

¿POR QUÉ LAS POLÍTICAS DE SALUD JUVENIL SUELEN SER PARCIALES, INCÓMODAS Y TIENDEN A LA INVISIBILIDAD?

Josep Espluga Trenc

Universitat Autònoma de Barcelona

Departamento de Sociología

josepluis.espluga@uab.cat

Àlex Boso Gaspar

Universitat Pompeu Fabra & CIEMAT

alex.boso@upf.edu

Resumen: En el presente texto se pretende poner en relación el estado de salud de las personas jóvenes con las políticas públicas dirigidas a mejorar su salud. A partir de datos de la Encuesta de Salud de Cataluña, se realiza una tipología de jóvenes basada en su estado de salud percibido, sus comportamientos de mayor o menor riesgo y sus características sociodemográficas. El análisis realizado muestra que las políticas de promoción de la salud impactan principalmente entre los jóvenes que menos lo necesitan, mientras que hay grupos de jóvenes que quedan al margen de su actuación, y la mayoría procuran evitar hacer explícito su apoyo a dichas políticas. Se concluye que estas políticas se encuentran en una estructura paradójica que hace que sean al mismo tiempo necesarias e invisibles, tanto para los jóvenes como para las instituciones públicas.

Palabras clave: juventud, políticas públicas, promoción de la salud, riesgos, información.

Why do youth health policies tend to be poorly targeted, uncomfortable and invisible?

Abstract: This paper aims to determine the relationship between the actual state of health among young people and the public policies aimed at improving their health. Using data from the Health Survey of Catalonia, the article categorizes the young people on

the basis of their perceived health status, risk behaviours and socio-demographic characteristics. The analysis shows that health policies mainly impact those young people who least need them, whereas other groups of young people fall outside their influence. Moreover, explicit support for these policies is lacking among most young people. We conclude that these policies find themselves in a paradoxical situation that makes them at once both necessary for and invisible to young people and public institutions alike.

Keywords: youth, public policies, health promotion, risk, information.

Introducción y marco teórico

La salud es un término ambiguo, que conceptualmente se suele equiparar a la «normalidad» de vivir, hasta el punto de que la mejor prueba de su existencia la solemos experimentar cuando la perdemos. Una de las características de la población joven es que se trata del grupo de edad que, en general, tiene una mejor salud y, por eso, raramente expresa demandas ni reivindicaciones al respecto. Pero, al mismo tiempo, es en la época juvenil de la vida cuando se suele entrar en contacto por primera vez con todo un conjunto de factores de riesgo, cuando se ponen en práctica una serie de hábitos y comportamientos, cuando se aprende a considerar «normales» unas cosas y no otras, y cuando suceden, en fin, una serie de acontecimientos que pueden condicionar en buena medida cómo será la salud de las personas en el futuro. Al igual que el conjunto de la población, la juventud está expuesta a una serie de factores de riesgo que afectan en mayor o menor medida su salud, si bien con unas ciertas peculiaridades propias de la etapa de transición que la caracterizan. La bibliografía al respecto (véase, por ejemplo, Borrell y Benach, 2002; CSDH, 2008; Espluga *et alii*, 2004, 2005; Marmot *et alii*, 1997; OMS, 1998; Romaní, 2006; WHO, 2007; Wilkinson y Marmot, 2003) tiende a considerar que el estado de salud de los jóvenes está relacionado con varios procesos y factores individuales y contextuales.

A escala individual, se suele considerar importante tener en cuenta elementos como las acciones o comportamientos individuales (que pueden ser más o menos arriesgados); las percepciones individuales relacionadas con estas acciones; así como otros aspectos como la pre-

disposición genética o ciertos rasgos de personalidad. En el presente texto nos centraremos más bien en los dos primeros elementos, mientras que dejaremos de lado este último (si bien es conveniente tener en cuenta su posible influencia en casos individuales).

En el ámbito contextual, hay que observar elementos como la estructura social en la que las personas viven e interaccionan unas con otras, que está formada por relaciones de poder y atravesada por una serie de ejes de desigualdad, dominación y subordinación (clase social, género, edad, etc.); o los diversos entornos socioeconómicos, políticos, institucionales, ambientales o socioculturales donde se definen una serie de pautas culturales, significados y posibilidades de acción (fundamentadas en el modelo de producción y consumo característico de la sociedad contemporánea).

Por otro lado, estar enfermo implica poner en marcha un conjunto de mecanismos dirigidos a recuperar la supuesta «normalidad» perdida. Es decir, la enfermedad se puede conceptualizar como una anomalía que requiere de una serie de atenciones especializadas para ser superada. Dichas atenciones están vehiculadas por instituciones diversas (principalmente instituciones sanitarias, pero no solo) y pueden ir dirigidas a incidir tanto en las causas como en los efectos de los procesos de pérdida de salud (Martí, 1995). En este sentido, se pueden distinguir varias modalidades de atenciones a la salud, que se pueden clasificar a grandes rasgos en dos grandes grupos: las que actúan sobre las «causas» de los procesos de pérdida de salud y las que lo hacen sobre las «consecuencias». Por un lado, las atenciones preventivas y de promoción de la salud tienen la finalidad de actuar sobre las causas de los procesos de pérdida de salud antes de que los trastornos se produzcan, para evitar que estos aparezcan y la población se mantenga sana. Estas últimas son las más presentes en las políticas de salud juvenil. Por otro lado, encontramos la atención médica asistencial (clínica), que tiene el objetivo de actuar sobre las consecuencias de los procesos de pérdida de la salud, que trata de incidir en la enfermedad una vez que ésta ya ha aparecido con la intención de devolver a los individuos a la supuesta situación de «normalidad» perdida (curar).

En el presente texto nos centraremos en el primer tipo de atenciones, particularmente en las políticas de promoción de la salud elaboradas por instituciones públicas y privadas en el ámbito de Cataluña. Las atenciones puramente médicas no formarán parte de nuestro análisis.

Objetivos y metodología

Los objetivos planteados en este texto consisten básicamente en:

- Conocer el estado de salud (percibido) de la población joven de Cataluña.
- Conocer las principales políticas que se están impulsando desde las Administraciones Públicas para mejorar y potenciar la salud de los jóvenes de Cataluña.
- Evaluar la coherencia entre el estado de salud (percibido) de los jóvenes y las políticas implementadas en Cataluña.

La aproximación al conocimiento sobre el estado de salud percibida de la población joven de Cataluña lo hemos realizado principalmente a través de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA), a partir de las respectivas ediciones de 2002 y de 2006 (las más recientes en el momento de hacer la investigación)¹. El análisis estadístico ha sido univariado (frecuencias básicas), bivariado (de Pearson) y tipológico multivariado (ver López Roldán, 1996; Domínguez y López Roldán, 1996). Toda encuesta por muestreo es, por definición, una aproximación imperfecta a la realidad estudiada. Por un lado, ofrece a los investigadores la posibilidad de, hasta cierto punto, generalizar las inferencias realizadas dados el tamaño, el alcance y la representatividad de la muestra. Pero, por otro, especialmente cuando estudiamos temas sensibles como el consumo de drogas o alcohol o el estado anímico de las personas, cabe la posibilidad de que introduzcan ciertos sesgos en las respuestas de los participantes, como la ocultación o el falseamiento de las respuestas obtenidas. Por ello, en el presente estudio hemos contado con datos de una serie de grupos de discusión que, entre otras cosas, nos han proveído de puntos de referencia para validar las respuestas dadas a los cuestionarios.

Por otro lado, hemos examinado las políticas de juventud mediante un análisis documental de una serie de textos y documentos relativos a este tipo de políticas, principalmente del área de Juventud y de Salud de la *Generalitat* de Cataluña, y más en particular el «Plan Na-

¹ La ESCA 2002 contaba con una muestra total de 8.400 personas, de las cuales 2.068 tenían entre 15 y 29 años. La ESCA 2006 tiene una muestra total de 18.126 personas, de las cuales 3.646 tienen entre 15 y 29 años.

cional de Juventud» y el «Plan de Salud de Cataluña», conjuntamente con una serie de 18 entrevistas en profundidad a responsables técnicos, políticos e institucionales vinculados a las políticas de salud y de juventud, de diversos niveles administrativos y de gobierno².

Además, hemos llevado a cabo cuatro grupos de discusión con jóvenes, uno por cada una de las cuatro tipologías que surgieron del análisis cuantitativo de la Encuesta de Salud (ESCA) de 2006, que, como se ha apuntado anteriormente, sirvieron para profundizar en las experiencias de los jóvenes, así como para validar, relativizar e interpretar mejor los datos provenientes de la encuesta. En el presente texto, los resultados de estos grupos de discusión han influido en la selección de los datos más relevantes de la encuesta, así como en la redacción de algunas conclusiones, pero no se presentan como tales puesto que no resultan imprescindibles para el objetivo que aquí se persigue: contrastar los tipos de situaciones de jóvenes ante la salud con respecto a las políticas públicas, con la finalidad de evaluar su pertinencia.

Clasificación de la juventud catalana según su estado de salud y sus determinantes sociales

El análisis de la ESCA 2006 nos ha permitido clasificar la población joven de Cataluña en cuatro grupos, de acuerdo con su estado de salud, prácticas de riesgo y factores estructurales que condicionan sus comportamientos (Gráfico 1). Esta clasificación se ha obtenido a través de un análisis tipológico que ha seguido un procedimiento de análisis multivariable, dirigido a examinar las interrelaciones entre diferentes variables relativas a la salud y, a partir de una síntesis, construir grupos homogéneos de casos. Constituye un análisis exploratorio y descriptivo que permite una aproximación global a la relación de los jóvenes con la salud, con el objetivo de identificar diferentes perfiles en cuan-

² Secretaría de Juventud (2 personas entrevistadas); Agencia Catalana de la Juventud (3); Dirección General de Salud Pública-Promoción de la Salud (1); Drogas (1); Sida (1); Dirección General de Relaciones Laborales (1); responsables técnicos del área de juventud y del área de salud de cuatro municipios catalanes (8); y un representante de una entidad sociocultural (empresa de servicios) (1). En total, entrevistas a 18 personas clave.

to a los hábitos y estados de salud³. La submuestra objeto de análisis está formada por 3.600 jóvenes de 15 a 29 años que formaban parte de la ESCA 2006⁴. La selección de variables se ha realizado teniendo en cuenta que se hayan mostrado relevantes a la hora de identificar diferentes estilos de vida con relación a la salud de los jóvenes, tanto en los análisis previos como en las sucesivas pruebas de análisis factorial. Entre las variables seleccionadas pueden distinguirse dos grupos:

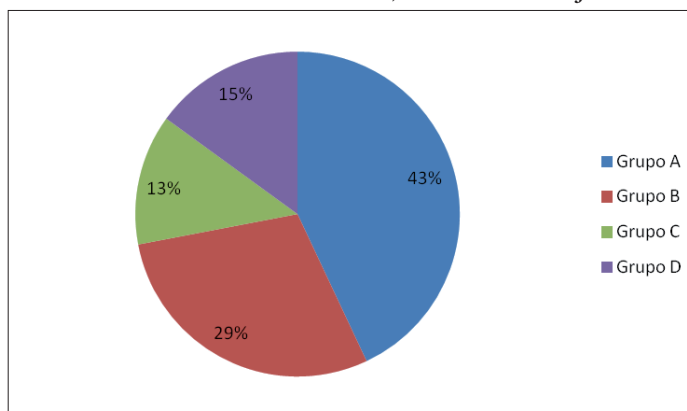
- Las variables correspondientes a «hábitos de salud» y «estado de salud». Son las variables activas en la construcción tipológica, es decir, aquellas a partir de las cuales se clasificarán los individuos en perfiles.
- Las «variables antecedentes», es decir, aquellas variables estructurales (sociodemográficas, laborales, relaciones, etc.) que explican o que, por lo menos, están estadísticamente asociadas a las diferencias de salud (sexo, clase social, etc.).

3 Con este objetivo, el procedimiento articula diferentes técnicas de análisis (ver López Roldán, 1996; Domínguez y López Roldán, 1996) y se desarrolla en cuatro fases:

- Selección de las variables que serán objeto de análisis.
- Análisis factorial de las interrelaciones entre las variables de hábitos y estado de salud y reducción de estas en dimensiones que sintetizan la información inicial. Este análisis se ha llevado a cabo mediante la técnica de componentes principales categóricas (CATPCA), que permite el tratamiento de variables con diferentes niveles de medida.
- Agrupamiento de los casos en grupos homogéneos considerando sus puntuaciones en las anteriores dimensiones. La técnica utilizada aquí es el análisis de clasificación jerárquica (*cluster analysis*).
- Caracterización de los perfiles identificados y análisis de su asociación con los ejes de desigualdad considerados en la investigación y otras variables antecedentes (sociodemográficas, laborales, relacionales). Esta última fase se realiza mediante tablas de contingencia y comparación de medias.

4 Del conjunto de esta muestra se han excluido 46 casos (1,3% del total) que fueron contestados por informadores indirectos (la mitad de los cuales por incapacidad permanente de la persona encuestada, también por razones de edad y de idioma); en todos estos casos algunas variables centrales para el análisis no tenían respuestas válidas. La muestra final sobre la cual se construye la tipología es, pues, de 3.600 casos.

Gráfico 1. Distribución probable de los grupos de jóvenes (15-29 años) según las relaciones entre su estado de salud y sus determinantes. Cataluña, 2006. Porcentaje.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ESCA 2006.

- Grupo A. Representa el 43 % de la muestra. Este grupo presenta hábitos saludables y un buen estado de salud: el 95 % de los miembros de este grupo es no fumador, el 97 % es no bebedor o moderado, el 93 % no consume otras drogas, el riesgo de mala salud mental⁵ es del 6 % y solo un 3 % manifiesta dolores o molestias. Además, es destacable el elevado porcentaje de personas de este grupo que realizan una actividad física intensa (80 % frente al 51 % general), que contrasta con el bajo porcentaje que tiene una ocupación laboral (36 % frente el 63 % general de la muestra); de este modo, solo el 18 % de este grupo está expuesto a las situaciones de riesgo laboral que hemos incluido en el modelo (trabajar habitualmente con ruido, polvo, o movimientos repetitivos). Es un grupo que tiene una percepción más

⁵ La ESCA incorpora una batería de doce preguntas —el llamado test de salud total de Goldberg (Goldberg *et alii*, 1970)— que permite confeccionar un índice de salud mental, medido como la probabilidad de sufrir un trastorno mental en el momento de la entrevista a partir de la detección de la ansiedad, la depresión y el insomnio. Dicho índice se ha introducido en la tipología, con el fin de que esta incluya una medida sobre el riesgo de salud mental. Justo es decir que las preguntas incluidas en el índice de Goldberg no tienen validez para la detección de sintomatología crónica, ni aportan información sobre la gravedad o el tipo de trastorno.

positiva de su estado de salud, y menos de un 1 % manifiesta que es «regular» o «mala» (ante el 6 % del conjunto de la muestra). En este grupo encontramos a los más jóvenes, con una media de edad de 21,7 años. La probabilidad de pertenecer a este grupo es mayor entre aquellos jóvenes que viven con las respectivas familias de origen.

- Grupo B. Representa el 29 % de la muestra. Como el Grupo A, este también se caracteriza por tener un buen estado de salud y hábitos bastante saludables, si bien presenta algunas diferencias con el anterior. En este caso se observa una mayor presencia de fumadores (47 %), a pesar de que la práctica totalidad ni es bebedor de riesgo (98 %) ni consume otras drogas (98 %). El riesgo de mala salud mental y la presencia de molestias físicas es nulo (0 %) y ninguna de las personas encuestadas manifiesta tener una salud «regular» o «mala». Pero la diferencia de este grupo con el anterior viene determinada sobre todo porque solo el 19 % hace una actividad física intensa (frente al 80 % del grupo anterior y el 51 % general); realizan mayoritariamente una actividad laboral (94 % frente al 63 % general), y casi la mitad de estos (es decir, un 46 % del total) dice que lo hace en situaciones de riesgo laboral (ruidos, polvo o movimientos repetitivos). La media de edad de este grupo es de 24,8 años. Alrededor del 60 % de estos jóvenes conviven con la pareja y/o hijos. Este es el grupo que presenta unos niveles de apoyo social más altos.

- Grupo C. Representa el 13 % de la muestra. Este grupo se caracteriza especialmente por sus consumos poco saludables: el 85 % son fumadores diarios (frente al 32 % general), el 48 % son bebedores de riesgo (frente al 8,5 % general) y el 83 % han consumido cannabis o cocaína el último mes (16 % general). Este grupo presenta un estado de salud peor que la media (a pesar de que aún es mejor que el del Grupo D): el 17 % tiene riesgo de mala salud mental y el 17 % manifiesta dolores o malestares moderados o altos (7 y 2 puntos por encima de la media, respectivamente), a pesar de que el 41 % afirma que su estado de salud es muy bueno (inferior, no obstante, al 52 % del conjunto de la muestra). En este grupo, la presencia masculina es muy superior a la femenina (17,2 % frente al 8,7 %), y su edad media es de 22,9 años. La probabilidad de pertenecer a este grupo es nueve puntos superior a la media cuando se vive solo o con amigos.

- Grupo D. Representa el 15 % de la muestra. Lo que más distingue a este grupo del resto es su mal estado de salud. El 75 % manifiesta dolores o malestares moderados o altos, y el riesgo de mala salud mental es del 32 % (frente a medias generales del 15 y del 10 %, respectivamente). Un 34 % manifiesta tener un estado de salud regular o malo, mientras que solo un 24 % afirma que es muy bueno (ante un 52 % de media general). El 12 % manifiesta realizar una actividad física sedentaria, el doble que el conjunto de la muestra; en contraste, un 80 % realiza una actividad laboral y hasta un 56 % dice tener un empleo donde habitualmente trabaja con ruido, polvo o movimientos repetitivos (exposición a riesgo laboral). Se observa que la probabilidad de pertenecer a este grupo (el que tiene un peor estado de salud) es casi el doble en el caso de las mujeres que en los hombres (20,1 % y 10,3 % respectivamente). La media de edad de este grupo es de 24,6 años. Casi el 60 % de estos jóvenes conviven con la pareja y/o hijos. El haber nacido en el extranjero aumenta en un 8 % la probabilidad de pertenecer a este grupo. Este es el grupo que presenta unos niveles de apoyo social más bajos.

Este análisis exploratorio no pretende en ningún caso reducir la diversidad existente de prácticas y estados de salud a cuatro compartimentos estancos, puesto que los límites entre grupos pueden ser difusos y hace falta, en este sentido, relativizar el peso de cada uno de ellos en el conjunto. Lo que reflejan los resultados es la asociación entre diferentes variables relativas a la salud, algo que permite la identificación de los perfiles generales, pero puede dar una idea de qué tipo de situaciones pueden darse en las relaciones entre salud, juventud y entorno social y laboral.

Por otro lado, como es sabido, la incidencia del desempleo en la población joven en Cataluña ha variado mucho desde el momento en el que se recogieron los datos de la ESCA. Según los datos de la Encuesta de la Población Activa, la tasa de paro en la población joven (de 16 a 24 años) se sitúa a finales del año 2012 en un 52,1 %, mientras que en 2007 apenas llegaba al 25 %. El desempleo afecta más a los más jóvenes, pues si se toma el tramo más joven, de 16 a 19 años de edad, la tasa de paro sube hasta el 72,9 %, un dato que apunta la dificultad de encontrar el primer trabajo en una situación de crisis como la actual. Casi la mitad de jóvenes parados hace más de un año que se encuentran en esta situación y, sin embargo, los subsidios y prestaciones solo

cubren a dos de cada ocho jóvenes. Hay que añadir que la crisis social y económica que ha experimentado España durante los últimos años y las reformas laborales aplicadas han dañado también las condiciones de trabajo de los jóvenes que están empleados. Un 38,6% de los jóvenes contratados tienen un contrato temporal, mientras que entre los adultos la proporción de empleados temporales es mucho menor, ya que se sitúa en 14,4%. Esta situación nos lleva a concluir que es muy probable que la tipología que se presenta en este estudio se haya visto alterada por las circunstancias coyunturales de los últimos años. Por consiguiente, cabe pensar que los grupos en los que los jóvenes tienen problemas de salud relacionados o bien con la precariedad laboral, o bien con el desempleo, pueden haber aumentado.

De hecho, en un estudio más reciente basado en datos de la Encuesta a la Juventud de Cataluña de 2012 (Espluga y Boso, 2013), tras generar una tipología similar se observa que en los grupos B y C los porcentajes son muy similares a los obtenidos mediante la ESCA 2006, mientras que el grupo A sufre un descenso de cerca del 10% y el grupo D se incrementa en la misma magnitud (pasa del 15% al 26%). Aunque se trata de muestras diferentes, y la tipología responde a variables también algo diferentes, estas variaciones podrían suponer un indicio de los efectos de la crisis sobre la población joven. En cualquier caso, dado que las políticas de salud dirigidas a la población joven apenas han variado en este periodo, consideramos que los datos aquí presentados siguen siendo válidos para nuestra argumentación.

Políticas implementadas

La salud de las personas jóvenes es motivo de preocupación para las instituciones públicas y, por consiguiente, se diseñan e implementan políticas dirigidas a influir en los procesos de pérdida de salud y en su mantenimiento a largo plazo⁶. El análisis documental y las entrevistas en profundidad realizadas a responsables institucionales han permitido clasificar todas estas políticas, programas o actividades en cuatro tipos básicos de intervención:

⁶ Además de las políticas meramente asistenciales, dirigidas a resolver los problemas de salud una vez que estos han aparecido. Estas políticas, tal como se ha dicho anteriormente, no han sido objeto de análisis en este estudio.

- Intervenciones unidireccionales:

Basadas en la transmisión de información, como por ejemplo campañas informativas (exposiciones, webs, distribución de trípticos), jornadas, seminarios (dirigidos preferentemente a expertos y profesionales que están en contacto con la juventud), etc.; así como acontecimientos periódicos (días mundiales del sida, de la alimentación, contra el tabaco, etc.). Estas intervenciones suelen partir de una conceptualización de la persona «joven» como alguien que necesita ser informado, a quien se le ofrece un conocimiento y una información diseñada y elaborada por expertos y difundida desde las instituciones públicas. Este tipo de intervenciones se fundamentan en una distinción clara entre el conocimiento experto y el lego, y actúan basándose en el modelo clásico del déficit cognitivo: se presupone que la población necesita adquirir una determinada información y unos conocimientos (de los cuales carece) para poder actuar de manera saludable.

- Intervenciones multidireccionales:

Se trata de intervenciones de carácter más interactivo entre profesionales de juventud, salud o educación (principalmente) y jóvenes. Son ejemplos de este tipo de intervenciones los programas de asesoramiento, orientación, etc., sean *online* u *offline* (como el programa *Salud y Escuela*); y también los talleres o actividades participativas (*Pack-escuelas*, *Teatro-acción*, concursos como el *No me fumes*, actividades deportivas, etc.). Estas intervenciones procuran una mayor implicación de los jóvenes en una serie de procesos de aprendizaje. No se pretende una mera transmisión de conocimiento a los jóvenes, sino facilitar un proceso de reflexión en el curso del cual se genera un conocimiento elaborado conjuntamente entre jóvenes y «facilitadores» (monitores, expertos, etc.). La intensidad participativa de estos procesos puede ser muy variable, pero todos presentan una dimensión eminentemente formativa.

- Políticas que amplían el poder de decisión de los jóvenes:

Se trata de programas que procuran ampliar las opciones de las personas a la hora de tomar decisiones, como los programas de libre disposición de anticonceptivos (proyecto «Máquina»), la píldora del

día siguiente, el proyecto AMED (fomento de la alimentación mediterránea), el programa Noche Segura y las acciones de «Energy Control» sobre análisis de drogas ilegales; o también leyes como la Ley contra la violencia de género o la Ley de salud reproductiva, etc. Son políticas dirigidas a garantizar derechos ciudadanos y procuran situar al joven en el centro del proceso de decisión. Se dan los medios necesarios y se confía en que el joven sabrá decidir lo que mejor le convenga, siempre y cuando disponga de la información pertinente. Por regla general estas iniciativas suelen ir acompañadas de medidas informativas y formativas como las mencionadas con anterioridad.

- Políticas que limitan el poder de decisión de los jóvenes:

Se trata principalmente de leyes y normativas que regulan ciertos comportamientos, como la prohibición de fumar en determinados lugares o de conducir vehículos después de consumir alcohol o drogas, el carnet de conducir por puntos, las limitaciones de velocidad en vehículos por carretera o ciudad, la obligación de llevar casco, cinturón de seguridad, etc.; la restricción de venta de alcohol; las restricciones al consumo de tabaco; la prohibición de drogas ilegales; la Ley de prevención de riesgos laborales y otras relacionadas, etc. Son principalmente políticas reguladoras, prohibicionistas o penalizadoras. Estas políticas van dirigidas a restringir determinados comportamientos de riesgo, a poner límites a las decisiones de la población. Suponen penalizaciones a través del sistema legal y de los mecanismos habituales de ejercer la autoridad pública (policía, multas, etc.).

Relación entre las situaciones de salud de los jóvenes y las políticas implementadas

Teniendo en cuenta esta clasificación de intervenciones y la tipología de estado de salud juvenil presentadas en el apartado anterior, afloran las siguientes reflexiones y consideraciones sobre la adecuación entre las políticas y la realidad social:

Las políticas informativas y de sensibilización (unidireccionales) pueden ser útiles para las personas que quieren adquirir información. De los cuatro grupos identificados, los más predisuestos a adquirir nueva información sobre riesgos son los miembros de los grupos A y

B, quizá más estos últimos porque ya habrán empezado a percibir algunos efectos sobre la salud (principalmente cansancio y fatiga debido a la carencia de ejercicio físico y del consumo de tabaco). Hay que recordar que las cuestiones relacionadas con la salud no preocupan demasiado a la gente que se encuentra bien, puesto que la salud solo preocupa cuando se pierde (de aquí viene la complejidad a la hora de establecer políticas preventivas).

Los jóvenes del grupo A, en principio, como no manifiestan apenas ningún problema de salud y ponen en práctica unos comportamientos bastante saludables, presumiblemente no prestarán demasiada atención a las informaciones sobre riesgos. A pesar de ello, desde un punto de vista preventivo es conveniente que esta información forme parte de su entorno puesto que contribuye a definir la «normalidad», es decir, ayuda a establecer expectativas sobre aquello que es razonable esperar que pase. En este sentido, la información juega un papel socializador, debe formar parte del «ruido de fondo». Lo mismo podría decirse del grupo C, que ostenta el peor estado de salud debido a un exceso de prácticas de riesgo. Los miembros de este grupo, presumiblemente, tenderán a hacer poco caso de las campañas de sensibilización y de información dado que ellos se encuentran en un contexto que no les permite asumir esta información (por un fenómeno de *disonancia cognitiva*, en el sentido usado por Festinger —1957— para explicar la tensión que sufre una persona cuando mantiene un comportamiento que entra en conflicto con las ideas, creencias o actitudes dominantes). Sin embargo, es conveniente que esta información forme parte de su entorno, ya que les ofrece un punto de referencia al que aferrarse para cuando quieran o decidan abandonar los consumos de riesgo.

En definitiva, las políticas meramente informativas van dirigidas a un público que, o bien prefiere ignorarlas, o bien prefiere aparentarlo, pero en cualquier caso resultan indispensables desde un punto de vista preventivo.

Las políticas de cariz más formativo (multidireccionales) pueden ser previsiblemente más útiles para los jóvenes adolescentes que todavía no pongan en práctica demasiados comportamientos de riesgo, para obtener un conocimiento contrastado y pasar por un proceso de aprendizaje sobre estos temas. En general, la utilidad de estas políticas coincide bastante con lo que ya ha sido expuesto sobre las interven-

ciones meramente informativas. Hay que advertir, sin embargo, que estas políticas requieren un grado de complicidad mucho mayor con los jóvenes a los cuales van dirigidas, cosa que implica un trabajo serio y profundo a escala local que consiga involucrar a los jóvenes en proyectos compartidos con un protagonismo de estos en todas las fases (diseño, realización, etc.).

Esto remite al debate sobre cómo se debería generar y difundir la información sobre los riesgos y sobre su prevención. Los resultados de los grupos de discusión realizados mostraron que los jóvenes disponen de numerosos conocimientos sobre los riesgos, aunque también necesitan clarificar muchos aspectos sobre ellos. El consejo experto es sin duda bienvenido en ese contexto, pero no se puede introducir de cualquier manera. No es posible transmitir este tipo de información de manera aproblemática. Dado que los significados y definiciones sociales del concepto de salud y sus políticas asociadas evolucionan históricamente, y son por tanto contextuales, los conocimientos expertos deberían ser críticamente evaluados por los propios jóvenes a la luz de sus experiencias y necesidades. Ello implica la necesidad de espacios y tiempos para el diálogo y la reflexión conjunta, algo que las políticas públicas deberían favorecer.

Las intervenciones multidireccionales también pueden ser útiles para realizar acciones de «reducción de riesgos» con personas del grupo C (que tienen el peor estado de salud). Aun así, no son fácilmente generalizables y, si se quiere que lleguen al grupo C, se requiere que las instituciones públicas dediquen los recursos suficientes y valoren el papel de los técnicos locales (cosa que, entre otros aspectos, implica dotarlos de los recursos materiales y formativos adecuados, y, en definitiva, dar la prioridad requerida a este tipo de políticas que tan poca gente está en condiciones de exigir explícitamente).

Las políticas que amplían el poder de decisión de los jóvenes a través de garantizar una serie de derechos y la facilitación de determinados elementos (preservativos, etc.) son algo especiales, puesto que raramente pueden funcionar por sí solas. Estas políticas se fundamentan en la idea de que es inútil negar la existencia de ciertos factores de riesgo (relacionados con la sexualidad, con las drogas, la alimentación, el sedentarismo, etc.) y que vale más aceptar que existen y ayudar a los jóvenes a convivir con ellos sin que les ocasionen demasiados daños. En este sentido, estas políticas necesitan ir acompañadas de

intensas medidas informativas y de aprendizaje, que son objeto de las políticas anteriores. Por lo tanto, estas políticas que ensanchan el poder de decisión pueden funcionar bien con los jóvenes a quienes se les ha ofrecido previamente las políticas informativas y formativas mencionadas más arriba. Además, en algunos casos también pueden ser útiles para los jóvenes del grupo D, puesto que sus pérdidas de salud tienen que ver con unas circunstancias sociales demasiado adversas y estas políticas les pueden suponer cierto grado de autonomía ante la presión del entorno laboral, familiar o vital.

Finalmente, las políticas que limitan o restringen el poder de decisión de los jóvenes (a través de prohibiciones y penalizaciones legislativas) pueden ser útiles para desincentivar ciertos comportamientos de riesgo (como el caso de la conducción temeraria o los consumos de tabaco y, en menor medida, de alcohol). Estas medidas pueden ser útiles para todos los grupos, con la excepción relativa del grupo C porque sus miembros tienden a asumir comportamientos de riesgo sin preocuparse excesivamente de su legalidad. Este grupo posiblemente necesite medidas de reducción del riesgo y de acompañamiento personalizado (un tipo de medidas que también se implementan, pero que suelen ser escasas).

Una vez hecho este recorrido por las potenciales utilidades de cada uno de los cuatro tipos de políticas públicas identificadas en materia de salud y juventud, se advierten algunas lagunas. La más flagrante tiene que ver con los jóvenes del grupo D, que se caracterizan por tener un estado de salud con tendencia a deteriorarse, pero que no ponen en práctica casi ninguno de los comportamientos de riesgo que centran la atención de las políticas públicas. El deterioro de la salud de estos jóvenes está relacionado con sus condiciones de vida (problemas de vivienda, carencia de apoyo social, aislamiento, etc.) y condiciones de trabajo (riesgos laborales, presión psicosocial, precariedad laboral, etc.). Se trata de un conjunto de jóvenes al cual ofrecerle más información sobre cómo prevenir comportamientos o prácticas de riesgo puede ser poco efectivo. Por un lado porque no llevan a cabo demasiados, y, por otro, porque probablemente tienen pocas posibilidades de cambiar los escasos comportamientos de riesgo que ponen en práctica (carencia de actividad física o alimentación deficiente, principalmente), ya que su mala salud viene determinada por sus propias condiciones de vida y trabajo. Aquí es donde se pre-

sentan con toda intensidad las variables estructurales (la clase social, el género, la condición migrante, etc.), unas variables que dibujan unas desigualdades sociales que ubican a estos jóvenes en situaciones de subordinación y de exclusión de las cuales no les es fácil salir. En este sentido, para mejorar su estado de salud este grupo necesitaría políticas dirigidas a mejorar su calidad de vida (políticas de vivienda, políticas sociales, promoción de guarderías, de cuidados familiares, de espacios públicos de convivencia, etc.) y a mejorar su calidad laboral (disminución de riesgos laborales, conciliación de vida laboral y familiar, disminución de la temporalidad y la precariedad laboral, etc.).

Otra laguna a cubrir se observa en el caso de las políticas dirigidas a los jóvenes del grupo B. Estos, en principio, no tienen demasiados problemas de salud, pero presentan algunos comportamientos de riesgo (tabaco, carencia de ejercicio, etc.). Las campañas informativas pueden ayudarles a cambiar estos comportamientos y, de hecho, muchos de ellos manifiestan que están predispuestos a hacerlo. No obstante, la presión temporal y psicosocial que comporta el trabajo (y sus intentos de conciliación con la vida privada) puede obstaculizarles el poner en práctica la información recibida. Se observa que es un colectivo laboralmente activo y predominantemente femenino, por lo que, probablemente, las políticas que podrían ayudarles tendrían que ver con modificaciones en forma de políticas de reordenación del tiempo de trabajo, de reducción de desigualdades de género, de conciliación de vida laboral y familiar, etc., así como políticas de prevención del estrés y de los factores psicosociales de riesgo al trabajo (y, en el fondo, de una mayor democratización de las relaciones laborales).

Conclusiones

Parece lógico deducir que, si una persona no se percibe con problemas de salud, difícilmente expresará una demanda en este sentido, y que esto sucede con mayor frecuencia entre la población joven. Desde esta perspectiva, cualquier institución o administración pública que pretenda diseñar estas políticas exclusivamente a partir de las peticiones ciudadanas, raramente las pondrá en marcha. De ello se deduce que las políticas de promoción de la salud juvenil se tienen que planificar sin esperar a que nadie las reclame. Esta peculiaridad otorga un rol especial e insustituible a las instituciones públicas, que se legiti-

man ante la ciudadanía ejerciendo esta función. Sin embargo, para los responsables políticos no es tan fácil, puesto que las intervenciones o programas dirigidos, por ejemplo, a mejorar los hábitos alimentarios, o la disminución de los consumos de alcohol, en un municipio requieren de unas inversiones y recursos que no son fáciles de rentabilizar en términos políticos. Si a ello le añadimos que ni la propia población a la que van dirigidas dichas intervenciones las reclama ni agradece públicamente, nos encontramos con un contexto institucional que favorece la invisibilidad de este tipo de políticas, fáciles de relegar ante otras prioridades.

El análisis llevado a cabo ha permitido observar que las políticas informativas y formativas, a pesar de su invisibilidad, pueden ser positivas porque consiguen crear un entorno donde la información circula y se erige en punto de referencia que pueda servir a los jóvenes para que tomen decisiones en momentos clave de su vida. De hecho, en los grupos de discusión realizados se observa que, en general, los jóvenes dicen considerarse muy informados (independientemente de si lo están o no, pero en cualquier caso la mayoría parece saber dónde encontrar aquello que no sabe). Todo parece indicar que perciben mucha información en su entorno y sostienen que quien se quiera informar ya lo hace (saben dónde hacerlo). Consideramos que esta actitud hay que tenerla en cuenta en el diseño y la planificación de campañas informativas y de sensibilización, puesto que no es lo mismo transmitir información a alguien que se considera ignorante que a alguien que piensa que ya sabe (o que, como mínimo, se quiere presentar ante los demás con esta imagen).

En definitiva, las políticas de salud juvenil se mueven en un juego de disimulos y apariencias, tanto entre los propios jóvenes como desde el punto de vista de las instituciones, lo cual puede ser un obstáculo para la promoción de la salud en este colectivo. Además, se observa que el tipo de políticas de salud juvenil predominantes (basadas en planteamientos formativos e informativos) dejan de lado una parte sustancial de la problemática que pretenden resolver, en especial la caracterizada por aquellos jóvenes que experimentan unas condiciones de vida y de trabajo precarias con tendencia a la exclusión social, a quienes la insistencia en ofrecerles información sobre cómo deberían comportarse puede suponer un punto de estigmatización. Esto pone de manifiesto las limitaciones de las políticas de salud juvenil

existentes y la necesidad de ampliar su concepción y planteamientos, o, al menos, de mejorar su integración con otras políticas públicas que tienen un gran impacto sobre la salud de la población (políticas de vivienda, laborales, ambientales, etc.).

Bibliografía

- BALBO, L. (1978). «La doppia presenza». *Inchiesta*, 32: 3-11.
- BORRELL, C.; BENACH, J. (2002). *Les desigualtats socials en salut a Catalunya. Informe del CAPS*. Barcelona: Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris & Fundació Jaume Bofill.
- BRANNEN, J. (2005). «Mixing methods: The entry of qualitative and quantitative approaches into research process». *The International Journal of Social Research Methodology*, 8, 2, 173-185.
- CARRASQUER, P. (1997). «Jóvenes, empleo y desigualdades de género». *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 11: 55-80.
- CSDH (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH) (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- CEEISCAT (2009). *Registre de casos de SIDA a Catalunya*. Barcelona: Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya, Departament de Salut.
- DEPARTAMENT DE SALUT (2009). *Els catalans parlen de la seva salut*. Barcelona: Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- DOMÍNGUEZ, M.; LÓPEZ ROLDÁN, P. (1996). «La construcció de tipologies: procés i tècniques d'anàlisi de dades». *Papers, Revista de Sociologia*, 48: 31-39.
- ESPLUGA, J.; LEMKOW, L.; BALTÍERREZ, J.; KIESELBACH, T. (2004). *Desempleo juvenil, exclusión social y salud. Investigaciones, experiencias y acciones institucionales en España*. Barcelona: Icària.
- ESPLUGA, J.; CABALLERO, J. (2005). *Introducción a la prevención de riesgos laborales: Del Trabajo a la Salud*. Barcelona: Ariel.
- ESPLUGA, J.; BOSO, A. (2013). «Salut i joves 2012. Entre la satisfacció vital i els impactes de la precarietat sobre la salut de la joventut de Catalunya». En SERRACANT, P. (COORD.). *Enquesta a la Joventut de*

- Catalunya 2012*. Generalitat de Catalunya, Secretaria de Joventut. (en prensa).
- FESTINGER, Leo (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford (CA): Stanford University Press.
- GOLDBERG, D. P.; COOPER, B.; EASTWOOD, M. R.; KEDWART, H. B.; SHEPHERD, M. (1970). «A Standardized Psychiatric Interview for Use in Community Surveys». *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 24: 18-23.
- LÓPEZ ROLDÁN, P. (1996). «La construcción de tipologías: metodología de análisis». *Papers, Revista de Sociologia*, 48: 9-29.
- MARMOT, M.; RYFF, C.D.; BUMPASS, L.L.; SHIPLEY, M.; MARKS, N.F. (1997). «Social Inequalities in Health: Next Questions and Converging Evidence». *Social Science and Medicine*, 44: 901-910.
- MARTÍ, O. (1995). *Introducció a la medicina social*. Barcelona: ICESB.
- OMS (1998). *Glosario de promoción de la salud*. Ginebra: OMS.
- ROMANÍ, O. (dir.) (2006). *La salut dels joves a Catalunya. Un estudi exploratori*. Barcelona: Secretaria General de Joventut. Departament de la Presidència de la Generalitat de Catalunya.
- STRAUSS, A.L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- WHO (2007). *Achieving health equity: from root causes to fair outcomes*. Geneva: WHO Commission on Social Determinants of Health.
- WILKINSON, R.; MARMOT, M. (eds.) (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.