cotidiana, así como a las instituciones que legitiman, y se legitiman, mediante el uso de tecnologías securitarias basadas en un conocimiento experto certificado.

Hemos optado por aplicar el enfoque de gubernamentalidad a las racionalidades políticas transformadas en programas y políticas públicas de salud y bienestar. No hemos puesto la mirada en grandes textos, o teorías, sino en textos menores de programadores y administradores, y el uso de conceptos, como medio para acercarnos a comprender cómo se gesta el arte de gobierno que conlleva ciertas concepciones sobre la naturaleza y las obligaciones de esos que son sus sujetos, esos que deben ser gobernados para sostenibilidad presente y futura de la sociedad, la población juvenil.

Buscando y tratando de identificar las formas más simples que se convierten en condiciones estructurantes que dificultan, o facilitan, el acceso a los recursos mediante el tratamiento burocrático y administrativo que hacen las administraciones públicas de datos, de la evidencia científica que define recomendaciones, así como de protocolos y sistemas de evaluación que se rigen por la máxima de transparencia, calidad, equidad y, sobre todo, de eficiencia.

Entendiendo por gubernamentalidad el “ensamblaje formado por instituciones, procedimientos, análisis y reflexiones, cálculos y tácticas que permiten el ejercicio de esta muy específica, aunque compleja forma de poder” (Foucault, 2006) que nos hace dependientes, heterónomos, bajo la creencia de que la precariedad de nuestras vidas es procesable y modelable mediante la adopción libre de estilos de vida. Estilos de vida que fueron traducidos en gestos, actos fragmentados y ritualizados a través de instituciones y sus programas institucionales y que hemos ido repitiendo de forma sistematizada, ordenada, estandarizada y planificada. Gestos y actos que de su repetición y presencia social hemos naturalizado.

Hemos utilizado una encuesta y una intervención social ambas, gestadas a comienzos de los años ochenta, como marco de estudio de las prácticas que acaban por institucionalizarse, por la profesionalización, la certificación del conoci-

miento experto y por legitimación de la cuantificación como elemento de racionalización y legitimación para el diseño de políticas públicas en salud y educación. Todo lo que a la postre permite el desarrollo organizaciones, públicas y privadas, con el objetivo de reconducir trayectorias díscolas que se presume pueden afectar al desarrollo del bienestar, económico y social.

Una salud de cuidados autopreventivos

La COVID_19 ha constatado, y visibilizado con crudeza, cómo la seguridad de los estados se ha desplazado desde la defensa de las fronteras mediante cuerpos de seguridad (militares, policías de fronteras, equipamiento, etc.) al hostigamiento de los cuerpos con o sin problemas de salud en tanto y cuanto epidemias y enfermedades, carga de enfermedad, pérdidas de años de vida con salud, muertes prematuras, etc. suponen una amenaza para el desarrollo y bienestar de la población y de las *economías* (incluso de las más precarias: prostitutas, internas, etc.). Amenaza invisible para todos los estratos sociales, aunque con diferencias en las consecuencias y las probabilidades de contagio y transmisión, que ponen a prueba la capacidad de generar conocimiento, actualizar competencias y reforzar los sistemas de atención y vigilancia de la salud.

En este mundo globalizado las enfermedades que pueden ser contenidas en las fronteras de los países más pobres (causa de altas tasas de mortalidad materna, infantil, etc.) no logran los titulares en los medios de comunicación de masas que desde hace meses ha alcanzado la pandemia del coronavirus. En este marco político, el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional (FMI) o la Organización Mundial del Comercio (OMC) son actores clave en la propaganda de políticas neoliberales en el campo de la salud, todos ellos con sede en Ginebra donde también tiene sede al Federación Internacional de Fabricantes y Asociaciones Farmacéuticas (IFPMA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su influencia sobre acuerdos comerciales, inversiones, promoción de estructuras y reformas regulatorias del comercio, contribuyen a delimitar las inversiones de los Estados basadas en criterios de mercado incorporados para el control y gestión de los costes del mantenimiento de los Estados de Bienestar.⁴¹³

⁴¹³ Durante la crisis económica que irrumpió en 2007 el FMI recomendó, y la UE dispuso, una serie de objetivos de déficit público que supuso la reducción de inversiones de los países miembros. En España en 2010 se aprobó el Programa de Estabilidad y los denominados Plan de Acción Inmediata 2010 y Plan de Austeridad de la Administración General del Estado 2011-2013.

Entre las medidas para la consolidación fiscal y reducción de la deuda están: el plan de racionalización del gasto farmacéutico por importe de 1500 millones de euros, un plan sobre racionalización de estructuras de la Administración General del Estado y un plan de racionalización del sector público empresarial del estado.

Mientras tanto las políticas de salud pública, salvo en raras ocasiones, se olvidaron de mirar y observar qué era lo que estaba aconteciendo más allá de los cuerpos sobre los que reproducir la vigilancia y el control de la población. El espacio local ha perdido músculo, capacidad de respuesta, y las restricciones de movilidad o las recomendaciones no son suficientes para frenar las consecuencias de una pandemia que no está bajo el control, o las de la economía neoliberal globalizada.

Las convenciones que subyacen a las prácticas, conductas, hábitos o estilos de vida relacionados con la salud, no pueden reducirse a las experiencias y aprendizajes localmente situados y menos aun apelando únicamente a la responsabilidad individual. El COVID_19, como el VIH-Sida, la obesidad, ... no pueden prevenirse reduciendo a simples gestos (lavado de manos, número de comidas, horas de sueño, etc.) lo que es mucho más complejo, porque responde a un entramado de relaciones de actores e instituciones, objetos y sujetos que escapan a la capacidad de respuesta individual.

La voluntad de estar sano o del logro del bienestar es una construcción más de políticas neoliberales que han contribuido a reducir de forma paradójica las posibilidades de elección, no sin el artificio y ayuda, del conocimiento certificado por el Estado, la ciencia positivista y la extensión de las incertidumbres convertidas en miedos que provoca la condición de precariedad de tener un cuerpo finito.

Datos que producen luces y sombras

No podemos preguntarle a un pintor como Van Gogh sobre la normalidad, pero podemos intuir cuál podría haber sido su respuesta a la pregunta de si es posible pintarla. Si nos aferramos a la serie de siete pinturas de Los Girasoles su respuesta podría haber sido que no es posible pintarla. Una serie de pinturas que, por otra

El Plan de Acción Inmediata 2010 supuso la “no disponibilidad de 5 mil millones de euros que afectó a todos los Ministerios y una reducción de la oferta pública de empleo, estableciendo una tasa de reposición del 10% de las vacantes”.

El Plan de Austeridad plantea un “recorte generalizado del gasto que afectará a todas las partidas, excepto a pensiones, prestaciones por desempleo y ayudas a la dependencia, educación e I+D+i, con un impacto equivalente al 2,6 por 100 del PIB en el periodo 2011-2013.

Estos programas se remiten al Consejo de Ministros de la Unión Europea y a la Comisión Europea junto con el programa nacional de reformas de España. La remisión se efectúa en cumplimiento de obligaciones europeas: cada año, en el mes de abril, todos los Estados miembros de la Unión Europea tienen que presentar ante la Comisión Europea sus Programas Nacionales de Reformas (PNR) y sus Programas de Estabilidad. El objetivo es coordinar las políticas económicas nacionales y lograr los objetivos establecidos para la Unión Europea en su conjunto. Ministerio de Hacienda,

<http://www.hacienda.gob.es/es-ES/CDI/Paginas/EstrategiaPoliticaFiscal/Programasdeestabilidad.aspx>

parte, no habrían logrado la vitalidad e intensidad que hoy disfrutamos si no fuera por las innovaciones en pigmentos.⁴¹⁴

En la epidemiología, la ciencia de las enfermedades ha predominado el modelo etiológico, empirista y positivista. Ciencia con patente de curso para definir investigaciones siguiendo protocolos y metodologías, realizar trabajos científicos ordenando los objetos de su investigación de acuerdo con categorías dicotómicas limitantes, aunque sean representadas en escalas que van de lo aceptable a lo intolerable. La epidemiología ha extendido su campo de acción y su valor social gracias al desarrollo de la tecnología. El desarrollo de programas estadísticos (desarrollados en lenguajes binarios de programación) que permiten recoger y tratar gran cantidad de datos pero que ha subestimado el valor de la narrativa, de la construcción de relatos que escapan a la realidad que secuestra la racionalidad.

Una ciencia que define un centro de “normalidad” de inclusión, como lo haría Castel, y que debe ser defendido de las amenazas de los excesos, de la superación del número tolerable de enfermedades que suponen carga, saturan el sistema y ponen en riesgo la atención de los que están sanos, cumplen con las recomendaciones en salud y abrazaron los valores de una clase media que hoy también está amenazada por la precariedad. Precarización de las condiciones de vida, porque el Estado minimizó el funcionamiento de los dispositivos que ofrecían seguridad a favor del mercado, hasta el grado que permite contener la amenaza de la ruptura de la paz social, ordenando y regulando hasta el más mínimo detalle. Pero que en última instancia deja en manos de cada persona la construcción de biografías que les aseguran integrarse, formar parte de ese espacio que va desde el cero a lo tolerable de la desviación.

El manejo de datos se ha convertido en una tecnología securitaria que se aplica para convencer y contener bajo el principio de normalización, en la enseñanza (encauzar la conducta) y en la salud (crear cuerpos vigorosos y saludables durante más tiempo). La normalidad que legitima el control, la vigilancia, la evaluación y el diagnóstico, se fundamenta en la “cientificidad” de los saberes de la medicina, psicología, pedagogía y se difumina en las instituciones con capacidad y legitimidad para crear un continuum que contiene y convence a la población de jóvenes que amenazan el futuro, vivido en presente. Una normalidad que se naturaliza alejándose cada vez más de sanciones, disciplinamientos y haciendo

⁴¹⁴ <https://www.vangoghgallery.com/es/pinturas/los-girasoles.html>

uso de redes cada vez más extensas que diseminan en la sociedad dispositivos de vigilancia y control que aseguren trayectorias normalizadas de inserción a la vida adulta.

La gente está anegada a manuales de instrucciones y guías que difunden enunciados transformados en iconos, formas geométricas o pictos, producto de la acumulación de datos que sustituyen al lenguaje y produciendo argumentaciones mediante imágenes que impiden ver los árboles que conforman el bosque. La “población”, como denunció Foucault, es el icono de construcción más potente de la epidemiología para gobernar a la población a través de la salud, un término que ha permitido justificar tanto la mejora de las condiciones de vida como la (re)construcción precaria de la existencia.

Tal vez ya estemos ya ante el quinto poder, que autores como Michel Serres (2014) parecen preconizar, capaz de atesorar y adquirir la propiedad sobre ingentes masas de datos que impliquen nuevos reagrupamientos sociales, políticos y científicos. La producción de datos y su transformación en logaritmos y cálculos de probabilidades oculta actos de instituciones y actores sociales que formulan enunciados, conceptualizaciones, estandarizaciones, recomendaciones que provocan la normalización de racionalizaciones y formas de “juicio” legítimas que subyacen a las prácticas de funcionarios públicos y otros actores de entidades sociales que se relacionan con las administraciones públicas. Actos administrativos que menoscaban la soberanía de la población “asintomática” que en su “incompetencia” aprendida demanda a Otro ayuda para hacer frente a la incertidumbre de un futuro-presente.

El mercado se convierte en el medio para quienes quieren distanciarse, distinguirse y conectarse a la red de distribución de suministros, de reconocimiento y recompensas que aseguren el ascenso social, mientras los actos de las administraciones hacen visible lo que era invisible, imponiendo un principio de visibilidad obligatorio para quienes acumulan desventajas y sufren el encogimiento de las redes de protección. La cuantificación hace invisible a quienes tienen los recursos para ocupar los espacios en torno a la media o deseabilidad social, mientras ponen bajo la luz de los focos a quienes carecen de los recursos para inmunizarse frente a las amenazas.

El cuerpo que todo (so)porta: Responsabilidad individual y social

Los datos sobre la salud de la población joven recogidas a través de encuesta, como la Encuesta Navarra de Juventud y Salud aportan una visión parcial de las conductas y fenómenos relacionados con la salud, recoge información fragmentada de lo que se considera es constitutivo de salud y bienestar. Datos que traducen en objeto de deseo, y consumo, estilos de vida que modelan cuerpos a la vez que adiestran sujetos.

La encuesta dirigida a población de 14 a 29 años que recoge información de una parte de la población, en una etapa del ciclo de la vida, es un ejemplo de cómo la sociedad y sus instituciones vivimos en un presente futuro determinado por una sociedad del riesgo que piensa en un presente proyectado sobre eventos futuros. Riesgos conmensurables y delimitados, ajustados a formas concretas, y en las que las técnicas estadísticas, probabilísticas y de representación de escalas, distribuyen eventos y clasifican a las personas en un *continuum*. Un modo de objetivar a cada persona/evento de acuerdo a factores de riesgo pre constitutivos que les asignan un valor probable en la nebulosa de puntos que se agrupan en torno a valores medios (0) o dispersos (1, -1). Distribuciones y ajustes que se construirán a base a las respuestas de los entrevistados a preguntas previamente determinadas por expertos y basadas en evidencia científica. Datos que una vez tratados se usan para hacer predicciones y justificar intervenciones; y que, tras ser traducidos en gráficos y mensajes sencillos, como “si no actuamos sobre.... entonces las consecuencias para la salud futura...”, buscan inculcar en cada persona una relación prudente y calculadora con el futuro.

La lectura de los resultados aquí se ha presentado agrupada por colectivo “adolescentes y jóvenes”. Para poder explicar por qué se producen diferencias en los estilos de vida es necesario hacer una lectura individual, no poblacional y contextualizada que la encuesta no permite. Los estudios cuantitativos nacidos con el objetivo de diseñar intervenciones para la mejora de la salud quedan huérfanos de las narrativas que permitirían llegar a comprender los procesos que determinan las elecciones de la población joven. Elecciones en las que el consumo funciona como tecnología para la autodeterminación, definición identitaria estetizada, y como estrategia para ampliar la capacidad de autogobierno sobre el propio cuerpo. Un cuerpo que es suyo y, solamente suyo, sobre el que las diferentes regulaciones estatales les han reconocido el derecho a gobernarse, pero sobre el que no ejercen una soberanía real en tanto y cuanto no tienen la capacidad de crear el número de elecciones posibles y están relegados de la tarea de definir los

códigos que pueden servir de guía para reducir la incertidumbre o ganar certeza sobre las consecuencias futuras de sus decisiones.

Inocencias escolarizadas

La palabra educación proviene del latín *educare* que significa conducir desde dentro hacia fuera (Cayley, 2019). Sin embargo, las escuelas nacidas como fenómeno moderno se convirtieron en la fábrica de infancias y adolescencias que necesitan ser asistidas para que adquieran aquellos conocimientos que se consideran serán valiosos, despreciando por otra parte los aprendizajes que se producen sin la guía de expertos certificados por el Estado y elevando las expectativas hacia el alumnado y hacia el profesorado.

Como asevera Bauman en *Modernidad líquida*, el principal instrumento empleado por la modernidad para establecer el código de elección fue la educación, a través de la pedagogía, tecnología cultural que permite inducir a las personas a interiorizar las normas que guiarán sus comportamientos y desarrollar su potencial. La institución educativa y sus profesionales, encargados de educar y socializar a las nuevas generaciones, sufren un asedio continuo de familias y políticos que se han doblegado ante un poder empresarial que somete la institución educativa a los imperativos del mercado que controla la producción del conocimiento, la distribución del conocimiento, así como su publicación y edición.

El logro de la modernidad ha sido hacer creer a la gente en la necesidad y la bondad de las instituciones educativas para alcanzar el ascenso social a pesar de que la realidad es hoy mucho más tozuda. El informe PISA que tanto predicamento ha adquirido entre los reguladores de las políticas educativas y los administradores de la educación aumenta las exigencias del sistema escolar arrastrando al alumnado y a sus familias hacia la intensificación de los esfuerzos para la mejora de sus competencias. Exigencia que determina las acciones dentro y fuera del aula.

En el aula se incrementan las evaluaciones y las derivaciones de los que no pueden seguir el ritmo impuesto por una sociedad que consume conocimiento a gran velocidad. Un sistema de peritaje y/o cribado que producto de un modelo científico de clasificación y ordenación de la realidad, empapado de cultura empresarial, ha contribuido al impulso del talento y la excelencia, y ha apoyado la creación de circuitos específicos para quienes son definidos, de acuerdo a procedimientos que gozan de legitimidad científica, como aptos o no aptos. Actos administrativos, definidos por expertos alejados de la práctica cotidiana en las aulas,

que determinan la obtención de un certificado y que otorgan un espacio e identidad social. Fuera del aula, como pocos se atreven o no hay músculo suficiente para cuestionar esta oposición entre pares, las familias que pueden compran en el mercado los servicios de apoyo, refuerzo y mejora de las competencias que creen asegurarán a sus hijos e hijas entrar a formar parte el espacio de integración promoviendo sus propios intereses.

Mientras, el alumnado que vive la experiencia de la escuela como un ajuste mínimo, que están bajo la amenaza del fracaso, y cuyas familias no pueden participar de la educación de sus hijos e hijas en igualdad de condiciones, no aceptan identificarse con los valores transmitidos por la escuela, valores que les hacen pensarse como indignos para el aprendizaje de competencias, acaban por articular respuestas de rechazo hacia sus docentes y hacia sus compañeros de clase. Para éstos, la invitación a abandonar el sistema es vivida con alivio, en tanto que acaba con el sufrimiento que genera la experiencia de fracasos acumulados.

La experiencia de Ilundain, entendida como proceso de innovación y/o creatividad social, plantea cuestiones sociológicas relevantes relacionadas con los procesos de institucionalización en la actualidad. Y plantea interrogantes acerca de qué tipo de instituciones surgen, en tiempos de crisis y/o cambio, para encarar las incertidumbres que nuestra propia condición precaria, y los intentos por salvarla, impone a la población de jóvenes. Entidades que han hecho de la desviación y el etiquetaje una oportunidad para la acción social y la producción de conocimiento e innovación social con capacidad de transformación social (por ende, política).

En Ilundain se trabaja por convertir la rebeldía que produce la consciencia, y la inconsciencia, de su realidad diferente en autonomía para pensar en elecciones posibles que construyan nuevas biografías esta vez *contenidas*. La socialización para esta institución consiste en hacer que cada persona, un sujeto autónomo que de forma voluntaria haga lo que está obligado a hacer si quiere gozar de salud y adquirir el certificado de las competencias necesarias que le darán el pase al espacio social donde podrá conectarse a la red de instituciones que hacen posible satisfacer sus deseos.

El caso de Ilundain, dibuja cómo en cierto modo los religiosos, y las comunidades religiosas en torno a parroquias como la de San Blas de Burlada, fueron los primeros administradores de lo social cuyos actos se dividían entre el servicio a Dios y su congregación y el servicio a los pobres o despojados, a una comunidad más amplia que, queriendo o sin querer, trastocaba el contexto que limitaba las con-

diciones necesarias para que surgiera el vínculo que impulsara procesos de cambio para los de su comunidad y en los modelos de intervención social, educativa y sanitaria.

Los fundadores de Ilundain, fueron unos *quijotes* en una sociedad en la que la soberanía del Estado estaba suspendida en áreas como la intervención social y la educación. Las prerrogativas legislativas estaban en proceso de gestación y estaba pendiente el desarrollo de las administraciones públicas autonómicas y municipales. Soberanías *locales e instituciones administrativas descentralizadas* que como figuras delegadas tenían el poder de tomar decisiones y aprobar regulaciones y leyes, pero que sin embargo carecían de la suficiente experiencia política y práctica, para dar respuesta a lo que se definieron como problemas sociales de la juventud en los años ochenta. Es en este espacio y momento donde Ilundain logra extender su soberanía en el campo de la gobernabilidad sobre ese “otro” sobre el que intervienen y sobre la definición del modelo de intervención social.

Ilundain junto a otras instituciones, como la Fundación Bartolomé de Carranza, consiguieron hacer que los problemas de la juventud y de los de las pequeñas comunidades locales una responsabilidad del sistema naciente de protección de menores, adolescentes y jóvenes de Navarra y consiguieron modificar la tendencia a judicializar los desórdenes generados por la población de jóvenes.

Ilundain reinterpretó el mandato de educar con contención, combinando: normas y protocolos, capacitación de los profesionales que intervienen con los menores y proyecto educativo. Para lograr convencer, producir socializaciones sin vencidos, definen normativas claras y consensuadas con los y las menores, adolescentes y jóvenes, se dotan de un equipo humano de profesionales, maduros, preparados para afrontar con confianza y seguridad las intervenciones y diseñan un proyecto educativo que no mira al tipo de conducta que provoca el conflicto sino al conflicto en sí mismo.

El grupo de voluntarios de Ilundain que se echó al monte era un “movimiento orientado a las normas” precedido por “creencias orientadas a las normas” y compartían la creencia de que el problema podía resolverse reorganizando la estructura normativa que había judicializado los problemas de la juventud, sin la existencia y asistencia de tribunales de menores (Cohen, 2017). La respuesta orquestada por esta comunidad religiosa estuvo precedida por las tensiones provocadas en la comunidad por el “problema de las drogas” que traspasando las fronteras de lo local provocaron gran inquietud y lograron el apoyo de la Diputación Foral.

Los jóvenes de Ilundain, de entonces y de ahora, disputan a las instituciones de control social la definición del bien-de-la-comunidad. Estos jóvenes crean, desde los *márgenes y sin orientaciones*, auto-biografías prematuras y forzadas que nos retan a pensar el ciclo de la vida y los valores de instituciones cuyos programas no pueden cumplir su función. Porque la función de socializar concebida como un proceso de creación de conductas y de actores conformes, y conscientes de sí mismos, obligados y con capacidad para ser libres y gobernar sus vidas, no puede ser cumplida. Una socialización que prometía trayectorias homogéneas de ascenso social y que se ha fraccionado presionada por la lógica del mercado que insta a cumplir el mandato del éxito y la realización autónoma de uno mismo y de una misma.

En este contexto de individualización de biografías, y del “éxito por la cara”, el proyecto educativo de Ilundain aporta frescura e innovación en tanto y cuanto contribuye a la reconstrucción de las biografías de los expulsados del sistema, les enseña y ofrece herramientas para guiarse e incorporarse al proceso de *‘aprender viviendo’*. Y el acompañamiento continuado *guía* el aprendizaje integral –cognitivo, motor y emocional- alcanzando, las competencias necesarias para actuar con consciencia y libertad.

El proyecto de esta fundación ha logrado que los jóvenes que cada día acuden a Ilundain salgan de barrios y localidades, de las “estaciones de término” que petrificaron sus posibilidades, para ponerse de nuevo en una situación de tránsito que puede conducirles a donde ellos quieran, pero esta vez con guías (Bauman, 2001a).

Soflamos por las personas jóvenes: estilos de vida

La juventud se ha convertido en la etapa asintomática por excelencia sobre la que hacer recaer intervenciones para reducir las probabilidades de desarrollar patologías clínicas y sociales. Sin embargo, y pesar de la evidencia científica acumulada, el marco de libertades individuales y de reconocimiento de su capacidad para tomar decisiones autónomas, legalmente certificadas, dificulta intervenciones que utilizan estrategias de tipo normativo, prescriptivo, o que buscan convencer, más que vencer, queriendo proteger su salud.

Los menores de entre 16 y 18 años, “menores maduros”, que no pueden comprar tabaco o alcohol, ni entrar en discotecas (salvo se trate de sesiones sin alcohol y cierre temprano), no pueden hacer apuestas con dinero o ponerse un piercing sin el permiso de sus padres; pueden casarse, tener relaciones sexuales (también con

adultos) tomar decisiones médicas cuando éstas cumplan ciertos requisitos (estar informados sobre tratamiento e intervenciones) o pueden disponer de su imagen y datos, e incluso cederlos a terceros.⁴¹⁵

En este contexto la *preocupación social* por la juventud se dibuja como la falta de adecuación entre normas y prácticas, entre las recomendaciones y las elecciones en la que parece primar la ausencia “objetiva” de reglas. No obstante, lo cierto es que en unas sociedades en la que se pone en valor el cuerpo joven, bello, esbelto, etc., y de todo lo que se relaciona con él, abundan “mandatos” para mantenerlo a salvo de enfermedades, de inmunizarlo ante las posibles contingencias del propio hecho de vivir; de mantener un cuerpo que rinda al máximo y de contribuir al proyecto de la voluntad de salud y del desarrollo del bienestar. El cuerpo biológico se ha convertido para una densa red de instituciones en el objeto sobre el que tomar decisiones y sobre el que actuar de acuerdo a criterios preventivos, como si de ello dependiera el desarrollo y sostenibilidad de la sociedad y de sus instituciones. También lo es la salud mental, en una sociedad que produce, consume y devora el conocimiento compulsivamente, el bienestar emocional se ha convertido en objeto de cuidado y atención.

La juventud que se manifiesta a través de estilos de vida nos recuerda la responsabilidad colectiva de los adultos en crear las condiciones para el ejercicio de la libertad sin *moralinas*. Les hemos dedicado la atención justa, lo justo para mantener la sociedad del consumo, dejando de lado otras cuestiones relacionadas con ellos y ellas. Tienen el mandato de estar conectados a la red e incluso generar las infraestructuras que lo permiten y entrar a jugar un papel relevante en la cadena de suministros haciendo elecciones en un momento en el que la masa ingente de información objetiva es el principal escollo para afrontar la incertidumbre que se experimenta con crudeza cuando el imperativo es vivir en un presente-futuro (y ellos tienen el deseo de intensificar el presente que se vive) y los adultos hemos

⁴¹⁵ Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos Personales, así como su Reglamento de Desarrollo, el RD 120/2007, concretamente el Artículo 13 del RD 1720/2007 establece que:

1. Podrá procederse al tratamiento de los datos de los mayores de catorce años con su consentimiento; salvo en aquellos casos en los que la Ley exija para su prestación la asistencia de los titulares de la patria potestad o tutela. En el caso de los menores de catorce años se requerirá el consentimiento de los padres o tutores.
2. En ningún caso podrán recabarse del menor datos que permitan obtener información sobre los demás miembros del grupo familiar.

rehuido la responsabilidad de acompañarles en el proceso de transitar hacia la vida adulta.

Así, no es de extrañar que busquen en el grupo de iguales por edad,⁴¹⁶ la compañía que ratifique “lo que es deseable desear y la confirmación de que el objeto del deseo ha sido bien elegido” (Bauman, 2001). Tampoco nos debería sorprender que, a través de la adquisición de productos de marca o la moda,⁴¹⁷ o estilos de vida privatizados y comercializados como calidad de vida, busquen no distanciarse de los otros sino no parecer menos que los otros cuando el estilo de vida de la elite con recursos se filtra hacia abajo de la jerarquía social (Lipovetsky, 2010; Bauman, 2002); o que ante la amenaza o la inseguridad conviertan el *carpe diem* en su modo de afrontamiento.

Necesidad de una pedagogía política para (co)producir bienestar

El desarrollo del bienestar preconizado por las sociedades de consumo ha hecho del ideal “estar en forma” la prueba verdadera de estar en el futuro, de tener la certeza, seguridad y protección necesarias para afrontar con garantías la inclusión en el mundo de las oportunidades. Sin embargo, éste no tiene fácil anclaje con las ofertas que las instituciones tradicionales, como modos de socialización, hacen a las nuevas generaciones de jóvenes.

Todos en mayor o menor medida extrañamos la seguridad, nos pesa la inseguridad y la tarea de cada día de construir y de tener que enfrentarnos a nuevas realidades que demandan modos eficaces de actuar y muchas habilidades que debemos estar revisando y actualizando constantemente. Salimos del monopolio de supervivencia del mercado, reducir el consumismo a la verdadera proporción de necesidad para vivir, como elección de estilo de vida, convertiría el consumo en un estilo de vida entre otras alternativas posibles (Bauman, 2002).

Para esta tarea, como dice Serres, cuando las “pulgarcitas” se han liberado de la caverna, de la boca cosida y el culo sentado, ya no sirven las pedagogías, los programas institucionales de las instituciones clásicas. La oralidad y el texto escrito que transmitían el saber y los valores que permitían conducirse por la vida, han sido sustituidos por la puesta a disposición de todo el mundo en la Red, ya no se

⁴¹⁶ La cuadrilla, el grupo de pares, se convierten en el mundo líquido, en el lugar donde pueden encontrar ayuda y comprensión, “círculo cálido de afecto y sentido”, refugio ante los efectos de la globalización, de la condición precaria humana.

⁴¹⁷ Moda que no se limita a la vestimenta, sino “al gusto, las convicciones teóricas e incluso los fundamentos morales de la vida, y les imprime su propia forma: la forma del cambio”. Simmel. G. (2014) Filosofía de la moda, Casimiro Libros

necesitan portavoces, sean académicos que lanzan soliloquios desde la tarima o expertos. Ya no prestan atención hacia portavoces que ofertan saberes y que por otra parte demandan atención e inmovilidad. Las personas jóvenes ya no permanecen inmóviles y la atención ya no se dirige a un solo transmisor. La accesibilidad a la información ya no les ata a la silla, al aula, al salón, a la habitación, etc. el espacio se redefine y se necesita una nueva pedagogía. Tampoco sirven, dadas las condiciones, para las nuevas generaciones de jóvenes los rituales que institucionalizados en la escuela nos hicieron dependientes de revelaciones magistrales, sobre la creencia de que se administraban mejor dentro de un ritual estrictamente organizado.

Hay algo que hacer, que cambiar, si queremos reducir la distancia intergeneracional, y el desafecto que siente la población de jóvenes por las instituciones tradicionales. La experiencia me dice que cuando hemos llegado al convencimiento de que las acciones necesitan ser integrales para dar respuesta al reto que tenemos en frente, con la participación de los agentes de distintos ámbitos de la intervención social, públicos y privados (educación, salud, trabajo social, etc.), surge la cuestión de quién es el que le pone el cascabel al gato. Surge, además, el problema de cómo hacerlo cuando las administraciones públicas actúan de acuerdo con el principio de subsidiariedad, cuando las autoridades estatales son incompetentes para entrometerse en los asuntos de la ciudadanía salvo en las situaciones especiales reglamentadas, y desde la distancia, y la responsabilidad se delegó en las personas.

Se nos había olvidado, pero el coronavirus nos lo ha recordado, que “promover la seguridad siempre exige el sacrificio de la libertad, en tanto que la libertad sólo puede ampliarse a expensas de la seguridad”. Si el temor a que la seguridad limitara nuestras libertades provocó la deslegitimación de las regulaciones del Estado y de las acciones de las administraciones, “la libertad sin seguridad equivale a estar abandonado y perdido [...]; y la libertad sacrificada en aras de la seguridad tiende a ser la libertad de “otra gente” (Bauman, 2003).

Por otra parte, tendremos que enfrentar el debilitamiento de las certezas, (producto de la individualización y el sentimiento generalizado de precarización de la vida) que, a través de rituales, de repetición y congregación, creaban sentido de pertenencia y que a la postre creaban futuro en presencia. A la población de jóvenes le faltan experiencias de comunidad, “experiencia la que hoy se echa de menos, y su ausencia se describe como decadencia, muerte o eclipse de la comu-

nidad” (Bauman, 2003) y le sobran experiencias vividas en una comunidad “estética” preocupada por identidades pre-constituidas por la industria del entretenimiento, el tipo de comunidades que se forman en torno a ella:

[...] son comunidades listas para el consumo, comunidades instantáneas para el consumo instantáneo [...] son comunidades que no requieren una larga historia de construcción lenta y minuciosa, que no requieren un esfuerzo laborioso para garantizar el futuro [...] su característica común es la naturaleza superficial y episódica de los vínculos que surgen entre sus miembros. Los vínculos son fríos y efímeros [...] en realidad son vínculos que no atan, vínculos sin consecuencias

Bauman, 2003.

Su proliferación obedece a que satisface la necesidad de pertenencia así como la necesidad de espacios de arraigo y seguridad. Pero lo más significativo es que convertido en sucedáneo de la identidad, queda postergada hasta lo indefinido la construcción de la propia biografía. El reto para los “hijos e hijas de la libertad” es no poner en peligro relatos de una historia en común, compartida y que pueda ser recordada, con el objetivo de reafirmar y mantener identidades y sentimientos de pertenencia co-constituidos por la adherencia a comunidades “estéticas” *sine die*.

Repensar lo público

Haciendo un símil con el mar de sagarzos (género de algas que crecen en aguas tropicales) la juventud ya no hinca sus raíces en el fondo del mar, en bases estructurales fundadas en el trabajo en la que los Estados de Bienestar basaban su sistema de aseguramiento e integración social, sino que han aprendido a vivir sin ambages creando una red entre ellos de frondosas y prolíficas comunidades donde proliferan modos de relación.

Este mar de sagarzos que parece ir a la deriva tiene una nueva brújula y utiliza otras técnicas de propulsión que les dan movilidad, ya que los vínculos que solían unir a la población con el resto de la sociedad, vía participación en el mercado y en el sistema escolar, han sido seriamente dañados por la globalización y las instituciones no han sabido reaccionar a la nueva situación. De modo que, durante los años de inacción o de parches, la extensión de esta red se ha “dopado” gracias a una tecnología que les permite estar conectados para intercambios en todo momento y lugar. Han construido un nuevo espacio de supervivencia en el que tiene pocas posibilidades de penetrar la mirada adulta si no cambia la forma en la que observa y escucha.

La indiferencia y hostilidad con la que ha sido tratada la juventud ha provocado en ellos conciencia precaria y han encontrado nuevas vías de movilización silen-

ciosa, y temida. Para las viejas instituciones la densidad de este mar puede provocar la muerte, sobre todo cuando llegue a puerto o playa. De manera que se orquestan políticas para retrasar un proceso que es inevitable, sustituirnos. El trato que nos den cuando les llegue el momento dependerá de si hoy, mejor que mañana, somos capaces de cambiar y de impulsar cambios.

Existen experiencias innovadoras a los cada vez más complicados problemas sociales. Sin embargo, la participación de las administraciones públicas ha sido escasa. El exceso de burocracia y gestión administrativa, la universalización de la atención pública reducida a protocolos con escasa mediación profesional en la atención ha provocado la desconfianza en las administraciones públicas y sus trabajadores y trabajadoras. Recuperar la confianza y la legitimidad para intervenir sobre las amenazas que se ciernen sobre la sociedad y sobre grupos específicos de población demanda que nos preguntemos sobre las condiciones bajo las cuales se establece y se mantiene la vida que vale la pena; y a través de qué lógica de exclusión, de qué prácticas de borramiento y dominación se excluye a quienes se define indignos de atención y cuidados.

El sordo, ciego y cojo cumplieron con las bajas expectativas de una sociedad que definió una sujeto real y normal, hasta el momento que las condiciones cambiaron, las reglas del juego tornaron otras y adquirieron un nuevo valor. Cabe preguntarse por las vidas posibles, reales que se desprecian en base a valores culturales que nos preceden pero que (re)producimos sin cuestionarnos porque nos sentimos dentro y tememos quedarnos (des)conectados. De modo que, buscando la seguridad extrema, definimos “otros” sujetos que amenazan nuestra seguridad.

Intervenir en aras de crear una sociedad integrada/cohesionada, atenta al bienestar presente y futuro de su población de adolescente y jóvenes, supone superar el principio de redistribución de recursos e implica la inclusión de los conceptos de cooperación y confianza, reciprocidad, cumplimiento de normas, etc. y, en especial, contar con instituciones públicas reflexivas, flexibles y con capacidad de reacción. Instituciones capaces de generar y atraer conocimiento.

Pero sobre todo supone tomar consciencia de que dependemos de ellos, de los más jóvenes, para dar respuesta a los viejos y nuevos riesgos e incertidumbres. No podemos despreciar el valor de cada uno de ellos por difícil que en ocasiones sea compartir espacios y acercar miradas. Si somos capaces de repensar los modos de socialización, los modos de relación entre generaciones o los valores que

ponemos en circulación, estaremos más cerca de cohesionar de nuevo la sociedad que tiene el reto de ser sostenible.

Me gustaría terminar añadiendo la definición de lo que es un *ecotono*, definición empleada en las ciencias naturales en la que los bordes de un ecosistema son tan importantes como la zona núcleo.

El ecotono es la región donde dos biomas o ecosistemas bien diferenciados se mezclan. En los ecotonos se unen los biomas distintos, pero también actúan como fronteras que repelen y atraen distintos tipos de animales. Los ecotonos evitan la erosión de los continentes, protegen los núcleos de los ecosistemas de las especies invasoras y ofrecen recursos únicos a algunas especies. Los ecotonos suelen ser lugares perfectos para esconderse, reproducirse o proteger a las crías de animales hasta que estas maduran y se incorporan al hábitat principal.

Algunos vegetales y animales han evolucionado hasta vivir exclusivamente en los ecotonos, o muy cerca de ellos. Son las especies fronterizas. Las especies que solo pueden vivir en el núcleo de un ecosistema dependen del borde en cuanto que frontera. Estos núcleos están rodeados de alguna clase de ecotono o región fronteriza.

Rachel Ignatofsky, 2019⁴¹⁸

⁴¹⁸ Rachel Ignatofsky (2019). Los asombrosos trabajos del planeta tierra. Entender nuestro mundo y sus ecosistemas. Nórdica Libros. SL

Bibliografía

- Aarseth, E., Bean, A. M., Boonen, H., Colder Carras, M., Coulson, M., Das, D., Deleuze, J., Dunkels, E., Edman, J., Ferguson, C. J., Haagsma, M. C., Helmersson Bergmark, K., Hussain, Z., Jansz, J., Kardefelt-Winther, D., Kutner, L., Markey, P., Nielsen, R. K. L., Prause, N., ... Van Rooij, A. J. (2017). Scholars' open debate paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder proposal. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(3), 267–270. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.088>
- Alonso, L. E. (2008). Las políticas del consumo: Transformaciones en el proceso de trabajo y fragmentación de los estilos de vida. *Revista Española de Sociología*, 0(4). <https://recyt.fecyt.es/index.php/res/article/view/64939>
- Ballesteros, J. C., Megías, I., & Rodríguez, E. (2012). *Jóvenes y emancipación en España* (FAD, Ed.).
- Balsalobre García, J. M. (2003). Lazaretos, historia y proyectos en la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando (1. *Espacio, Tiempo y Forma*, 16, 30.
- Bauman, Z. (1995). *Legisladores e intérpretes. Sobre la modernidad, la posmodernidad y los intelectuales*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Bauman, Z. (2001a). *En busca de la política*. Fondo de cultura económica.
- Bauman, Z. (2001b). *La sociedad individualizada*. Catedra. Teorema.
- Bauman, Z. (2002). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2005a). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2005b). *Identidad. Conversaciones con Benedetto Vecchi*. Losada.
- Bauman, Z. (2006). *La comunidad. En busca de seguridad en un mundo hostil* (Segunda). Siblo XXI.
- Bauman, Z. (2007). *La sociedad sitiada*. Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2013). *Sobre la educación en un mundo líquido*. Espasa Libros.
- Bauman, Z. (2018). *Libertad*. Losada.
- Bauman, Z., & May, T. (2001). *Pensando sociológicamente*. Nueva Visión.

- Beck, Ulrich. (1998). *La sociedad del riesgo: Hacia una nueva modernidad*. Grupo Planeta (GBS).
- Beck, U. (1999). *Hijos de la libertad*. Fondo de Cultura Económica.
- Beck, U., & Beck-Gernsheim, E. (2003). *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas* (Vol. 114). Paidós.
- Beck, U., Giddens, A., & Lash, S. (1997). *Modernización reflexiva: Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Alianza Editorial.
- Beck, Ulrich, & Beck-Gernsheim, E. (2001). *El normal caos del amor* (Vol. 66). Paidós.
- Becker, H. (2009). *Outsiders. Hacia una sociología de la desviación*. Siglo XXI de España Editores S.A.
- Becker, H. S. (1966). *Outsiders. Studies in the sociology of deviance*. Free Press.
- Bell, N. J., & Bell, R. W. (Eds.). (1993). *Adolescent Risk Taking*. SAGE Publications, Inc.
- Benedicto J., Fernández de Mosteyrin, L., Gutierrez Sastre, M., Martín Coppola, E., & Moran, M. L. (2014). *Tansitar a la intemperie: Jóvenes en busca de integración*. Instituto de la Juventud.
- Beriain, J. (1999). Genealogía sociológica de la contingencia: Del destino dado metasocialmente al destino producido socialmente. In *Globalización, Riesgo, Reflexividad. Tres temas de teoría social contemporánea* (pp. 191–204). CIS, Centro de investigaciones Sociológicas.
- Beveridge, L. (1988). *Pleno empleo en una sociedad libre. Informe de Lord Beveridge II* (1944th ed.). Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Birge, M., Duffy, S., Miler, J. A., & Hajek, P. (2018). What Proportion of People Who Try One Cigarette Become Daily Smokers? A Meta-Analysis of Representative Surveys. *Nicotine & Tobacco Research*, 20(12), 1427–1433. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx243>
- Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. Routledge.
- Bourdieu, P. (1998). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. Taurus.
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico* (Siglo XXI Editores).
- Bourdieu, P. (2014). *Sobre el Estado. Cursos en el Collège de France (1989-1992)*. Editorial Anagrama.
- Bourdieu, P., & Dilon, A. (2007). *El sentido práctico*. Siglo XXI Editores.

- Bourdieu, P., & Passeron, J.-C. (1996). *La reproducción. Elementos para l una teoría del sistema de enseñanza* (1979th ed.). Distribuciones Fontamara.
- Bourdieu, P., Wacquant, L. J. D., & Farage, S. (1994). Rethinking the State: Genesis and Structure of the Bureaucratic Field. *Sociological Theory*, 12(1), 1. <https://doi.org/10.2307/202032>
- Breilh, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. 31, 15.
- Burchell, G., Gordon, C., & Miler, P. (Eds.). (1991). From Dangerousness to Risk. In *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. (pp. 281–298). The University of Chicago Press.
- Butler, J. (2006). *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia* (1ª). Paidós.
- Cabanas, E., & Illouz, E. (2019). *Happycracia. Cómo la ciencia y la industria de la felicidad controlan nuestras vidas*. Paidós.
- Cabrero, G. R. (2014). Crisis social y cambios en el régimen de bienestar español. In *VII Informe sobre Exclusión y desarrollo social: Vol. Documento de Trabajo 5.10* (p. 23). Fundación Foessa.
- Camarini, R., & Pautassi, R. M. (2016). Alcohol Abuse in Adolescents: Relevance of Animal Models and Experimental Results in Adolescent Animals. In D. De Micheli, A. L. M. Andrade, E. A. da Silva, & M. L. O. de Souza Formigoni (Eds.), *Drug Abuse in Adolescence* (pp. 101–112). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-17795-3_7
- Camus, A. (1947). *La peste* (2010th ed.). Edhasa. <http://archive.org/details/albert-camus-lapeste-1947>
- Canclini, N. G., & Castro-Pozo, M. U. (2017). Maritza Urteaga y Néstor García Canclini conversan sobre la juventud en las ciencias sociales: Delincuentes, consumidores, migrantes o actores alternativos. *METAMORFOSIS*, 2–27.
- Canguilhem, G. (1986). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.
- Carey, G., Crammond, B., & De Leeuw, E. (2015). Towards health equity: A framework for the application of proportionate universalism. *International Journal for Equity in Health*, 14(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s12939-015-0207-6>
- Carrasco Jiménez, E. (2007). El pensamiento penal de Michel Foucault. *Polis. Revista Latinoamericana*, 18. <http://journals.openedition.org/polis/4138>

- Carvalho-Mesquita, J. R. (2002). Conceptos y prácticas en salud pública: Algunas reflexiones. *Revista de La Facultad Nacional de Salud Pública*, 20(2), 67–82.
- Castel, R. (2008). *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?* Manantial.
- Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis*. Editorial Anagrama.
- Castel, R. (1986). De la peligrosidad al riesgo. In F. Álvarez-Uría & J. Varela (Eds.), *Materiales de sociología crítica*. La Piqueta.
- Castel, R. (1991). From Dangerousness to Risk. In G. Burchell, C. Gordon, & P. M. Miller (Eds.), *The Foucault effect: Studies in governmentality: With two lectures by and an interview with Michel Foucault* (pp. 281–298). Harvester Wheatsheaf.
- Castel, R. (1997). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado*. Paidós.
- Castel, R. (2010). *El ascenso de las incertidumbres: Trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Fondo de Cultura Económica.
- Castells, M. (2001). *La era de la información. Vol. III. Fin de milenio*.
- Cayley, D. (2019). *Últimas conversaciones con Iván Illich. Una camino de amistad*. El pez volador.
- Chapela, M. (2008). Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria. *Spanish*. https://digitalrepository.unm.edu/lasm_cucs_es/163
- Cherry, Andrew L., Baltag, Valentina, & Dillon, Mary E. (2017). *International Handbook on Adolescent Health and Development. The Public Health Response*. Springer.
- Chicharro Merayo, M. (Ed.). (2014). *La juventud en la pantalla*. INJUVE. <http://www.injuve.es/observatorio/infotecnologia/revista-de-estudios-de-juventud-106-la-juventud-en-la-pantalla>
- Cockerham, W. C. (2016). Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure*: *Journal of Health and Social Behavior*. <https://doi.org/10.1177/002214650504600105>
- Cofiño, R., Aviñó, D., Benedé, C. B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., Paredes-Carbonell, J. J., & Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta Sanitaria*, 30, 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004>

- Cohen, S. (1989). Descentralización del control social tomada en serio. *Nuevo Foro Penal*, 45, 343–365.
- Cohen, S. (2017). *Demonios populares y “pánicos morales”*. *Delincuencia juvenil, subculturas, vandalismo, drogas y violencia*. Gedisa Editorial.
- Collins, R. (2009). *Cadenas de rituales de interacción*. Anthropos.
- Colomer Revuelta, C., & Álvarez-Dardet Díaz, C. (2000). *Promoción de la salud y cambio social*. Masson.
- Comisión Europea. (2012a). *Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Plan de acción sobre el emprendimiento 2010. Relanzar el espíritu emprendedor en Europa*. Comisión Europea.
- Comisión Europea. (2012b). *Propuesta de Recomendación del Consejo sobre el establecimiento de la Garantía Juvenil*. Comisión Europea.
- Comisión Europea. (2015, February 16). *La educación física y el deporte en los centros escolares de Europa. Informe Eurydice* [Website]. Publications Office of the European Union. <http://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/1235c563-def0-401b-9e44-45f68834d0de/language-es>
- Comisión Global de Política de Drogas. (2019). *La clasificación de sustancias psicoactivas. Cuando se dejó atrás a la ciencia*.
- Conde, F., & Gabriel, C. (2002). La evolución de las representaciones sobre la salud de las mujeres madrileñas 1993-2000. *Revista Española Salud Pública*, 76(5).
- Conde Gutiérrez, F. (1998). *Retos actuales en prevención de drogodependencias*. V Encuentros Municipales, Bilbao.
- Coriat, B. (1993). *El taller y el cronómetro. Ensayo sobre el taylorismo, el fordismo y la producción en masa*. Siglo XXI
- Cranwell, J., Britton, J., & Bains, M. (2017). “F*ck It! Let’s Get to Drinking—Poison our Livers!”: A Thematic Analysis of Alcohol Content in Contemporary YouTube MusicVideos. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(1), 66–76. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9578-3>
- Davis, C. P. (2017). *Girls and Juvenile Justice: Power, Status, and the Social Construction of Delinquency*. Palgrave Macmillan.
- de Almeida Filho, N., Castiel, L. D., & Ayres, J. R. (2009). Riesgo: Concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, 5(3), 323–344.

- Doll, R. (2002). Proof of Causality: Deduction from Epidemiological Observation. *Perspectives in Biology and Medicine*, 45(4), 499–515. <https://doi.org/10.1353/pbm.2002.0067>
- Donati, P. (2015). *El reto educativo: Análisis y propuestas*. 18(2), 307–329.
- Douglas, M. (1996). *Cómo piensan las instituciones*. Alianza Universidad.
- Dubet, Francois. (2010). Crisis de la transmisión y declive de la institución. *Política y Sociedad*, 47, 11.
- Dubet, François. (2013). *El declive de la institución. Profesiones, sujetos e individuos en la modernidad*. Gedisa Editorial.
- Duff. (2014). *Assemblages of health. Deleuze's empiricism an the ethology of life*. Springer.
- Ecclestone, K. (2007). Resisting images of the 'diminished self': The implications of emotional well-being and emotional engagement in education policy. *Journal of Education Policy*, 22(4), 455–470. <https://doi.org/10.1080/02680930701390610>
- Ecclestone, K. (2012). From emotional and psychological well-being to character education: Challenging policy discourses of behavioural science and 'vulnerability.' *Research Papers in Education*, 27(4), 463–480. <https://doi.org/10.1080/02671522.2012.690241>
- Ecclestone, K., & Hayes, D. (2009). Changing the subject: The educational implications of developing emotional well-being. *Oxford Review of Education*, 35(3), 371–389. <https://doi.org/10.1080/03054980902934662>
- E.Echeburúa, C. Báez, J. Fernández-Montalvo, & D. Páez. (1994). *Cuestionario de juego patológico de South Oaks (SOGS): Validación española*.
- Elias, N. (2010). *Sobre el tiempo*. Fonde de cultura económica. <http://www.marcialpons.es/libros/sobre-el-tiempo/9786071601643/>
- Evans, K. (2007). Concepts of bounded agency in education, work, and the personal lives of young adults. *International Journal of Psychology*, 42(2), 85–93. <https://doi.org/10.1080/00207590600991237>
- Zerubavel, E. (2009). Tiempo privado y tiempo público. *Acta Sociologica*, 49, 15–47.
- FAO/OMS. (1998). *Preparación y uso de directrices nutricionales basada en los alimentos* (No. 880). World Health Organization. https://www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/WHO_TRS_880/es/

- Federación Internacional de Planificación Familiar (Ed.). (2016). *Todos tienen derecho al conocimiento: Educación integral en sexualidad para toda la gente joven*.
- Feixa, C. (2015). De las culturas juveniles a los estilos de vida. Etnografías y metaetnografías en España, 1985-2015. In *Los estudios sobre la juventud en España: Pasado, presente y futuro* (Vol. 15). Instituto de la Juventud. http://www.injuve.es/sites/default/files/Revista98_5.pdf
- Felgueroso, F., Gutiérrez, M., & Jiménez, S. (2013). ¿Por qué el abandono escolar se ha mantenido tan elevado en España en las últimas dos décadas? El papel de la ley de educación (logse)®. *Fedea*, 2–2013, 26.
- Fernández, A. M., & Filosóficas, M. D. L. R. P. A. Y. (2015). La descomposición del orden religioso en las sociedades modernas según René Girard. *Gazeta de Antropología*, 31(2). <http://www.gazeta-antropologia.es/?p=4702>
- Fernández-Solà, J. (2015). Cardiovascular risks and benefits of moderate and heavy alcohol consumption. *Nature Reviews. Cardiology*, 12(10), 576–587. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2015.91>
- Ferrer, V. A. (2010). *LOS MITOS ROMÁNTICOS EN ESPAÑA*. 99, 25.
- Fitzpatrick, M. (2000). *The tyranny of health: Doctors and the regulation of lifestyle*. Routledge.
- Flaquer, Lluís. (2004). La articulación entre familia y el Estado de bienestar en los países de la Europa del sur. *Papers. Revista de Sociologia*, 73, 27–58.
- Flaquer, Lluís. (1998). *El destino de la familia*. Ariel.
- Foreman, K. J., Marquez, N., Dolgert, A., Fukutaki, K., Fullman, N., McGaughey, M., Pletcher, M. A., Smith, A. E., Tang, K., Yuan, C.-W., Brown, J. C., Friedman, J., He, J., Heuton, K. R., Holmberg, M., Patel, D. J., Reidy, P., Carter, A., Cercy, K., ... Murray, C. J. L. (2018). Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: Reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *The Lancet*, 392(10159), 2052–2090. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31694-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31694-5)
- Foucault, M. (1975). *Vigilar y castigar*. Siglo XXI de España Editores S.A.
- Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder*. Paidós Básica.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población. Cruso en el collège de France (1977-1978)*. Fondo de Cultura Económica.

- Foucault, Ml. (2007a). *El nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel. (2007b). *Los anormales*. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2017). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(1). <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1095>
- Fundación Bartolomé de Carranza. (2004). *Memoria 25 años Fundación Bartolomé de Carranza*. Fundación Bartolomé de Carranza.
- Furlong, A. (2009). Revisiting transitional metaphors: Reproducing social inequalities under the conditions of late modernity. *Journal of Education and Work*, 22(5), 343–353. <https://doi.org/10.1080/13639080903453979>
- Gambino, B. (2014). Setting Criterion Thresholds for Estimating Prevalence: What is Being Validated? *Journal of Gambling Studies*, 30(3), 577–607. <https://doi.org/10.1007/s10899-013-9380-y>
- Gambino, B. (2018). Test Performance Variation Between Settings and Populations. *Journal of Gambling Studies*, 34(4), 1085–1108. <https://doi.org/10.1007/s10899-017-9728-9>
- García Donaire, J. A. (2019). *Evaluación de hábitos nutricionales en jóvenes | Injuve, Instituto de la Juventud*. Injuve. <http://www.injuve.es/observatorio/salud-y-sexualidad/evaluacion-de-habitos-nutricionales-en-jovenes>
- García González, J. M., & Grande, R. (2018). Cambios en las diferencias por sexo en la esperanza de vida en España (1980-2012): Descomposición por edad y causa. *Gaceta Sanitaria*, 32(2), 151–157. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.03.004>
- García, S., & Ávila, D. (2015). *Enclaves de riesgo. Gobierno neoliberal, desigualdad y control social*. Traficantes de sueños.
- Garrido-Miguel, M., Cavero-Redondo, I., Álvarez-Bueno, C., Rodríguez-Artalejo, F., Moreno, L. A., Ruiz, J. R., Ahrens, W., & Martínez-Vizcaíno, V. (2019). Prevalence and Trends of Overweight and Obesity in European Children From 1999 to 2016: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 173(10), e192430–e192430. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2019.2430>
- Gervás, J., & Pérez-Fernandez, M. (2015). *La expropiación de la salud (Primera)*. Los libros del lince.

- Giddens, A., & Beriaín, J. (Eds.). (1996). *Las consecuencias perversas de la modernidad: Modernidad, contingencia y riesgo*. Anthropos.
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society*. Cambridge:Policy.
- Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Península.
- Giddens, A., Beck, U., & Lash, S. (1997). *Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Alianza Universidad.
- Gilliom, J. (2001). *Overseers of the poor. Surveillance, resistance, and the limits of privacy*. The University of Chicago Press.
- Gimeno, A. (2007). La familia en la sociedad de la información y de la diversidad. In *Las familias y la educación en valores democráticos. Retos y perspectivas actuales*. Claret.
- Giraldo Díaz, R. (2006). Poder y resistencia en Michel Foucault. *Tabula Rasa*, 4, 103–122. <https://doi.org/10.25058/20112742.249>
- Giroux, H. A. (2003). *La inocencia robada. Juventud, multinacionales y política cultural*. Morata.
- Giroux, H. A. (2003). *The abandoned generation: Democracy beyond the culture of fear*. Palgrave Macmillan.
- Gómez López, L. I., & Rabanaque Hernández, M. J. (2001). Concepto de salud. In *Promoción de la salud y cambio social*. Masson.
- Gordo López, Á., García Arnau, A., de Rivera, J., & Díaz-Catalán, C. (2018). *Jóvenes en la encrucijada digital. Itinerarios de socialización y desigualdad en los entornos digitales*. Ediciones Marata, S.L.
- Gorz, A. (1995). *Metamorfosis del trabajo. Búsqueda del sentido. Crítica de la razón económica*. Esitorial Sistema.
- Gorz, A. (1998). *Miseria del presente, riqueza de lo posible*. Paidós Estado y Sociedad.
- Greco, G., Lorgelly, P., & Yamabhai, I. (2016). Outcomes in Economic Evaluations of Public Health Interventions in Low- and Middle-Income Countries: Health, Capabilities and Subjective Wellbeing. *Health Economics*, 25(S1), 83–94. <https://doi.org/10.1002/hec.3302>
- Grippe, L. (2006). Acerca de la relación entre el campo de la salud, las representaciones de salud de los usuarios adolescentes y sus representaciones de participación en el campo de la salud de la ciudad autónoma de BuenosAaires. *Facultad*

de Psicología - UBa / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones, XIV, 131–138.

Gurrutxaga Abad, A. (2013). *Voces y argumentos de la innovación social*. Universidad del País Vasco/ Euskal Herriko Unibertsitatea.

Hari, J. (2019). *Chasing the screen. The search for the truth about addiction*. Bloomsbury Publishing.

Hayes, M. V. (1992). On the epistemology of risk: Language, logic and social science. *Social Science & Medicine, 35*(4), 401–407.

Hernando, A. (2018). *La fantasía de la individualidad. Sobre la construcción sociohistórica del sujeto moderno*. Traficantes de sueños.

Hualde Urralburu, G. (1989). La droga y la delincuencia en los jóvenes de Navarra. *Revista del Centro de Estudios Merindad de Tudela, 1*, 137–170.

Huber, M., Knottnerus, J., Green, L., Horst, H., Jadad, A., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M., Meer, J., Schnabel, P., Smith, R., Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 343, d4163. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4163>

Humanism. (n.d.). The Hedgehog Review. Retrieved June 7, 2020, from <https://hedgehogreview.com/issues/humanism-amidst-our-machines/articles/humanism>

Illich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barral Editores.

Illich, I. (1999, March 1). *L'obsession de la santé parfaite*. Le Monde diplomatique. <https://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/2855>

Infancia en construcción. Medidas para luchar contra la desigualdad en la nueva normalidad. (2020).

INJUVE. (2019). *La salud afectivo-sexual de la juventud en España*. Revista de Estudios de Juventud.

Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. (1997). *Jóvenes y salud. Las representaciones sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños* (2ª Monografía del Programa de Investigación del "Sistema de Indicadores Socioculturales sobre la Salud," p. 147).

Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. (2001). *Las concepciones de la salud de las mujeres, informe 2000* (No. 89; Documentos Técnicos de Salud Pública). Instituto Salud Pública Madrid.

- Ivanova, A. S. M. (2017). El derecho de autodeterminación del menor maduro en el ámbito de la salud. *Bioderecho.es*, 6, 28 pág.-28 pág.
- Järvinen, T. L. N. (2016). Labelling people as 'High Risk': A tyranny of eminence? *British Journal of Sports Medicine*, 50(2), 77–78. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-095286>
- Jernigan, D. H., Padon, A., Ross, C., & Borzekowski, D. (2017). Self-Reported Youth and Adult Exposure to Alcohol Marketing in Traditional and Digital Media: Results of a Pilot Survey. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(3), 618–625. <https://doi.org/10.1111/acer.13331>
- Jimenez Ruiz, C. A., Solano Reina, S., de Granda Orive, J. I., Signes-Costa Minaya, J., de Higes Martinez, E., Riesco Miranda, J. A., Altet Gómez, N., Lorza Blasco, J. J., Barrueco Ferrero, M., & de Lucas Ramos, P. (2014). El cigarrillo electrónico. Declaración oficial de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) sobre la eficacia, seguridad y regulación de los cigarrillos electrónicos. *Archivos de Bronconeumología*, 50(8), 362–367. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2014.02.006>
- Juliano, D. (2011). *Presunción de inocencia. Riesgo, delito y pecado en femenino*. Gakoa Liburuak.
- Cortazar, J. (1970). *Historia de Cronopios y Famas*. Edhasa.
- Kelly, Y., Goisis, A., Sacker, A., Cable, N., Watt, R. G., & Britton, A. (2016). What influences 11-year-olds to drink? Findings from the Millennium Cohort Study. *BMC Public Health; London*, 16, n/a. <http://dx.doi.org.ehu.idm.oclc.org/10.1186/s12889-016-2847-x>
- Khanna, P. (2017). *Conectografía*. Ediciones Paidós. <https://www.planetadelibros.com/libro-conectografia/243270>
- Knaul, F. M., Bhadelia, A., Rodriguez, N. M., Arreola-Ornelas, H., & Zimmermann, C. (2018). The Lancet Commission on Palliative Care and Pain Relief—Findings, recommendations, and future directions. *The Lancet Global Health*, 6, S5–S6. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30082-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30082-2)
- Knutson, K. L., Phelan, J., Paskow, M. J., Roach, A., Whiton, K., Langer, G., Hillygus, D. S., Mokrzycki, M., Broughton, W. A., Chokroverty, S., Lichstein, K. L., Weaver, T. E., & Hirshkowitz, M. (2017). The National Sleep Foundation's Sleep Health Index. *Sleep Health*, 3(4), 234–240. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2017.05.011>

- Koivusilta, L. K., West, P., Vesa Markus Antero, S., Nummi, T., & Rimpelä, A. H. (2013). From childhood socio-economic position to adult educational level – do health behaviours in adolescence matter? A longitudinal study. *BMC Public Health*, 13(1), 711. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-711>
- Kopp, C. (2002). *The new era of AIDS. HIV and Medicine in times of transition*. Springer-Science+Business Media, BV.
- La educación inclusiva: El camino hacia el futuro*. (2008). UNESCO.
- Lagrée, J.-C. (2002). *Rolling Youth, Rocking Society*. UNESCO.
- Lahire, B. (2007). Infancia y adolescencia: De los tiempos de socialización sometidos a constricciones múltiples. *Revista de antropología social*, 16, 21–38.
- Larrosa, J. (Ed.). (2007). *Entre Nosotros: Sobre la Convivencia Entre Generaciones* (2007th ed.). Fundación Viure i Conviure.
- Lasén Díaz, A. (2000). *A contratiempo. Un estudio de las temporalidades juveniles*. CIS, Centro de investigaciones Sociológicas.
- Latour, Bruno. (2008). *Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red*. Manantial.
- Le Breton, D. (1990). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Ediciones Nueva Visión.
- Le Breton, D. (2002). *La sociología del cuerpo*. Ediciones Nueva Visión.
- Lebrun, M. (2011). *Rebels in Society: The Perils of Adolescence*. R&L Education.
- Lemus, L. A. (1969). *Pedagogía. Temas fundamentales*. Editorial Kapelusz.
- Lipovetsky, G. (2006). *La era del vacío*. Anagrama.
- Lipovetsky, G. (2010). *La Felicidad Paradójica*. Editorial Anagrama.
- Lorey, I. (2016). *Estado de inseguridad. Gobernar la precaridad*. Traficantes de sueños.
- Martín Criado, E. (1998). *Producir la juventud: crítica de la sociología de la juventud*. Istmo.
- Martín Criado, E. (2010). *La escuela sin funciones. Crítica de la sociología de la educación crítica*. Edicions Bellaterra.
- Matricciani, L. A., Olds, T. S., Blunden, S., Rigney, G., & Williams, M. T. (2012). Never Enough Sleep: A Brief History of Sleep Recommendations for Children. *Pediatrics*, 129(3), 548–556. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2039>

- Matricciani, L., Olds, T., & Petkov, J. (2012). In search of lost sleep: Secular trends in the sleep time of school-aged children and adolescents. *Sleep Medicine Reviews*, 16(3), 203–211. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2011.03.005>
- Mayordomo Pérez, A. (2002). La transición a la democracia: Educación y desarrollo político. *Hist. Educ.*, 21, 19–47.
- Measham, F., & Shiner, M. (2009). The legacy of ‘normalisation’: The role of classical and contemporary criminological theory in understanding young people’s drug use. *International Journal of Drug Policy*, 20(6), 502–508. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.02.001>
- Meneses Falcón, C., Rúa, A., Romo Avilés, M. N., Gil García, E., Uroz, J., & Markez, I. (2012). *Co-occurrence of risk behaviors among Spanish adolescents*. <https://doi.org/10.3989/ris.2011.03.18>
- Mennicken, A., & Espeland, W. N. (2019). What’s New with Numbers? Sociological Approaches to the Study of Quantification. *Annual Review of Sociology*, 45(1), 223–245. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073117-041343>
- Mills, W. (1961). *La imaginación sociológica* (1986th ed.). Fondo de Cultura Económica.
- Ministerio de Educación y Cultura. (2000). *La Educación Secundaria Obligatoria a debate. Situación actual y perspectivas*. Ministerio de Educación.
- Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice* (Duke University Press and London).
- Morel, S. (2015). La medicalización del fracaso escolar en Francia. Una forma contemporánea de etiquetaje de los alumnos con dificultades escolares. *RASE: Revista de la Asociación de Sociología de la Educación*, 8(3), 321–334.
- Moreno, J. L. (2010). *Moral corporal, trastornos alimentarios y clase social*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Mújica, O. J. (2015). Cuatro cuestiones axiológicas de la epidemiología social para el monitoreo de la desigualdad en salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38, 433–441.
- Murillo, F. J., & Martínez-Garrido, C. (2018). Magnitud de la Segregación escolar por nivel socioeconómico en España y sus Comunidades Autónomas y comparación con los países de la Unión Europea. *RASE: Revista de la Asociación de Sociología de la Educación*, 11(1), 37–58.

- Navarro, V. (1999). Concepto actual de salud pública. In *Salud Pública*. McGraw-Hill Interamericana.
- Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: Cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28(1), 25–31. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.11.002>
- Nelson, J. P. (2008). Reply to Siegel Et Al.: Alcohol Advertising in Magazines and Disproportionate Exposure. *Contemporary Economic Policy*, 26(3), 493–504. <https://doi.org/10.1111/j.1465-7287.2007.00089.x>
- Nicholas Taleb, N. (2019). *El cisne negro. El impacto de lo altamente improbable* (2008th ed.). Paidós.
- Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: A multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558–1565. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)
- Ochaita, E., & Espinosa, M. Á. (2003). Las prácticas sexuales de los adolescentes y jóvenes españoles. In E. Mejías & S. Méndez (Eds.), *Juventud y Sexualidad*. Injuve.
- OMS. (1999). *Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- OMS. (2014). *Salud para los adolescentes del mundo: Una segunda oportunidad en la segunda década*. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/es/
- OMS. (2015). *Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)*. WHO. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/es/
- OMS | MPOWER un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo. (2008). WHO; World Health Organization. <https://www.who.int/tobacco/mpower/package/es/>
- Organización Mundial de la Salud Europa. (2006). *Los hechos probados. Determinantes sociales de la salud*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- OMS (1991). *De Alma-Ata al año 2000. Reflexiones a medio camino*.
- Organización Panamericana de la Salud (Ed.). (1996). *Promoción de la salud: Una antología*. Organización Mundial de la Salud (OMS).

Organización Panamericana de la Salud, & OMS. (1996). *Promoción de la salud: Una antología*. OPS.

Orte, C., Ballester, Ll., & Rosario. (2016). *Nueva pornografía y cambios en las relaciones interpersonales*. Editorial Octaedro. <https://www.compartirpalabramaestra.org/recursos/libros/nueva-pornografia-y-cambios-en-las-relaciones-interpersonales>

Palomares, A., & López, S. (2012). La repuesta a la diversidad: De los programas de garantía social hacia los programas de calificación profesional inicial. *Revista Española de Educación Comparada*, 20, 249–274.

Palomino Moral, P. A., Grande Gascón, M. L., & Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(Extra_1), 45–70.

Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., Arora, M., Azzopardi, P., Baldwin, W., Bonell, C., Kakuma, R., Kennedy, E., Mahon, J., McGovern, T., Mokdad, A. H., Patel, V., Petroni, S., Reavley, N., Taiwo, K., ... Viner, R. M. (2016). Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423–2478. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00579-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00579-1)

Pérez Eransus, B. (2005). *Políticas de activación y rentas mínimas* (Fundación Foessa). Cáritas Española.

Pfeilstetter, R. (2012). Bourdieu and Luhmann. Differences, similarities, synergies. *Revista Internacional de Sociología*, 70(3).

Pohl, A., & Walther, A. (2007). Activating the disadvantaged. Variations in addressing youth transitions across Europe. *International Journal of Lifelong Education*, 26(5), 533–553. <https://doi.org/10.1080/02601370701559631>

Polanyi, K. (1957). *The great transformation the political and economic origins or our time*. Bacon Press.

Pornhub. (2019). *The 2019 Year in Review – Pornhub Insights*. <https://www.pornhub.com/insights/2019-year-in-review>

Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2018). *Índices e indicadores de desarrollo humano. Actualización estadística de 2018*.

Ramos Torre, R. (2017). Futuros sociales en tiempos de crisis. *Arbor*, 193(784), 378. <https://doi.org/10.3989/arbor.2017.784n2001>

- Ramos Torre, R., & Callejo Gallego, J. (2018). Semántica social del riesgo: Una aproximación cualitativa. *Política y Sociedad*, 55(1), 235-256-256. <https://doi.org/10.5209/POSO.54062>
- Richards, C. R., Tucker, C. M., Brozyna, A., Ferdinand, L. A., & Shapiro, M. A. (2009). Social and Cognitive Factors Associated With Preventative Health Care Behaviors of Culturally Diverse Adolescents. *Journal of the National Medical Association; Washington*, 101(3), 236-242.
- Rodés, J. (Ed.). (2006). *Public health. The challenges of a new century*. Fundación BBVA.
- Rodríguez Martínez, J. (1999). El riesgo como utopía negativa. Notas para una reflexión. In *Globalización, Riesgo, Reflexividad. Tres temas de teoría social contemporánea* (pp. 191-204). CIS, Centro de investigaciones Sociológicas.
- Romaní, O. (1999). *Las drogas. Sueños y Razones*. Editorial Ariel. https://www.researchgate.net/publication/331329679_Las_drogas_Suenos_y_Razones
- Rose, N. (1996). Governing 'advanced' liberal democracies. In A. Barry, T. Osborne, & N. Rose (Eds.), *Foucault and Political Reason* (pp. 37-64).
- Rose, N. (2001). The Politics of Life Itself. *Theory, Culture & Society*, 18(6), 1-30. <https://doi.org/10.1177/02632760122052020>
- Rose, N. (2010). 'Screen and intervene': Governing risky brains. *History of the Human Sciences*, 23(1), 79-105. <https://doi.org/10.1177/0952695109352415>
- Rosen, G. (1985). *De la policía médica a la medicina social: Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. Siglo XXI.
- Sánchez, E. (2002). El principio de precaución: Implicaciones para la salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 16(5), 371-373.
- Sarría Santamera (Coord.), A. (2001). *Promoción de la salud en la Comunidad*. Universidad Nacional a Distancia (UNED).
- Selles, P. M., Cortes Tomas, M. T., Gimenez Costa, J. A., & Mahía, F. C. (2015). Predictors Of Weekly Alcohol Drinking And Alcohol-Related Problems In Binge-Drinking Undergraduates. *Adicciones; Palma de Mallorca*, 27(2), n/a.
- Sennett, R. (2003). *El respeto*. Anagrama. http://www.anagrama-ed.es/libro/argumentos/el-respeto/9788433939357/A_304
- Sennett, R. (2009). *El artesano*. Anagrama.
- Sennett, R. (2019). *Construir y habitar. Ética para la ciudad*. Editorial Anagrama.

- Serres, M. (2014). *Pulgarcita*. Gedisa Editorial.
- Siegel, M., Ross, C. S., Albers, A. B., DeJong, W., King, I., Charles, Naimi, T. S., & Jernigan, D. H. (2016). The relationship between exposure to brand-specific alcohol advertising and brand-specific consumption among underage drinkers—United States, 2011-2012. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse*, 42(1), 4–14.
- Simmel, G. (2018). *La cantidad en los grupos*. Sequitur.
- Simmel, G. (2014). *Filosofía de la moda*. Casimiro Libro
- Síntesis Actualizada Del III Informe Foessa 1978*. (n.d.). Cáritas. Retrieved May 21, 2020, from <https://www.caritas.es/producto/sintesis-actualizada-iii-informe-foessa-1978/>
- Soria, J. M. F. (2007). Igualdad y libertad de elección de centro docente: Una cuestión polémica para un acuerdo necesario. *Revista de Educación*, 344(18), 41–59.
- Soriano, J. B., Rojas Rueda, D., Alonso, J., Antó, J. M., Cardona, P. J., Fernández, E., & Martínez Raga, J. (2018). *La carga de enfermedad en España: Resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016 = The burden of disease in Spain: results from the Global Burden of Disease 2016 / Joan B. Soriano ... et al.* <https://doi.org/10.1016/j.medcle.2018.05.043>
- Stengers, I. (2017). *En tiempos de catástrofes: Cómo resistir a la barbarie que viene: 2013* (V. Goldstein, Trans.). Ned Ediciones.
- Stockwell, T., Zhao, J., Panwar, S., Roemer, A., Naimi, T., & Chikritzhs, T. (2016). Do “Moderate” Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 77(2), 185–198. <https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.185>
- Strech, D. (2013). *Ethics in public health and health policy: Concepts, methods, case studies*. Springer.
- Suh, M., Carroll, K. E., & Cassill, N. L. (2010). Critical Review on Smart Clothing Product Development. *Journal of Textile and Apparel, Technology and Management*, 6(4). <http://stargate.cnr.ncsu.edu/index.php/JTATM/article/view/702>
- Tejerina, B., & Gatti, G. (2016). *Pensar la agencia en la crisis* (Academia; 38). Centro de Investigaciones Sociológicas.

- Terris, M. (1996). Conceptos sobre la Promoción de la Salud: Dualidades en la teoría de la Salud Pública. In *Promoción de la salud: Una antología*. Organización Panamericana de la Salud.
- Toffler, A. (1980). *La tercera ola*. Plaza & Janes. S.A.. Editores. <http://cruceshernandezguerra.wikispaces.com/file/view/La+tercera+ola.pdf>
- Torres, C. (2001). La equidad en materia de salud vista con enfoque étnico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10, 188–201. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892001000900015>
- Uribe Oyarbide, J. M. (1996). *Educación y curar. El diálogo cultural en atención primaria*. Ministerio de Cultura.
- Usó, J. C. (1996). *Drogas y culturas de masas (España 1855-1995)*. Taurus.
- Vega, A. (2002). *Drogas. Qué política para qué prevención*. Gakoa Liburuak.
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379(9826), 1641–1652. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60149-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60149-4)
- Wacquant, L. (2001). *Parias urbanos. Marginalidad en la ciudad a comienzos del milenio*. Manantial.
- WHO | *Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health*. (1991). WHO; World Health Organization. <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>
- WHO, R. O. for E. (2015). *The European Mental Health Action Plan 2013–2020*. WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/175672>
- World Bank. (2006). *World Development Report 2007: Development and the Next Generation*. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-6541-0>
- Xenitidou, M., & Edmonds, B. (Eds.). (2014). *The complexity of social norms: Computational social sciences*. Springer.
- Yubero, S. (2004). Socialización y aprendizaje social. In *Psicología social, cultura y educación* (pp. 25, 891–913). Pearson Educación.
- Zerubavel, E. (1985). *Hidden rhythms: Schedules and calendars in social life*. University of California Press.

Anexos

Anexo 1. Ficha Encuesta Navarra de Juventud y Salud 2013-14

La Encuesta Navarra de Juventud y Salud de 2013, al igual que lo hiciera su predecesora trata de recoger datos sobre los determinantes principales del estado de salud de los jóvenes, entre ellos también del consumo de drogas, del juego o del tiempo dedicado por este grupo a las pantallas.

Las edades comprendidas por esta encuesta (en sus dos oleadas) están entre los 14 y los 29 años.

Los bloques temáticos de esta encuesta son: estado de salud, alimentación, actividad física y ocio, agresiones, seguridad vial y accidentes de tráfico, consumo de tabaco, alcohol, cannabis y otras sustancias adictivas, juego, Internet, sexualidad y contracepción.

Ficha Técnica

UNIVERSO:	105.527 residentes en Navarra de 14 a 29 años. (Datos del Padrón Municipal de habitantes. INE: 1-1-2013).
MUESTRA:	1.500 entrevistas.
MUESTREO:	Selección aleatoria y nominal de individuos por Comarca y Hábitat e Intervalos de Edad, en número de un titular y dos reservas.
MARGEN DE ERROR:	± 2,5 para datos globales.
NIVEL DE CONFIANZA:	95%.
PROBABILIDAD (p/q):	50%.
TÉCNICA DE LA ENTREVISTA:	Personal en el domicilio, tras envío de carta informativa y concertar cita previa.
FECHAS DE REALIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO:	Noviembre 2013-Enero 2014 CIES, S.L.
DIRECCIÓN DEL ESTUDIO:	Instituto de Salud Pública y Laboral del Gobierno de Navarra. Promoción de la Salud

Anexo 2. Grupos de Discusión y Entrevistas. Fundación Ilundain Haritz-Berri

I. Grupo Discusión Profesionales de la Fundación Ilundain

1.1. Composición:

La elección de los componentes del grupo se realiza atendiendo la representación de los distintos programas formativos y de residencia.

El grupo está compuesto por cuatro varones y cuatro mujeres. La permanencia media en la institución es mayor en el caso de los varones (más de 10 años), tan sólo la administrativa lleva más de 10 años, el resto de mujeres cinco años.

SEXO	EDAD	PROGRAMA	PUESTO	Tiempo en la Fundación (años)
H	44	PCA	Maestro de Taller	15
H	34	PCPI	Maestro de Taller	13
H	33	ETE	Dirección	8
M	42	PCPI	Profesora	5
M	32	PCA	Profesora	5
H	43	PCA-PCPI	Dirección	12
M	31	RESIDENCIAS	Educadora	4
M	49	SERVICIOS	Administrativa	13

1.2. Lugar de celebración

Sala Edificio Administración de la Fundación en Ilundain

1.3. Guión

El guión definido para el grupo de los y las profesionales de la Fundación Ilundain sigue la estructura del programa diseñado por la Fundación Ilundain para la prevención del consumo de drogas en sus programas formativos y de residencias. Este programa actúa a dos niveles y estos son los elementos que estructuran la propuesta de diálogo: contexto y persona.

II. Grupo Discusión Alumnado de la Fundación Ilundain

2.1. Composición:

La elección de los componentes del grupo se realiza atendiendo la representación de los distintos programas formativos. La presencia de hombres es mayor, dada la baja representación de mujeres en los distintos programas formativos.

SEXO	EDAD	PROGRAMA
H	16	PCA
H	18	PCPI
M	17	PCPI
H	16	PCPI
M	23	EETT
H	20	EETT
H	22	EETT

2.2. Lugar de celebración

Sala Edificio Administración de la Fundación en Ilundain

2.3. Guión

El guión definido para el grupo de chicos y chicas de la Fundación Ilundain sigue la estructura del programa diseñado por la Fundación Ilundain para la prevención del consumo de drogas en sus programas formativos y de residencias. Este programa actúa a dos niveles y estos son los elementos que estructuran la propuesta de diálogo: contexto y persona.

III. Entrevistas

Entrevistas a informantes clave para el estudio de la Fundación Ilundain Haritz-Berri 2017-2019:

3.1. Fundación Ilundain

Eugenio Lecumberri, Fundador Ilundain, presidió la Fundación hasta el año 2018.

Javier Eslava, Psicólogo (trabajador desde 1986).

Toni Iragi, Responsable Programas PCA y FP Básica de la Ilundain

Gorka Moreno, psicólogo Proyecto Hombre Navarra (antiguo trabajador de Ilundain, implementa el primer Programa de Prevención de Consumo de Drogas).

Angel Pardo, Coordinador de Programas de Ilundain (trabajador de Ilundain desde el año 1996).

Marian Ruiz, Formadora en Programas Integrales de Formación y Empleo de Ilundain.

3.2. Administraciones Públicas de Gobierno de Navarra

Mikel Gurbindo, subdirector de Familia y Menores del Gobierno de Navarra, ocupó distintos puestos en la Fundación Ilundain.

Inés Sáinz de Pipaón. Socióloga jubilada, ostentó distintos puestos en la Administración Foral de Navarra, impulsora de la Escuela de Educadores y miembro de la Fundación Bartolomé de Carranza, participó en la organización y planificación de los Servicios Sociales de Navarra.

Gabriel Hualde, Sociólogo jubilado, miembro fundador de la Fundación Bartolomé de Carranza ha ostentado distintos cargos en la Administración Foral de Navarra, encargado del diseño inicial de los Servicios Sociales de Navarra.

Jesús Domínguez, Educador Social jubilado, ha ocupado distintos puestos en la Administración Foral de Navarra. Impulsor de la Escuela de Educadores, así como de los primeros pisos tutelados de menores en Navarra.

Entrevistas grabadas con consentimiento de los entrevistados y entrevistadas, y transcritas para su análisis por Taller de Sociología, S.L.

Índice de Tablas

Tabla 1.	Tres problemas principales que existen actualmente en España (Multi-respuesta %) Mes de diciembre años 1986, 1994, 2003 y 2019	207
Tabla 2.	Consumo de alcohol: baja y alta graduación. Años 2007- 2014 (%).....	225
Tabla 3.	Edad de inicio de consumo de alcohol, tabaco y cannabis y consumo alguna vez en la vida. Años 2007- 2014.....	226
Tabla 4.	Prevalencias de consumo de cannabis por edad y sexo. Año 2014 (%)	228
Tabla 5.	Lugar de consumo de cannabis entre la población de 14 a 29 años consumidora de cannabis. Año 2014	230
Tabla 6.	Utilización del cigarrillo electrónico alguna vez en la vida. Edad y sexo. Año 2018 (%)	235
Tabla 7.	Edad media a la que mantienen la primera relación sexual con coito la juventud navarra de 14 a 29 años. Año 2007 y 2014.....	238
Tabla 8.	Edad a la que los jóvenes de 14 a 29 años de Navarra tuvieron su primera relación sexual con penetración. Años 2007 y 2014 (%).....	238
Tabla 9.	Número de parejas sexuales de la población de 14 a 29 años navarra. 2014 y 2007 (n).....	239
Tabla 10.	Frecuencia con la que han tenido relaciones en los últimos tres meses la juventud navarra. Años 2007 y 2014 (n)	241
Tabla 11.	Cumplen las recomendaciones de sueño/descanso. Año 2014 (%).....	250
Tabla 12.	Número medio de horas semanales dedicadas a actividades de ocio-descanso. Años 2007 y 2014 (n)	253
Tabla 13.	Tipo de actividades realizadas regularmente a la semana para relajarse. Año 2014 (%)	254
Tabla 14.	Motivos principales por los que no practica, o no practica más deporte. Año 2015 (%)	262
Tabla 15.	Estado de salud. Puntuación media. Año 2014	275
Tabla 16.	Nivel de estrés experimentado. Año 2014 (%)	278
Tabla 17.	Riesgo de mala salud mental. Año 2014 (%).....	278
Tabla 18.	Población joven navarra que sienten auto-percibir Apoyo. Año 2014 (%).....	282
Tabla 19.	Clasificación de los encuestados según buena o mala adherencia (8 punto de corte)	288
Tabla 20.	Evolución de Renta, Gasto e IPC en Navarra (base año 2011)	289
Tabla 21.	Clasificación de la población según IMC-Cole. Año 2104 (%)	291
Tabla 22.	Autopercepción del cuerpo. Año 2014 (%)	292
Tabla 23.	Población que ha realizado dieta en algún momento. Año 2014 (%)	293
Tabla 24.	Población encuestada según autopercepción de imagen y veces que ha hecho dieta. Año 2014 (%)	294
Tabla 25.	Población que practica ejercicio físico según tipo durante la actividad principal y/o en el tiempo libre. Año 2014 (%).....	296

Tabla 26.	Población según actividad física en actividad habitual: trabajo/estudios (%) Año 2014	298
Tabla 27.	Población que cumple las recomendaciones de ejercicio físico y cambio futuro. Año 2014. (%)	300
Tabla 28.	Población según sea activo y/o inactivo en actividad principal y ocio. Año 2014 (%).....	301
Tabla 29.	Motivos por los que practican ejercicio físico. Año 2014 (%)	301
Tabla 30.	Prevalencias de consumo de tabaco. Año 2014 (%)	307
Tabla 31.	Prevalencias de consumo de tabaco según sexo y edad. Año 2014 (%)	307
Tabla 32.	Población joven de 14 a 29 años que ha intentado dejar de fumar en los últimos 12 meses. Año 2014 (%)	308
Tabla 33.	Prevalencias de consumo de alcohol. Año 2014 (%).....	314
Tabla 34.	Población que ha hecho binge o se ha emborrachado en el último mes. Año 2014 (%).....	315
Tabla 35.	Autopercepción del consumo de alcohol población 14 a 29 años. Año 2014 (%)	317
Tabla 36.	Lugares de consumo de alcohol. Año 2014 (%).....	318
Tabla 37.	Consumo de cannabis alguna vez en la vida, según sexo y edad. Año 2014 (%)	321
Tabla 38.	Consumo de cannabis en los últimos 30 días, según sexo y edad. Año 2014 (%).....	323
Tabla 39.	Número de sustancia consumidas en los últimos 30 días. Año 2014 (%)	324
Tabla 40.	Tipos de policonsumo realizados entre la población en el último mes. Año 2014.	325
Tabla 41.	Caracterización del consumo de cannabis de los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años que han consumido cannabis en los últimos 30 días (%).....	326
Tabla 42.	Consumo de drogas ilegales (con y sin cannabis) alguna vez en la vida. Año 2014 (%)	326
Tabla 43.	Número de nuevas sustancias psicoactivas notificadas por primera vez al Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea, 2005-2016.	328
Tabla 44.	Consumo de psicofármacos alguna vez en la vida. Sexo y edad. Año 2014 (%).....	329
Tabla 45.	Prevalencia de consumo de hipnosedantes sin receta población navarra 14 a 29 años. Año 2007 y 2014 (%)	330
Tabla 46.	Interrupciones voluntarias de embarazo tasas por mil. España 2012-2018	335
Tabla 47.	Número de Interrupciones voluntarias de embarazo menores de 15 años. España 2018	335
Tabla 48.	Embarazos e IVE por grupos de edad. Navarra, juventud 14 a 29 años. Año 2014 (%)	336
Tabla 49.	Conductas sexualidad. Juventud navarra. 14 a 29 años. Año 2014 (%)	336
Tabla 50.	Vías utilizadas para apostar en el último año. Año 2014	344
Tabla 51.	Acceso a Internet para videojuegos. Año 2014 (%).....	347
Tabla 52.	Acceso a Internet para apuestas. Año 2014 (%).....	349
Tabla 53.	Gasto destinado al juego online. Años 2016 y 2108 (€ y %).....	350
Tabla 54.	Acceso a páginas que contengan Sexo. Año 2014 (%)	351
Tabla 55.	Tasa de estudiantes escolarizados por curso y nivel educativo.....	385
Tabla 56.	Actos delictivos contra la propiedad y edad. Año 2002.....	404

Tabla 57. Evolución de los ratios estudiante/docente según modalidad formativa.....	407
---	-----

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1. Descripción conceptual de la salud y el bienestar	70
Ilustración 2. Esquema de la OCDE para medir el bienestar y el desarrollo	72
Ilustración 3. Informe Stiglitz-Sen-Fitoussi (SSF)	73
Ilustración 4. Representación gaussiana adaptación recomendaciones consumo de drogas de la juventud navarra. Año 2014 e intervalos de edad.	116
Ilustración 5. Otra representación gaussiana	117
Ilustración 6. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.	148
Ilustración 7. Mapa de salud para el hábitat humano local.....	149
Ilustración 8. Modelo de activos para la salud pública.....	153
Ilustración 9. Etapas de la vida según edades.....	216
Ilustración 10. Reparto de nutrientes a lo largo del día (%)	248
Ilustración 11. Zapatilla deportiva son sistema de amortiguación.....	256
Ilustración 12. Zapato con mecanismo de amortiguación que se adapta a la marcha de la persona que corre (Figuras 1-18)	258
Ilustración 13. Bolsa de recogida de residuos y cartel de fin de avituallamiento.	263
Ilustración 14. Evolución de las tendencias de las nociones sobre la salud de las mujeres madrileñas 1993-2000 272	272
Ilustración 15. Mapa de nociones de la salud de la juventud.....	274
Ilustración 16. Satisfacción con la capacidad para la toma de decisiones (%).....	280
Ilustración 17. Síntomas de malestar. Año 2014 (%).....	281
Ilustración 18. Consumo de diferentes grupos de alimentos en Navarra. Población 15 y más años. ESY CV 2017 (%). 286	286
Ilustración 19. Distorsión autoimagen. Relación autopercepción e IMC-Cole. Año 2014 (%)	292
Ilustración 20. Obesidad infantil (2 a 17 años) España y Comunidades autónomas (2017)	299
Ilustración 21. Evolución de la incidencia de fumar (todas las categorías de producto).....	309
Ilustración 22. Antigua curva en J.....	312
Ilustración 23. Verdadera curva en J.....	313
Ilustración 24. Frecuencia de consumo de alcohol, según grupo de edad. Año 2017 (%)	316
Ilustración 25. Número de UBEs* consumidas, según sean de alcoholes de alta o baja graduación, a lo largo de la semana por la población de 15 y más años.....	319
Ilustración 26. Evolución de los consumos intensivos de tabaco (diario), alcohol (borracheras) y cannabis (últimos 30 días) según sexo 2012-2018.....	322

Ilustración 27.	Evolución del consumo de alguna vez en la vida de drogas ilegales en jóvenes de 14 a 29 años	327
Ilustración 28.	Clasificación de drogas según daño a usuarios y daño a terceros. Año 2010.....	332
Ilustración 30.	Gasto en juego. Año 2108	342
Ilustración 31.	Perfil de videojugadores, por edad y sexo. Años 2018 (%)	348
Ilustración 32.	Visitas según edad de los 20 países de mayor tráfico (%).....	352
Ilustración 33.	Evolución del número de infractores/as y Control penal alguna vez en la vida juventud de 15-21 años (1982-1997).....	402
Ilustración 34.	Tasa de abandono temprano de la educación y la formación 18 a 24 años 2002-2019. España, EU 28 y Navarra.	410
Ilustración 35.	Cambios en la organización de Ilundain 1984-2017.....	427

Índice de Cuadros

Cuadro 1.	Evolución del concepto de salud. Concepciones en torno a la salud durante el siglo XX.....	65
Cuadro 2.	Estrategia global para la salud de las mujeres, niños y adolescentes (2016–2030)	192
Cuadro 3.	<i>Adolescencia y determinantes de la salud</i> (Viner et al., 2012).....	193
Cuadro 4.	Términos utilizados para describir los determinantes sociales de Salud (Viner et al., 2012) 194	
Cuadro 5.	Preguntas incorporadas en la encuesta de juventud navarra en 1998	205
Cuadro 6.	Concepciones juveniles sobre la salud (Comunidad de Madrid).....	273
Cuadro 7.	Estudios sobre Juego Patológico en España 1990-2017	338
Cuadro 8.	Estudio Plan Foral de Drogodependencias Ludopatías año 2000	341
Cuadro 9.	Número de demandas de tratamiento ludopatía. 2012-2017	341
Cuadro 10.	Jugadores online por edad. Años 2016 y 2018.....	350
Cuadro 11.	Fines de la Educación en las leyes de 1970 y 1985	384
Cuadro 12.	Reformas educativas relacionadas con la cualificación para el empleo/inserción (1990-2011) 409	
Cuadro 13.	Segregaciones desde el Aula.....	411
Cuadro 14.	Factores que contribuyen a la clasificación de modelos de familia	413
Cuadro 16.	Matriculaciones según ciclo formativo y modelo lingüístico curso 2017-18	420
Cuadro 17.	Número de personas inscritas a programas de formación para la inserción profesional según curso escolar	424
Cuadro 19.	Recursos de Ilundain para la Inserción	429
Cuadro 20.	Las relaciones con las administraciones públicas	431
Cuadro 21.	Número de usuario/as por programa.....	442
Cuadro 22.	Porcentaje de alumnado de Formación Profesional y Bachillerato según total de escolarizados (datos del principio del curso escolar 2014-15).....	454
Cuadro 23.	Revisión del programa de prevención de consumos (2003 y 2013).....	457

Índice de acrónimos y siglas

#EF1hdia	Educación Física una hora al día todos los días
ACMD	Consejo Asesor sobre Drogas del Reino Unido
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
BTT	Bici Todo Terreno
CAST	Cannabis Abuse Screening Test
CE	Cigarrillos Electrónicos
CIE10	Clasificación Internacional de Enfermedades 10
CIS	Centro de Inserción Sociolaboral
EETT	Escuela Taller
EDADES	Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España
EGB	Educación General Básica
EMCDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ENJS	Encuesta Navarra de Juventud y Salud
ENS	Encuesta Nacional de Salud
ENS	Encuesta Nacional de Salud
EpS	Educación para la Salud
ESO	Educación Secundaria Obligatoria
ESPAD	European School Survey Project of Alcohol and Other Drugs
ESTUDES	Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España
ESyCV	Encuesta Social y Condiciones de Vida
EV	Estilos de Vida
EVC	Enfermedades Cardiovasculares
FAD	Fundación de ayuda contra la Drogadicción
FEDME	Federación Española de Deportes de Montaña y Escalada
FMI	Fondo Monetario Internacional
FR	Factores de Riesgo
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IES	Instituto de Educación Secundaria
IFPMA	International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations
INCLASNS	Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud
ISPLN	Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra
ISSF	Informe Stiglitz-Sen-Fitoussi
IVE	Interrupciones voluntarias de embarazo
LOGSE	Ley Orgánica General del Sistema Educativo

LOMCE	Ley Orgánica de Mejora de la Calidad de la Educación Ley Orgánica de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de
LORAFNA	Navarra
MDMA	Metilendioximetanfetamina/éxtasis
MPOWER	Monitor, Protect, Offer, Warm, Enforce, Raise
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenibles
OEDA	Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCPI	Programa de Cualificación Profesional Inicial
PGA	Programa de Garantía Social
PIP	Programa de Incorporación Profesional
PNDU	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PNsD	Plan Nacional sobre Drogas
PPDA	Plan de Prevención: drogas y adicciones
PTC	Productos de Tabaco Calentados
RI	Rituales de Interacción
SEAN	Sistemas Electrónicos de Administración de Nicotina
SEAT	Sistema de Alerta Temprana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SPT	Salud para Todos
TDAH	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
UBE	Unidad de Bebida Estándar= 10 gr. de alcohol puro
UCA	Unidad de Curriculum Adaptado
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	Federación Internacional de Planificación Familiar
UPEV	Unión de Proveedores y Empresarios del Vapeo
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana



**JÓVENES, REDES Y HÁBITOS
SALUDABLES**
CLAVES PARA LA INTERVENCIÓN

Raquel Gonzalez Eransus