

Del capital humano al capital social: estrategias de prevención del consumo de alcohol

Marta Gil-Lacruz y Ana Isabel Gil-Lacruz

Profesora titular del Departamento de Psicología y Sociología. Universidad de Zaragoza.

Profesora ayudante del Departamento de Fundamentos de Estadística, Estructura Económica, Organización Económica Internacional. Universidad de Alcalá de Henares.

Resumen

La riqueza de una nación ya no se identifica exclusivamente con sus dotaciones económicas y sus recursos naturales, sino que también integra otras dos formas de capital: humano y social. De hecho, una comunidad rica sería aquella que simultáneamente y de manera equilibrada, incrementa sus cuotas en estos cuatro recursos. Por tanto, dada la importancia del capital humano y social en el desarrollo económico sostenible, es necesario ahondar en su relación de complementariedad. La formación de ambos capitales depende de un conjunto amplio de factores interrelacionados entre los que destacamos la importancia del sistema educativo y de la salud poblacional. Las condiciones y los comportamientos de riesgo para la salud comprometen su desarrollo. El consumo de bebidas alcohólicas nos brinda un marco idóneo para contrastar nuestra línea argumentativa. En este sentido, la apuesta por estrategias de prevención y promoción de la salud supone un difícil ejercicio de coordinación entre los distintos poderes públicos, que implica la planificación de políticas de desarrollo a largo plazo.

Palabras Clave

Capital Humano, Capital Social, Prevención, Alcohol.

Summary

The richness of a country is no more identified exclusively with its economic endowments and its natural resources, but also with another two kinds of capital: human and social. In fact, a rich community is this one that increases harmonically all these four capitals. Given the importance of the human and social capitals in the sustainable economic growth, it is necessary to deep into their complementary relationship: just reinforcing the social nets it is also possible to improve the forming of the human capital. So the estimation of future social needs supposes a difficulty exercise of co-ordination among policy makers who design development strategies at long run. Against this background, the consumption of alcoholic beverages offers us an optimal example to contrast our argumentative scheme.

Correspondencia a:

Marta Gil-Lacruz. Departamento de Psicología y Sociología. Facultad de CC. Económicas y Empresariales. Gran Vía, 2. 50005 (Zaragoza). Telf: 34 976 76 1000. Fax: 34 976 76 1996. E-mail:



Key Words

Human Capital, Social Capital, Prevention, Alcohol

Résumé

La richesse d'une nation n'est pas identifié seulement par ses dotations économiques et ressources naturelles. C'est nécessaire introduire des autres variétés de capital: le capital humaine et le capital social. En fait, une communauté riche est aquelle que augmenta les quatre sortes de capital au même temps. Les capitales humaine et social sont très important dans le developement soutenable, et c'est très important accentuer la relation de complémentarité. Il y a complémentarité, parce que on peut améliorer la formation du capital humaine pour le refort de las redes sociales. C'est pour ça que la estimation de las besoeses futuras de la sociedad est une difficile exercice de coordinación para les planificatoures de politiques a lojn terme. Dans cette estimation, l'analysis de la consommation de boissons alcooliques est un exemple excellent pour contraster notres arguments.

Most Clé

Capital Humaine, Capital Social, Prevention,

Financiación del artículo: Instituto de la Mujer. Proyecto de investigación I+D+I: Mujer y salud, aproximación psicosocial y comunitaria. Número de expediente 35/03.

EL CONCEPTO DE CAPITAL HUMANO

Tradicionalmente, los economistas medían la riqueza de una sociedad en función de tres factores productivos: tierra, trabajo y capital físico. Este análisis se abrió en la década de los sesenta del siglo XX, a la consideración de la calidad en el trabajo y el nivel de cualificación laboral. El concepto de capital humano reivindicaría la importancia del trabajador y su formación en el entorno laboral. La motivación, la capacidad de aprendizaje y la experiencia

laboral destacaron por su carácter predictivo en el rendimiento, satisfacción, salud física y mental del trabajador.

Sin lugar a dudas, estas características asociadas al capital humano son especialmente importantes en la sociedad de la información ya que su funcionamiento depende del conocimiento y del aprendizaje (Torre y Garmendia, 1997). Sarries (1997) expone como la tecnología, la organización y la experiencia son los tres elementos interactuantes e interdependientes que condicionan la necesidad de formación de nuestros entornos laborales actuales. La autonomía responsable, el compromiso e iniciativa, la capacidad de adaptación y la implicación del trabajo, son las nuevas demandas laborales que suponen para el trabajador una gran exigencia formativa.



La globalización y su correspondiente complejidad social suponen también una nueva dimensionalización del desarrollo puesto que la riqueza ya no se considera un mero factor económico, sino que integra otras tres formas de capital: humano, social y natural. Una comunidad rica sería aquella que simultáneamente y de manera equilibrada, incrementa sus cuotas en estos recursos. La consecución de esta riqueza implica que los poderes públicos planifiquen las políticas de desarrollo a largo plazo y de manera sostenible.

Por ejemplo, el consumo de alcohol entre los jóvenes españoles supone un tremendo coste personal y en términos de desarrollo social de nuestro futuro capital humano. Los accidentes de tráfico y/o laborales, las complicaciones de salud y los malos tratos ocasionados por el alcoholismo, causan en torno a 12.000 fallecidos al año en nuestro país (según el Plan Nacional de Drogas, 2001). Una de cada cuatro muertes entre los jóvenes varones de 15 a 29 años se debe a accidentes ocasionados por personas que conducen bajo los efectos del alcohol. *Solo en España, en torno a unos 20 jóvenes mueren en accidentes de tráfico cada fin de semana y 50 quedan inválidos (Europa Press, 2002).*

Pero no todas las externalidades negativas de consumo de bebidas alcohólicas se perciben inmediatamente, si no que una gran parte se derivan de su reiterado abuso. Así el consumo abusivo de alcohol no sólo merma la capacidad productiva de la sociedad presente, sino que también condiciona la futura; los adolescentes que abusan de las bebidas alcohólicas son más propensos a padecer problemas de salud y a repetir el curso académico (Gil-Lacruz, 2004).

A pesar del conflicto de intereses que generan los temas relacionados con las drogas,

tanto legales como ilegales, desde los modelos del capital humano la salud se considera un valor instrumental, puesto que es el estado básico que nos permite ser productivos. En un Estado de bienestar, la intervención de los poderes públicos se fundamenta frente a las reticencias de los productores, comerciantes o consumidores, entre otros, en el daño, tanto económico como social, producido por el consumo abusivo de drogas.

Con el fin de ampliar esta perspectiva, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (2001) define el capital humano como el conocimiento y el estado de salud del individuo, mientras que el concepto de capital social incorpora las normas y redes que facilitan la cooperación entre y dentro de los grupos. Ambos capitales interactúan con los acuerdos políticos, institucionales y legales para incidir en el bienestar. De hecho para Gradstein y Justman (2000), la provisión pública de educación no sólo resulta beneficiosa para la formación del capital humano, por medio de la transmisión de conocimientos y habilidades, sino también en la formación del capital social, pues la escolarización dota al niño de una determinada orientación social.

EL CONCEPTO DE CAPITAL SOCIAL

El capital social hace hincapié en la cohesión comunitaria resultante de: la existencia de una densa red de relaciones y organizaciones comunitarias, elevados niveles de participación y compromiso cívico, un sentido positivo de identidad, pertenencia y solidaridad compartidas, normas generalizadas a favor del apoyo y el altruismo (Calloway y Nadlicki, 2000; Muntaner, Lynch y Smith, 2000).



Las personas integradas en una comunidad con elevado capital social tienden a encontrarse mejor y adherirse a estilos de vida saludables, ya que también comparten la sensación de autoeficacia y control (Campbell, 2000). La salud se entiende como una respuesta adaptativa en la que se reflejan los recursos biológicos, psicológicos y sociales del individuo y su grupo y las exigencias del propio ecosistema (Dooley y Catalano, 2000). De aquí que actualmente, se le está dando al capital social un interés creciente como indicador de la formación del capital humano (Durkin, 2000; Lee y Croninger, 2001; Norton et al., 1998; Sutherland et al., 2001a; Veenstra, 2001).

El enfoque del capital social en el estudio de la salud prioriza el estudio de la interacción psicosocial. Interacción que traduce en muy diversas temáticas: la interdependencia entre las personas, grupos y sistemas sociales (ej. el estudio de los mecanismos de elección de estilos de vida, dietas e imagen corporal, sistemas de afrontamiento ante el estrés), la influencia de las instituciones sociales (ej. sanitarias, industriales, políticas, etc.) en la desigualdad social y en el mantenimiento o cese de comportamientos saludables (Rodríguez Marín, 1998).

Así, el estudio del abuso del alcohol por parte de los jóvenes se enmarca en una cultura de consumo caracterizada por la búsqueda de satisfacción personal inmediata. Nuestra sociedad es bastante permisiva con este consumo. De hecho, el 87,1% de los españoles de 15 a 65 años han consumido bebidas alcohólicas al menos una vez, el 62% lo ha consumido durante el mes anterior y alrededor de 14% lo consumen a diario. Se estima que alrededor de un millón de españoles bebe alcohol en exceso. Esta cultura conlleva el que los jóvenes empiecen a consumir antes

y en mayores cantidades. La edad promedio de inicio de consumo de sustancias adictivas se da en torno a los 13 años para las bebidas alcohólicas y en torno a los 15 para el cannabis, siendo los jóvenes de 20 a 24 años los que con mayor frecuencia se emborrachan (PND, 2001).

Como la presión social suele ser superior para aquellos comportamientos y consumos que se realizan habitualmente en espacios públicos, la experimentación y el consumo inicial de bebidas alcohólicas tiene un marcado carácter social que coincide en muchos casos con situaciones de interacción social, los fines de semana y en establecimientos recreativos. La utilidad de tomar una bebida alcohólica depende de la respuesta a cuestiones sobre con quién, dónde y cuándo se toma, es decir respuestas relativas a la influencia del ambiente social (Cook y Moore, 2001; Treno et al., 2000)

Además, en el estudio del consumo de drogas, debemos añadir a la utilización de los indicadores cuantitativos de cantidades ingeridas, otros factores como: la tipología de la droga, el ámbito social en el que se consumen, el trato que reciben por parte de los adultos, y sobre todo, los mensajes sociales que se dirigen a los adolescentes. La experimentación, el consumo abusivo, el abuso y la adicción constituyen fases de un proceso en el que el grupo de iguales y el entorno inciden sobremanera (Graña, Muñoz y Delgado, 2000).

Basta con observar el tremendo impacto que el fenómeno del "botellon" ha tenido en la opinión pública. El consumo de alcohol por parte de un sector poblacional genera el conflicto de intereses sociales. Las molestias que ocasionan a los vecinos por el ruido, la suciedad, el deterioro de las instalaciones públicas y privadas, etc. son objeto de noticia



y de reglamentación: *Mas de cien tiendas multadas y ocho cerradas en noventa días del "Plan Antibotellon"* (Madrid: El Mundo 22/04/2002). *Los padres serán multados si sus hijos se niegan a cumplir trabajos sociales por haber hecho "botellon"* (Madrid: El País, 12/04/2002). *Las pérdidas por el control "antibotellon" llevan a algunos tenderos chinos a plantearse el cierre. La venta del alcohol ha bajado en un 50% por la presión policial según los comerciantes* (Madrid: El País, 20/03/2002). *La policía de Madrid impuso anoche la "ley seca" en las calles afectadas por el "botellon"* (Madrid: El País, 02/02/2002).

Este fenómeno también ilustra cierto alarmismo social hacia determinados riesgos, ya que, en el estudio realizado en el 2000 por la Comisión Europea se constató como la mayor parte de nuestra gente joven goza de buena salud y las cifras epidemiológicas apuntan hacia el asma, las alergias, la diabetes o la obesidad como las tendencias de complicaciones de salud preocupantes. Otra estadística que también debería ser objeto de atención social es la desmesurada proporción de desempleo de menores de 25 años (aproximadamente el 21% para los chicos y el 24% para las chicas), el imposible acceso a la vivienda (Gil-Lacruz y Aguado, 2004) y el que el suicidio sea la segunda causa de mortalidad entre los jóvenes de 15 a 24 años).

La juventud constituye el elemento clave de nuestro capital social, pero como plantea Ruiz (1998, p. 300): "la imagen que muchos adultos tienen de nuestros jóvenes como escépticos, apáticos, hedonistas o cínicos, no coincide con la tarea individual a la que se enfrentan para entender y disfrutar del mundo y encarar el reto de la solidaridad".

El propio concepto de riesgo se construye y negocia socialmente (ej. terrorismo internacional Blackman, 2000). Actualmente, estudiamos factores de la salud tan diversos y antes impensables, como: los hábitos de descanso,

el transporte, los comportamientos sexuales, los baños de sol, las redes de apoyo social, el sentimiento religioso, los hábitos de estudio o el abuso del teléfono móvil (Jackson y Aiken, 2001; McBride, Pollak, Lyna, Lypkus, Samsa y Bepler, 2001). La definición de estilo de vida saludable ha evolucionado a la par que los cambios sociales.

Los actuales estilos de vida en relación con la salud evidencian cómo la globalización incorpora una gran cantidad de tendencias, modas, modos de vida, cuyo contenido es económico, social y cultural (¿nos dirigimos hacia la *macdonalización*?, ¿es la obesidad la pandemia del siglo XXI? ¿cuál es el coste de la relación entre nuestro ritmo de vida y las denominadas "enfermedades de la prisa" presentes en la prevalencia de complicaciones cardiovasculares?). Sin duda, uno de los retos a los que nos enfrenta el desarrollo del bienestar y el capital social, es el reconocimiento de lo local y como se responden estas cuestiones desde nuestras comunidades de referencia (Barona, 2000).

LA RELACIÓN ENTRE CAPITAL HUMANO Y CAPITAL SOCIAL

El capital humano y social presentan una relación de complementariedad, ya que reforzando las redes sociales, ej. la interacción entre padres, educadores y alumnos y potenciando la comunicación educativa, se puede mejorar la formación, la cooperación y la participación social. No obstante, esta complementariedad depende a su vez, de otras variables del entorno social (Gil-Lacruz, 2004).

Por ejemplo, los acuerdos políticos, institucionales y legales influyen sobremanera en el impulso y dirección de nuestro capital humano y social. Ej. en nuestro país las tasas de mortalidad infantil y de esperanza de vida,



son excelentes solo superadas por Suecia y Francia (cuyo gasto sanitario es mucho mayor). El milagro de la salud española se debe entre otros factores, al control de las enfermedades infecciosas (Reher y Sanz, 2000) y fundamentalmente, al desarrollo económico y social iniciado a mitad de los setenta del siglo XX y a la mejora de las condiciones y los estilos de vida (Bernabeu y Robles, 2000).

Las consecuencias de las medidas gubernamentales sobre el bienestar se observan a largo plazo. De ahí que la infancia y la adolescencia sean los periodos privilegiados para su potenciación. La manera de vivir de los jóvenes refleja en cierto modo, los estilos de vida propios de los adultos y los problemas de salud que afrontaremos en el futuro (Cantón y Sánchez, 1998). Además, en la adolescencia todavía no se ha consolidado definitivamente la identidad del individuo, y constituye el grupo poblacional más vulnerable a modas, presión del grupo de amigos o efectos externos en general.

Por este motivo, conviene analizar cuidadosamente las consecuencias sociales de los comportamientos de riesgo en la adolescencia: las causas y efectos de los estilos de vida y de los comportamientos no saludables, los factores colaterales asociados, etc. (Antoñanzas, Salgado y Rovira, 1997). Información que los sistemas de salud pública necesitan para priorizar unos recursos escasos ante unas necesidades y demandas de salud potencialmente ilimitadas.

LA INFORMACIÓN COMO ESTRATEGIA PREVENTIVA

Las estrategias gubernamentales que intentan optimizar el capital social y humano, tienen que ver también con la ponderación del desarrollo sostenible. En este sentido, la

previsión poblacional de necesidades sociales futuras supone un difícil ejercicio de coordinación entre los distintos poderes públicos.

Las estrategias preventivas desde la perspectiva del capital humano se han centrado en cuestiones informativas y de mejora del estado de salud. La información se considera un bien de inversión, porque el gasto público se destina a que los ciudadanos sean conscientes de los riesgos de su salud. Buena parte de esta inversión se focaliza en la adolescencia, porque constituye el periodo vital en el que se configuran los estilos de vida y las intervenciones durante estos años presentan un carácter claramente preventivo. Las implicaciones de estas políticas pretenden reducir el gasto ocasionado por las conductas insanas y al mismo tiempo, mejorar los niveles de salud y producción sociales.

Las estrategias informativas pueden adoptar diversas formas, desde las legislativas, como la que obliga a incluir etiquetas con advertencias sanitarias en las cajetillas de tabaco, hasta las preventivas propiamente dichas, como las campañas contra los accidentes de tráfico.

La mayoría de estas estrategias parte de la base de que el ciudadano informado se encuentra en mejores condiciones para optar por la adopción de comportamientos saludables. Esta premisa, aunque en parte es cierta, puede pecar de ingenua en el momento en el que la adscripción a opciones saludables no es automática y en esta elección pueden intervenir numerosas influencias externas.

Los esfuerzos preventivos pueden ser desalentadores porque no es suficiente con informar p.ej. sobre los riesgos del tabaco, también se necesita información sobre como superar la dependencia. La gente sabe lo que tiene que hacer y no lo hace. Esta conclusión, a menudo nos lleva a responsabilizar al individuo de un comportamiento negligente (Morton,



2000). Pero la esfera cognitiva de nuestros estilos de vida abarca cuestiones tan diversas como: conocimientos, expectativas, objetivos, creencias, valores, actitudes, evaluación de las fuentes de estrés, evaluación de la propia vulnerabilidad, de la propia eficacia personal y del control de los resultados, de la autoimagen, fantasías, recuerdos, autoinstrucciones, etc. (Leventhal et al., 1992). Eso sin contar con que como dice el refrán: "del dicho al hecho hay un trecho" y que las metas de salud que nos proponemos no tienen porque constituir un ejercicio racional de reflexión consciente (Chapman et al., 2002)

Estos motivos nos llevan a cuestionar la utilidad de actuaciones preventivas aisladas o el uso y abuso de los *mass media* como canal exclusivo y privilegiado de comunicación saludable. La propia población duda de su eficacia, como así se observa en un estudio realizado desde el departamento de medicina preventiva de la Universidad Autónoma de Madrid: el 61,9% de los encuestados afirma que las campañas de información y educación acerca de los efectos del alcohol son poco o nada útiles, y menos efectiva aún valoran la medida de colocar carteles en establecimientos públicos del tipo "prohibida la venta a menores de 18 años", ya que sólo el 15,8% de los encuestados consideran que desincentivan su adquisición por parte de los menores.

La efectividad de estas campañas es un asunto público porque su producción y difusión conllevan un gasto social, obtenido mediante los impuestos recaudados a productores y consumidores. Numerosas voces críticas procedentes de la teoría económica cuestionan también su eficacia, a excepción de las medidas preventivas dirigidas a la infancia (Currie, 2000). De todas maneras, tampoco hay que exaltar el poder de campañas anti-

drogas, pues la información mal entendida puede generar reacciones contrarias a las esperadas por la ambigüedad con la que se define el riesgo a prevenir (Smith et al. 1990).

Un factor que añade gravedad a este panorama tiene que ver con que determinadas prácticas preventivas ahondan en las desigualdades sociales, puesto que es la gente mejor situada económicamente la que se favorece de las mismas (Segura, 2000). Diversas hipótesis entran en juego: la mayor receptividad de las clases acomodadas, la clase social de los promotores de salud, las diferencias sociales en el acceso al sistema informativo y en los sistemas de vigilancia epidemiológica, etc. (Williamson, 2000).

LA REGULACIÓN DE LA OFERTA, ESTRATEGIA PREVENTIVA COMPLEMENTARIA

A pesar de estos fallos y carencias, el Estado es responsable fundamental de las campañas preventivas debido a que la demanda de salud presenta numerosas ineficiencias, que cuestionan que los programas sociales puedan ser llevados a cabo exclusivamente por la iniciativa privada y mantengan su finalidad distributiva.

Pero, además de estrategias informativas, los poderes públicos cuentan con otras medidas preventivas centradas en la oferta. Como el consumo de drogas se determina en gran medida por su disponibilidad, dichas estrategias persiguen una reducción de la oferta para limitar el consumo (Gil-Lacruz, 2004). Por ejemplo, en el caso del alcohol, el gobierno puede controlar la oferta de estos productos



mediante la regulación de su mercado por vía impositiva o control de precios.

Entre otras prácticas dirigidas a que disminuya el consumo de alcohol entre los jóvenes, la Comisión Europea plantea regular la distribución de los *alcopops* y bebidas de diseño. A los productores de estas bebidas se les imponen controles sobre su marketing y comercialización, puesto que sus campañas comerciales se centran en captar a los niños como futuros consumidores.

Del mismo modo, en nuestro país el Anteproyecto de Ley de Prevención del Consumo de Alcohol (2002) regula la prohibición de la venta de bebidas alcohólicas a los menores de 18 años. Las sanciones previstas para las personas o establecimientos que lo incumplan oscilan entre los 3.000 y los 35.000 euros cuando se venda alcohol a menores de 18 años y mayores de 14, además de suspensión de actividad y pérdida de ayudas públicas o beneficios fiscales y multas de hasta 135.000 euros cuando el menor tenga menos de 14 años. Para impedir esta venta, se obliga a los propietarios o empleados de discotecas, restaurantes y bares a solicitar la documentación a los consumidores jóvenes en caso de duda sobre su mayoría de edad.

El riesgo que corremos con estas medidas es que si la oferta no puede hacer frente a la demanda, generara un mercado negro en el que las personas con una menor capacidad adquisitiva se conformaran con productos de peor calidad.

Como estrategia innovadora con relación al control de la oferta, se encuentran los estudios que analizan los costes externos de los comportamientos insalubres, tales como las consecuencias de comportamientos violentos derivados del consumo de alcohol. Se sitúa en

la persona consumidora las principales consecuencias negativas del consumo excesivo, a diferencia de estudios anteriores en los que el alcohol se entiende como una lacra social provocada por individuos negligentes. Esto lleva a recomendar que el precio de las bebidas alcohólicas introduzca un incremento por el *stock* de adicción, el deterioro del estado de salud y la pérdida de capacidad productiva del consumidor. Como la externalidad se asocia a la cantidad de alcohol ingerida, es razonable que se grave a las distintas bebidas alcohólicas en función de los distintos costes sociales que generan.

LA PARTICIPACIÓN DEL CAPITAL SOCIAL: ESTRATEGIA PROMOTORA DE LA SALUD

Dadas las limitaciones de las estrategias preventivas anteriores, desde la perspectiva del capital social se priorizan las adopción de políticas de demandas (Gil-Lacruz y Gil-Lacruz, 2004; Leung, 2002; Sutherland et al., 2001b). Dicha demanda, especialmente en la población adolescente, esta condicionada por variables que nos informan sobre la integración del joven en un entorno social. Al aplicar el modelo empíricamente, observamos que cuanto mayor es el número de amigos que consumen, mayor será la tendencia a consumir y mayor la cantidad demandada por el individuo. Del mismo modo, con datos obtenidos de la Encuesta Sobre Drogas a la Población Escolar (1998), se encuentran evidencias de que cuanto más consumen los padres, mayor será la tendencia a consumir y la cantidad demandada por el adolescente (Gil-Lacruz, 2004).

Como planteábamos anteriormente, necesitamos profundizar en la incidencia de la red



social en la toma de decisiones saludables. Esta declaración de principios pese a su reconocimiento institucional se encuentra con muchas dificultades en la práctica. Incluso desde ciertos sectores de la economía se tiende a obviar que el comportamiento de las personas esta directamente influido por los demás.

Es evidente que junto al precio de los diferentes bienes o servicios, en nuestros comportamientos de consumo, tenemos en cuenta la conducta de los que nos rodean. La mayoría de las personas reconocen haberse introducido en el consumo del tabaco, alcohol, etc. bajo la influencia de algún miembro de su grupo social. Podemos calificar de contagioso el consumo de drogas. Su expansión sigue cauces similares a los de una enfermedad, al incluir amigos, vecindarios, instituciones escolares, penitenciarias, etc. (Ferrence, 2001; Robin, 1984).

Incluso, las representaciones y expectativas sociales juegan un papel considerable en la ingestión de bebidas alcohólicas. Cuando se pregunta por los fines de la utilización del alcohol a sus consumidores observamos las siguientes respuestas: el consumo de alcohol ayuda a las mujeres a compensar sus problemas familiares o laborales, a sentirse más optimistas y a expresar sus sentimientos. A los hombres les ayuda a ser más divertidos y ocurentes, lo que propicia que se acerquen al sexo opuesto (Mäkela y Mustonen, 2000).

La fuerza de estas expectativas compartidas nos lleva a que se infravaloren los riesgos asumidos. En realidad y bajo los efectos del alcohol, los hombres incurren en más accidentes de tráfico y las mujeres en más comportamientos imprudentes. Con la excepción de los problemas de salud derivados de un consumo abusivo y cronificado del alcohol, estas consecuencias tanto subjetivas como

objetivas, se acentúan en los consumidores más jóvenes.

Entre los factores de riesgo del consumo de alcohol en los adolescentes, encontramos numerosos elementos propios de nuestra cultura y naturaleza social: la curiosidad por experimentar situaciones novedosas, la presión de grupo, la búsqueda de placer, intentando pasarlo bien lo mejor posible en el menor tiempo posible, la desinhibición social, el control familiar inconsistente (bien sea por medio de normas rígidas o bien excesivamente tolerantes), la disponibilidad de drogas, etc.

En este sentido, la Delegación del Gobierno Español para el Plan Nacional sobre Drogas (2001) en sus últimas campañas preventivas pretende incidir no solo en los jóvenes y colectivos de riesgo, sino también en educadores, padres y agentes sociales. Entre otras medidas preventivas con relación al capital social se recogen las siguientes recomendaciones:

Orientar positivamente la curiosidad del adolescente, proporcionándole la suficiente información y formación para que reconozca el riesgo real de sus acciones. A menudo, en los adolescentes encontramos la denominada "ilusión del control" en relación con su salud, minimizando los riesgos del comportamiento en que están implicados. La ilusión de control se acentúa en las situaciones grupales (Canton y Mayor, 1997; Canton y Sánchez, 1997).

En la misma línea de actuación, Biddle y Mutrie (2001) recomiendan que estas medidas se traduzcan de manera significativa a las necesidades y contextos de los adolescentes. La educación para la salud debe incorporar temas novedosos, variados, significativos y que fomenten la interacción con los iguales (Ross, 2000).



Promover la educación en valores y actitudes, de tal manera que se corrija la creencia compartida de que la salud depende del azar. El fatalismo de nuestra cultura nos proporciona numerosos ejemplos de indefensión ante la responsabilidad de nuestra salud: "de algo hay que morir", "será lo que Dios quiera". "lo que no mata, engorda" (Rodríguez y De Miguel, 1990).

Estimular la autoestima y desarrollar habilidades sociales, para que no se sienta la necesidad de consumir drogas que compensen estas carencias. La motivación hacia la calidad de vida y los estilos de vida positivos, incrementa la implicación en la adopción de conductas preventivas. El sentido de autoeficacia y competencia facilita no solo su adopción sino su perseverancia (Bray et al., 2000; Cowell, 2000; Goldman y Lakdawalla, 2001; Hartog, 2001; Portillo et al., 2002; Register et al., 2001; Sander, 1995).

Incentivar el empleo del tiempo libre en actividades constructivas. En la sociedad del consumo y del individualismo, el tiempo es un bien escaso. Esto se refleja en la presión de nuestros jóvenes hacia un determinado tipo de ocio consumista y/o anestésico (Vicens, 1995).

Destacar la importancia del diálogo familiar. Los escenarios en los que se aprenden los estilos de vida pueden diferir en cuanto a valores, normas y creencias. Lo que la familia de un adolescente espera de sus salidas nocturnas, puede no coincidir con lo que sus iguales le demandan. En la medida en la que se afrontan estos conflictos, la familia y la escuela son configuradores claves de la educación para la salud (Freeman, Hennessy y Marzullo, 2001, Repetti, Taylor y Seeman, 2002).

Reducir la disponibilidad de drogas. Si entendemos que los estilos de vida saludables

son comportamientos grupales asumidos individualmente, necesitamos profundizar en medidas preventivas de tipo ecológico, que incidan directamente sobre el entorno de referencia (Stokols, 2000).

Para evitar que la ingesta de alcohol derive en el pluriconsumo de drogas o en su abuso, se deben modificar los estilos de vida, de tal manera que las campañas y políticas preventivas, no deben tratar el consumo de cada droga de manera aislada, sino que deben integrarse en el discurso de vida del individuo. Los estilos de vida que adoptamos constituyen la confluencia de experiencias e interpretaciones de carácter físico, pero también de carácter psíquico, social y cultural (Gil-Lacruz, 2002).

Estas medidas requieren explícitamente la difícil apuesta por la interdisciplinariedad de sus actuaciones y la coordinación institucional (Kaplan, 2000), el cambio de un modelo meramente asistencial y de los intereses de grupos de presión (como aseguradoras, industria farmacológica y tecnológica de la salud) que generan la judicialización de la medicina (Pont, 2000). La promoción de la salud y el desarrollo del capital social exigen, en primer lugar, investigar en equipo (economistas, sociólogos, psicólogos, personal sanitario, etc.) sobre los determinantes sociales de la salud (Declaración de Yakarta, 1997).

Los riesgos para la salud del consumo abusivo de alcohol, trascienden las fronteras nacionales en un mundo cada vez más interdependiente. Pero no solo las enfermedades contagiosas se extienden con la globalización, fundamentalmente si hablamos de promoción de la salud, la difusión y el cambio tiene que ver con nuestros estilos de vida. Por ello es prioritario que los distintos estados cooperen en temas de salud pública. Esta es la razón



por la que la Unión Europea emite normas legislativas cuya aplicación sobrepasa a las correspondientes normas nacionales (intervención justificada en los artículos 152 y 153 del Tratado de Maastricht).

Todas estas medidas no conseguirán sus objetivos si de algún modo no se articula un elemento clave en la democratización del sistema de salud y su capital social: la participación individual y colectiva en la promoción de la salud y en temas íntimamente relacionados como la defensa del medio ambiente, un trabajo digno, la autonomía y la identidad (Derickson, 2000).

El concepto de potenciación ("empowerment") íntimamente relacionado con la participación comunitaria y con el capital social, tiene que ver con la capacidad para tomar decisiones que afectan a nuestra vida y a nuestros determinantes personales y ambientales de la salud. Esta utopía requiere para su graduación, la revisión de las correspondientes oportunidades vitales, de las creencias y valores culturales en relación a la salud que compartimos (Campbell y Jovchelovitch, 2000).

BIBLIOGRAFÍA

- Antoñanzas, F., Salgado, J. y Rovira, J. (1997). Costes sociales de los comportamientos no saludables: metodología y revisión de la práctica. En F.J. Braña (Ed.). *Análisis económico de los estilos de vida. Externalidades y Coste Social*. Madrid. Civitas.
- Barona, J.L. (2000). Globalización y desigualdades en salud. Sobre la pretendida crisis del Estado de Bienestar. *Política y Sociedad*, 35: 31-44.
- Bernabeu, J. y Robles, E. (2000). Demografía y problemas de salud. Unas reflexiones críticas sobre los conceptos de transición demográfica y sanitaria. *Política y Sociedad*, 35: 45-54.
- Biddle, S.J.H. y Mutrie, N. (2001). *Psychology of physical activity. Determinants, well-being and interventions*. New York. Routledge.
- Blackman, T. (2000). Defining responsibility for care: approaches to the care of older people in six European countries. *International Journal of Social Welfare*, 9: 181-190.
- Bray, J., Zarkin, G., Ringwalt, C. y Qi, J. (2000). The relationship between marijuana initiation and dropping out high school. *Health Economics*, 9: 9-18.
- Calloway, M. y Nadlicki, T.M. (2000). Research and learning: using theories of social capital to guide health policy and evaluation. *Association Paper. American Sociological Association*.
- Campbell, C. (2000). Social capital in health: Contextualizing health promotion within local community networks. En S. Baron, J. Field y T. Schuller (Eds.). *Social capital: Critical Perspectives*. Oxford. Oxford University Press.
- Campbell, C. y Jovchelovitch, S. (2000). Health, Community and Development: Towards a Social Psychology of Participation. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 10: 225-270.
- Canton, E. y Mayor, L. (1997). Procesos de aprendizaje implicados en la drogadicción. En E. Canton y M.C. Sánchez (1998). Valores y hábitos de salud en una muestra de escolares valencianos. *Informacio psicológica*, 67: 28-35.
- Canton, E. y Sánchez, M.C. (1997). Actitudes y valores en el contexto deportivo de una muestra de jóvenes valencianos. En E. Canton y M.C. Sánchez (1998). Valores y hábitos de salud en una muestra de escolares valencianos. *Informacio psicológica*, 67: 28-35.



- Canton, E. y Sánchez, M.C. (1998). Valores y hábitos de salud en una muestra de escolares valencianos. *Información psicológica*, 67: 28-35.
- Chapman, G.B., Brewer, N.T., Coups, E.J., Brownlee, S., Leventhal, H. y Leventhal, E.A. (2002). Value for the future and preventive health behavior. *Journal of Experimental Psychology Applied*, 7: 235-250.
- Comisión Europea (2000). Report on the state of young people's health in the European Union. A Commission Services Working Paper.
- Cook, P. y Moore, M. (2001). Environment and persistence in youthful drinking patterns. En Gruber, J. (eds). *Risky behaviour among youths: an economic analysis*. Chicago: Chicago Press.
- Cowell, A. (2000). Why are more educated men less likely to binge drink and less likely to smoke?. *Working Paper Research Triangle Institute*.
- Currie, J. (2000). Child health in developed countries. En Culyer, A.J. y Newhouse, J.P. (eds.): *Handbook of Health Economics*. Amsterdam. Elsevier.
- Derickson, A. (2000). *Take health from the list of luxuries. Labor and right to health care*. London. Pergamon Press.
- Dooley, D. y Catalano, R. (2000). Determinants of functional health of older person. En D. Pons (2000). *Vivir activos para vivir mejor. Estilos de vida activos en tercera edad. Información psicológica*, 26: 116-128.
- Durkin, J. (2000). Measuring social capital and its economic impact. *Working Paper, University of Chicago*.
- Ferrence, R. (2001): Diffusion theory and drug use. *Addiction*, 96: 165-173.
- Freeman, M.A., Henessy, E.V. y Marzullo, D.M. (2001). Defensive evaluation of antismoking messages among college age smokers. The role of possible selves. *Health Psychology*, 20: 424-433.
- Gil-Lacruz, A.I. y Gil-Lacruz, M. (2004). La edad mínima de venta de bebidas alcohólicas como instrumento para frenar el consumo de alcohol en los adolescentes españoles. *Revista de Gestión Pública y Privada*, 9. Pendiente de publicación.
- Gil-Lacruz, A.I. (2004). *Análisis económico del consumo de alcohol entre los jóvenes: capital humano, capital social y bienestar*. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza.
- Gil-Lacruz, A.I. y Aguado Aguarón, E. (2004). *Análisis económico y social del precio de la vivienda en Aragón. ¿Existe burbuja especulativa?*. Dirección General de Consumo. Gobierno de Aragón.
- Gil-Lacruz, M. (2002). *Sistema Sanitario y Comunidad*. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza.
- Gil-Lacruz, M. (2000). *Salud y fuentes de apoyo social*. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Goldman, D. y Lakdawalla, D. (2001). Understanding health disparities across education groups. *Working Paper NBER n° 8328*.
- Gradstein, M. y Justman, M. (2000): Human capital, social capital and public schooling. *European Economic Review*, 44: 879-890.
- Graña, J.L., Muñoz, M.J. y Delgado, S. (2000): *Investigación sobre el consumo de drogas en la adolescencia de Majadahonda: factores de riesgo y de protección*. Madrid. Ayuntamiento de Majadahonda.
- Hartog, J. (2001). On human capital and individual capabilities. *The review of income and wealth*, 47: 515-540.



Jackson, K.M. y Aiken, L.S. (2001). A psychosocial model of sun protection and sunbathing in young woman. The impact of health beliefs, attitudes, norms, and self-efficacy for sun protection. *Health Psychology*, 19: 469-478.

Kaplan, R. (2000). Two pathways to prevention. *American Psychologist*, 55: 382-396.

Lee, V. y Croninger, R. (2001). The elements of social capital in the context of six high schools. *Journal of Socio-Economics*, 30: 165-167

Leventhal, H., Diefenbach, M. y Leventhal, E.A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16: 143-163.

Mäkela, K. y Mustonen, H. (2000). Relationship of drinking behavior, gender and age with reported negative and positive experiences related to drinking. *Addiction*, 95: 727-736.

McBride, M.C., Pollak, K.I., Lyna, P., Lypkus, I.M., Samsa, G.P. y Bepler, G. (2001). Reasons for quitting smoking among low income African American Smokers. *Health Psychology*, 20, 334-340.

Morton, L.W. (2000). *Community perspectives on rural health*. Washington: Association Paper: American Sociological Association.

Muntaner, C., Lynch, J. y Smith, G.D. (2000). Social capital and the third way in public health. *Critical Public Health*, 10: 107-124.

Norton, E., Lindrooth, R. y Ennett, S. (1998). Controlling for the endogeneity of peer substance use on adolescent alcohol and tobacco use. *Health Economics*, 7: 439-453.

OCDE (2001). *The well-being of the nations: the role of human capital and social capital*. Paris. OCDE Publications.

Plan Nacional de Drogas (2001). *Drogas: más información, menos riesgos*. Madrid: Ministerio del Interior.

Pont, E.A. (2000). The culture of physician autonomy, 1.900 to the present. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 9: 98-119.

Portillo, F., Pinillos, M. y Antoñanzas, F. (2002). Hábitos no saludables y empleo: percepción de riesgos para la salud. *Cuadernos Aragoneses de Economía*, 12: 257-270.

Register, C., Williams, D. y Grimes, P. (2001). Adolescent drug use and educational attainment. *Education Economics*, 9: 1-18

Reher, D. y Sanz, A. (2000). Mortality and economic development over the course of modernization: an analysis of short-run fluctuations in Spain. *Population Studies*, 54: 135-152.

Repetti, R.L., Taylor, S.E., y Seeman, T.E. (2002). Risky families. Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychology Bulletin*, 128: 220-366.

Robin, L. (1984). The natural history of adolescent drug use. *American Journal of Public Health*, 59: 656-657.

Rodríguez Marín, J. (1998). Psicología social de la salud. *Informacio psicológica*, 67: 4-11.

Rodríguez, J.A. y De Miguel, J.M. (1990). *Salud y poder*. Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas.

Rose, R. (2000). How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians. *Social Science & Medicine*, 51: 1421-1435.

Ross, C.E. (2000). Walking, exercising and smoking. Does neighborhood matter?. *Social Science and Medicine*, 51: 265-274.

Ruiz, J.I. (1998). *La juventud liberta. Genero y estilos de vida de la juventud urbana española*. Madrid. Fundación BBV.



- Sander, W. (1995). Schooling and quitting smoking. *The Review of Economics and Statistics*, 77: 191-199.
- Sarries, L. (1997). El modelo de formación continua en Navarra y País Vasco. Análisis y problemas. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 77-78: 307-308.
- Segura, A. (2000). La salud pública y las políticas de salud. *Política y Sociedad*, 35: 55-64.
- Smith, V., Desvousges, W., Johnson, F. y Fisher, A. (1990). Can public information programs affect risk perceptions. *Journal of Policy Analysis and Management*, 9: 41-59.
- Stokols, D. (2000). Social ecology and behavioral medicine: implications for training, practice and policy. *Behavioral Medicine*, 26: 116-138.
- Sutherland, I. y Shepherd, J. (2001a). The prevalence of alcohol, cigarette and illicit drug use in a stratified sample of English adolescents. *Addiction*, 96: 637-640.
- Sutherland, I. y Shepherd, J. (2001b). Social dimension of adolescent substance use. *Addiction*, 96: 445-458.
- Torre, Y. y Garmendia, J.A. (1997). Introducción. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 77-78: 9-11.
- Treno, A., Alaniz, M. y Gruenwald, P. (2000). The use of drinking places by gender, age and ethnic groups: an analysis of routine drinking activities. *Addiction*, 95: 537-551.
- Veenstra, G. (2001). Social Capital and Health. *Printemps*, Spring, 72.
- Vicens, J. (1995). *El valor de la salud: reflexión sociológica sobre la calidad de vida*. Madrid. Siglo XXI.
- Williamson, D.L. (2000). Health behaviors and health: Evidence that relationship is not conditional on income adequacy. *Social Science and Medicine*, 51: 1.741-1.754.
- World Health Organization (1997). *Tratado de Yakarta*. Geneva. WHO Publications.