

Salut i joves. Percepcions, pràctiques i polítiques sobre els processos de pèrdua de salut de la joventut a Catalunya

e.e29

Salut i joves

Percepcions, pràctiques i polítiques
sobre els processos de pèrdua
de salut de la joventut a Catalunya

Josep Lluís Espluga i Trenc (coordinador)

Alex Boso i Gaspar

Liliana Gallego i Duque

Joel Martí i Olivé

Salut i joves

Percepcions, pràctiques i polítiques
sobre els processos de pèrdua de salut
de la joventut a Catalunya

Salut i joves

Percepcions, pràctiques i polítiques
sobre els processos de pèrdua de salut
de la joventut a Catalunya

Institut de Govern i Polítiques Públiques (UAB)
Seminari d'Anàlisi de Polítiques Socials (UAB)

Josep Lluís Espluga i Trenc (coordinador)

Alex Boso i Gaspar

Liliana Gallego i Duque

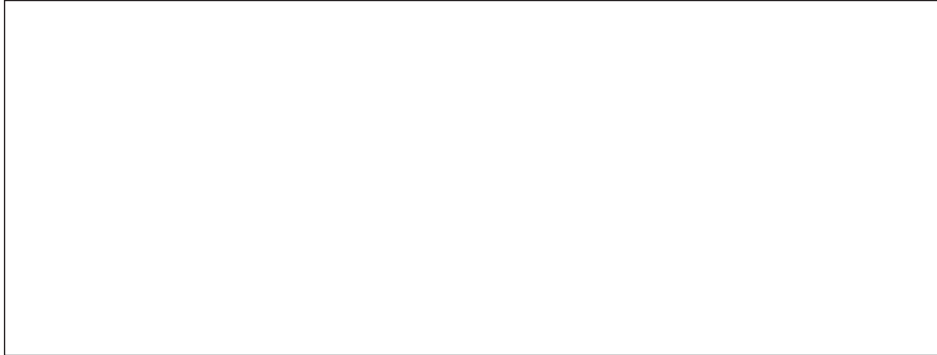
Amb la col·laboració de Joel Martí i Olivé



Generalitat de Catalunya
Departament d'Acció Social i Ciutadania
Secretaria de Joventut

Barcelona, juliol de 2010

Biblioteca de Catalunya. Dades CIP



Aquesta publicació es pot consultar a **www.gencat.cat/joventut/observatori**
També es pot sol·licitar i/o consultar al Centre de Documentació Juvenil
de la Secretaria de Joventut

© Generalitat de Catalunya
Departament d'Acció Social i Ciutadania
Secretaria de Joventut

1a edició: juliol de 2010
Tiratge: 500 exemplars
Impressió: ?
Disseny: Unitat d'autoedició. Secretaria de Joventut
Maquetació: Eloi Andinach Fernández
D L: ?
ISBN: ?

Índex

Presentació	9
Introducció	11
1. Marc teòric	13
1.1. Joves.....	13
1.2. Salut	14
1.3. Estils de vida i salut	14
1.4. Polítiques d'atenció a la salut	15
1.5. Risc i identitats.....	16
1.6. Model teòric	18
2. Objectius i metodologia.....	25
2.1. Objectius.....	25
2.2. Hipòtesis de treball.....	25
2.3. Metodologia.....	25
PRIMERA PART. ESTAT DE SALUT I ATENCIONS A LA SALUT	31
3. Estat de salut.....	33
3.1. Esperança de vida, qualitat de vida i mortalitat	33
3.2. Accidents	42
3.3. Morbiditat	44
4. Atencions a la salut.....	49
4.1. Visites a serveis sanitaris	49
4.2. Prevenció	52
4.3. Suport social	53
4.4. Consum de medicaments	54
5. Salut mental	57
5.1. Estat de la salut mental	57
5.2. Polítiques de salut mental.....	60
SEGONA PART. COMPORTAMENTS DE SALUT I DE RISC.....	63
6. Activitat física i alimentació	65
6.1. Activitat física	65
6.2. Alimentació	68
6.3. Polítiques sobre activitat física i alimentació	73

7. Consums de drogues	79
7.1. Alcohol	79
7.2. Tabac.....	86
7.3. Drogues il·legals	93
8. Salut afectiva, sexual i reproductiva.....	107
8.1. Relacions sexuals i interrupcions voluntàries de l'embaràs.....	108
8.2. SIDA	110
8.3. Relacions afectives i violència de gènere.....	112
8.4. Polítiques sobre salut afectiva, sexual i reproductiva.....	114
9. Seguretat viària	119
9.1. Accidents de trànsit i seguretat viària.....	119
9.2. Percepcions i experiències relatives als accidents de trànsit i la seguretat viària	123
9.3. Polítiques de seguretat viària.....	125
10. Salut laboral	129
10.1. Sinistralitat i exposició a riscos laborals	129
10.2. Percepcions i experiències sobre salut laboral	134
10.3. Polítiques sobre salut laboral.....	135
11. Riscos d'Internet	139
11.1. Percepcions i experiències en relació amb els riscos d'Internet	139
11.2. Polítiques preventives	140
12. Classificació de la joventut catalana segons el seu estat de salut i els seus determinants.....	141
12.1. Anàlisi tipològica: objectius i metodologia.....	141
12.2. Caracterització dels grups.....	145
TERCERA PART. POLÍTIQUES PÚBLIQUES: UNA ANÀLISI TRANSVERSAL.....	149
13. Polítiques públiques de joventut i salut.....	151
13.1. Plantejament i metodologia.....	151
13.2. Context legal i institucional de les polítiques de salut i joventut a Catalunya	153
13.3. Temes tractats, mitjans utilitzats i actors implicats.....	157
13.4. Classificació dels diferents tipus de polítiques	163
13.5. Perfils dels actors que apliquen les polítiques a nivell local	164
13.6. Població objecte de les polítiques.....	166
13.7. Integració i coordinació entre institucions i polítiques	167
13.8. Anàlisi de casos: programes genèrics	169
Conclusions	173

Recomanacions	187
Bibliografia	191
Annexos.....	199
Annex I: Codificació i taules de freqüències de les variables independents	199
Annex II: Guions de les entrevistes i els grups de discussió.....	205
Índex de taules.....	209
Índex de gràfics.....	214

Presentació

La salut ha estat, històricament, un dels eixos centrals d'intervenció de les polítiques de joventut, especialment amb relació a les polítiques de prevenció dels comportaments de risc. La joventut és l'etapa de la vida amb un potencial de salut més elevat, i per aquest motiu bona part de les problemàtiques de salut de les persones joves estan associades a les seves actituds i comportaments. Tot i que cal no menystenir les problemàtiques de salut vinculades a situacions difícilment controlables per part dels individus (com les condicions de treball o l'entorn residencial), el cert és que l'associació entre joventut i risc ha facilitat que les polítiques de joventut hagin pres la salut com un dels eixos tradicionals d'intervenció.

En els darrers anys s'han produït una sèrie de transformacions en la societat catalana (arribada d'un contingent important de nous nadius, extensió de les noves tecnologies, forta expansió i recessió econòmica, etc.) que, combinades amb algunes tendències ja antigues (consolidació de la precarietat, normalització del consum de drogues, etc.), configuren un nou context en què les persones joves negocien el seu estat de salut.

Amb la present recerca hem volgut generar i proporcionar informació actualitzada i rellevant sobre l'estat de salut de les persones joves, els seus condicionants, les polítiques públiques que es fan relatives a aquesta qüestió i la seva adequació a les necessitats del col·lectiu. Aquesta recerca dona continuïtat a la investigació publicada l'any 2006 per la Secretaria de Joventut *La salut dels joves a Catalunya. Un estudi exploratori*. En aquesta primera col·laboració interinstitucional –en termes de recerca–, el Departament de Salut va cedir a la Secretaria de Joventut la matriu de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA), una estadística oficial de la Generalitat de Catalunya, amb una mostra i un qüestionari molt amplis que permeten analitzar en detall les qüestions objecte d'aquest estudi. En l'actualització d'aquella investigació hem volgut observar l'evolució de les dades que s'hi inclouen i complementar l'anàlisi de l'estat de salut amb l'estudi de les polítiques i els programes de salut adreçats a les persones joves, per tal de facilitar la presa de decisions als agents implicats en la seva millora.

Eugeni Villalbí i Godes
Secretari de Joventut

Introducció

Aquest informe respon a l'encàrrec efectuat per l'Observatori Català de la Joventut de la Secretaria de Joventut de la Generalitat de Catalunya per analitzar l'estat de salut percebut de la joventut catalana, les polítiques que les institucions públiques han desenvolupat i aplicat en aquesta matèria, i les percepcions, experiències i expectatives dels i les joves al respecte.

Les relacions entre joventut i salut estan intervingudes per una sèrie de processos socials que inclouen percepcions, experiències, expectatives, estils de vida i un conjunt complex de variables contextuals, d'estructura social, ambientals i socioculturals, entre d'altres. Afortunadament, per a la realització d'aquest treball ja es disposava de l'interessant estudi exploratori coordinat pel Dr. Oriol Romaní l'any 2006 sobre la qüestió, un estudi que ha servit de base a partir de la qual organitzar les nostres hipòtesis de treball i orientar la recerca. Els resultats es poden interpretar, doncs, com un aprofundiment a l'estudi esmentat, complementat per una anàlisi de les polítiques públiques i una valoració de la seva adequació a les necessitats de la població jove catalana.

En aquest treball s'ha intentat articular un model teòric que doni compte, no només de l'estat de salut percebut de la joventut catalana, sinó també de les interrelacions entre totes les variables per tal d'observar quins mecanismes socials i institucionals actuen avui dia sobre la salut del jovent. A més a més, s'ha fet un exercici comparatiu sobre la salut d'un altre grup d'edat, el de 30 a 65 anys, així com una comparació històrica entre les dades disponibles de l'*Enquesta de salut de Catalunya* (ESCA) dels anys 2002 i 2006.

En primer lloc, es presenten les definicions d'alguns dels conceptes principals per entendre la salut de la gent jove catalana i se'n dibuixen les interrelacions mútues, amb l'objectiu de configurar un model teòric que serveixi per exposar els processos de pèrdua o guany de salut de les persones joves a Catalunya. En segon lloc, es defineixen els objectius concrets i la metodologia de la recerca. Tercerament, s'analitzen les dades quantitatives disponibles sobre l'estat de salut dels joves de Catalunya, així com els seus possibles comportaments de risc, a partir de l'ESCA i d'altres enquestes i registres oficials. En quart lloc, es fa una anàlisi de les polítiques implementades en matèria de joves i salut a Catalunya. A continuació, s'estudien les percepcions, expectatives i experiències sobre l'estat de salut d'una mostra qualitativa de joves i sobre les polítiques al voltant d'aquest tema –els resultats de l'anàlisi s'inclouen als diferents apartats del text–. Per últim, s'estableixen unes conclusions i es proposen recomanacions.

Cal recordar que la salut és un concepte relliscós, que sovint esdevé invisible perquè s'equipara a la "normalitat" de viure. De la salut, com de la felicitat, només en tenim experiència quan la perdem, ja que és llavors quan ens adonem que abans en teníem i que ara l'hem perduda de manera parcial o total. Aquesta característica afavoreix que la gent no expressi massa preocupacions ni formuli massa demandes socials mentre gaudeix de bona salut. Precisament, un dels trets definitoris de la gent jove és que es tracta del grup d'edat que, en general, té més bona salut, per això rarament fa demandes ni reivindicacions al respecte –excepte una petita minoria–. Al mateix temps, però, és justament durant l'etapa juvenil quan s'entra en contacte amb tota una sèrie de factors de risc, quan es posen en pràctica un seguit d'hàbits i comportaments (o estils de vida) i quan s'aprenen a considerar "normals" unes coses i no unes altres, les quals poden condicionar en bona mesura la salut en un futur. És per aquest motiu que esdevé rellevant fer un diagnòstic i una avaluació com la que proposem, ja que la prevenció i la promoció de la salut són les estratègies d'intervenció principals en la realitat social que ens poden ajudar a reduir els problemes de salut de la població. Per anar bé, aquestes intervencions haurien d'anar dirigides molt especialment a la població jove.

Com totes les activitats que fem els humans, aquest és un treball col·lectiu, en què han participat especialistes de diversos àmbits. Bona part de la gestió de les bases de dades i les anàlisis quantitatives les ha supervisat **Liliana Gallego**, economista i doctoranda del Departament de Sociologia de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), mentre que l'anàlisi de les polítiques i les entrevistes a representants institucionals i joves immigrants les ha coordinat **Alex Boso**, sociòleg investigador de l'Institut de Govern i Polítiques Públiques (IGOP) i professor del Departament de Ciències Socials de la Universitat Pompeu Fabra. L'anàlisi de les tipologies basades en l'ESCA 2006 ha estat conduïda per **Joel Martí**, professor del Departament de Sociologia de la UAB i investigador del Centre d'Estudis Sociològics sobre la Vida Quotidiana i el Treball (QUIT). La realització dels grups de discussió i la cerca bibliogràfica, així com la coordinació general del treball, ha anat a càrrec de **Josep Lluís Espluga**, professor del Departament de Sociologia de la UAB, investigador

de l'IGOP i membre del Seminari d'Anàlisi de les Polítiques Socials (SAPS). Volem agrair l'ajut de **Mihaela Vancea** en l'àrea d'immigració; el suport de **Roser Pérez** en la discussió sobre les relacions entre classes socials i salut; les converses amb **Joan Pallarès** i la gent de l'Observatori de Nous Consums de Drogues en l'Àmbit Juvenil sobre els aspectes relacionats amb el consum de drogues; l'assessorament de **Susana Mayoral** en les qüestions de salut laboral i de **Sergi Raventós** en els aspectes de salut mental. També han estat de molta utilitat les converses amb **Mariona Portell** sobre aspectes metodològics i generals del treball, i amb **Roger Martínez** sobre elements conceptuals de les identitats juvenils. No podem deixar d'agrair la paciència d'**Anna Mompert** i **Antonia Medina**, del Servei del Pla de Salut (Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut), que sempre han respost amb molta amabilitat els nostres dubtes sobre les bases de dades de l'ESCA i ens han proveït de tots els recursos necessaris per poder-les interpretar. Finalment, volem transmetre la nostra gratitud a totes les persones que ens han ofert una part del seu temps per ser entrevistades (divuit persones d'institucions i sis joves immigrants/des) i participar en els grups de discussió (trenta-set joves), així com a la gent de l'Observatori Català de la Joventut, que sempre ens ha donat suport i ens ha permès tenir el luxe de gaudir de la seva estimulants lectura crítica dels primers esborranys del text, cosa que ens ha permès millorar-lo substancialment i donar-hi la forma final.

1. Marc teòric

1.1. Joves

En la bibliografia sobre joventut, el més habitual és definir la categoria *jove* a partir de límits d'edat. És una estratègia pragmàtica que permet operativitzar el concepte sense problematitzar-lo gaire, i és en part el que fem en aquesta recerca, on considerem joves totes les persones entre 15 i 29 anys –d'altra banda, aquest és l'encàrrec que ens fa l'Observatori Català de la Joventut–. En qualsevol cas, som conscients que les divisions segons l'edat són arbitràries, ja que imposen uns límits i un *ordre* al qual ens hem d'ajustar (Cachón, 2000). Aquest ordre de categories d'edat s'arriba a assumir com a natural, tal com passava amb els tres ordres medievals –l'ordre que tenia la missió de resar, el que havia de combatre i el que havia de treballar–, una representació social construïda des de consideracions morals que s'adequava perfectament a les relacions econòmiques de l'època, i que passà a entendre's com un ordre natural on cadascú ocupava el lloc que li corresponia. En aquest sentit, sabem que a la societat occidental, especialment a partir de la Segona Guerra Mundial, s'ha configurat un ordre que tendeix a dividir les persones en tres grans etapes: *abans*, *durant* i *després* de la vida activa laboral. Aquesta divisió, que pot semblar natural, és el resultat de múltiples processos de producció de la realitat social. Tanmateix, durant les últimes dues o tres dècades, les fronteres entre les tres etapes s'han difuminat i s'han fet més complexes –tot i que sempre ens pot quedar el dubte de si mai haviem estat tan clares com pretén la teoria.

Hi ha un acord general a considerar que el procés d'entrada a la vida activa s'ha anat transformant en un procés cada cop més llarg i complex, que combina etapes de formació, d'activitat laboral, d'atur, etc. Es pot constatar també l'existència d'una gran diversificació de les formes i els ritmes de transició professional. En definitiva, no hi ha un model igual ni homogeni per a tots els joves: el que es produeix són *joventuts*, en plural. Per això, en general, sembla que cada vegada més s'avança cap a la idea de considerar que la categoria *joventut* és una "sala d'estar" en lloc d'una "sala d'espera" (*forever young*, com diuen Salvadó i Serracant, 2003), i s'accepta que les trajectòries presenten un cert grau d'heterogeneïtat. Potser seria més adequat parlar de les *joventuts* de Catalunya si no fos perquè al nostre país aquesta paraula té una càrrega semàntica poc neutra: remet en certa manera a individus organitzats segons determinades consignes polítiques, institucionals, etc. Així doncs, potser seria millor parlar simplement de *joves*, que, a més, al·ludeix a una realitat tant masculina com femenina.

També cal assenyalar la poca pertinència de definir la joventut només segons límits d'edat biològica quan es relaciona amb la variable *immigració*, en el sentit que hi ha dades que posen de manifest que molt sovint els joves immigrants no es consideren a si mateixos integrants d'una categoria *jove* diferent d'una *adulta*, perquè en els seus contextos socials de referència no sempre es produeix aquesta diferenciació (relativitat cultural).

Hi ha una cita cèlebre de Martín Criado (1998: 88) que és prou il·lustrativa de les paradoxes a les quals ens hem d'afrontar en estudiar el jovent:

"La joventut és un objecte *fictici* però *interessant*. És *fictici* perquè parlar de joventut és un despropòsit teòric. La joventut és un grup nominal sobre el paper: sota el nom s'hi inclouen situacions que només tenen en comú això, el nom. [...] Però els errors epistemològics poden ser encerts polítics, perquè la joventut és un grup políticament *interessant*. *Interessant* per a la classe dominant perquè evita que es parli de les divisions de classe i les seves contradiccions; *interessant* per als portaveus de la joventut perquè fomenten la il·lusió de l'existència del grup i enforteixen el seu poder de representació, *interessant* per als professionals de la joventut, perquè creem la necessitat dels productes que venem."

Tant si els joves existeixen més enllà del terreny conceptual com si no, estudiar les problemàtiques anomenades *juvenils* pot ser força interessant i útil perquè permet focalitzar-nos en una de les junctures del sistema, un dels punts des d'on fer forat per observar l'interior i endevinar-ne les entranyes. I entendre'n el funcionament. El fet que els joves rebuin una atenció particular –és a dir, que siguin una excepció a la norma general– per part de moltes institucions (laborals, educatives, sanitàries, de partits polítics, etc.) és un indicatiu per sospitar. Que, pel fet de tenir una edat concreta, calgui fer excepcions a les regles de funcionament general de la societat, és sospitós. Aquesta excepcionalitat revela la voluntat insistent de segmentar determinats grups socials, de dividir les persones. I, com ja hem dit, darrere d'aquestes divisions sempre hi ha una qüestió de poder, de

divisió de poders. Des d'aquest punt de vista, estudiar la joventut (o les joventuts) implica entendre molts dels eixos de desigualtat de la nostra societat. Estudiar la realitat dels joves, en un sentit ampli i crític, no és altra cosa que estudiar els processos i els mecanismes que mouen el conjunt de la societat. Això és el que intentem fer aquí, si bé ens centrem en la salut de les cohorts generacionals que actualment tenen entre 15 i 29 anys.

1.2. Salut

La definició més emprada per descriure la salut prové de l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 1948) i estableix que no és merament l'absència de malaltia o de disminució, sinó un estat de benestar físic, mental i social total. D'acord amb aquesta perspectiva, doncs, la salut té tres dimensions: física, mental i social. Són tres dimensions diferenciables analíticament però que a la pràctica estan interconnectades indissolublement, fins al punt que quan algú té un trastorn en un àmbit, els altres dos també queden afectats. La salut es configura com un espai de relacions on intervenen agents amb diferents punts de vista i graus de poder, en especial l'expert –metge o professional de la salut– i el llec –persona que pateix una pèrdua de salut i que necessita atencions per recuperar-la–. Això ens porta a fer una distinció entre els símptomes objectius de la malaltia i la seva percepció subjectiva, que la bibliografia anglosaxona acostuma a diferenciar amb dos conceptes: *disease* i *illness*. El primer fa referència a l'existència de patologies detectades per l'expert a través de la identificació d'un conjunt de símptomes, mentre que el segon denota l'experiència personal de la pèrdua de salut, vinculada a sentiments de dolor o d'incomoditat. En aquest sentit, Rodríguez (1987) adverteix que l'existència d'uns símptomes de malaltia no n'implica automàticament el reconeixement, ja que sovint hi ha diferències socioculturals clares en la percepció de la malaltia i el valor i significat que s'hi atorga.

Durant la segona meitat del segle xx, als països occidentals es va produir un canvi radical en les formes d'emmalaltir: d'una banda, la prevalença de malalties infeccioses va disminuir dràsticament, i, de l'altra, les malalties cròniques van augmentar fins a esdevenir el patró predominant. Els factors explicatius d'aquest procés tenen una naturalesa molt variada: l'aparició de fàrmacs i vacunes, que van contribuir a eliminar o minimitzar molts dels agents infecciosos clàssics; l'augment de l'esperança de vida, que va fer que la gent visqués molts més anys, amb el consegüent augment del desgast i la degeneració del cos humà; el desenvolupament tecnològic i productiu, que va fer que cada cop més població estigués exposada a nous factors de risc (productes químics, radiacions, trànsit, etc.) amb efectes crònics en la salut humana, etc. Aquesta evolució sorprenent de les formes d'emmalaltir posa de manifest la gran importància de les revolucions científiques en l'àmbit mèdic i sanitari del darrer segle, però també corrobora l'existència d'altres factors relacionats amb les millores ambientals (urbanístiques, de sanejament, de condicions de treball, etc.) que han incidit de manera molt notable en aquesta evolució. En aquest sentit, a principis del segle xxi la manera més habitual d'emmalaltir és per algun trastorn crònic, com ara malalties cardiovasculars, tumors, càncers, al·lèrgies, etc. Aquestes malalties comporten el deteriorament dels teixits del cos (musculars, dèrmics, etc.) i/o el funcionament insuficient d'alguns òrgans vitals, presenten un cicle il·limitat –un cop adquirides no desapareixen soles– i fan que els individus s'hagin d'acostumar a conviure-hi fins a la mort. A més, en el moment que l'individu en percep els símptomes, el deteriorament dels teixits o la disminució del funcionament de l'òrgan ja ha progressat considerablement i això en complica el tractament. A diferència de les malalties infeccioses, les cròniques no tenen una única causa clara o predominant, sinó que el seu origen és multicausal –són resultat d'una combinació de causes no jerarquitzades (una xarxa causal) que pot ser diferent per a cada individu–, motiu pel qual lluitar-hi acostuma a ser més complex que en el cas de les infeccioses. Les estratègies més utilitzades contra les malalties cròniques són la detecció precoç de símptomes –mitjançant revisions mèdiques o *screenings*– i, especialment, la promoció de la salut –creació d'ambients i estils de vida saludables.

1.3. Estils de vida i comportaments relatius a la salut

L'estil de vida s'ha definit com el conjunt de pautes i hàbits de comportament quotidians d'una persona, és a dir, el conjunt de patrons de conducta individuals que mostren una certa consistència en el temps, en condicions més o menys constants, i que, en funció de la seva naturalesa, poden constituir dimensions de risc o seguretat (Rodríguez, 1995). El fet de partir d'una definició tan àmplia fa difícil detectar conductes humanes que no tinguin alguna influència positiva o negativa en la salut o el benestar de les persones. Tot i així, tal com veurem a continuació, podem afirmar que en el cas de la població jove hi ha un feix de comportaments on podem situar alguns dels factors de risc més importants, com ara el consum de tabac i alcohol, la dieta desequilibrada, el sedentarisme o la pràctica de relacions sexuals sense protecció, entre d'altres.

La bibliografia és plena d'exemples. D'altra banda, dins dels estils de vida "saludables" s'inclouen patrons de conducta, creences, coneixements, hàbits i accions que contribueixen al manteniment, el restabliment o la millora de la salut, com per exemple la pràctica d'exercici físic aeròbic, els hàbits alimentaris, el son, les visites al metge, etc.

Els estils de vida i els diferents comportaments dels joves poden afectar el seu estat de salut a través de mecanismes diferents. En termes d'efectes directes, els estils de vida poden afectar la salut actuant directament sobre el sistema biològic i el seu funcionament. Ara bé, també poden establir-se relacions indirectes, com el consum elevat d'alcohol, que pot derivar en mals resultats en els estudis i que més tard pot provocar problemes per aconseguir un lloc de treball, fet que al seu torn pot suposar un estatus socioeconòmic pitjor a mitjà termini (Mulatu i Schooler, 2002). També pot haver-hi mecanismes de reciprocitat, segons els quals un mal estat de salut pot afectar la motivació o la capacitat dels joves per adoptar estils de vida més saludables.

Els estudis en sociologia de la salut utilitzen nombrosos indicadors relacionats amb els estils de vida de les persones, i en general amb els comportaments que poden tenir un paper important com a factors mediadors dels diferents estats de salut de la població estudiada. Els comportaments vinculats als "consums" (d'aliments, de drogues, etc.) són dels més rellevants, així com els referents a les relacions sexuals i afectives, a la pràctica d'activitat física, etc. Tanmateix, cal no perdre de vista que els estils de vida sovint són només una "causa immediata de l'estat de salut", però no última. És a dir, els comportaments que defineixen els estils de vida també estan condicionats per altres variables estructurals que actuen amb força i que donen forma a l'ordre social imperant en cada context. Entre les variables que conformen l'estructura social hi ha el gènere, l'edat, la classe social, les condicions de treball i ocupació, el territori, etc. Més endavant proposem un model teòric que assenyala amb més detall quines variables es consideren clau en el context del nostre treball (gràfic 1). Convé apuntar que, des de les institucions que vetllen per la salut de la població, hi ha tendència a donar molta importància als estils de vida, mentre que l'atenció a les variables estructurals acostuma a ser molt inferior. Possiblement això passa perquè, a l'hora de dissenyar polítiques d'intervenció, es pot influir amb més facilitat en els estils de vida que en les variables estructurals, tot i que des d'un punt de vista teòric les darreres condicionen indubtablement molt més la salut de la població.

1.4. Polítiques d'atenció a la salut

En la lluita contra la malaltia i la promoció de la salut de les persones, es poden distingir tres estratègies bàsiques: guarir, prevenir i promoure la salut –les quals, en terminologia epidemiològica, es tradueixen, aproximadament, en *prevenció terciària*, *secundària* i *primària* (OMS, 1998)–. Cada estratègia centra les seves activitats en diferents objectius (Espluga i Caballero, 2004): d'una banda, el guariment actua sobre els efectes, és a dir, inclou activitats mèdiques dirigides a "reparar" els individus que ja han patit danys de salut; de l'altra, la prevenció actua sobre la causa de la malaltia per tal d'evitar que s'arribi a produir. Com hem dit, l'expansió de les malalties cròniques ha generat un debat important sobre l'eficàcia i la idoneïtat d'aquestes estratègies per millorar la salut pública. El sistema mèdic clàssic s'enfocava principalment a la lluita contra les malalties de tipus monocausal (que tenen una causa única o predominant), en les quals, un cop identificat el factor de risc principal (normalment un microorganisme o similar), tots els esforços es destinaven a eliminar-lo o reduir-lo, ja fos mitjançant fàrmacs (si els individus ja estaven infectats, per aconseguir-ne el guariment) o mitjançant vacunes i el sanejament de l'entorn (esterilització, fumigacions, etc.).

El fet que en l'actualitat, als països occidentals, la major part de les persones perdin la salut a causa de malalties cròniques fa que l'estratègia de prevenció esdevingui clarament insuficient. Les malalties cròniques no es curen –en principi– i són molt difícils de prevenir perquè no hi ha un factor de risc únic o predominant que es pugui eliminar –no hi ha una cadena causal que s'hagi de trencar, sinó que sovint són malalties ocasionades per una xarxa causal no jeràrquica–. És per això que, als anys setanta del segle passat, l'OMS va impulsar un gran debat encaminat a reenfocar les estratègies d'atenció a la salut que va donar com a resultat un moviment mundial de promoció de la salut. Fer promoció de la salut implica crear unes condicions saludables mitjançant intervencions sobre el medi ambient i els individus. No es tracta d'un servei mèdic restringit a les persones malaltes, sinó més aviat d'accions per al conjunt de la població que no són només mèdiques sinó que pretenen combinar diferents tipus de coneixements –experts i profans, encara que els professionals de la salut hi tenen un paper important en termes de formació i informació–, i que, a més, procuren implicar la població en les decisions per millorar i mantenir la salut.

Mitjançant la promoció de la salut es pretén, per un costat, capacitar la població perquè sàpiga com tenir cura de la seva salut i evitar caure malalta, per a la qual cosa s'incideix en els estils de vida saludables, i, per l'altre, construir entorns saludables, tant en el sentit mediambiental (millores urbanístiques, disminució de la contaminació, etc.) com social (disminució de la precarietat, la pobresa, l'exclusió social, les desigualtats socials, etc.). Entre les estratègies més emprades es poden esmentar la divulgació de coneixements i pautes de comportament i el foment de xarxes de suport social i d'estructures comunitàries –per contrarestar la passivitat individual induïda pel sistema mèdic sanitari institucional.

1.5. Risc i identitats

En parlar dels processos de pèrdua de salut, cal fer esment al concepte *risc*. El risc és la possibilitat que succeeixi alguna cosa no desitjada, alguna pèrdua o dany. En termes generals, es pot considerar que el risc és inseparable de les idees de *probabilitat* i *incertesa* –no es pot dir que una persona corre un risc quan un resultat és segur al cent per cent–. Si ens hi endinsem una mica més, també cal distingir dos conceptes que de vegades es confonen –sobretot en les aproximacions de caire més social– i que l'extensa literatura de la *risk analysis* anglosaxona defineix com a *risk* i *hazard*. *Risk* es refereix a la possibilitat de dany –o que es produeixi una situació no desitjada–, mentre que *hazard* fa referència a la font del risc, el perill, també conceptualitzat com a *factor de risc*. La preocupació pels riscos està relacionada, sobretot, amb la possibilitat que hi hagi pèrdues o danys, uns danys que poden ser de salut però que també poden ser pèrdues econòmiques, mediambientals o, fins i tot, de tipus psicològic (en forma d'aparició de temors, angoixes, patologies psicosocials, etc.), social (destrucció d'identitats socials, de xarxes de relacions socials, etc.), polític (pèrdua de confiança en institucions públiques, en organismes polítics, etc.) o cultural (pèrdua de valors, etc.) (Espluga, 2004; Wynne, 1996).

L'anàlisi dels processos de pèrdua de salut i de les polítiques que les diverses institucions públiques duen a terme ens porta a l'anomenada *societat del risc*. Pel que fa a la societat tradicional, en la societat moderna hi ha una expansió de les opcions, és a dir, els éssers humans disposem de més possibilitats d'experiència i acció que es poden actualitzar. Això implica la necessitat de triar, d'eleger. Tanmateix, a partir del moment que es pot triar entre tantes opcions, també augmenta la possibilitat que no succeeixi allò esperat, per tant, augmenta el *risc*. Així, a les societats contemporànies es produeix la coexistència problemàtica de dos processos indissolubles: l'expansió de les opcions i l'expansió dels riscos. Els estudiosos de la societat actual comencen a plantejar que el procés de modernització està erosionant seriosament els fonaments de la societat industrial clàssica i sembla originar noves configuracions socials, malgrat la persistència de les relacions capitalistes que la caracteritzen. La perspectiva d'anàlisi centrada en el risc pot ser útil per intentar explicar algunes d'aquestes "noves" relacions socials. Igual que molts altres autors de la segona meitat del segle xx, Beck (1992) detecta alguns indicadors d'aquests canvis en la societat actual, com la importància creixent de noves relacions socials que van més enllà de l'estricta societat de classes: els nous moviments ciutadans (ecologisme, pacifisme, feminisme i altres), la nova pobresa i l'exclusió social, els nacionalismes i els fonamentalismes. També s'observa una redefinició del paper de la família nuclear, la modificació –o reconceptualització– dels límits entre el treball i el no-treball, l'aparició de noves relacions entre productors i consumidors, i la consolidació d'una bossa d'atur estructural. A la vegada, es percep que la ciència està perdent la innocència i s'enfronta a un dubte metòdic, tant pel que fa al seu objecte d'estudi com als efectes socials de la seva aplicació, i fins i tot es constaten dificultats greus per satisfer determinades promeses importants del projecte modern –llibertat, democràcia no formal i igualtat d'oportunitats–. Beck (1996: 201) també defineix el concepte *societat del risc* com "un estadi de la societat moderna en el qual la producció de riscos polítics, ecològics i individuals escapa –cada vegada més– a les institucions de control i protecció de la societat". En la societat moderna, Beck distingeix una primera inicial on els riscos fruit del desenvolupament es van produir d'una manera més o menys sistemàtica, però sense arribar a tematitzar-se públicament, i on els conflictes es van intentar resoldre en l'àmbit polític, alhora que se suposava que la realitat natural i social es podria dominar gràcies a la ciència i la tècnica i es considerava permès tolerar unes restes de risc més o menys provisionals. Tot i així, la societat moderna ha arribat, especialment a partir de l'últim terç del segle xx, a una segona fase on els riscos de la societat industrial dominen els debats i els conflictes públics, tant polítics com privats, i on, molt sovint, els ciutadans constaten que les institucions esdevenen focus de producció i legitimitació de perills incontrolables, a partir d'unes relacions rígides de propietat i poder.

Pel que fa a la joventut, es podria considerar que la societat de consum ha assolit un grau de desenvolupament que ha ampliat les opcions i "necessitats", sobretot en l'àmbit adolescent i juvenil, i que l'erosió de les institucions tradicionals (família, escola, treball, etc.) ha introduït marges més grans d'incertesa a la presa

de decisions, així com uns processos d'individualització de les relacions socials que dificulten atorgar un sentit col·lectiu als esdeveniments quotidians. Aquest context pot generar vulnerabilitat entre les persones més joves, que han d'afrontar totes soles la incertesa que provoca el sistema social. Aquesta situació pot augmentar, a la vegada, el sentiment de necessitat de grups de referència –grups que en molts casos són proveïts per les indústries culturals i l'oci a través dels mitjans de comunicació.

El context que hem dibuixat ens porta també a donar rellevància als processos de construcció d'identitats individuals i socials. Com diu Elena Rodríguez San Julián, quan s'analitzen els riscos per a la salut relacionats amb el consum de substàncies, les malalties de transmissió sexual, els accidents de trànsit, etc., *“suele obviarse con facilidad un componente fundamental que está en la base de los comportamientos asociados a estos ámbitos, que es el que conecta las actitudes y las conductas con las dinámicas de socialización e identidad juvenil. Así, los primeros acercamientos al desarrollo y conocimiento de la propia sexualidad pueden suponer pasos esenciales para el asentamiento identitario de los jóvenes y de su camino hacia la vida adulta, o la experimentación con determinadas sustancias puede determinar el principio de una relación más madura y consciente con determinados factores de riesgo (por poner dos ejemplos)”* (Rodríguez San Julián, 2008: 23). En aquest sentit, l'autora es lamenta que les anàlisis especialitzades d'aquests fenòmens només tendeixin a posar l'accent en les conseqüències sobre la salut i a problematitzar el fenomen.

Aquests processos estan carregats de sentit simbòlic i es relacionen amb unes pràctiques socials determinades. Roger Martínez (2003, 2007) s'hi refereix amb el concepte *cultures juvenils*, enteses com “els sentits i els significats que estructuren un espai social juvenil diferenciat de l'adult i de l'infantil perquè té unes jerarquies i una distribució de recursos, posicions i recompenses diferenciades: allò que dóna valor i estatus, els rituals i les pautes de valoració, són diferents i específics dels joves” (Martínez, 2003: 9-10). En aquest marc teòric, assumim la hipòtesi que la població jove viu un procés de transició mitjançant el qual procura diferenciar-se del món de la infància i també dels adults més propers, un procés que té diferents ritmes i formes d'expressió entre diferents grups de joves i que es reflecteix en una sèrie de comportaments que poden influir més o menys en la seva salut.

Des d'aquesta perspectiva, els adolescents es troben en un procés vital de construcció de la identitat com alguna cosa diferent a tot allò que ha configurat el seu entorn vital fins aleshores, cosa que requereix un cert distanciament de les institucions que l'han conformat, especialment de la família d'origen, per tal de poder veure's a si mateixos com una unitat diferenciada. Aquesta és la base de la constitució d'un individu autònom –una de les fites que ens marca la societat–, i, inevitablement, suposa un desafiament a l'autoritat més propera, un procés d'autoafirmació i aprenentatge que ha de servir per esdevenir individus més autònoms (adults). D'altra banda, cal tenir en compte que aquest procés d'individualització va unit a un altre de més col·lectiu, ja que la forma de construir-se una identitat va lligada a un o més grups d'iguals de referència. El distanciament de les institucions que fins llavors han acompanyat els joves s'aconsegueix a través de la inserció en un grup d'iguals, on troben els recursos, els suports confirmatius i l'autoestima suficient per mantenir el seu desafiament al món adult. En la societat contemporània s'ha desenvolupat una indústria de l'entreteniment que, conscient d'aquestes necessitats, ha convertit l'entorn adolescent en un gran mercat de consum, fins al punt que tot el procés de distanciament necessari per esdevenir adults s'ha omplert de signes de distinció comercial (marques de roba, musicals, videojocs, etc.). L'existència d'uns grups d'adolescents amb capacitat de compra ha propiciat aquesta situació, que, d'alguna manera, pot haver contribuït a allargar en el temps el procés de configuració d'identitats.

Finalment, val a dir que tot plegat constitueix un procés d'aprenentatge cabdal en la vida humana, que, curiosament, necessita de l'error i la incertesa per funcionar correctament. Tal com afirma la psicòloga Susana Méndez Gago, *“el aprendizaje a través del ensayo y error ha sido esencial para que nuestra especie llegue al siglo XXI y en ese modelo de aprendizaje el valor de la equivocación ha sido y sigue siendo una clave para la maduración de los sujetos. La equivocación aporta información y experiencia a partir de la cual configuramos nuestro mapa de conocimientos, pero si categorizamos 'la actuación errónea' como un riesgo y promocionamos 'la actuación correcta como el éxito', estamos eliminando del proceso de aprendizaje uno de los pasos esenciales para que verdaderamente sea fructífero: la equivocación”* (Méndez Gago, 2008: 40). En certa manera, es podria dir que quan una persona disposa de la informació més objectiva i correcta per enfrontar-se a una situació o un repte vital, potser el superarà sense problemes però segurament no aprendrà gaire. I aquesta fallida de l'aprenentatge pot ser irreversible en un futur. La paradoxa rau en el fet que per aprendre cal errar, equivocar-se, fallar, ja que només llavors el nostre cervell fa l'esforç de comprendre el que ha passat. Qui mai no s'equivoca, no aprèn. Això sí, per anar bé només cal equivocar-se una vegada, perquè si necessitem diverses errades en una mateixa qüestió és que alguna cosa no va bé.

En definitiva, si atenem la formació dels processos identitaris en la societat del risc, podem concloure que:

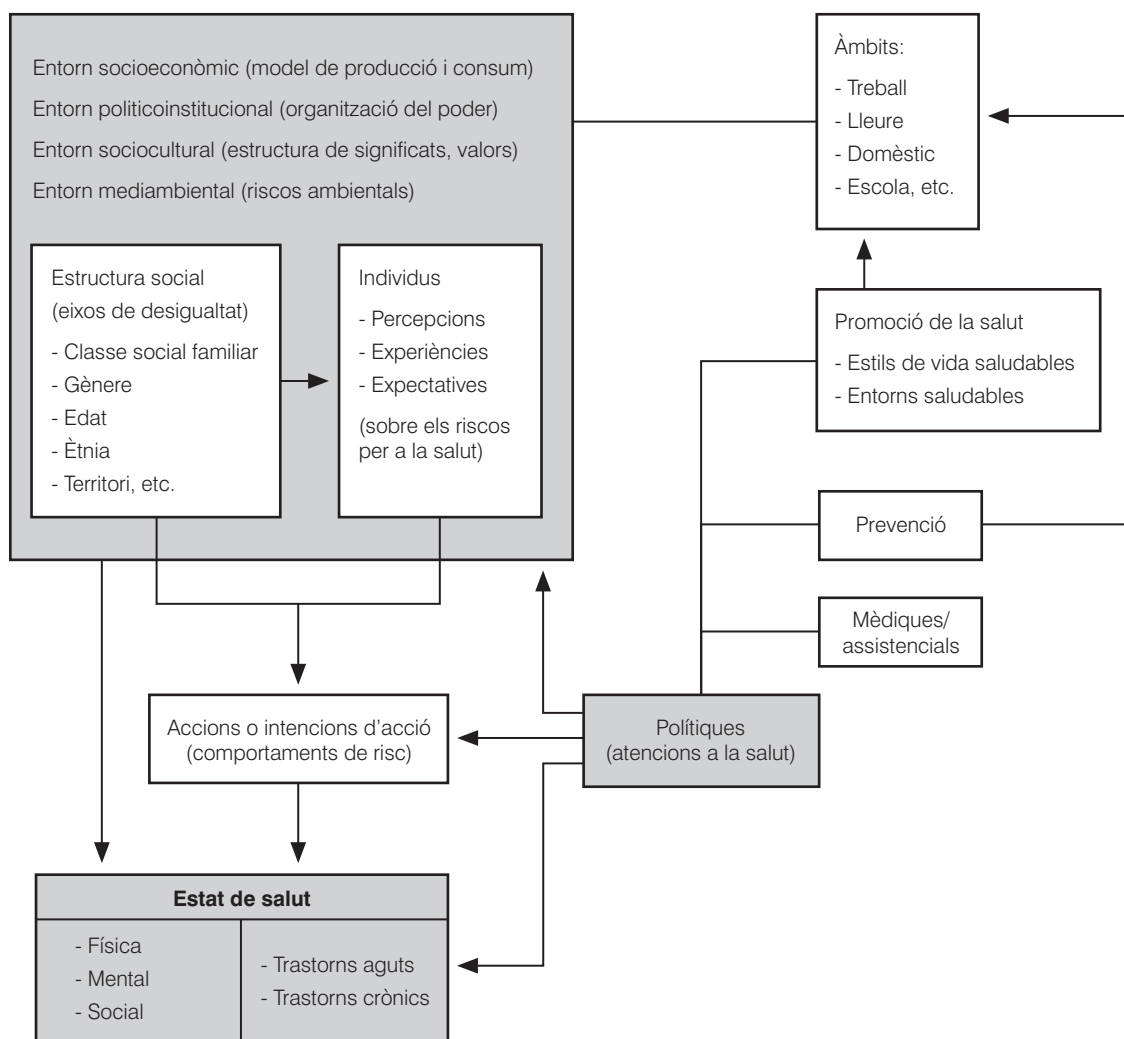
- El pas de l'adolescència a la joventut és un procés d'aprenentatge que, com tot aprenentatge, requereix una certa experimentació, ja que equivocar-se és necessari per poder comprendre.
- El procés de construcció d'una identitat es fa sempre "contra" alguna cosa. Les identitats juvenils es construeixen desafiant les institucions que fins aleshores han acompanyat els joves (principalment la família i l'escola). Això facilita que, en ocasions, la informació i les instruccions d'aquestes institucions puguin ser rebudes –en el millor dels casos– amb indiferència.
- El procés de construcció d'identitats té una dimensió col·lectiva: Generar una identitat implica reconèixer-se com a membre d'un grup, alhora que diferenciar-se d'altres.
- El context juvenil està ple de fórmules i senyals que serveixen per bastir les operacions de similitud i distanciament. Aquestes fórmules estan en gran part proveïdes per una indústria de l'oci poderosa (legal i il·legal) que procura la identitat a través del consum –tot i que sovint els joves en fan un ús instrumental i cerquen alternatives.

Aquest context ens pot ajudar a entendre les predisposicions, actituds i comportaments de la gent jove en matèria de salut.

1.6. Model teòric

A partir dels postulats anteriors, hem elaborat un model teòric per guiar la recerca. Es tracta d'un model que vincula el context social, econòmic, polític, cultural i ambiental amb l'agència de l'individu, les percepcions, expectatives i comportaments, i també amb els efectes sobre la salut, i que, a més, intenta relacionar-ho amb els diferents tipus de polítiques públiques de salut (gràfic 1).

Gràfic 1. Model teòric



Font: Elaboració pròpia.

Descripció dels diferents elements d'aquest model

a) Entorn socioeconòmic

El jove català viu en una societat caracteritzada per un model de producció i consum plenament capitalista, consumidor de recursos i poc sostenible en termes socials i ambientals. Aquest model està basat en un creixement de tendència il·limitada, que exigeix cada cop més esforços individuals i que genera nombroses desigualtats socials en l'accés als recursos econòmics. Tot plegat comporta l'aparició de factors de risc que repercuteixen en la salut de les persones, en forma d'accidents i malalties de diversos tipus –també causades per factors psicosocials.

b) Entorn politicoinstitucional

Les relacions de poder entre els diferents actors socials s'insereixen en un marc institucional i polític que organitza la presa de decisions sobre el bé comú. Aquest marc és el que estableix quines institucions s'encarreguen d'elaborar les polítiques adreçades a resoldre les necessitats detectades de salut, d'educació, etc. Les polítiques públiques són el resultat de la combinació de la voluntat política d'intervenir i de la selecció

de l'alternativa d'acció més eficaç i eficient entre totes les possibles. Cada intervenció respon a una doble lògica: l'especialització sectorial (administració sanitària, educativa, ambiental, laboral, etc.) i l'articulació jeràrquica i competencial de tipus territorial (administració estatal, autonòmica, local, etc.). Ara bé, a la pràctica, les lògiques d'intervenció no sempre coincideixen, ja que cada organisme parteix de la seva agenda i d'una presumpció de certesa tècnica i legal que avala les seves decisions (Subirats, 2007). Cada organisme públic i privat disposa d'un cos d'assessors experts i de rutines administratives que donen lloc a unes maneres de fer determinades.

c) Entorn sociocultural

Els individus elaboren, promouen i reproduïxen col·lectivament uns conjunts articulats de símbols i significats que serveixen per donar sentit a la vida individual i social, i que incorporen valors socials i culturals que permeten distingir allò permès d'allò prohibit, allò desitjable d'allò que no ho és, etc. Aquests símbols s'evidencien i es transmeten mitjançant diversos tipus de rituals, tradicions i pautes culturals. En una societat com la nostra, on el consum és un dels mecanismes principals tant per a la producció de riquesa com per a la distinció i reproducció dels estatus socials (Bourdieu), els mitjans de comunicació tenen un rol clau en la seva promoció.

Són diversos els estudis que han analitzat la influència dels mitjans de comunicació en alguns dels comportaments i estils de vida que afecten la salut de la població jove. En aquest sentit, durant la dècada passada es va anar confirmant la idea que l'ús del tabac en les pel·lícules reforça positivament les actituds i els comportaments de consum en la població jove. De fet, la ràtio de personatges fumadors en les pel·lícules americanes era aleshores de gairebé el doble que l'actual (Escamilla *et al.*, 2000; Glantz *et al.*, 2004; Jetté *et al.*, 2007). A més a més, en les pel·lícules de Hollywood el tabac rarament s'associa a una salut precària, sinó que sol estar vinculat al glamur, el benestar, la salut i moltes altres imatges i significats d'interès per a un segment molt important de la població jove (Dalton *et al.*, 2002). L'evidència empírica aportada per la literatura acadèmica especialitzada suggereix que el consum de tabac en les pel·lícules actua com un incentiu per als joves a l'hora de començar a fumar. Més específicament, alguns estudis mostren una vinculació entre els joves que tenen un actor favorit fumador i el fet que també ho siguin (Dalton *et al.*, 2003; Distefan, Pierce i Gilpin, 2004; Jetté *et al.*, 2007). Altres estudis ens han alertat que les empreses productores de begudes alcohòliques utilitzen una gran multiplicitat de canals (programes de ràdio per a joves, televisió, actes proporcionals, pàgines web i telefonia mòbil) i diverses modalitats de comunicació (anuncis, esponsorització o *branding*) per a què les identitats dels joves s'orientin cap a un consum elevat d'alcohol (Jernigan i O'Hara, 2004). D'alguna manera, diversos actors que influeixen en els comportaments i les actituds dels joves (indústria de l'oci, l'alcohol, el tabac, etc.) arriben al seu públic a través dels mitjans de comunicació, així com moltes de les polítiques preventives (campanyes informatives, de sensibilització, etc.).

Cal dir que l'impacte potencial del capital social en la salut ha generat un interès considerable en l'àrea de coneixement de la sociologia de la salut (Hawe i Shiell, 2000). A partir dels resultats de diferents estudis empírics que mostren els efectes del suport social en la salut dels individus, la perspectiva del capital social ha aportat informació nova sobre el paper dels vincles socials en la promoció de la salut. Així, la perspectiva del capital social aplicada a la sociologia de la salut té l'objectiu de mesurar quin impacte tenen les xarxes de solidaritat, la confiança, i els valors i les normes compartides a nivell comunitari sobre la salut dels individus (Browning i Cagney, 2002).

d) Entorn físic (medi ambient)

Els éssers humans vivim en un entorn biofísic determinat, que es caracteritza per una sèrie de variables que incideixen en moltes de les nostres activitats i oportunitats vitals (clima, orografia, biodiversitat, etc.). La interacció humana amb l'entorn, marcada per un model de producció i consum poc sostenible, pot contribuir a generar desequilibris ecosistèmics importants i a fer aparèixer múltiples factors de risc. Així, per exemple, els ecosistemes que formen les ciutats contenen riscos considerables vinculats a la pol·lució atmosfèrica, el trànsit, etc., i a tot el territori es detecten cursos d'aigua contaminats i agressions urbanístiques que han fet desaparèixer la flora i la fauna i que han provocat problemes d'abastiment alimentari.

Aquí és on, entre altres coses, esdevenen rellevants les condicions de vida (ambientals). Segons Cockerham (2005), les "condicions de vida" (*living conditions*) són una categoria de variables estructurals que ens

permeten mesurar diferències en la qualitat de l'habitatge i l'accés a bens d'ús i serveis bàsics, equipaments de barri (botigues, bars, parcs, biblioteques, equipaments esportius) i seguretat personal. No hi ha massa recerques que connectin les condicions de vida amb els estils de vida saludables, però la relació podria ser important. És evident que les conductes més saludables dels joves se seguiran amb més probabilitat en circumstàncies favorables, i que seran menys efectives o impossibles en circumstàncies desfavorables. Estudis recents realitzats als Estats Units mostren, per exemple, que s'estableix una relació clara entre el fet de viure en barris desfavorits i tenir un mal estat de salut (Brownin i Cagney, 2002); també s'ha constatat que els joves negres dels barris més perillosos participen menys en activitats esportives a l'aire lliure (Grzywacz i Marks, 2001). Per tant, podem afirmar que les condicions de vida restringeixen o faciliten els estils de vida i les conductes més saludables. Els indicadors de condicions de vida es poden construir a partir de dades agregades, com ara el percentatge de llars en un barri o regió particular que disposen de serveis bàsics, el percentatge de parcs, equipaments esportius, biblioteques, etc.

e) Els individus

Les persones es caracteritzen per tenir capacitats reflexives, és a dir, per poder veure's a si mateixes en un context i prendre decisions estratègiques. Això implica que cada persona es pot percebre exposada a uns riscos –la qual cosa té una dimensió subjectiva important–, pot haver tingut experiències amb aquests riscos i el context que els envolta –referència al passat– i pot tenir expectatives sobre els riscos i el seu context en el futur. Tot plegat constitueix el bagatge cognitiu, emocional i conatiu a través del qual cada individu es planteja les seves accions, els seus comportaments i les seves pràctiques. El que ens interessa és veure quins comportaments posen –o pensen posar– en pràctica els joves, i com afecten o poden afectar la seva salut. Es tracta d'accions socials en el sentit de Weber, que tenen una significació per als agents i que responen a un càlcul estratègic o intencional de les persones. Per poder interpretar les actituds i els comportaments dels joves també cal tenir en compte que, especialment els que ho són més, es troben enmig de processos vitals d'aprenentatge i construcció d'una identitat individual i col·lectiva.

f) Estat de salut

Les dades disponibles (registres i enquestes de salut) ens ofereixen informació sobre l'estat de salut de la joventut catalana. Es tracta de dades objectives (registres) i subjectives (enquestes) que principalment inclouen les dimensions de salut física (danys i lesions físiques o biològiques) i de salut mental (trastorns mentals), i que, a través de la nostra recerca, volem vincular a la dimensió social (tensions, conflictes, exclusions socials, etc.). Els trastorns de salut es poden classificar en aguts (accidents o lesions immediates i malalties agudes, de duració limitada) i crònics (que perduren en el temps). En qualsevol cas, hem de tenir en compte que aquests indicadors només ens proporcionen indicis parcials de com és la "realitat" de salut de la població juvenil.

g) Polítiques

Les polítiques de salut es poden classificar en tres tipus bàsics:

1. Polítiques encaminades a guarir: Actuen sobre els efectes (els danys a la salut), per guarir-los.
2. Polítiques adreçades a prevenir: Actuen sobre les causes (els factors de risc que són la causa única o predominant d'un dany o trastorn de salut).
3. Polítiques dirigides a fer promoció de la salut: Actuen sobre l'entorn on viuen els individus (medi ambient físic, socioeconòmic, polític i cultural), així com en els seus comportaments (estils de vida). Incideixen en el que la bibliografia epidemiològica anomena *determinants socials de la salut* (CSDH, 2008).

En un apartat anterior (1.4) s'han descrit de manera més detallada les característiques principals d'aquests tres tipus de polítiques, a les quals l'OMS es refereix amb les etiquetes *prevenció primària*, *secundària* i *terciària*.

h) Estructura social

Totes les societats estan atravesades per diversos eixos que marquen desigualtats entre els seus membres, unes desigualtats que es reflecteixen, entre altres, en la salut dels individus. La Comissió de Determinants Socials de la Salut (CSDH, per la sigla en anglès) de l'OMS assenyala que la majoria de desigualtats en matèria de salut són evitables si es defineixen les polítiques adients. La xarxa *Measurement and Evidence Network* de la CSDH (Kelly & Bonnefoy, 2007) estableix que aquestes desigualtats presenten una sèrie de dimensions explicatives que es poden sintetitzar en: estatus socioeconòmic, gènere, edat i territori. És important tenir-ho en compte perquè hi ha molts exemples que mostren que diferents segments de la població responen de manera molt diferent a intervencions idèntiques en salut pública. Cada vegada hi ha més investigacions que tracten d'entendre les influències d'aquestes dimensions, així com la manera com interactuen per produir efectes en la salut. Atès que anteriorment (apartat d) ja hem parlat de la importància de l'entorn físic o el territori, a continuació fem esment als altres tres eixos que la bibliografia considera clau: l'estatus socioeconòmic, el gènere i l'edat.

Pel que fa a l'**estatus socioeconòmic**, una de les descobertes més consistents dels darrers anys en l'àrea de recerca de la sociologia de la salut és la relació lineal que hi ha entre l'estatus socioeconòmic (SSE) i la salut. Aquesta relació ha estat contrastada empíricament no només en els anomenats *països desenvolupats* de l'Amèrica del Nord i l'Europa Occidental, sinó també en països que sovint es consideren *en desenvolupament* com ara Costa Rica, Hongria, Nigèria i Sud-àfrica (Adler i Ostrove, 1999; Marmot, 1999; Marmot *et al.*, 1997; Robert i House, 2000; Mulatu i Schooler, 2002). Els estudis realitzats en altres països confirmen que la relació entre SSE i salut no es produeix únicament quan la desigualtat socioeconòmica es mesura a nivell individual, sinó també quan es té en compte el context del barri on viuen els subjectes analitzats (Adler i Ostrove, 1999; Marmot, 1999). La relació és tan regular i lineal que fins i tot s'ha arribat a descriure com un gradient, en el qual cada petit augment en l'SSE provoca una millora en l'estat de salut de les persones (Adler i Ostrove, 1999; Marmot, 1999; Mulatu i Schooler, 2002). La majoria de vegades, la variable SSE no afecta la salut de manera directa sinó que té un efecte interferit per determinats comportaments i estils de vida poc saludables. Per exemple, hi ha diversos estudis que han revelat que hi ha relació entre un SSE baix i la poca o nul·la pràctica d'activitats esportives entre la població jove, així com entre l'SSE i la dieta desequilibrada.

En aquest sentit, cal fer referència a l'estudi seminal de Bourdieu (1988) on es detallen els mecanismes a través dels quals la variable SSE determina els estils de vida saludables. Bourdieu va fer servir dades d'una enquesta duta a terme a França a professionals de classe mitjana-alta i a persones de classe treballadora. En aquesta interessant recerca va descobrir que la classe treballadora tenia més cura de la força del cos que no de la seva salut, i que, conseqüentment, solia incloure en la dieta aliments a la vegada econòmics i nutritius; en canvi, la classe professional preferia aliments saludables, saborosos, suaus i baixos en calories. Així mateix, Bourdieu va revelar que la classe treballadora no practicava esports com l'esquí, el golf, el tennis o l'hípica per motius econòmics, perquè hi ha diverses barreres de tipus cultural, familiar o de socialització que restringeixen la possibilitat de realitzar aquestes pràctiques. Estudis més recents dels Estats Units confirmen la vigència dels treballs pioners de Bourdieu, ja que han confirmat que els pobres tenen un desavantatge clar a l'hora de dur a terme estils de vida saludables –fumen més, mengen menys saludablement, consumeixen més alcohol i practiquen menys esport (Grzywacz i Marks, 2001; Snead i Cockerham, 2002).

Així doncs, la variable SSE té interès per a nosaltres no només pel seu impacte directe en la salut del jove –a causa de la situació de privació econòmica que determina en alguns subjectes–, sinó també pels seus efectes indirectes o interferits en l'adopció de certs comportaments o estils de vida saludables. La variable SSE s'ha mesurat a partir de dos indicadors: a) nivell d'educació, renda familiar i ocupació (Mulatu i Schooler, 2002), i b) indicadors de classe com els de Goldthorpe o E. O. Wrigth. En aquest treball empram la variable utilitzada per l'ESCA, que es mesura en funció de l'ocupació de la persona principal de la família. Es tracta d'una definició basada en les teories de Goldthorpe, adoptada com a indicador de classe social per la Sociedad Española de Epidemiología a partir de la proposta desenvolupada per Domingo i Marcos (1989). Tot i que la bibliografia espanyola i catalana l'anomena *classe social*, entenem que seria més correcte referir-s'hi com a *estatus social* o *socioeconòmic*, ja que la proposta de Domingo i Marcos (1989), segons la tradició weberiana de la qual beu Goldthorpe, no incorpora la dimensió de relació de poder que requeriria el concepte *classe social*.

Quant al **gènere**, alguns estudis previs apunten que és una variable molt significativa per predir l'estat de salut de les persones. Aquesta relació, tanmateix, no es deu tant a una qüestió biològica com a una sèrie de conductes determinades socialment o culturalment com, per exemple, el fet que les dones solen ingerir

aliments més saludables, beuen molt menys alcohol, visiten el metge més sovint i de manera més preventiva i quan condueixen es posen més el cinturó o el casc que els homes. Segons el que reflecteix la literatura especialitzada, a excepció de la pràctica d'exercici aeròbic, les dones tenen un estil de vida més saludable que els homes (Blaxter, 1990; Ross i Bird, 1994; Roos *et al.*, 1998; Abel *et al.*, 1999; Denton i Walters, 1999; Cockerham, 2000a, 2000b, 2005; Grzywacz i Marks, 2001). Malgrat que no hi ha gaire informació al respecte, alguns estudis apunten que aquest efecte també es produeix en les edats més joves, ja que les dones adolescents tendeixen a adoptar els estils de vida saludables de les mares, mentre que els homes adolescents es decanten per comportaments més similars als dels seus pares, de manera que s'estableixen els paràmetres per a la transmissió de patrons d'estil de vida més o menys saludables en l'edat adulta (Wickrama *et al.*, 1999; Cockerham, 2005).

En relació amb l'**edat**, des d'un punt de vista estrictament biològic, la joventut és l'etapa de la vida de les persones en què es registra, potencialment, una millor salut. Diversos estudis demostren que l'edat afecta positivament els estils de vida saludables, en el sentit que a mesura que creixem ens tornem més curiosos amb els aliments que mengem, busquem moments per a la relaxació i reduïm substancialment el consum d'alcohol i tabac (Backett i Davison, 1995). L'exercici aeròbic, però, és una de les poques conductes saludables que declina i que sovint es perd amb el pas del temps (Grzywacz i Marks, 2001). Des d'aquest punt de vista, és possible detectar certes diferències en l'estat de salut dels joves relacionades amb l'edat.

2. Objectius i metodologia

2.1. Objectius

- Realitzar una aproximació a l'estat de salut de la població jove de Catalunya, així com a la seva evolució i a la comparació amb altres grups d'edat.
- Conèixer les polítiques que s'estan impulsant des de les administracions públiques per millorar i potenciar la salut dels joves de Catalunya.
- Avaluar la coherència entre les necessitats dels joves en matèria de salut i les polítiques implementades a Catalunya.
- Formular recomanacions al respecte.

2.2. Hipòtesis de treball

A partir de la bibliografia analitzada i, molt especialment, de l'estudi exploratori sobre la salut dels joves a Catalunya coordinat per Oriol Romaní (2006), les hipòtesis de treball que guien aquesta recerca es poden sintetitzar de la manera següent:

- L'estat de salut de la població jove catalana acostuma a ser força positiu, almenys pel que fa als indicadors de mortalitat, morbiditat i esperança de vida, tot i que hi ha una minoria significativa de joves afectada per diverses malalties (infeccioses, neurològiques, cròniques, etc.), així com per situacions i comportaments de risc que els genera problemes.
- Les desigualtats de gènere i classe social, a mitjà o llarg termini, tenen una incidència fonamental en els problemes de salut. En canvi, la categoria *ètnia o immigrant* no sol tenir gaire sentit per si sola en relació amb la salut, sinó que més aviat constitueix un factor mediador en causes prèvies fruit de les desigualtats socials.
- Hi ha una sèrie de factors que produeixen lesions immediates en els joves, com els riscos laborals, els accidents de trànsit, la violència urbana o la de gènere. És possible que alguns grups socials estiguin afectats per una acumulació d'aquestes "violències".
- Els problemes de salut acostumen a estar relacionats amb un seguit de consums inadequats: d'alimentació (trastorns de comportament alimentari, obesitat, etc.), d'alcohol (noves pautes de consum compulsiu), de tabac (manteniment de consums elevats, edat d'inici cada cop menor), de drogues il·legals (expansió del cànnabis i, en menys mesura, de la cocaïna). Tot plegat té a veure amb una forta pressió expansiva dels models hegemònics de recerca d'una identitat a través del consum, així com amb una forta pressió del mercat.
- Hi ha aspectes de la vida on la dimensió relacional és fonamental, com en el sexe i la salut mental. La salut sexual generalment es mou en uns nivells acceptables, però els trastorns mentals difusos estan en expansió, fet que pot ser preocupant a mitjà o llarg termini.

En aquest treball s'intenta indagar quin grau de vigència tenen les conclusions de l'estudi d'Oriol Romaní (2006), a la vegada que s'utilitzen per orientar la recerca i aproximar-nos a l'anàlisi de la realitat juvenil pel que fa a les polítiques de salut.

2.3. Metodologia

En aquest estudi, d'acord amb els objectius i les hipòtesis de treball fixades, s'empra una combinació de mètodes quantitativs i qualitativs, en la línia dels *mixed methods* (Verd i López, 2008).

En primer lloc, l'aproximació al coneixement de l'estat de salut percebut de la població jove de Catalunya s'ha realitzat a través de l'**Enquesta de salut de Catalunya** (ESCA), més concretament de les edicions de

2002 i de 2006 (la darrera constitueix la més recent en el moment de la recerca). L'ESCA és un instrument de la Direcció General de Planificació i Avaluació, del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, que aporta informació rellevant per orientar les decisions de política sanitària i avaluar-ne els resultats. Alhora, serveix de base i guia per a la planificació estratègica del Departament de Salut, i explora aspectes de la salut i la malaltia segons la percepció que en tenen els ciutadans i segons la seva utilització i valoració dels serveis assistencials. L'ESCA 2006 és la tercera enquesta que es duu a terme (les altres dues foren l'any 1994 i el 2002) i dóna suport al Pla de salut de Catalunya 2006-2010.

L'ESCA 2002 es va basar en una mostra total de 8.400 persones, de les quals 2.068 tenien entre 15 i 29 anys, mentre que l'ESCA 2006 va treballar amb una mostra total de 18.126 persones, de les quals 3.646 tenien entre 15 i 29 anys. A les matrius de dades d'ambdues enquestes se'ls ha aplicat un factor de ponderació per regió sanitària, amb l'objectiu de donar un pes proporcional a cada individu, ja que la mostra original no és proporcional a tot el territori –hi ha certes àrees sobrerrepresentades per tal d'obtenir dades significatives estadísticament per a petits territoris (comarques)–. A més a més, per poder comparar-les s'ha ponderat l'ESCA 2002 amb un factor que estandarditza les dades per edats per així adaptar l'estructura d'edats de la població catalana del 2002 a la del 2006.

L'anàlisi de les ESCA s'ha basat en tres estratègies bàsiques:

- L'anàlisi univariada, a partir de les taules de freqüències bàsiques d'una sèrie de variables relacionades amb l'estat de salut, les pràctiques de risc (estils de vida) i l'atenció sanitària en sentit ampli.
- L'anàlisi bivariada, a partir de taules de contingència, on s'ha utilitzat la prova χ^2 de Pearson per analitzar la relació entre la percepció de la salut i les variables sociodemogràfiques principals (variables independents). (A l'annex I es pot veure la categorització i les taules de freqüències de les variables independents).
- L'anàlisi tipològica multivariada, mitjançant un procediment que articula diferents tècniques d'anàlisi (López Roldán, 1996; Domínguez i López Roldán, 1996). Aquesta es desenvolupa en quatre fases:
 - Selecció de les variables objecte d'anàlisi.
 - Anàlisi factorial de les interrelacions entre les variables d'hàbits i estat de salut i reducció d'aquestes en dimensions que sintetitzen la informació inicial. L'anàlisi s'ha realitzat a través de la tècnica de components principals categòrics (CATPCA), que permet tractar variables amb diferents nivells de mesura.
 - Agrupament dels casos en grups homogenis tenint en compte les seves puntuacions a les dimensions anteriors. La tècnica utilitzada aquí és l'anàlisi de classificació jeràrquica (*cluster analysis*).
 - Caracterització dels perfils identificats i anàlisi de la seva associació als eixos de desigualtat considerats a la recerca i altres variables antecedents (sociodemogràfiques, laborals, relacionals). Aquesta fase es realitza amb taules de contingència i comparació de mitjanes.

En segon lloc, s'han analitzat una sèrie de **registres oficials** i altres dades estadístiques de la Generalitat de Catalunya facilitades per l'Observatori Català de la Joventut de la Secretaria de Joventut. Es tracta de dades que formen part del Sistema d'indicadors sobre la joventut de Catalunya (www.gencat.cat/joventut/sijove) i que inclouen aspectes que no apareixen a les enquestes, com ara la mortalitat, els accidents de trànsit, els accidents laborals, els avortaments, els casos de SIDA, etc.

L'estudi de les polítiques de joventut s'ha realitzat a partir de **l'anàlisi documental** de tot un seguit de textos i documents, principalment de l'àrea de Joventut i de Salut de la Generalitat de Catalunya, i més en concret del Pla Nacional de Joventut i el Pla de salut de Catalunya. També s'han realitzat **entrevistes en profunditat** a responsables polítics i institucionals vinculats a l'àrea d'estudi.

Taula 1. Mostra de persones entrevistades

Institució	Persones entrevistades
Secretaria de Joventut	2
Agència Catalana de la Joventut	3
Direcció General de Salut Pública - Promoció de la Salut	1
Direcció General de Salut Pública - Drogues	1
Direcció General de Salut Pública - Sida	1
Direcció General de Relacions Laborals	1
Ajuntament del municipi A: àrea de joventut + àrea de salut	2
Ajuntament del municipi B: àrea de joventut + àrea de salut	2
Ajuntament del municipi C: àrea de joventut + àrea de salut	2
Ajuntament del municipi D: àrea de joventut + àrea de salut	2
Entitat sociocultural (empresa de serveis)	1
Total	18

S'ha considerat adient utilitzar la tècnica de l'**entrevista en profunditat**, semiestructurada, individual i cara a cara, perquè permet mantenir una conversa llarga amb les persones relacionades amb l'objecte d'estudi i així fer aparèixer indicis dels elements clau. L'entrevista s'entén com un *procés comunicatiu* mitjançant el qual es pot "extreure" informació d'una persona, informació que és part de la seva biografia, és a dir, del conjunt de les representacions associades als esdeveniments viscuts (Alonso, 1998). D'aquesta manera es genera un discurs amb una certa línia argumental (poc fragmentat i precodificat, com passa amb els qüestionaris) que facilita que la gent descriu experiències i opinions i parli sobre la seva vida amb les seves paraules. Cal suposar que la informació obtinguda ha estat experimentada d'alguna manera per la persona entrevistada, però s'ha de tenir en compte que es proporciona amb una orientació i interpretació determinada que és coherent amb l'experiència i el bagatge cognitiu i emocional individual. Aquest biaix interpretatiu de la informació, lluny de ser un obstacle, esdevé significatiu, ja que permet reconstruir els diferents discursos socials sobre l'objecte de la recerca, que en aquest cas és la salut juvenil i les polítiques corresponents. La mostra de persones entrevistades apareix a la taula 1.

En tercer lloc, s'han fet quatre **grups de discussió** amb joves per tal d'explorar les experiències, percepcions i expectatives sobre la seva salut i sobre les polítiques de salut impulsades per les institucions del seu entorn vital. El grup de discussió ha reunit diverses persones relacionades amb un objecte d'estudi, en un mateix lloc i moment temporal, amb la finalitat que discutissin i posessin en comú experiències, percepcions, opinions i expectatives sobre un tema determinat. La intenció era propiciar una interacció comunicativa entre aquestes persones per fer emergir els discursos que circulen entre la població sobre l'objecte de discussió. En aquest cas, el moderador del grup ha procurat que, a més de les discussions espontànies dels participants sobre la seva salut, les converses tractessin alguns punts clau derivats de l'anàlisi estadística realitzada prèviament. La taula 2 descriu la composició dels grups de discussió:

Taula 2. Mostra de grups de discussió

Municipi	N	Sexe	Activitat principal	Edat mitjana	Rang d'edat	Nivell d'estudis acabats
A	10	Dones	Estudien	21	18-29	2 obligatoris 6 secundaris postobligatoris 2 universitaris
B	9	Homes	Estudien	22	18-26	2 obligatoris 5 secundaris postobligatoris 2 universitaris
C	7	Dones	Treballen o a l'atur	25	23-29	1 postobligatoris 6 universitaris
D	11	Homes	Treballen o a l'atur	23	18-25	1 sense estudis 4 obligatoris 6 secundaris postobligatoris
Total	37	17 dones 20 homes	19 estudien 18 treballen	23	18-29	1 sense estudis 8 obligatoris 18 secundaris postobligatoris 10 universitaris

La mostra dels grups de discussió s'ha dissenyat amb els criteris següents:

- Sexe: La divisió parteix de la idea que homes i dones tenen diferents situacions de salut i fan un ús diferent de les polítiques i les intervencions sobre salut.
- Activitat principal: L'estat de la salut varia força en funció de si els joves treballen o estudien.
- Àmbit territorial: S'ha procurat crear els grups en municipis situats en entorns geoeconòmics i politicoadministratius diferents.

El grup A està format per 10 noies que estudien –la majoria fa estudis postobligatoris (batxillerat o cicles formatius, universitaris o postgraus)–, que tenen un rang d'edat entre 18 i 29 anys i que resideixen en un municipi d'uns 20.000 habitants situat a les Comarques Gironines. El grup B el componen 9 nois que estudien, que tenen entre 18 i 26 anys i que viuen en un municipi d'uns 15.000 habitants d'una comarca de l'Àmbit de Ponent. El grup C està integrat per 7 noies que treballen –la majoria en el sector serveis–, entre 23 i 29 anys, que tenen un nivell d'estudis bastant elevat –la majoria són llicenciades universitàries– i que resideixen en un municipi d'uns 15.000 habitants en una comarca de les Terres de l'Ebre. El grup D està format per 11 nois que treballen –tot i que en aquests moments n'hi ha cinc que són a l'atur–, que tenen entre 18 i 25 anys i un nivell d'estudis més baix –cap no és universitari i la meitat no passen dels estudis obligatoris– i que resideixen en un municipi de més de 200.000 habitants situat a l'Àrea Metropolitana de Barcelona.

En total, als grups de discussió hi han participat 37 joves, dels quals 20 eren homes i 17 dones, 19 estudiaven i 18 eren població activa (6 eren a l'atur i/o de baixa laboral), tots eren residents a 4 comarques diferents (i distants entre si) i tenien una mitjana d'edat de 23 anys (i un rang de 18 a 29 anys).

La participació en el grup de discussió ha estat voluntària i s'ha garantit l'anonimat dels participants i la confidencialitat de les opinions. El debat s'ha enregistrat amb dues gravadores d'àudio i s'ha transcrit literalment per a l'anàlisi posterior. El procediment per reclutar els participants als grups s'ha basat en l'aplicació de la tècnica "bola de neu" en joves que no es coneixien, per a la qual cosa s'ha disposat del suport dels tècnics municipals i comarcals de joventut i de salut de cada territori. Als participants se'ls ha ofert una gratificació de 30 euros per compensar les molèsties i el temps dedicat a assistir a les sessions, que es van realitzar entre el juliol i l'octubre de 2009.

D'acord amb les anàlisis efectuades a l'ESCA 2006, un criteri que pot tenir un pes rellevant en l'estat de salut és el lloc de naixement, és a dir, el fet de si es tracta d'un jove immigrant o no. Per aquest motiu, i davant la dificultat per incloure la variable *immigració* en els grups de discussió, s'han fet sis entrevistes en profunditat addicionals a joves immigrants (tres dones i tres homes), en diferents situacions laborals i provinents de diferents països. Tot i que la mostra és petita i està poc estructurada, compleix la funció de proveir-nos alguns indicis sobre les dinàmiques que aquestes persones experimenten en relació amb la salut.

Taula 3. Mostra de joves immigrants entrevistats

Sexe	Edat	Activitat principal	Lloc de naixement	Lloc de residència
Home	23	Sense feina	Marroc	Premià de Mar
Home	24	Sense feina	Marroc	Premià de Mar
Home	29	Sense feina	Marroc	Premià de Mar
Dona	25	Treballa i estudia	Bolívia	Barcelona
Dona	24	Estudia	Romania	Barcelona
Dona	25	Treballa	Equador	Barcelona

Els discursos generats a les entrevistes en profunditat i els grups de discussió no es registren de manera aproblemàtica, ja que les dades i discursos no tenen una estructura fixa i independent de la interacció social que els genera i del mètode que els registra. Des de la perspectiva utilitzada, es considera que el resultat de les entrevistes i els grups és pròpiament un *constructe comunicatiu* i no un simple registre de discursos. Els discursos no preexisteixen de manera absoluta a l'operació de recollida de dades, sinó que apareixen com a resposta a una interrogació forçada per l'investigador en una situació dual i conversacional, on cada participant (investigador i entrevistat) co-construeix en cada instant el seu discurs. És important tenir en compte totes aquestes virtuts i limitacions de les tècniques emprades, per tal de després poder fer una anàlisi el més coherent possible amb el tipus de dades obtingudes. Pel que fa a aquest treball, tant les entrevistes com els grups de discussió han partit d'un guió inicial mínim d'àmbits temàtics predefinitos, sense ordre preestablert, mitjançant el qual s'han abordat els objectius de la investigació a partir del relat de les experiències de les persones entrevistades i les participants als grups (vegeu els guions temàtics a l'annex II).

Cal tenir present que la informació obtinguda als grups de discussió ha permès saber "allò que diuen que fan" els joves respecte la seva salut, però difícilment permet saber "allò que realment fan" ni quin és el seu estat de salut objectiu. És a dir, s'han registrat les manifestacions verbals dels joves sobre les seves pràctiques quotidianes, però no coneixem gaire les pràctiques en si. Per tal de conèixer les que realment es duen a terme caldria haver emprat un mètode de caire més etnogràfic que permetés observar-los metòdicament en la seva vida quotidiana, i per saber el seu estat de salut real caldria haver-los fet un examen mèdic. No obstant això, per als objectius plantejats s'ha considerat suficient l'aproximació a les manifestacions verbals dels joves, ja que la intenció és saber la seva percepció dels riscos, quins significats els atorguen, quina interpretació en fan i com justifiquen els seus actes o comportaments al respecte –tant si els duen a terme realment com si no–. Només coneixem aquests comportaments a través de les seves paraules, amb tot el que això comporta.

Així doncs, el producte brut d'un grup de discussió i d'una entrevista en profunditat és bàsicament un "text" del qual s'extreuen i s'interpreten les dades pertinents. Segons els objectius proposats, s'ha optat per fer una anàlisi que faci emergir els temes principals i els diversos punts de vista expressats pels individus implicats, per tal d'examinar-ne la coherència lògica i detectar les possibles contradiccions. En aquest sentit, s'ha realitzat una anàlisi categorial basada en procediments de comparació constant derivats de la *grounded theory* (Straus, 1987), que consisteix en:

1. Transcripció de la sessió de grup (transcripció literal).
2. Primera lectura exploratòria: Localitzar temes, conceptes i expressions, coherència interna dels discursos, contextualització de les valoracions emeses sobre la problemàtica objecte de discussió.
3. Categorització: Adscriure cada fragment de text significatiu a una categoria d'anàlisi teòrica o creada inductivament.
4. Comparació i interpretació: Comparar els diversos temes, fer connexions entre categories de dades i interpretar.

A tall d'avaluació del procediment d'anàlisi, un cop analitzats els grups de discussió es va enviar una síntesi dels resultats als participants per tal que poguessin expressar el seu punt de vista al respecte. A continuació, els resultats de l'anàlisi sobre l'estat de salut dels joves i les polítiques es van sotmetre a la discussió de professionals institucionals amb competència en l'àmbit de salut i joventut, tot aprofitant una trobada entre

professionals de diferents departaments de la Generalitat de Catalunya relacionats amb la matèria. El debat es va realitzar el 18 de setembre de 2009 als locals de l'Agència Catalana de la Joventut a Barcelona, en el marc de les sessions preparatòries del futur Pla Nacional de Joventut de Catalunya. En total, es van reunir catorze persones de dotze àrees diferents corresponents a sis departaments de la Generalitat amb competències en salut i joventut: el Departament d'Acció Social i Ciutadania (Institut Català de les Dones, Secretaria per la Immigració, Secretaria d'Infància i Adolescència, Agència Catalana de la Joventut i Secretaria de Joventut); el Departament de Treball (Subdirecció General Seguretat i Salut Laboral i Oficina de Relacions Institucionals); el Departament de Salut (Direcció General de Salut Pública i Subdirecció General de Promoció de la Salut); el Departament d'Educació (Direcció General Atenció a la Comunitat Educativa); el Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació (Direcció General de Jocs i Espectacles), i el Departament de Política Territorial i Obres Públiques (Secretaria de Mobilitat). Els resultats de la discussió han servit per redactar els capítols dedicats a les polítiques i les conclusions.

PRIMERA PART.

Estat de salut i atencions a la salut

3. Estat de salut

Hem redactat aquest apartat a partir de dades quantitatives provinents de dos tipus de fonts: d'una banda, l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) dels anys 2002 i 2006, realitzada per la Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya; i, de l'altra, les dades provinents dels diferents registres de l'apartat de salut del Sistema d'indicadors sobre la joventut de Catalunya, de l'Observatori Català de la Joventut. Es tracta de veure una sèrie d'indicadors referits a l'evolució de l'esperança de vida i la mortalitat, així com als accidents i les malalties que pateix la població jove catalana. En aquest capítol s'inclouen també algunes dades –escasses– sobre salut mental.

3.1. Esperança de vida, qualitat de vida i mortalitat

3.1.1. Esperança de vida

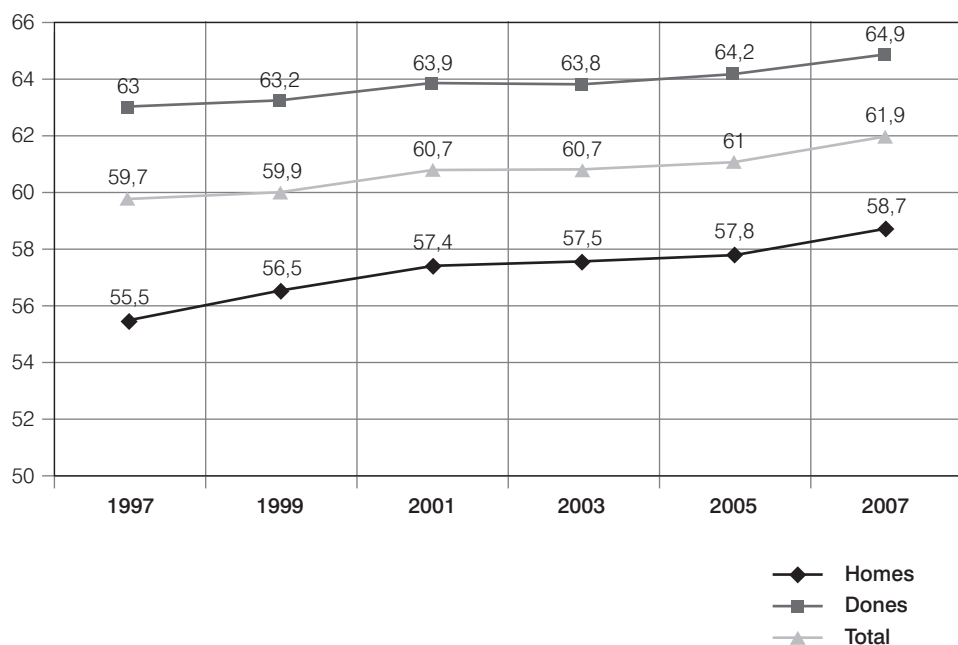
El 2007 l'esperança de vida en néixer de la població catalana era de 78,2 anys per als homes i 84,5 anys per a les dones (taula 4 i gràfic 2). En línies generals, l'esperança de vida dels joves de 20 anys mostra una clara tendència a augmentar en la darrera dècada. És a dir, les persones que tenien 20 anys l'any 2007 podien esperar viure un nombre mitjà d'anys (61,9) una mica superior a les de la mateixa edat el 1997 –les quals podien esperar viure uns 59,7 anys–. L'esperança de vida presenta diferències importants per sexes, de tal manera que actualment les dones joves poden esperar viure aproximadament uns 6 anys més que els homes de la mateixa cohort generacional.

Taula 4. Evolució de l'esperança de vida a diferents edats segons el sexe. Catalunya, 1997- 2007

Anys	Sexe	Als 0 anys	Als 10 anys	Als 20 anys	Als 30 anys
1997	Homes	76	66	56	47
	Dones	82	73	63	53
	Total	79	70	60	50
1999	Homes	76	66	57	47
	Dones	83	73	63	53
	Total	80	70	60	50
2001	Homes	77	67	57	48
	Dones	83	74	64	54
	Total	80	71	61	51
2003	Homes	77	67	58	48
	Dones	83	74	64	54
	Total	80	71	61	51
2005	Homes	77	68	58	48
	Dones	84	74	64	54
	Total	81	71	61	51
2007	Homes	78	69	59	49
	Dones	85	75	65	55
	Total	81	72	62	52

Font: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Dades extretes de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat).

Gràfic 2. Esperança de vida als 20 anys segons el sexe. Catalunya, 1997-2007



Font: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Dades extretes de l'Idescat.

En general, és sabut que a les societats occidentals l'esperança de vida de la població tendeix a incrementar-se des de fa dècades i que els motius tenen molt a veure amb la reducció de la mortalitat infantil i l'allargament del tram final de la vida. No obstant això, viure més anys no implica necessàriament que la salut de la població sigui millor. Per tal de completar l'indicador de l'esperança de vida (EV), s'utilitzen altres paràmetres que ens indiquen fins a quin punt els anys de vida guanyats ho són en bona salut, sense discapacitats o amb qualitat de vida: l'esperança de vida en bona salut (EVBS), l'esperança de vida lliure de discapacitat (EVL) i l'esperança de vida ajustada per qualitat (EVAQ).

D'acord amb les dades del Departament de Salut (2009), a Catalunya, l'esperança de vida lliure de discapacitat en el moment del naixement és de 66 anys per a homes i dones, una xifra més alta que la que fa referència a l'esperança de vida en bona salut: 63 anys per als homes i 61 anys per a les dones (taula 5). Així, l'aparició de trastorns redueix la quantitat d'anys que les persones viuen en bona salut –una disminució que afecta més les dones que els homes–. Les dones, doncs, viuen més anys que els homes, però proporcionalment els homes en viuen més en bona salut i sense discapacitat.

Taula 5. Esperança de vida, esperança de vida en bona salut i esperança de vida lliure de discapacitat segons l'edat, per sexe. Catalunya, 2005

Edat	Homes			Dones		
	EV	EVBS	EVL	EV	EVBS	EVL
0 anys	77	63	66	84	61	66
25 anys	53	40	43	69	37	42
65 anys	17	9	10	21	6	6

Font: Direcció General de Recursos Sanitaris: *Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2005*. Dades extretes del Departament de Salut (2009: 22).

En totes les edats, l'EV és superior en les dones que en els homes, però l'EVLVD és lleugerament inferior en les dones, i les diferències entre sexes són encara més acusades pel que fa a l'EVBS. Les diferències absolutes entre homes i dones són més elevades en les edats més joves; tanmateix, les diferències relatives entre sexes s'incrementen amb l'edat. A mesura que augmenta l'edat disminueixen tant l'EV com l'EVBS i l'EVLVD, però a un ritme diferent. Segons el Departament de Salut (2009: 27-28), "l'evolució d'aquests indicadors des del 1987 mostra que el creixement de l'esperança de vida en bona salut ha estat superior al de l'esperança de vida (13% i 4%, respectivament), i que ha augmentat més en els homes que en les dones".

3.1.2. Qualitat de vida relacionada amb la salut

L'estudi de la qualitat de vida percebuda és un complement interessant per valorar l'estat de salut de la població catalana. En aquest sentit, l'ESCA utilitza com a instrument per analitzar la qualitat de vida el qüestionari de salut EuroQol-5D, que mesura problemes o limitacions en cinc dimensions: la mobilitat, la cura personal, la realització de les activitats quotidianes, el dolor/malestar i l'ansietat/depressió. A partir de les respostes a aquestes dimensions, s'elabora un indicador d'esperança de vida ajustada per qualitat (EVAQ).

A Catalunya, el 42,1% de la població de 15 anys i més expressa tenir dificultats en alguna de les dimensions estudiades, un percentatge que és inferior en els homes (33,3%) que en les dones (50,7%). El problema que es declara amb més freqüència és la presència de dolor o malestar, que afecta el 33,3% de la població, seguit de l'ansietat/depressió. En el grup d'edat de 15 a 29 anys, la situació és similar.

L'any 2006, en la població de 15 anys, l'EVAQ era de 57,3 anys per als homes i 56,1 per a les dones (taula 6). Les diferències entre sexes per edat es mantenen quant als valors absoluts, però amb els anys creixen en termes relatius. Les dones viuen un percentatge més elevat de la seva vida amb mala qualitat: als 15 anys, el 8,7% dels anys d'esperança de vida dels homes no són de qualitat, enfront el 18,8% dels anys d'esperança de vida de les dones. Aquests percentatges són del 9,7% i del 21,4% als 25 anys en homes i dones, respectivament, i a mesura que augmenta l'edat dels individus els percentatges s'incrementen en proporcions cada cop més distants, de manera que als 65 anys assolixen el 16,9% en els homes i el 39,2% en les dones. Aquest tipus de diferències es repeteixen en la bibliografia internacional des que es té constància d'estudis epidemiològics (Borrell i Benach, 2002; CSDH, 2008): les dones viuen més però pateixen més mala salut que els homes al llarg de la vida.

Taula 6. Esperança de vida ajustada per qualitat de la població de 15 anys i més segons l'edat, per sexe. Catalunya, 2006

Edat	EVAQ (anys)		EVAQ/EV (%)	
	Homes	Dones	Homes	Dones
15 anys	57	56	91	81
25 anys	48	47	90	79
65 anys	14	13	83	61

Font: Direcció General de Recursos Sanitaris: *Anàlisi de la mortalitat a Catalunya 2005*, i Direcció General de Planificació i Avaluació: *Enquesta de salut de Catalunya 2006*. Dades extretes del Departament de Salut (2009: 22).

L'evolució de l'EVAQ a Catalunya en el període 1994-2006 mostra uns valors absoluts molt estables per a les diferents edats en els homes, però un empitjorament de la qualitat de vida en les dones, especialment en les edats adultes més joves (Departament de Salut, 2009).

D'altra banda, segons les dades de l'ESCA 2002 i 2006, en una escala de l'1 al 100, la mitjana de salut auto-percebuda pels joves és de 80 (81 pels homes i 79 per les dones), mentre que en el grup d'edat d'adults la valoració és una mica inferior (72). En ambdós grups d'edat, les dades es mantenen estables entre el 2002 i el 2006.

Les dimensions de salut que resten qualitat als anys de vida són semblants entre homes i dones, encara que difereixen bastant en relació amb l'edat. El dolor o malestar és la dimensió més freqüent en el conjunt de la població adulta, mentre que entre els joves també és freqüent l'ansietat o depressió, i entre la gent més gran són comuns els problemes de mobilitat.

A la taula 8 s'analitzen per separat les dimensions de qualitat de vida de l'EuroQol-5D (l'índex de qualitat de vida percebuda esmentat més amunt). En aquest sentit, s'observa que el 98% dels joves afirma no tenir problemes per caminar ni per realitzar altres activitats quotidianes, i el 99% diu que tampoc no en té per rentar-se o vestir-se sol. Tot i així, el 15% declara tenir dolors o malestars, i l'11% afirma que té ansietat o depressió –en ambdós casos, l'1% de manera molt intensa.

Crida l'atenció que els joves que diuen tenir problemes de mobilitat i per fer activitats quotidianes es mantenen en la mateixa proporció entre el 2002 i el 2006, mentre que la proporció dels que afirmen patir dolors o malestar o estar ansiosos o deprimits tendeix a augmentar (taula 7). Curiosament, aquest increment no es registra en el grup d'adults, per la qual cosa sembla una característica particular de la gent jove.

Taula 7. Dimensions de qualitat de vida percebuda de la població de 15 a 65 anys segons l'edat (EuroQol-5D) (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006

Dimensions de qualitat de vida	Joves (15-29 anys)		Adults (30-65 anys)	
	2002	2006	2002	2006
Problemes per caminar	2	2	9	10
Problemes per rentar-se o vestir-se sols	1	1	2	3
Problemes per fer activitats quotidianes	2	2	7	10
Dolors o malestars	10	15	28	31
Ansietat o depressió	5	11	17	20

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2002 i 2006.

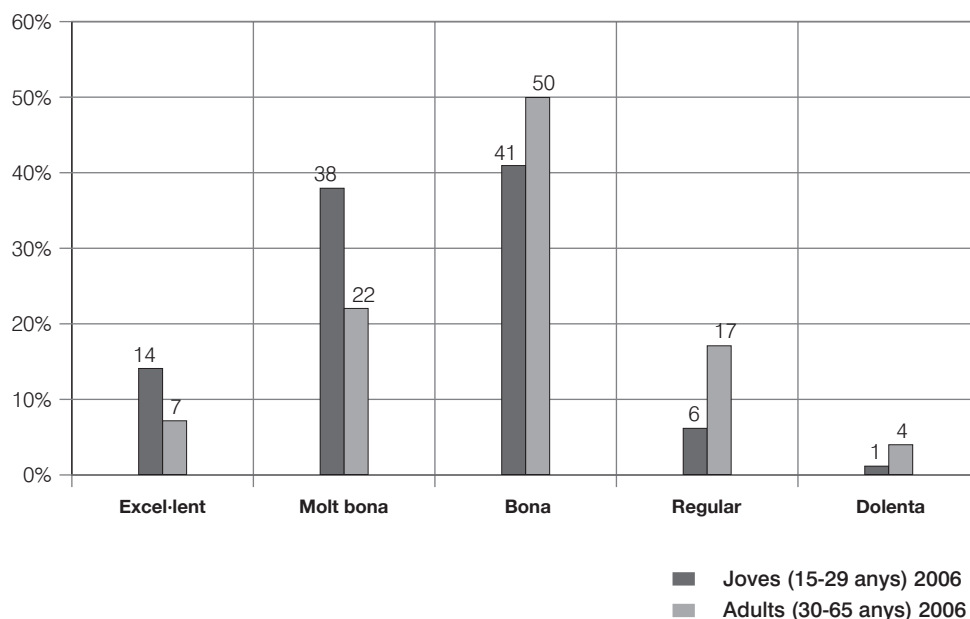
D'acord amb l'ESCA 2006, els **dolors o malestars** en joves són més freqüents entre les dones amb un nivell d'estudis baix, que fan feines de la llar o que treballen, que viuen amb la parella i fills i que resideixen predominantment en municipis de menys de 50.000 habitants. D'altra banda, els dolors o malestars s'incrementen a mesura que augmenta l'edat i que disminueix el nivell d'estatus social.

Pel que fa a les persones joves que diuen patir **ansietat o depressió**, també són més dones que homes (gairebé el doble), que fan feines de la llar o, en menys mesura, que treballen. I s'observa en més proporció entre les persones nascudes fora d'Espanya.

3.1.3. Estat de salut (autopercepció)

D'acord amb l'ESCA 2006, la gran majoria dels joves catalans (93%) diuen tenir una salut bona, molt bona o excel·lent (taula 8). De manera més concreta, els que declaren que és molt bona (38%) o excel·lent (14%) sumen un 52% de la mostra, i els que afirmen simplement que és bona són el 41%. Només una minoria (6%) diu tenir una salut regular, i els que afirmen que és dolenta tot just arriben a l'1%. El percentatge de persones joves que té bona salut tendeix a augmentar, a diferència de la proporció dels que diuen tenir una salut dolenta o regular, que es manté inalterada. La percepció de l'estat de salut propi és molt més bona en el grup d'edat dels joves que entre la gent adulta (gràfic 3).

Gràfic 3. Estat de salut percebuda segons el grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2006.

Taula 8. Estat de salut percebuda de la població de 15 a 65 anys segons el grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006

Estat de salut percebuda	Joves (15-29 anys)		Adults (30-65 anys)	
	2002	2006	2002	2006
Excel·lent	12	14	6	7
Molt bona	32	38	18	22
Bona	49	41	54	50
Regular	5	6	17	17
Dolenta	1	1	5	4
Total	100	100	100	100

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2002 i 2006.

D'acord amb l'ESCA 2006, s'observen diferències significatives per sexe –els homes manifesten més sovint tenir una salut molt bona o excel·lent–; per edat –els més joves, de 15 a 19 anys, ídem–; per nivell d'estudis –les respostes *molt bona* i *excel·lent* apareixen més sovint a mesura que augmenta el nivell d'estudis–; per àmbit territorial –al Camp de Tarragona és on es percep més bona salut, mentre que a les Comarques Centrals i l'Àmbit Metropolità és on n'hi ha menys–; per estatus social –les persones d'estatus elevats presenten una millor salut percebuda que les d'estatus més baixos–; per activitat principal –qui estudia expressa una millor salut percebuda que qui treballa–, així com en funció d'“amb qui viu” la persona enquestada –qui viu sol o amb amics fa una valoració pitjor del seu estat de salut, mentre que qui viu amb la parella i/o fills es percep millor.

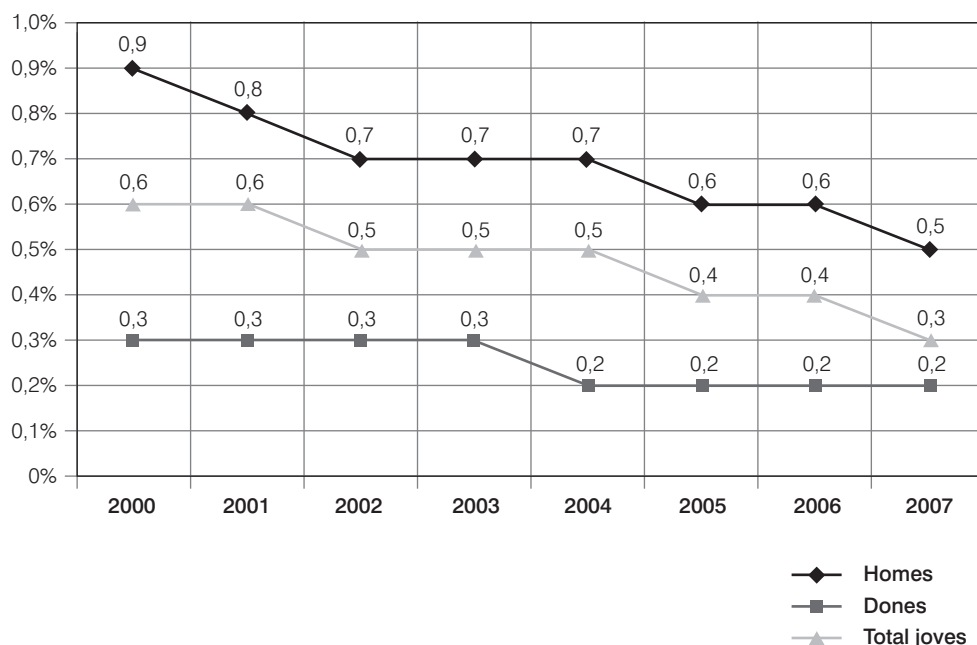
Als grups de discussió realitzats també s'han registrat algunes percepcions relacionades amb l'estat de salut dels joves, que, en general, diuen que tenen un bon estat de salut. Tot i això, s'observen alguns matisos en les seves expressions, que són força congruents amb les dades de l'ESCA:

- Els que manifesten una percepció més negativa són els **joves treballadors** (nois), la meitat dels quals estan en situació d'atur en el moment de fer els grups de discussió.
- Els **joves que estudien** expressen una bona percepció del seu estat general de salut: Les noies afirmen que les seves visites al metge es deuen principalment a revisions periòdiques (pràctiques preventives), i els nois expliquen que a mesura que passen els anys tendeixen a cuidar-se més i que perceben que alguns comportaments de risc que abans aguantaven millor (fumar, beure, etc.) cada cop els afecten més negativament.
- En un sentit similar als anteriors, les **noies que treballen** també diuen tenir un bon estat de salut, però apunten que podrien estar millor, ja que noten que es cansen més que abans. Entre els factors que pensen que els afecten negativament esmenten el sedentarisme i alguns consums (tabac i alcohol), és a dir, pràctiques de risc de la seva vida quotidiana.

3.1.4. Mortalitat

A Catalunya, la mortalitat de les persones joves registra una tendència a la baixa –almenys des de la darreria dels anys noranta, ja que durant la dècada anterior la SIDA i els accidents de trànsit havien invertit temporalment la tendència–, cosa que repercuteix en l'augment de l'esperança de vida, tal com s'ha vist en l'apartat anterior.

Gràfic 4. Taxa de mortalitat específica de la població de 15 a 29 anys segons el sexe (defuncions per 1.000 habitants). Catalunya, 2000-2007



Font: Direcció General de Recursos Sanitaris: *Anàlisi de la mortalitat a Catalunya*. Departament de Salut.

La població jove i infantil –amb l'excepció dels menors d'un any de vida– és la que presenta menys defuncions. Tal com es pot veure en el gràfic 4, la taxa de mortalitat es manté sempre per sota de l'1 per 1.000 entre els joves de 15 a 29 anys, i passa del 0,6 per cada 1.000 l'any 2000, al 0,35 el 2007.

Taula 9. Taxes específiques de mortalitat en la població de 15 a 34 anys segons la causa de mort, per sexe (defuncions per 100.000 habitants). Catalunya, 2007

Causes de mort	Homes		Dones		Total		Totes les edats
	15-24	25-34	15-24	25-34	15-24	25-34	
I. Infeccioses	0,3	2,7	0,3	1,1	0,3	2,0	16,7
II. Tumors	4,2	9,6	2,2	6,7	3,2	8,2	227,4
III. Sang	0,0	0,5	0,0	0,2	0,0	0,3	3,4
IV. Endocrines	0,5	0,8	1,1	0,5	0,8	0,6	27,3
V. Mentals	0,3	0,2	0,0	0,2	0,1	0,2	40,3
VI. Nervios	3,1	1,8	0,8	1,8	2,0	1,8	46,8
VII. Ull	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
VIII. Oïda	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
IX. Circulatori	4,2	4,8	1,6	2,6	2,30	3,7	247,6
X. Respiratori	1,0	5,5	1,4	1,0	1,2	3,4	86,7
XI. Digestiu	0,8	1,2	0,6	0,8	0,7	1,0	40,5
XII. Pell	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	1,6
XIII. Osteomuscular	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	7,8
XIV. Genitourinari	0,0	0,2	0,3	0,3	0,1	0,4	22,6
XV. Embaràs i part	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,2	0,1
XVI. Perinatal	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	1,6
XVII. Congènites	0,8	0,8	0,3	0,5	0,5	0,6	1,5
XVIII. Mal definides	2,3	4,8	0,6	2,0	1,5	3,4	21,3
XX. Externes	31,2	27,9	6,9	6,5	19,3	17,8	34,3
Total	48,9	61,2	15,9	24,5	32,8	43,7	827,4

Font: Registre de mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i d'Estudis, Departament de Salut.

L'any 2007, a Catalunya, es van produir 32,8 morts per cada 100.000 joves de 15 a 24 anys, 19,3 de les quals van ser defuncions per causes externes, 3,2 per tumors, 2,9 per malalties del sistema circulatori, 2,0 per malalties del sistema nervios i 1,2 per malalties del sistema respiratori (taula 9). La resta de causes de mort tenien taxes específiques inferiors a 1 per cada 100.000 joves. Entre les anomenades *causes externes* (taula 10), van predominar els accidents de trànsit (8,3), els suïcidis i les autolesions (2,5), i altres causes externes (6,9). Tot això contrasta amb les causes de mort entre la població en general –de totes les edats–, on les més freqüents són les malalties del sistema circulatori i els tumors, seguides per les malalties del sistema respiratori, del sistema digestiu i les mentals, i on les causes externes tenen una prevalença molt menor.

Taula 10. Taxa de mortalitat en la població de 15 a 34 anys segons la causa externa de mort, per sexe i grup d'edat (defuncions per 100.000 habitants). Catalunya, 2007

Causa externa	Homes		Dones		Total	
	15-24	25-34	15-24	25-34	15-24	25-34
Accidents de trànsit de vehicles de motor	14,3	10,8	1,9	0,8	8,3	6,0
Enverinaments accidentals	0,0	2,5	0,0	0,3	0,0	1,5
Accidents i complicacions medicoquirúrgiques i farmacològiques (iatrogènia)	0,0	0,3	0,3	0,2	0,1	0,2
Caigudes accidentals	0,3	0,9	0,3	0,3	0,3	0,6
Ofegaments i submersions accidentals	1,3	1,0	0,3	0,0	0,8	9,6
Suïcidis i autolesions	3,9	3,6	1,1	1,6	2,5	2,7
Homicidis	0,8	1,2	0,0	0,7	0,4	0,9
Resta de causes externes	10,7	7,6	3,0	2,6	6,9	5,2

Font: Registre de mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i d'Estudis, Departament de Salut.

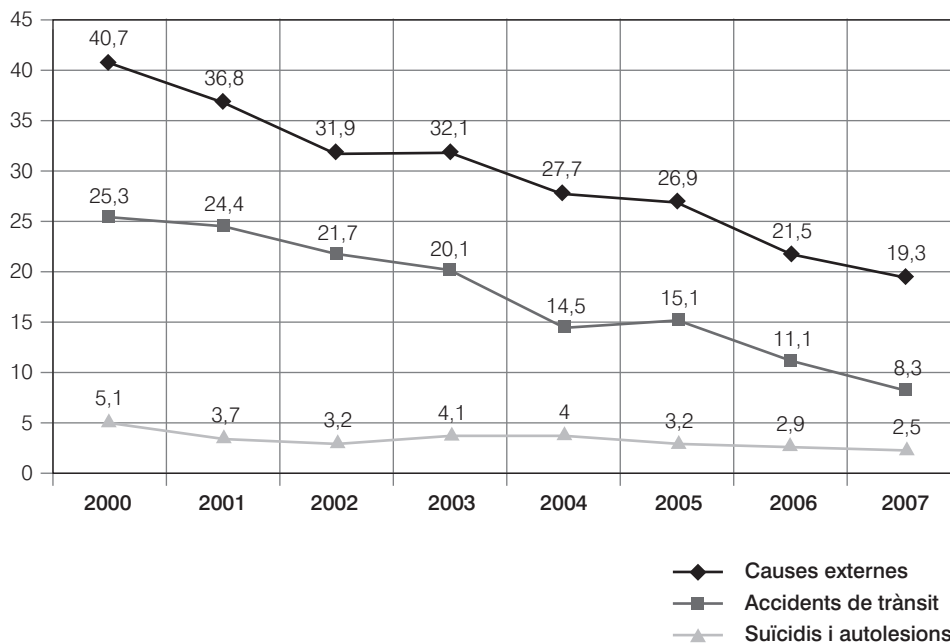
Pel que fa a l'evolució de les causes principals de mort entre els joves, s'observa que les externes registren una tendència a la baixa, bàsicament per la disminució progressiva dels accidents de trànsit en els darrers anys (taula 11 i gràfic 5).

Taula 11. Evolució de les taxes específiques de mortalitat en la població de 15 a 24 anys segons les principals causes de mort (defuncions per 100.000 habitants). Catalunya, 2000-2007

Causas de mort	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Causas externes	40,7	36,8	31,9	32,1	27,7	26,9	21,5	19,3
Accidents de trànsit	25,3	24,4	21,7	20,1	14,5	15,1	11,1	8,3
Suïcidis i autolesions	5,1	3,7	3,2	4,1	4,0	3,2	2,9	2,5
Tumors	4,6	5,3	5,6	5,2	5,3	4,0	5,1	3,2
Malalties del sistema circulatori	2,5	1,5	1,7	1,7	1,6	2,1	1,1	2,9
Malalties del sistema nerviós	1,7	1,6	2,1	2,7	1,2	1,5	1,9	2,0
Malalties del sistema respiratori	1,3	1,7	1,6	1,7	1,4	2,5	1,5	1,2
Totes	55,1	52,6	48,4	48,6	41,9	40,7	33,9	32,8

Font: Direcció General de Recursos Sanitaris: *Anàlisi de la mortalitat a Catalunya*. Departament de Salut.

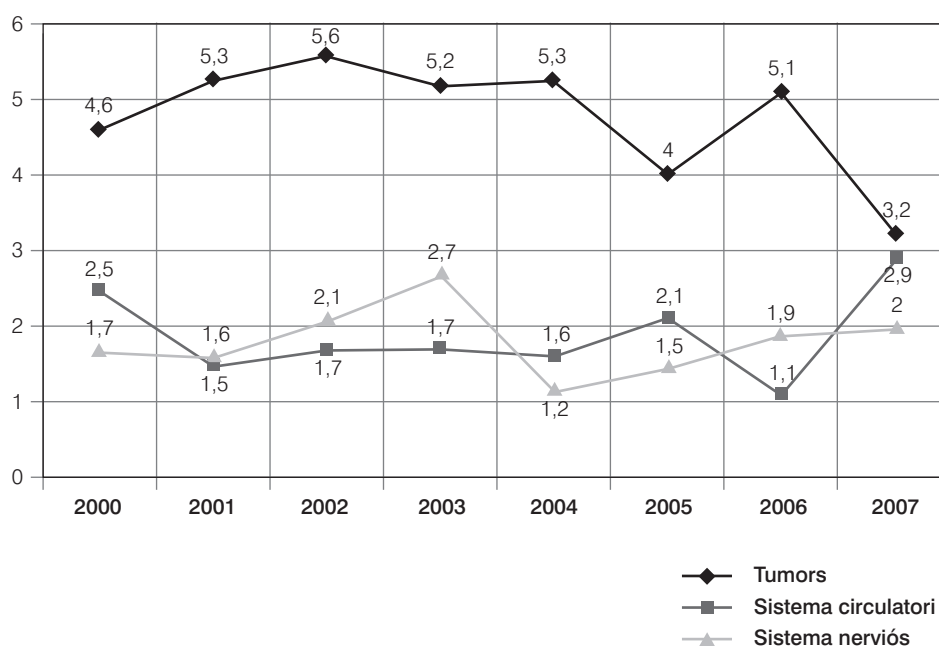
Gràfic 5. Evolució de les taxes específiques de mortalitat segons les tres causes principals de mort en la població de 15 a 24 anys (defuncions per 100.000 habitants). Catalunya, 2000-2007



Font: Direcció General de Recursos Sanitaris: *Anàlisi de la mortalitat a Catalunya*. Departament de Salut.

Les altres causes de mort entre els joves (tumors, malalties del sistema circulatori, nerviós i respiratori) presenten una tendència menys definida (gràfic 6). Així, les morts per tumors s'han mantingut en els mateixos nivells durant la major part de la dècada –amb un descens acusat només el darrer any de la sèrie, que pot ser circumstancial–, i les malalties del sistema circulatori i nerviós s'han mantingut en valors relativament similars –en les del sistema circulatori fins i tot s'observa un increment substancial el darrer any, que podria ser conjuntural.

Gràfic 6. Evolució de les taxes específiques de mortalitat segons tumors, malalties del sistema circulatori i malalties del sistema nerviós, en la població de 15 a 24 anys (defuncions per 100.000 habitants). Catalunya, 2000-2007



Font: Direcció General de Recursos Sanitaris: *Anàlisi de la mortalitat a Catalunya*. Departament de Salut.

3.2. Accidents

El nombre de persones que han patit un accident durant l'any anterior a l'enquesta és del 23% entre els joves i el 15% entre els adults, aproximadament (taula 12). Es tracta de percentatges que es mantenen estables entre el 2002 i el 2006.

Taula 12. Persones de 15 a 65 anys que han patit algun accident durant el darrer any segons l'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006

Joves (15-29 anys)		Adults (30-65 anys)	
2002	2006	2002	2006
23	23	16	15

Font: Elaboració pròpia a partir de l'ESCA 2002 i 2006.

Segons l'ESCA 2006, el 23% dels joves que ha tingut algun accident durant el darrer any ha estat principalment en forma d'accident de trànsit (6%, el 0,3% dels quals com a vianants), de cops (6%), de caigudes al mateix nivell (5%), de talls (4%) o de caigudes a diferent nivell (3%). La resta (cremades, intoxicacions, agressions d'animals, etc.) registren percentatges encara més inferiors.

S'observa que els homes tenen més accidents que les dones (26% enfront 19%, respectivament) i que la proporció d'accidents disminueix a mesura que augmenta el nivell d'estudis i l'edat (15-19 anys: 28%; 20-24 anys: 24%; 25-29 anys: 19%). Les persones que estudien manifesten tenir més accidents que les que treballen (25% enfront 21%). En canvi, no es detecten diferències significatives estadísticament ni segons l'estatus social, ni l'àmbit territorial ni el lloc de naixement.

Taula 13. Lloc on han tingut el darrer accident, població de 15 a 65 anys segons l'edat (percentatge). Catalunya, 2002-2006

Lloc	Joves (15-29 anys)		Adults (30-65 anys)	
	2002	2006	2002	2006
A la via pública	12	32	11	23
A la feina	25	26	45	32
Dins de casa	8	15	37	31
A un centre esportiu	9	13	2	3
En altres llocs d'esbarjo	41	8	3	6
A l'escola	3	5	0	0
En altres llocs	3	1	2	5
Total	100	100	100	100

Font: Elaboració pròpia a partir de l'ESCA 2002 i 2006.

Nota: A l'ESCA 2002 es demanava pel lloc de l'accident en els darrers quinze dies, però a l'ESCA 2006 el període de referència era diferent. És per això que la taula reflecteix tantes disparitats temporals.

La comparació entre les dades del 2002 i el 2006 està dificultada per la manera diferent de formular la pregunta (taula 13): a l'ESCA 2002 es demana on s'ha produït el darrer accident –sense posar-hi límit temporal–, i a l'ESCA 2006 es pregunta per l'últim accident patit en els darrers quinze dies i en els darrers dotze mesos. Això genera resultats força dispars entre un any i l'altre, i n'obstaculitza la comparació. En qualsevol cas, entre els joves que han patit accidents, pel que fa a la ubicació de l'últim, els llocs més esmentats són la via pública, la feina i dins de casa. En el grup d'adults, les proporcions d'accidents a la feina i dins de casa són força més elevades que entre els joves. Finalment, cal destacar que entre els joves –a diferència dels adults–, també es produeix una proporció remarcable d'accidents als centres esportius.

Si ens fixem en les dades de l'ESCA 2006 referides als joves (taula 13), el 32% ha patit el darrer accident a la via pública (un 9% anant o tornant de la feina o l'escola); el 26%, a la feina; el 15%, dins de casa, i el 13%, a un centre esportiu. La resta de percentatges són més inferiors. Si analitzem aquests resultats en funció de les variables independents, veiem el següent:

- A la **via pública** han patit accidents més sovint les persones menors de 20 anys –hi predominen les que només tenen estudis obligatoris o inferiors, i les que tenen com a activitat principal l'estudi.
- Els accidents a la **feina** prevalen més entre els homes que entre les dones, bàsicament en gent que treballa –fet que resulta obvi–, especialment en grups d'edat de més de 20 anys i entre les persones que només tenen estudis obligatoris o inferiors. També s'incrementen a mesura que disminueix l'estatus social.
- Quant als accidents al **domicili**, els han patit més les dones que els homes, les persones de menys de 20 anys i les que només tenen estudis obligatoris o inferiors. Els percentatges són més alts entre la gent nascuda fora d'Espanya que entre l'autòctona.
- Als **centres esportius** han patit accidents més homes que dones, de menys de 20 anys, que només tenen estudis obligatoris o inferiors, que tenen com a activitat principal l'estudi, i que pertanyen als grups d'estatus socioeconòmic II i III (relativament alts).

Finalment, cal dir que els joves participants en els **grups de discussió** han manifestat haver patit recentment diversos tipus d'accidents que coincideixen força amb els detectats mitjançant les enquestes (trencament de colze, cama, braç, genoll, etc.), causats sobretot per caigudes mentre anaven pel carrer, mentre es dirigien a classe o a la feina, o mentre feien una activitat física (lesions fent esport).

3.3. Morbiditat

3.3.1. Morbiditat crònica

Segons les dades de l'ESCA 2006, el 57% dels joves afirma tenir almenys un trastorn crònic: el 25% en té només un; el 14% en té dos; el 8% en té tres; el 5% en té quatre, i el 3% en té cinc. Els grups adults presenten uns percentatges de trastorns crònics molt més elevats, però amb menys tendència a l'augment (taula 14).¹

Taula 14. Trastorns crònics de la població de 15 a 65 anys segons el grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006

Nombre de trastorns crònics	Joves (15-29 anys)	Adults (30-65 anys)
1 trastorn	25	18
2 trastorns	14	15
3 trastorns	8	12
4 trastorns	5	9
5 trastorns	3	7
6 o més trastorns	2	18
Total	57	79

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2006.

A l'ESCA 2006 s'observa que, en el cas dels joves, els trastorns crònics són més elevats entre les dones (64%) que entre els homes (51%), especialment en el grup de 25 a 29 anys; més entre els que treballen (60%) que entre els que estudien (52%), i més entre els que viuen amb la parella i/o amb fills (63%) que entre els que viuen amb amics (40%) o amb la família o sols (56%). No es detecten diferències significatives ni per nivell d'estudis, ni per àmbit territorial ni per lloc de naixement, i per estatus social tampoc no sembla gaire clar amb les dades disponibles.

Encara que no és una mostra representativa estadísticament, en els **grups de discussió** apareixen diverses referències als trastorns crònics que pateixen els joves participants:

- Les **noies que estudien** fan referència a al·lèrgies a aliments (com el gluten, la lactosa o la xocolata), les meduses, el clor de la piscina, l'aigua de la platja, el sabó, les "olors", els àcars i el pol·len, i també a mals d'esquena pel fet de portar la motxilla a l'institut, estar massa hores dretes (en una feina d'estiu), dormir malament (per un canvi de matalàs i coixí) i estar massa hores assegudes (per estudiar). Les noies que van a l'institut es queixen d'haver de portar la motxilla a l'esquena, i s'observa que hi ha una pressió de grup per evitar alternatives: afirmen que ningú no s'atreveix a portar motxilles amb rodes pel què diran, cosa que pot ser un indicatiu del pes de la imatge que volen projectar, de la dependència respecte al grup d'iguals i de la seva incidència en la salut.
- Els **nois que estudien** esmenten situacions d'al·lèrgies (àcars de la pols, aigua de la piscina), psoriasi, problemes musculars a la cama (de naixement), mals d'esquena, escoliosi (desviació de la columna), cifosi (curvatura anormal de la columna) i peus plans.
- Entre les **noies que treballen**, s'identifiquen casos d'al·lèrgies a fàrmacs (com la codeïna), al canvi estacional (el pol·len), a la lactosa i als aliments (malaltia celíaca), així com mals d'esquena (per desviament

¹ Hem desestimat la comparació entre les dades del 2002 i el 2006 perquè són poc creïbles. La pregunta de l'ESCA sobre trastorns crònics inclou aspectes molt diversos, alguns dels quals només es poden diagnosticar per un especialista mèdic (com la diabetis o la hipertensió) i altres que es deixen a la consideració que en aquell moment pot tenir la persona enquestada (com el mal d'esquena o de cap). Aquest fet podria haver creat un biaix en la resposta que ajudaria a explicar les disparitats anòmales que hi ha entre el 2002 i el 2006.

de la columna o males postures de treball) i un cas de desgast del cartílag del genoll.

— Entre els **nois que treballen** n'hi ha d'afectats per asma i al·lèrgies (a picades de mosquit, a la pols, al pol·len dels xiprers), i s'esmenten casos de conjuntivitis.

Les al·lèrgies són els trastorns a què es fa més referència en els grups de discussió, seguits dels mals d'esquena. Això mostra un grau de coincidència alt amb els resultats de l'anàlisi de l'ESCA 2002 i 2006 –encara que la mostra dels grups de discussió no té cap intenció de representativitat estadística, sinó estructural o tipològica–. Curiosament, als grups de discussió no s'esmenten les migranyes ni els mals de cap, que són el tercer trastorn més prevalent a l'ESCA 2006. Aquesta absència pot ser significativa, en el sentit que podrien ser trastorns tan habituals que els participants mateixos els ometen perquè formen part de la “normalitat”.

Pel que fa als trastorns crònics més esmentats per les persones enquestades, el que predomina són les al·lèrgies cròniques, seguides de prop pel mal d'esquena (lumbar i cervical) i per les migranyes i els mals de cap (taula 15). En tots aquests trastorns s'observa un augment important entre el 2002 i el 2006 –es podria dir que excessiu i difícilment explicable si no és per algun problema en la recollida de dades–. En relació amb el grup d'adults, alguns tipus de trastorns coincideixen amb els que prevalen entre els joves (mals d'esquena i migranyes, bàsicament) i n'apareixen d'altres que són poc rellevants entre la gent jove (mala circulació, pressió alta, colesterol elevat, artrosi, morenes, varius, etc.). Cal destacar l'increment de la depressió i l'ansietat entre els joves (que passa del 5% al 8%), que entre els adults té una prevalença pràcticament del doble. En canvi, les al·lèrgies no registren un valor tan important per als adults, mentre que és el trastorn crònic més freqüent entre els joves.

En definitiva, entre els joves enquestats l'any 2006, el trastorn crònic més recurrent és l'al·lèrgia crònica (17%), seguida del mal d'esquena lumbar (16%) i cervical (14%), les migranyes i els mals de cap (15%), la depressió i/o l'ansietat (8%), la mala circulació (7%), les varius (6%) i l'anèmia (5%).

Taula 15. Trastorns crònics més esmentats per la població de 15 a 65 anys, segons el grup d'edat (percentatges, resposta múltiple). Catalunya, 2002 i 2006

Tipus de trastorns crònics	Joves (15-29 anys)		Adults (30-65 anys)	
	2002	2006	2002	2006
Al·lèrgies cròniques	13	17	11	16
Mal d'esquena lumbar	9	16	28	31
Mal d'esquena cervical	7	14	24	29
Migranyes o mals de cap	9	15	14	20
Depressió i/o ansietat	3	8	12	18
Mala circulació	4	7	18	19
Varius	3	6	17	20
Anèmia	3	5	4	5
Asma	4	4	3	6
Pressió alta	2	3	15	18
Colesterol elevat	1	2	11	16
Artrosi	1	2	18	19
Morenes	2	2	10	15

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2002 i 2006.

Les **al·lèrgies** es registren tant en homes com en dones, de totes les edats, tots els nivells d'estudi i tipus d'activitat principal. En canvi, semblen predominar més entre els joves d'estatus social més elevat, com també

entre els nascuts a Catalunya –respecte als que ho han fet a fora– i els que viuen amb la família (d'origen o amb la parella), ja que les persones que viuen soles o amb amics declaren menys trastorns d'aquest tipus.²

El **mal d'esquena (cervical i/o lumbar)** s'observa més entre les dones que entre els homes (el cervical, en el doble de casos), més entre els que treballen que entre els que estudien (també el doble), i més entre els que viuen amb la parella que entre els que viuen sols o amb amics. A més, la seva prevalença s'incrementa a mesura que augmenta l'edat, disminueix el nivell d'estudis i com més baix és l'estatus social. En el cas del mal d'esquena cervical, d'altra banda, es registra més entre els joves que resideixen a municipis de menys de 50.000 habitants.

Les **migranyes i els mals de cap** s'observen més en dones que en homes (el doble), especialment entre les persones que es dediquen a feines de la llar, però també entre la gent que treballa i la que està a l'atur. I és també més prevalent entre els que viuen amb la parella i/o fills. La prevalença tendeix a augmentar a mesura que disminueix el nivell d'estatus social.

La **depressió i/o l'ansietat** es produeixen amb més freqüència entre les dones que entre els homes (més del doble), i més entre les persones que treballen que entre les que estudien o fan feines de la llar. També es registren més entre els que viuen sols o amb amics –a força distància dels que viuen amb la família o la parella–. Alhora, són relativament més freqüents entre els joves d'estatus social baix i entre els nascuts a Catalunya o la resta d'Espanya –són sensiblement inferiors entre els nascuts fora d'Espanya.

3.3.2. Morbiditat aguda i altres

L'ESCA 2006 també ens informa que el 12% dels joves enquestats no ha pogut realitzar les seves tasques principals amb normalitat durant el darrer any per causa d'una malaltia o un trastorn de salut: principalment per una grip (9%), una infecció del tracte respiratori superior (6%), un procediment quirúrgic (5%), un mal d'esquena (5%), una amigdalitis aguda (5%), una depressió neuròtica (4%), i torçades i esquinços (3%).

Segons la mateixa enquesta, el 84% dels joves ha acudit a visitar-se al metge durant el darrer any: principalment el metge de capçalera –medicina general– (66%), el ginecòleg (el 44% de les dones), el dentista (36%), un altre especialista (24%), l'oculista (21%), l'infermer (14%) i el fisioterapeuta (9%). Si ho comparem amb les dades de l'ESCA 2002 i amb els grups d'edat adults (taula 16), veiem que la proporció de visites al metge presenta una tendència a l'augment tant en joves com en adults, i que el tipus de professionals visitats és molt similar en ambdós grups d'edat. Les úniques diferències identificables rauen en les visites al ginecòleg –més freqüents entre les dones adultes– i a altres especialistes –més freqüents entre els adults–. Les visites a la resta de metges són molt similars per grups d'edat –cosa que no deixa de ser sorprenent, perquè indica que, tot i trobar-se millor de salut (vegeu la taula 9), els joves fan tantes visites al metge com els adults. Les dades són relativament similars a les del 2002.

2 Això podria ser un biaix del mètode de recollida de dades, perquè és possible que els joves que viuen en condicions millors tinguin la percepció de patir més aquests trastorns crònics, mentre que els que viuen en condicions pitjors potser els pateixen en la mateixa mesura però no els atorguen prou importància per ressaltar-los en una enquesta. Es tracta d'una qüestió que requeriria una anàlisi més profunda.

Taula 16. Visites al metge durant el darrer any de la població de 15 a 65 anys segons el tipus de metge, per grup d'edat (percentatges, resposta múltiple). Catalunya, 2002 i 2006

Visites al metge i tipus	Joves (15-29 anys)		Adults (30-65 anys)	
	2002	2006	2002	2006
Percentatge que ha anat al metge	84	84	86	86
Tipus de metge visitat				
Metge de capçalera (medicina general)	66	66	68	70
Dentista	37	36	32	37
Oculista	22	21	23	25
Infermeria	7	14	9	16
Fisioterapeuta	4	9	5	10
Psiquiatra	2	3	4	6
Psicòleg	2	5	3	4
Altres especialistes	17	24	25	33
Ginecòleg (només les dones)	36*	44*	55*	56*

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2002 i 2006.

* Percentatge sobre el total de dones.

D'altra banda, segons l'ESCA 2006, el 17% dels joves enquestats va anar al metge durant els quinze dies previs a l'enquesta, principalment per malaltia (7%), exàmens preventius (3%), lesió per accident (2%) o altres consultes (4%). A la vegada, el 7% dels joves havia patit un trastorn de salut en els darrers quinze dies però no havia acudit al metge.

A manera d'informació suplementària, ja que no és ni pretén ser una mostra representativa estadísticament, val a dir que les persones participants en els **grups de discussió** realitzats amb joves manifesten haver patit les malalties agudes següents en els darrers temps:

- Entre les **noies que estudien**: Alguna grip.
- Entre els **nois que estudien**: Angines i refredats amb febre –s'atribueixen als aires condicionats de l'estiu.
- Entre les **noies que treballen**: Una s'ha trencat el canell, a una li han extirpat una piga de l'esquena i diverses han patit refredats i gripes, que les han portat a visitar els serveis d'urgències.
- Entre els **nois que treballen**: Infeccions d'amígdals, constipats amb febre i angines, a un li han arrencat els queixals del seny, un altre ha patit una peritonitis i altres han anat a la farmàcia diverses vegades a comprar vitamines i medicaments.

En general, s'observa que les persones que treballen declaren més malalties que les que estudien.

3.3.3. Discapacitats físiques

Tant a l'ESCA 2002 com a la del 2006 s'inclouen dades sobre les discapacitats físiques que pateixen les persones enquestades (taula 17). Es tracta d'una sèrie de trastorns permanents que afecten les possibilitats de comunicar-se, moure's, fer les activitats domèstiques, etc. En general, entre els joves només representen petits percentatges, però les persones afectades tenen unes necessitats especials de manera permanent, fet que cal tenir en compte. S'observa també que entre els adults augmenten considerablement bona part de les discapacitats –en relació amb la gent jove–. En ambdós casos, les discapacitats més freqüents són les de la vista i les limitacions de moviment.

Taula 17. Discapacitats de la població de 15 a 65 anys segons el tipus de limitacions, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006

Tipus de limitacions	Joves (15-29 anys)		Adults (30-65 anys)	
	2002	2006	2002	2006
De la vista	1,3	1,7	3,5	3,2
Del moviment	1,1	1,1	5,9	6,5
De les activitats domèstiques	0,3	1,0	1,1	2,3
De comunicació	0,3	0,8	0,7	1,3
De l'oïda	0,7	0,7	1,7	2,5
De la parla	0,5	0,7	0,4	0,8
Altres	1,4	2,2	3,5	4,9

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2002 i 2006.

4. Atencions a la salut

Seguint el plantejament de l'estudi d'Oriol Romaní (2006), els processos *salut/malaltia* no es poden entendre sense considerar els processos d'*atenció* instituits socialment per fer front als primers. Tot i que el concepte d'*atenció* emprat per Romaní (basat en Menéndez, 2002) depassa àmpliament els simples processos assistencials, aprofitem que l'ESCA 2002 i 2006 incorporen preguntes sobre l'ús que les persones enquestades fan dels serveis sanitaris per intentar entendre millor les seves experiències en aquest àmbit. Per aquest motiu, també ens interessem per l'ús que fan els joves de les institucions dedicades a donar resposta als problemes de salut.

4.1. Visites a serveis sanitaris

El 66% dels joves han visitat el metge de capçalera durant el darrer any –anterior a la data de l'enquesta, ESCA 2006–, una xifra important i similar a la que van manifestar els joves l'any 2002 (taula 18). En canvi, la proporció de joves que el 2006 diuen haver estat ingressats en un hospital és molt inferior (6%), un percentatge pràcticament igual al del 2002. Entre els adults, les proporcions i tendències són molt semblants, tot i que acostumen a patir més trastorns de salut. D'altra banda, també s'observa que més de la tercera part dels joves va anar a un servei d'urgències el 2006, una proporció sensiblement superior a la dels adults que havien utilitzat aquests serveis. De tot plegat es podria deduir que els joves fan un ús dels serveis sanitaris proporcionalment més intens que els adults, ja que hi van tant com aquests sense patir tants trastorns de salut.

Taula 18. Visites al metge de la població de 15 a 65 anys durant el darrer any segons el servei visitat, per grup d'edat. Catalunya, 2002 i 2006

Servei visitat	Joves (15-29 anys)		Adults (30-65 anys)	
	2002	2006	2002	2006
Han visitat el metge de capçalera (atenció primària)	68	66	70	70
Han estat ingressats en un hospital	7	6	9	8
Han anat a un servei d'urgències	*	37	*	29

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2002 i 2006.

* A l'ESCA 2002 no es formula aquesta pregunta.

4.1.1. Atenció primària

Segons l'ESCA 2006, el 90% de la població, tant jove com adulta, té un metge de capçalera habitual –la gran majoria del sistema públic de salut, que els acostuma a atendre en un centre d'atenció primària (CAP)–. La mitjana de visites al metge de capçalera és de 2,8 per any entre els joves, i 3,5 entre els adults.

Taula 19. Visites al metge de capçalera durant el darrer any en la població de 15 a 65 anys segons el nombre de visites, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006

Visites al metge de capçalera	Joves (15-29 anys)	Adults (30-65 anys)
Cap vegada	19	20
1 vegada	23	20
2 vegades	22	19
3 vegades	11	12
4 vegades	7	9
5 vegades	5	5
Més de 5 vegades	13	16
Total	100	100

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2006.

Segons l'ESCA 2006, el 56% dels joves va anar entre 1 i 3 vegades al metge de capçalera durant els dotze mesos anteriors a la data de l'enquesta (taula 19). Les persones joves que hi van anar més de 3 vegades per any (que representen el 29% de la mostra) es caracteritzen per ser més dones (33%) que homes (25%), de totes les edats, amb un nivell d'estudis inferior (obligatoris: 30%; inferiors: 36%) –possible efecte de l'edat–, que fan feines de la llar (43%) o estan a l'atur (37%), que viuen amb la parella i/o fills (37%) i amb amics (39%), i que han nascut a Catalunya i Espanya.

4.1.2. Atenció hospitalària

Segons l'ESCA 2006, el 6% dels joves ha estat ingressat en un hospital durant l'últim any (el 80% dels quals només 1 vegada), amb una mitjana de temps d'hospitalització de 7 dies (amb una desviació típica de 15,7). Només el 8% hi ha estat més de quinze dies, i el 3% més d'un mes; cal remarcar que, tot i ser percentatges molt baixos, són bastant superiors als dels adults (taula 20). En el 80% dels casos, l'hospital pertanyia al servei públic de salut.

Taula 20. Ingressos hospitalaris durant el darrer any en la població de 15 a 65 anys segons el temps d'hospitalització, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006

Ingressos hospitalaris	Joves (15-29 anys)	Adults (30-65 anys)
Percentatge de casos que han estat ingressats en un hospital	6	8
1 vegada	80	80
2 vegades	14	13
3 vegades	4	4
4 o més vegades	2	3
Mitjana de dies d'hospitalització	7 (sd= 15,7)	6 (sd= 8,6)
Percentatge de casos que hi ha estat més de quinze dies	8	5
Percentatge de casos que hi ha estat més d'un mes	3	1,5

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2006.

Les persones joves que han estat hospitalitzades durant l'últim any es caracteritzen per ser més dones que homes (el doble) i de tots els grups d'edat. També hi predominen les persones amb un nivell d'estudis baix (inferiors a obligatoris: 9%; obligatoris: 6%; universitaris: 3%), que fan feines de la llar (25%) i que estan a l'atur (9%) –la que treballa o estudia representa el 4-5%–, i que viuen amb la parella i fills (19%) o soles (9%).

4.1.3. Urgències

Durant l'any anterior al moment de l'enquesta (2006), els joves han anat als serveis d'urgències amb més freqüència que els adults (taula 21). En quatre casos de cada cinc hi van anar per iniciativa pròpia (una mica més entre els adults).

Taula 21. Visites a serveis d'urgències durant el darrer any en la població de 15 a 65 anys segons el nombre de visites, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006

Visites a urgències	Joves (15-29 anys)	Adults (30-65 anys)
Percentatge de casos que han anat a urgències	37	29
1 vegada	63	65
2 vegades	22	20
3 vegades	9	7
4 o més vegades	6	8
Percentatge de casos que hi han anat per iniciativa pròpia	80	84

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2006.

D'acord amb l'ESCA 2006 –l'ESCA 2002 no inclou dades d'aquest tipus–, el 37% dels joves ha anat a urgències en els darrers dotze mesos: el 63%, una vegada; el 22%, dues vegades; el 9%, tres vegades, i el 3% restant, quatre vegades o més. Tres de cada quatre vegades han anat a urgències hospitalàries (un 10% a hospitals privats), mentre que la quarta part restant han anat a urgències del CAP o ambulatori de la seguretat social. En un 80% dels casos hi han anat per pròpia iniciativa, mentre que el 16% ho ha fet per iniciativa d'un familiar o acompanyant.

S'observa que els joves han acudit més a urgències que els adults, probablement perquè, com hem vist en apartats anteriors, en general tenen més accidents (23% enfront 15%) i en particular una taxa d'incidència d'accidents laborals també més elevada (70 accidents per cada 1.000 treballadors enfront 53). Tot plegat podria explicar que els joves vagin a urgències més sovint que els adults.

Els joves que han anat a urgències en el darrer any es caracteritzen per ser tant homes com dones i de tots els grups d'edat. Hi van amb més freqüència els que tenen un nivell d'estudis més baix (inferiors a obligatoris: 44%; obligatoris: 40%; universitaris: 30%), els que fan feines de la llar (43%), els que estan a l'atur (42%) o treballen (38%), i els que viuen amb la parella i/o fills (41-46%) o sols (40%). També hi acudeixen més les persones que resideixen en l'àmbit territorial de Girona i Barcelona (39-41%) que les del Camp de Tarragona, Lleida o les Terres de l'Ebre (27-30%).

4.1.4. Altres opcions: farmàcia i absència de visita

Hi ha un percentatge de la població que afirma haver anat a una farmàcia per fer consultes sobre salut durant els quinze dies anteriors a l'enquesta (taula 22).

Taula 22. Consulta a farmàcies els darrers quinze dies en la població de 15 a 65 anys, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006

Consultes a farmàcies	Joves (15-29 anys)		Adults (30-65 anys)	
	2002	2006	2002	2006
Percentatge de persones que han consultat un farmacèutic per motius de salut (darrers quinze dies)	9	8	9	10

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2002 i 2006 .

Com es pot veure, el 8% de la gent jove (ESCA 2006) ha fet alguna consulta a un farmacèutic per motius de salut durant els darrers quinze dies. A la farmàcia se solen demanar consells sobre medicaments (33%), problemes de salut (21%) i hàbits saludables (8%), unes dades que són molt similars entre els adults.

D'altra banda, hi ha una proporció de gent (al voltant del 8%, tant entre joves com entre adults) que declara haver patit un trastorn de salut i no haver acudit als serveis mèdics per resoldre'l (taula 23). Entre els motius adduïts per justificar aquesta actuació s'esmenten amb més freqüència "no era prou greu" i "pèrdua d'hores de treball", seguits de "ho va resoldre a la farmàcia" i "no resolen el seu problema de salut".

Taula 23. Trastorns no atesos en els darrers 15 dies en la població de 15 a 65 anys, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006

Trastorns no atesos	Joves (15-29 anys)		Adults (30-65 anys)	
	2002	2006	2002	2006
Percentatge de persones que han tingut problemes de salut però no han demanat atenció mèdica (darrers quinze dies)	10	7	8	8

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2002 i 2006 .

4.2. Prevenció

L'ESCA proporciona dades sobre algunes activitats preventives periòdiques –tot i que van més adreçades a grups de població d'edats més elevades–, com la vacuna de la grip, la mesura de la tensió o el colesterol, i la realització de mamografies o citologies vaginals (taula 24). D'acord amb les dades, aquestes activitats preventives són més realitzades pels adults que pels joves, ja que en tots els casos les proporcions entre els adults dupliquen pràcticament les dels joves.

Taula 24. Activitats preventives realitzades durant el darrer any en la població de 15 a 65 anys segons el tipus d'activitat, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006

Tipus d'activitats preventives	Joves (15-29 anys)		Adults (30-65 anys)	
	2002	2006	2002	2006
Es posa la vacuna de la grip de forma regular quan comença la tardor	6	9	13	17
Es mesura la tensió arterial periòdicament	26	21	53	46
Es revisa el nivell de colesterol en sang periòdicament	23	25	51	56
Es fa mamografies periòdicament (només dones)	8	7	55	58
Es fa citologies vaginals periòdicament (només dones)	38	42	69	71

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2002 i 2006.

Cal remarcar que aquestes accions preventives no acostumen a anar adreçades als joves de 15 a 29 anys, sinó que més aviat es recomanen a persones d'edats més avançades o amb predisposició a patir trastorns de salut. Tot i això, segons l'ESCA 2006, pel que fa als joves:

Els joves que es posen la vacuna de la grip de forma regular quan comença la tardor (9% de la mostra) són tant homes com dones, però pertanyen amb més freqüència als grups d'edat més joves (15-19 anys) i als que viuen amb la família d'origen o la parella.

Pel que fa als joves que es prenen la tensió arterial (21%) i el colesterol (25%) periòdicament, són més dones que homes, predominen els que treballen i fan feines de la llar, i ho fan més a mesura que augmenta l'edat i el nivell d'estudis. Entre els que es revisen el nivell de colesterol en sang periòdicament, a més a més, predominen els que viuen amb la parella o sols, i els que han nascut a Catalunya i Espanya més que els que ho han fet fora.

El 7% de dones joves que es fan mamografies periòdicament es caracteritzen per ser de grups d'edat elevats (25-29 anys), treballar, estar a l'atur o fer feines de la llar, viure amb la parella i amb fills. A més, solen pertànyer als grups d'estatus alts (el doble que en els baixos) i resideixen en ciutats grans.

El 42% de dones joves que es fan citologies vaginals periòdicament es caracteritzen per treballar (el doble que les que estudien), no viure amb la família d'origen (viuen en parella, amb amics o soles), ser de grups d'edat elevats i tenir un nivell d'estudis alt, i provenir dels grups d'estatus alts. També ho fan més les joves que han nascut a Catalunya o Espanya que a fora, i les residents als àmbits territorials de Girona i Barcelona (molt menys al de Lleida).

En definitiva, les pràctiques preventives –a excepció de la vacuna de la grip– predominen entre les dones que treballen i les que viuen fora de la família d'origen, i s'incrementen a mesura que augmenta l'edat, el nivell d'estudis i l'estatus social.

4.3. Suport social

L'ESCA 2006 incorpora una sèrie de preguntes sobre suport social que demanen a les persones enquestades si en tenen en la mesura que desitjarien (taula 25). Les respostes mostren alguns paral·lelismes entre joves i adults.

S'observa que la situació que la gent diu trobar més a faltar és tenir "invitacions per distreure's i sortir amb altres persones", tant per als joves com per als adults, si bé entre els darrers la freqüència de respostes desfavorables és del doble que entre la gent jove.

Taula 25. Suport social de la població de 15 a 65 anys segons les dimensions de suport, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006

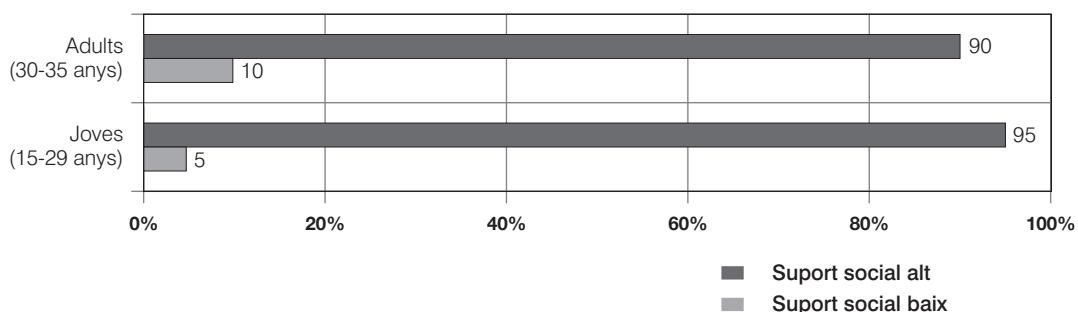
Dimensions de suport social	Joves (15-29 anys)		Adults (30-65 anys)	
	Baix	Alt	Baix	Alt
Té invitacions per distreure's i sortir amb altres persones	17	83	32	68
Rep amor i afecte	11	89	12	88
Té la possibilitat de parlar amb algú dels seus problemes a la feina i/o a la llar	10	90	14	86
Té la possibilitat de parlar amb algú dels seus problemes personals i familiars	10	90	14	86
Té la possibilitat de parlar amb algú dels seus problemes econòmics	12	88	14	86
Té persones que es preocupen pel que li passa	5	95	9	91
Rep consells útils quan li passa alguna cosa important a la vida	11	89	16	84
Rep ajuda quan està malalt/a al llit	7	94	11	89

Font: ESCA 2006.

Si s'analitzen les característiques dels joves que responen que tenen menys suport social del que desitjarien, s'observa que majoritàriament són més homes que dones, de tots els grups d'edat –si bé es detecta una certa tendència a augmentar amb l'edat–, tenen nivells d'estudis baixos (obligatoris o inferiors), principalment es dediquen a les feines de la llar o estan a l'atur, viuen sols i/o amb fills, en alguns casos amb amics, tenen un estatus social baix –excepte els que diuen rebre menys amor i afecte del que desitjarien, i els que diuen tenir dificultats per parlar de problemes econòmics, on la variable *estatus* no és significativa– i predominen entre les persones nascudes fora d'Espanya, seguides de prop per les nascudes a la resta d'Espanya. Es troben en tot tipus d'àmbits territorials i mides de municipis –amb un lleu descens poc significatiu entre els que viuen a municipis petits.

Hem agrupat totes les dimensions de suport social en un índex continu calculat mitjançant l'aplicació d'un pes ponderat igual per a cadascuna de les dimensions, i posteriorment hem realitzat l'agrupació per rangs per crear les categories de suport social *alt* i *baix* (gràfic 7).

Gràfic 7. Índex global de suport social en població de 15 a 65 anys, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2006.

La proporció de gent jove amb un suport social baix és del 5%, mentre que entre els adults es duplica fins al 10%. Podem concloure, doncs, que, tot i que la majoria de la població disposa de suport social, entre les persones adultes hi ha més mancances que entre les joves.

4.4. Consum de medicaments

Quan una persona percep que pateix un trastorn de salut, el més probable és que procuri cercar la forma de tractar-lo, per disminuir-lo i, si és possible, eliminar-lo. Per això, és probable que demani algun tipus d'atencions de salut, ja sigui a través de professionals del sistema sanitari o experts alternatius. Un dels indicadors de l'evolució de la salut de la població podria ser el consum de medicaments, en el sentit que un increment d'aquest molt probablement estarà vinculat a un empitjorament de la salut objectiva o percebuda. L'ESCA incorpora algunes preguntes sobre aquesta qüestió, les quals ens informen que més del 40% de la gent jove ha consumit algun medicament durant els dos dies anteriors a la data de l'enquesta. Es tracta d'una proporció remarcable que ens il·lustra sobre l'extensió del consum de medicaments en la nostra societat (taula 26). Aquesta proporció és encara més elevada entre els adults, on arriba gairebé al 60%, és a dir, 6 de cada 10 persones d'entre 30 i 65 anys han consumit algun medicament els darrers dos dies. A més a més, les diferències entre el 2002 i el 2006 indiquen una tendència a l'alça, si bé són massa petites per ser significatives.

Taula 26. Consum de medicaments en els últims dos dies en població de 15 a 65 anys segons el tipus de medicament, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002-2006

Medicaments consumits	Joves (15-29 anys)		Adults (30-65 anys)	
	2002	2006	2002	2006
Total	42	43	54	59
Per tipus de medicaments (els més esmentats)				
Aspirina o similar	25	21	28	27
Per a la tos o el refredat	10	5	8	5
Vitamines o minerals	5	5	6	7
Tranquil·litzants	3	2,4	8	9
Antidepressius	2	2	6	7
Antibiòtics	3	2	3	-
Plantes medicinals d'herboristeria	*	2,5	*	5
Per a la pell	2	2	2	2
Per a l'estómac	1	2	4	7
Per a l'asma	1	2	2	2
Antial·lèrgics	2	2	2	-
Per a la tensió arterial	0,4	0,1	9	11
Per al colesterol	0,4	0,1	8	7
Per dormir	1	1	4	6

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2002 i 2006.

* No es preguntava a l'ESCA 2002.

Segons les dades de l'ESCA 2006, les persones joves que han consumit medicaments els dos dies anteriors a l'enquesta es caracteritzen per ser més dones que homes (gairebé el doble). També n'hi ha més entre les que treballen o estan a l'atur que entre les que estudien, i és una pràctica més intensa entre les que fan feines de la llar i les que viuen soles o amb la parella i/o fills. Alhora, és un consum que s'incrementa a mesura que augmenta l'edat –especialment a partir dels 20 anys.

D'altra banda, l'ESCA 2006 ens informa de manera més detallada del consum de tranquil·litzants (taula 27). S'observa que el 12% dels joves n'ha consumit alguna vegada, i el 7% durant l'últim any. Tot i això, les proporcions són bastant inferiors que entre els adults.

Taula 27. Consum de tranquil·litzants en població de 15 a 65 anys segons la freqüència temporal, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006

Medicament consumit	Alguna vegada		Últim any		Últim mes	
	Joves (15-29)	Adults (30-65)	Joves (15-29)	Adults (30-65)	Joves (15-29)	Adults (30-65)
Tranquil·litzants, pastilles per dormir, per als nervis	12	19	7	10	3	7

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2006.

Els joves que han consumit **tranquil·litzants** l'últim mes es caracteritzen per ser més dones que homes (el doble), i és un consum que predomina entre les persones que fan feines de la llar i entre les que treballen –no tant entre les que estudien–, així com en les famílies en què la persona principal té una feina temporal.

En els grups de discussió s'han enregistrat comentaris sobre el consum d'ansiolítics i similars, un consum que sembla particularment intens entre les dones joves treballadores. Tal com elles expressen:

D6: Jo ho vaig prendre una temporada. Vaig acabar els estudis, no sabia què volia fer i em va agafar ansietat. Vaig anar al metge i em vaig haver de prendre ansiolítics, de més a menys, però me'ls vaig haver de prendre. [...]

D7: Jo sóc molt *anti*, en aquest tema, perquè trobo que a la gent jove no se l'hauria de medicar. Jo vaig estar dos anys prenent-me ansiolítics i... un dia vaig decidir que prendria valerianes o el que fos però que ja en tenia prou. A veure, si és un tema de crisis i això doncs... però per costum... a mi em donaven Trankimazin, i una persona tan jove...

E: Sí? Notaves que t'afectava malament?

D7: Et crea una addició impressionant. I vas al psicòleg, li expliques la història i res... et recepta el Trankimazin i s'ha acabat.

D6: Sí, a més que si estàs treballant és impossible amb aquesta medicació. Jo havia de conduir i... veia que no podia." (Grup 4: Dones treballadores)

En general, les noies mateixes tenen la impressió que es fa un ús excessiu d'aquests fàrmacs i ho atribueixen a la rigidesa organitzativa del sistema sanitari, que no disposa ni de temps ni de recursos per proporcionar alternatives (vegeu l'apartat 5.2, dedicat a les polítiques de salut mental).

5. Salut mental

5.1. Estat de la salut mental

5.1.1. Dades sobre salut mental

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) descriu la salut mental com un estat de benestar en el qual l'individu és conscient de les seves capacitats, es pot enfrontar a les exigències normals de la vida i treballar de forma productiva i fructífera, i és capaç de contribuir a la seva comunitat (OMS, 2001). D'altra banda, es consideren malalties mentals els problemes psíquics i la tensió emocional, les disfuncions associades als símptomes d'angoixa i els trastorns psíquics diagnosticables, com l'esquizofrènia i la depressió. En la bibliografia hi ha acord a considerar que la salut mental està condicionada per múltiples factors, entre els quals n'hi ha de caràcter biològic (per exemple, factors genètics o en funció del sexe), individual (experiències personals), familiar i social (el fet de disposar de més o menys suport social), o econòmic i mediambiental (com la classe social i les condicions de vida) (Comissió de les Comunitats Europees, 2005).

No és fàcil parlar de les problemàtiques de salut mental associades a les persones joves, especialment les relacionades amb les més joves, que es troben en una fase de transició vital plena d'incerteses i inseguretats, on poden experimentar alguns trastorns psíquics que no necessàriament indiquen un risc de patir una mala salut mental. Tal com expliquen Àngel Martínez i Araceli Muñoz (2008) en el seu estudi sobre la salut mental dels adolescents:

“La percepció dels propis adolescents sobre la seva salut mental i les dades sobre prevalença al llarg de la vida indiquen percentatges elevats de malestar en aquest grup d'edat. Ara bé, un dels problemes de les estimacions epidemiològiques en salut mental i de les enquestes de salut és la dificultat per a destriar la fenomenologia psicopatològica dels simples malestars produïts pel cicle de la vida. La raó és que a diferència dels Trastorns Mentals Severs (TMS), els estats d'ansietat i depressió lleus i una part considerable de les alteracions conductuals es solapen amb els estats normals de l'adversitat humana. En aquest sentit, alguns dels malestars dels adolescents mostren un clar perfil clínic o psicopatològic. Uns altres, no obstant això, adquireixen un caràcter subclínic vinculat als problemes psicosocials, a la solitud i el conflicte entre iguals, a la relació amb els progenitors i adults i als processos d'exclusió. Paral·lelament, és sabut que alguns malestars lleus poden evolucionar cap a quadres clínics greus com a conseqüència de les vulnerabilitats individuals, de les condicions socials que els han produït i dels models explicatius dels propis actors.” (Martínez i Muñoz, 2008: 369-370)

Com hem vist més amunt i com es torna a reflectir a la taula 28, al voltant del 8-11% de la població jove catalana pateix símptomes d'ansietat i/o depressius, una proporció que entre els adults pràcticament es duplica.

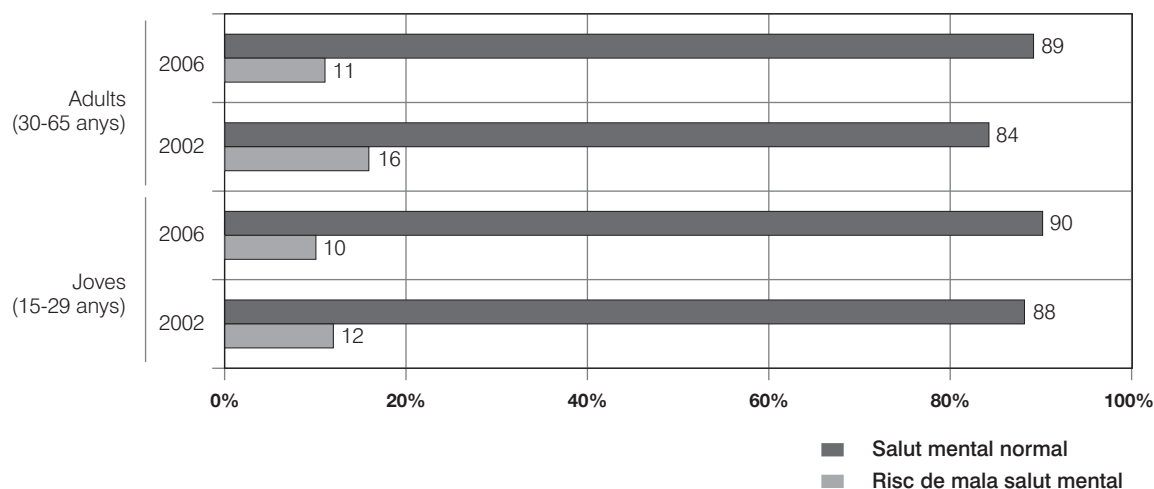
Taula 28. Símptomes de trastorns mentals entre la població de 15 a 65 anys segons el tipus, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006

Símptomes	Joves (15-29 anys)	Adults (30-65 anys)
Ansiosos o deprimits	11	20
Depressió i/o ansietat	8	18

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2006

L'ESCA 2002 i 2006 incorpora una sèrie de dotze preguntes –l'anomenat *test de salut total de Goldberg* (Goldberg *et al.*, 1970)– que permet confeccionar un índex de salut mental (gràfic 8), mesurat com la probabilitat de patir un trastorn mental en el moment de l'entrevista a partir de la detecció de l'ansietat, la depressió i l'insomni. (Val a dir que aquestes preguntes no tenen validesa per a la detecció de simptomatologia crònica i tampoc no donen informació sobre la gravetat o el tipus de trastorn.) Les dades mostren que el risc de mala salut mental tendeix a disminuir en aquest període (2002-2006) i se situa en valors molt similars en tots dos grups d'edat (joves: 10%; adults: 11%).

Gràfic 8. Salut mental (índex de Goldberg GHQ-12) en població de 15 a 65 anys, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2002 i 2006.

Si ens centrem en les dades dels joves als quals es va fer l'enquesta l'any 2006, observem que el 10% tenen risc de patir una mala salut mental, segons l'índex de Goldberg. Aquest risc és el doble en les dones (13%) que en els homes (7%), i també en les persones que tenen només estudis obligatoris o inferiors (11-12%) respecte a les que en tenen de superiors a obligatoris (6-8%). Així mateix, és més prevalent entre els que han nascut fora d'Espanya (14%) que entre els que ho han fet a Espanya o Catalunya (8-9%), i entre els que resideixen a la Catalunya Central i el Camp de Tarragona (12-14%) que entre els de la resta d'àmbits territorials (6-9%). No hi ha diferències significatives en la resta de variables independents.

Com veurem més endavant (en el capítol 10, dedicat a la salut laboral), el **risc de mala salut mental** es relaciona amb el fet de treballar en un ambient contaminat (pols, fum, etc.), fent moviments repetitius i una feina poc variada, on es treballa massa, "al seu aire" i de manera solitària (aïllament). Quant a la **depressió i/o ansietat**, es correlaciona amb el fet de treballar en un ambient sorollós, on es fan moviments repetitius i on hi ha males relacions amb els caps i els companys. A més, el risc de mala salut mental i la depressió i/o ansietat són fenòmens més elevats –i correlacionen positivament– entre els joves **sense contracte** i entre els que tenen un contracte laboral inferior als sis mesos de durada (**contracte temporal**). Les persones joves treballadores sense contracte són també les que més percentatge de casos presenten en els indicadors de mala salut mental, dolors o malestar, percepció de l'estat de salut regular o dolenta, mal d'esquena, depressió i/o ansietat, i migranya, seguides de les que tenen contractes de durada no específica i de les que tenen contractes temporals. Pel que fa als treballadors autònoms i els empresaris, són els que menys percentatge de casos registren en tots els indicadors de mala salut física i mental. Finalment, cal dir que la gent jove que no té flexibilitat horària presenta una percepció de salut pitjor que la que en té.

D'altra banda, el Registre del Conjunt mínim bàsic de dades dels centres de salut mental (CMBDSM) recull sistemàticament la informació de l'activitat ambulatoria dels centres de salut mental de Catalunya (taula 29). Les dades per al període 2003-2008 indiquen un creixement progressiu dels casos globals diagnosticats de trastorn mental. A més, en general s'observa que els diagnòstics anuals superen de lluny les altes hospitalàries, per la qual cosa cal suposar que la població jove en tractament per trastorns mentals, tot i ser una minoria, no deixa d'augmentar.

Taula 29. Trastorns mentals en la població de 15 a 29 anys segons els casos diagnosticats i les altes hospitalàries, per tipus de trastorn. Catalunya, 2003-2008

Trastorn	2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	Casos	Altes	Casos	Altes	Casos	Altes	Casos	Altes	Casos	Altes	Casos	Altes
Retard mental	373	69	423	74	357	42	286	40	237	22	279	19
Trastorns relacionats amb l'alcohol	101	197	97	167	113	155	118	178	116	165	131	178
Trastorns relacionats amb drogues	459	531	586	577	645	547	621	461	713	413	722	421
Trastorns orgànics i demència senil	106	47	118	52	125	85	136	53	146	66	150	36
Trastorns afectius	2.567	599	2.972	546	3.002	529	2.806	519	2.841	576	2.810	572
Esquizofrènia i trastorns relacionats	2.091	1.243	2.138	1246	2.195	1292	2.382	1333	2.417	1252	2.566	1.257
Altres psicosis	676	521	804	463	883	560	849	510	842	512	879	558
Ansietat i trastorns de la personalitat	6.908	883	8.123	791	8.280	727	8.283	701	8.305	642	8.501	646
Trastorns preadults	612	116	888	105	1.116	111	1.397	139	1.842	133	2.461	172
Altres afeccions mentals	6.942	659	8.728	666	9.030	626	8.810	579	9.133	569	9.435	555
Història personal de trastorns mentals	695	1	1.412	6	1.648	8	1.293	1	1.454	4	1.443	12
Total	21.530	4.866	26.289	4.693	27.394	4.682	26.981	4.514	28.046	4.354	29.377	4.426

Font: CMBDSM, CatSalut, Departament de Salut.

Per trastorns concrets, s'observa que els relacionats amb l'alcohol registren més altes que casos diagnosticats durant tot el període, mentre que en els relacionats amb les drogues passa el mateix l'any 2003, però entre el 2004 i el 2008 cada any augmenten força els casos diagnosticats i, en canvi, les altes disminueixen notablement –el 2008 les altes representen gairebé només la meitat dels casos diagnosticats–. Finalment, convé destacar que durant aquest període (2003-2008), a part dels trastorns relacionats amb els consums de drogues, n'hi ha d'altres que tenen tendència a incrementar-se –en nombres absoluts–, com els trastorns orgànics i la demència senil, l'esquizofrènia i els trastorns relacionats, i els trastorns preadults.

5.1.2. Percepcions i experiències en relació amb la salut mental

Als grups de discussió no s'han enregistrat gaires referències a situacions que tinguin a veure amb la salut mental, però sí que s'han esmentat alguns episodis aguts de crisi d'ansietat o similars.

Diverses de les **joves que estudien** afirmen haver patit "atacs d'ansietat". En general, consideren que el jovent viu situacions de tensió (canvis vitals, incerteses, etc.) i, de tant en tant, es noten símptomes físics d'aquesta tensió (tremolor de l'ull, mal de pit, marejos, etc.). Són efectes sobre la salut que pateixen quan estan sotmeses a una pressió ambiental determinada, però que no requereixen atenció mèdica. A poc a poc, ho integren en la "normalitat" de la vida. Afirmen que, en la vida quotidiana, es troben amb situacions que les atabalen (èpoques d'exàmens, relacions personals, etc.) o que les fan enfadar, cosa que els genera estrès. Algunes de les participants diuen que tenen dificultats per controlar-se i observen que el nerviosisme els comporta conflictes interpersonals, cosa que elles mateixes reconeixen que no poden evitar, tot i que voldrien. Es relaten alguns casos d'ansietat relacionats amb consums de drogues, principalment de cànnabis. Diverses noies diuen haver patit situacions similars: ansietat i marejos després d'haver fumats cànnabis (els efectes els van durar un parell de dies). En tots els casos eren noies que anaven a l'institut –és a dir, molt joves–, totes van decidir anar al metge per aquest motiu, i en la majoria dels casos van decidir no beure alcohol ni fumar cànnabis a partir d'aquesta experiència. Conclouen que "tot és psicològic".

Els **nois que estudien** no assenyalen cap episodi ni cap problema relacionats amb la salut mental. Tanmateix, amb les dades disponibles no sabem si en pateixen o no.

Els **nois que treballen** no reconeixen tants episodis de nerviosisme o angoixa com les noies, però en situacions determinades afirmen que també prenen algun tipus de tranquil·litzants “naturals”: esmenten la valeriana –per fer front a l'estrès d'èpoques d'exàmens en el passat– i els “porros” –per fer front a la fatiga mental generada pel treball en acabar la jornada laboral–. Alguns participants reiteren que quan surten de la feina el primer que fan és fumar cànnabis per relaxar-se. És curiós observar que a les noies que estudien el cànnabis els provoca “ansietat”, mentre que alguns dels nois que treballen l'utilitzen per “relaxar-se”.

Les **noies que treballen** són el grup que relata més problemàtiques: tenen la percepció que els trastorns mentals com l'ansietat o la depressió estan molt estesos entre el jovent –“l'ansietat i la depressió estan a l'ordre del dia”, afirmen–, tant entre homes com entre dones, tot i que diuen que les dones els exterioritzen més. Bona part de les participants del grup de discussió reconeixen haver patit crisis d'ansietat amb una certa freqüència. Les situacions d'ansietat es relacionen principalment amb les dificultats per afrontar la incertesa del futur, que els genera angoixa, nerviosisme, etc., i que relacionen molt especialment amb el treball –tot i que no exclusivament–, ja que consideren que els suposa uns reptes importants amb un cost psicològic –sobretot als inicis de la carrera laboral, que és on es troben–, i probablement també a causa de les tensions derivades dels intents de conciliar la vida laboral i familiar –elles són les que treballen, cuinen, es fan càrrec de la casa, surten de festa, organitzen sopars, etc.–. En general, manifesten que viuen sotmeses a una tensió important per part de l'entorn laboral i familiar (problemes de conciliació).

La gent jove immigrant també fa alguns comentaris en relació amb la salut mental:

- En general, els **nois immigrants** entrevistats no fan gaires referències a la salut mental, si bé es detecta alguna problemàtica relacionada. D'una banda, dos esmenten problemes “mentals” vinculats al consum de drogues i alcohol, uns problemes que han experimentat i que, entre altres motius, formen part del seu raonament per desaconsellar les drogues. De l'altra, un fa referència al patiment que li genera la seva precarietat econòmica –no té feina, no té família amb qui comptar ni recursos econòmics–, cosa que es tradueix en una gran incertesa que el té desorientat, l'angoixa i el fa patir.
- Les tres **noies immigrades** declaren haver patit problemes d'integració social que els han generat algunes molèsties. Totes diuen haver-ho passat malament a causa de la incertesa, el desconeixement de les normes socials del país d'acollida, el fet de no tenir una xarxa social, la sensació d'estigma per sentir-se estrangeres, etc. Dues afirmen tenir encara crisis d'ansietat recurrents, malgrat que observen que, a mesura que s'han integrat en xarxes socials locals, aquests problemes s'han anat solucionant.

5.2. Polítiques de salut mental

5.2.1. Polítiques implementades

El Departament de Salut determina mitjançant el **Pla director de salut mental i addiccions** les línies estratègiques d'actuació en l'àmbit de la promoció de la salut mental, amb un horitzó temporal del 2010 i el 2015 per assolir els indicadors previstos al 50% i al 100%, respectivament (Departament de Salut, 2006). Les principals activitats preventives i/o de promoció de la salut derivades d'aquest Pla director tenen a veure amb les intervencions següents:

- Programa “Salut i escola”
- Protocol del nen sa
- Programa de prevenció del suïcidi
- Projecte europeu IMPHA per a la implementació de mesures per a la promoció de la salut mental
- Campanya de sensibilització contra l'estigma de la malaltia mental
- Programes comunitaris en l'àmbit de les drogodependències

— Guia d'activitats preventives per a la gent gran

— Guia d'activitats preventives en l'àmbit laboral

Tot i que bona part d'aquestes accions no van adreçades exclusivament a la població jove, la majoria la tenen en compte. El que sí que és exclusiu dels més joves és el programa "Salut i escola", que, entre altres coses, inclou assessorament i treball en qüestions de salut mental. Les dades disponibles indiquen que les consultes sobre salut mental a l'infermer del programa són les terceres en quantitat del total de consultes que fan els joves –just després de les relacionades amb la salut sexual afectiva i l'alimentació.

D'altra banda, el Pla director de salut mental es materialitza fonamentalment a través de dos tipus d'actuacions que afecten la població jove. En primer lloc, hi ha les actuacions en l'àmbit de la prevenció primària i educativa, que són accions que busquen potenciar els factors de protecció individuals, comunitaris i socials en la salut mental. En segon lloc, el Departament de Salut disposa d'un servei d'atenció especialitzada orientat a cobrir les necessitats dels pacients amb trastorns mentals i les seves famílies. Aquest servei es facilita a través de diverses iniciatives com, per exemple, un programa d'atenció específica a la població infantil i juvenil amb trastorns mentals greus (TMG), un pla de reordenació dels trastorns de la conducta alimentària (TCA), diferents programes d'atenció als adolescents amb problemes de consum, amb toxicomanies, i un programa d'atenció a la població jove amb socioaddiccions (AIS, acció integral a les socioaddiccions).

Hi ha dos tipus de centres de la xarxa de salut mental d'utilització pública del Servei Català de la Salut, en funció de l'edat dels pacients: els centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ), que s'ocupen de pacients fins als 18 anys, i els centres de salut mental d'adults (CSMA), que ofereixen serveis d'atenció especialitzada i suport a l'atenció primària als pacients de més de 18 anys. Els equips que dispensen aquesta atenció són multidisciplinaris i estan formats per psiquiatres, psicòlegs, treballadors socials i personal d'infermeria, entre d'altres. Ambdós recursos (CSMA i CSMIJ) poden ser en un mateix centre o bé en centres diferents, però els equips assistencials que els componen han d'estar totalment diferenciats. Per tal de garantir l'accessibilitat de la població a aquests recursos assistencials, sobretot en els casos de regions sanitàries amb molta dispersió geogràfica, alguns equips han creat consultes perifèriques.

En l'àmbit local, recentment alguns dels ajuntaments estudiats han començat a pensar en polítiques de promoció de la salut mental, ja que s'han adonat que problemes com l'ansietat o l'estrès són cada vegada més freqüents entre la població jove. En el municipi A, després d'analitzar les dades sobre atenció a trastorns mentals en joves a l'hospital comarcal de referència, els tècnics de joventut han decidit dissenyar iniciatives encaminades a la cura de la salut mental dels joves. Aquestes iniciatives són bàsicament formatives i educatives, en forma de tallers de relaxació, meditació i ioga, un curs de "restauració energètica", etc. Per tirar endavant aquestes iniciatives han disposat del suport econòmic i logístic de les intervencions derivades de la Llei de barris. Tal com explica un dels tècnics entrevistats:

"H1: Volíem fer una cosa totalment diferent... i vam fer això. I va ser un èxit. [...] Sí, va ser un èxit total. [...] I això ho hem fet amb el Pla de barris, per tal d'optimitzar recursos. [...] És el que ens va sobtar: tenim 123 casos [de joves que van anar a l'hospital per consultes de salut mental]. Aquests són els que hi han anat, imagina't els que queden fora. La idea és una mica començar a reflexionar i treballar nosaltres també aquests temes." (Entrevista 8: tècnic del municipi A)

Tanmateix, les intervencions incipients a escala local tenen un abast molt reduït, i els tècnics de joventut mateixos consideren que es tracta d'un aspecte molt nou per a ells, encara que són conscients que poden ser importants en un futur.

5.2.2. Percepcions en relació amb les polítiques de promoció de la salut mental

En els grups de discussió s'han observat discursos dels joves sobre les formes d'intervenir en alguns aspectes psicosocials, especialment en els processos que generen crisis d'ansietat, angoixes o símptomes depressius –no tant en qüestions de malaltia mental, ja que van per altres canals, encara que de vegades aquests mateixos símptomes poden arribar a comportar una malaltia mental.

Les **noies estudiants** relaten diversos episodis d'ansietat i nerviosisme. Per fer front a aquests atacs d'ansietat han acudit al metge –normalment a través del servei d'urgències–, els han diagnosticat “nervis” i han procurat tranquil·litzar-les i ensenyar-los a fer exercicis respiratoris. Una participant explica que, en una ocasió, després de fumar un “porro”, va haver d'anar a urgències perquè es trobava malament, va perdre la noció del temps, es va posar molt nerviosa i es va barallar amb els metges que l'atenien. Una altra de les noies participants afirma que li va passar una cosa semblant després d'haver consumit cànnabis. És interessant observar que aquestes noies cerquen ajut en les institucions del sistema públic de salut, tot i que, *a posteriori*, no acaben d'estar gaire satisfetes amb l'experiència, possiblement perquè s'hi han sentit una mica culpabilitzades.

Entre les **noies que treballen** s'esmenten nombrosos casos de crisis d'ansietat o trastorns puntuals similars. Hi ha diverses d'aquestes noies –almenys quatre– que, després de prendre durant un temps fàrmacs ansiolítics, van decidir canviar-los per altres productes que consideren més “naturals” i que acostumen a comprar en herboristeries –“però d'ansietat en tinc molta”–. Des del seu punt de vista, l'ús continuat de fàrmacs ansiolítics per part de gent tan jove pot ser contraproductiu. Opinen que van bé per passar una crisi, però que prendre'n de manera continuada pot ser perillós perquè poden crear addicció. Es queixen que els serveis mèdics els recepten amb molta facilitat, sobretot a la sanitat pública, i creuen que ho fan per treure-se-les del damunt perquè estan sobrecarregats de feina.³ Per aquests motius, solen pensar que per superar les crisis d'angoixa i ansietat cal tenir molts recursos per poder pagar-se un tractament privat, ja que al servei públic “acabes enganxat amb els antidepressius” i és més difícil sortir-ne. La majoria d'aquestes noies es queixen que, a diferència dels psicòlegs i els metges privats, que els ensenyen a tranquil·litzar-se, respirar i relaxar-se, i procuren connectar amb la persona perquè es pugui tranquil·litzar per si sola, al servei públic recepten i apliquen fàrmacs directament, sense donar l'opció de sortir-se'n amb els mitjans propis de la persona. Segons el seu parer, el moment de la crisi d'ansietat s'acaba passant tant si es consumeixen fàrmacs com si no, i assenyalen que si en consumeixen, després s'acostumen a sentir molt malament –psicològicament i físicament–, cosa que creuen que els genera una reducció de l'autoestima que les fa més vulnerables a futures crisis.

Les noies –tant treballadores com estudiants– són les que més parlen d'intervencions per afrontar problemes d'estrès i salut mental. Entre els nois joves, tot i que també s'apunten alguns problemes de nerviosisme, angoixa, ansietat o símptomes depressius diversos, es fa molt poca referència als recursos per afrontar-los –més enllà de les sortides d'oci nocturn o el consum de cànnabis.

3 Curiosament, una participant del grup diu que acaba de tornar del psicòleg –hi ha anat el mateix dia de la reunió del grup de discussió–, que hi va per indicació del metge de capçalera i que es tracta d'un psicòleg privat perquè a la sanitat pública la freqüència de visites és massa escassa per a les seves necessitats.

SEGONA PART.
Comportaments de salut i de risc

6. Activitat física i alimentació

6.1. Activitat física

6.1.1. Pràctiques d'activitat física

Un fet acceptat generalment per gairebé la totalitat de la literatura acadèmica especialitzada és que l'activitat física millora de manera notable la qualitat de vida i l'estat de salut dels adolescents i joves (MacKelvie *et al.*, 2002; Humbert *et al.*, 2006). No obstant això, la recerca ens ha demostrat que la majoria dels joves no fan esport per millorar o mantenir el seu estat de salut. Aquesta dada, que pot semblar intrascendent, s'ha de tenir molt en compte a l'hora de dissenyar les polítiques públiques (Humbert *et al.*, 2006), ja que no és el mateix plantejar una campanya per fomentar la pràctica de l'esport en la població jove explicant que millorarà la seva salut, que fer-ho apel·lant a altres motivacions.

Alguns autors apunten que la pràctica d'exercici físic durant la joventut és una variable fonamental per entendre les diferències en l'activitat física en les generacions adultes (Thompson *et al.*, 2003). La pràctica d'exercici físic entre la gent jove és una variable de comportament complexa determinada per diversos factors (Thompson *et al.*, 2003; Humbert *et al.*, 2006). Alguns estudis han començat a desenvolupar un model ecològic per explicar amb precisió quins poden ser els factors clau en la pràctica d'activitat física (Spence i Lee, 2003), i han arribat a la conclusió que la pràctica és influenciada principalment per tres àmbits: a) l'intrapersonal (característiques biològiques, psicològiques, nivell educatiu); b) la social (estatus socioeconòmic, suport familiar o dels amics), i c) l'ambiental (accés al medi físic per fer esport). Amb aquest model podem entendre la pràctica d'exercici físic dels joves com una funció que no depèn solament dels recursos econòmics, sinó també del suport familiar, la pressió de les amistats, les condicions de vida del barri, i les condicions climatològiques de l'entorn –que afavoreixen o no la pràctica d'activitat física en espais oberts o a l'aire lliure–, entre altres.

Els factors determinants de la salut relacionats amb l'exercici físic es poden mesurar a partir de diferents indicadors. Dos dels més habituals són: a) la freqüència d'exercici aeròbic realitzat al mes, i b) el tipus d'activitat esportiva que es fa de manera més freqüent.

L'explotació de l'ESCA 2002 i 2006 permet construir una variable composta que dona compte del grau d'activitat física de les persones enquestades, les quals es poden classificar segons el tipus d'activitat que fan habitualment a la feina o la llar, segons la intensitat i les vegades a la setmana que fan activitat física en el temps de lleure, i segons els dies que han caminat durant la darrera setmana i els minuts que han caminat cada dia que ho han fet. Així, en funció de les respostes, es pot classificar la població en cinc categories (Departament de Salut, 2009: 138):

- **Molt activa:** Fa una activitat laboral que requereix un esforç físic important, i dos dies o més a la setmana fa activitats físiques o esportives moderades (almenys 20 minuts) o vigoroses (almenys 20 minuts) en el temps de lleure.
- **Moderadament activa:** Fa una activitat laboral que requereix un esforç físic important, i menys de dos dies a la setmana fa activitats físiques o esportives moderades (almenys 20 minuts) o vigoroses (almenys 20 minuts) en el temps de lleure.
- **Lleugerament activa:** Té una activitat laboral que no exigeix un esforç físic important, però es desplaça sovint a peu. Dos o més dies a la setmana fa una activitat física o esportiva moderada (almenys 20 minuts) o vigorosa (almenys 20 minuts) en el temps de lleure.
- **Mínimament activa:** Està dempeus la major part de la jornada i no es desplaça. Com a mínim un dia a la setmana fa una activitat física o esportiva moderada (almenys 20 minuts) o vigorosa (almenys 20 minuts) en el temps de lleure i camina (almenys 20 minuts) dos o més dies a la setmana.
- **Sedentària:** Està asseguda la major part de la jornada i no fa cap activitat física ni esportiva, o en fa només un dia a la setmana una de moderada o vigorosa (almenys 20 minuts) en el temps de lleure, i camina (almenys 20 minuts) menys de dos dies a la setmana.

L'ESCA 2002 i 2006 ens revela que, en termes d'activitat física, es pot considerar que la majoria de la població –tant jove com adulta– és “lleugerament activa”, en unes proporcions molt similars (43-48%) que en ambdós casos es mantenen estables entre els anys 2002 i 2006 (taula 30). Tanmateix, entre la gent jove cal destacar que hi ha un grup relativament nombrós (18%) que es pot classificar com a “molt actiu”, cosa que no s'observa entre els adults (on només el 5% podria formar part d'aquesta categoria). D'altra banda, una cinquena part de la població, tant jove com adulta, es pot considerar “sedentària” per la seva pràctica escassa d'activitat física. Aquest grup es manté relativament estable en el període de temps estudiat.

Taula 30. Activitat física habitual en la població de 15 a 65 anys segons el grau d'activitat, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006

Grau d'activitat física	Joves (15-29 anys)		Adults (30-65 anys)	
	2002	2006	2002	2006
Molt actius	14	18	3	5
Moderadament actius	12	8	13	9
Lleugerament actius	40	43	49	48
Mínimament actius	10	12	18	17
Sedentaris	24	19	17	21
Total	100	100	100	100

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2002 i 2006.

Si ens centrem en les dades referides als joves que foren enquestats l'any 2006 (ESCA 2006), s'observa que:

- El 18% de joves són **molt actius**: Proporcionalment hi ha molts més homes que dones (quatre vegades més), especialment dels grups d'edat més joves (15-19 anys). Estudien, viuen amb la família d'origen o sols, i han nascut predominantment a Catalunya. Pertanyen a tots els grups d'estatus socioeconòmics, excepte el més baix (grup V).
- El 8% de joves són **moderadament actius**: Són més homes que dones (el doble), tenen un nivell d'estudis baix, treballen, viuen amb la parella i/o fills, i n'hi ha més a mesura que augmenta l'edat. Pertanyen a grups d'estatus social baixos (IV i V) i predominen més entre els nascuts fora d'Espanya.
- El 43% de joves són **lleugerament actius**: En aquest percentatge hi ha més dones que homes i hi predominen les persones que fan feines de la llar.
- El 12% de joves són **mínimament actius**: Són més dones que homes, treballen, viuen sols o amb amics, i s'incrementen a mesura que augmenta l'edat. També són proporcionalment més freqüents entre les persones nascudes fora d'Espanya.
- El 19% de joves són **sedentaris**: Són més dones que homes (el doble), i són més habituals entre la gent que té més estudis, com també entre la que estudia o fa feines de la llar, i entre els grups d'estatus social més elevat. Solen ser més freqüents proporcionalment entre els nascuts a Catalunya i Espanya, i entre els residents al Camp de Tarragona i les Terres de l'Ebre.

En general s'observa que l'activitat física habitual és menor entre les dones que entre els homes. Així mateix, disminueix a mesura que augmenta el nivell d'estudis dels joves, cosa que pot tenir a veure amb el tipus de feina –els treballs menys qualificats normalment impliquen més esforç físic.

6.1.2. Percepcions i experiències en relació amb l'activitat física

D'acord amb l'anàlisi dels grups de discussió, es detecten les percepcions i experiències següents pel que fa a l'activitat física i els joves:

- La major part de les **noies que estudien** tenen la sensació que haurien de fer més activitat física de la que fan habitualment –es detecta un cert sentiment de “culpa” per no fer el que creuen que haurien de fer–. En els seus discursos és comú dir que en feien de manera regular quan estudiaven a l’institut, però que després ho han anat deixant, aparentment per manca de temps. La majoria tenen el propòsit de tornar a fer-ne en un futur, però cap no s’atreveix a dir ni quan ni com, ja que sembla que és només l’expressió d’un desig inconcret, que es pot interpretar com a indicatiu d’un pensament normatiu: saben que “haurien” de fer-ne. No totes les noies estan prou motivades per fer esport, però s’observa que les que en fan des de petites són les que més intenten no perdre’n l’hàbit i les que encara procuren fer-ne sempre que poden –tot i que no sempre poden–. Un altre motiu que addueixen per no fer esport és la manca de diners, perquè sovint ho relacionen amb el fet d’anar al gimnàs. De totes maneres, en el fons, l’excusa més reiterada és la manca de temps –consideren que a l’estiu es pot fer activitat física sense necessitat d’anar al gimnàs (per exemple, anant a la platja), però tampoc no en fan gaire.
- Pel que fa als **nois estudiants**, alguns comenten que han canviat d’estil de vida quan han marxat a estudiar fora de casa, i una de les coses que han eliminat o reduït és l’activitat física. En general, bona part dels joves participants al grup diu que fa alguna activitat esportiva amb una certa regularitat, sobretot a l’estiu: futbol, fúting, tennis, piscina, bicicleta, etc. Sigui com sigui, reiteren que els que vagin a estudiar a Barcelona (o a on sigui) ho deixaran de fer. El futbol és un dels esports que es poden fer sense gaires mitjans, encara que el que consideren més assequible és anar a córrer. Aquests joves pensen que l’activitat física és útil i es troben millor quan en fan. Entre els problemes de salut relacionats amb la manca d’exercici físic esmenten el sobrepès –que també relacionen amb problemes d’autoestima–, cosa que indica que, en el seu cas, aquest podria ser un factor motivador per fer esport.
- Dels **nois que treballen**, gairebé la meitat diu que fa activitat física amb regularitat, al contrari de l’altra meitat, que afirma que no n’acostuma a fer mai. Tots els participants expliquen que durant l’etapa escolar havien participat en activitats esportives individuals i col·lectives de manera freqüent, però almenys la meitat dels joves va abandonar-les en acabar l’educació secundària obligatòria (ESO) o l’institut. Alguns fan esport en desplaçar-se per la ciutat en bicicleta. N’hi ha que fan exercici físic per perdre pes o estar en forma –un dels participants afirma que vol perdre pes perquè li costa trobar roba de la seva talla, i ho argumenta com una manera de sentir-se millor físicament i psíquicament–, mentre que d’altres asseguren que en fan per “compensar” els excessos (consums de tabac, alcohol, etc.) de les sortides de festa, ja que així es troben millor. Ara bé, a diferència dels estudiants, afirmen que l’estiu els trenca les rutines esportives i que després els costa de reprendre-les. En qualsevol cas, és significatiu observar que fins i tot els participants que no practiquen cap esport ni en tenen intenció aparent, afirmen que l’activitat física és positiva i la consideren saludable. Curiosament, també apunten que l’excés d’esport pot arribar a ser contraproduent (per lesions, desgast, etc.), però això ho associen a una pràctica molt intensiva.
- Les **noies treballadores** assenyalen que els aniria bé fer més activitat física, atès que elles mateixes solen considerar que porten una vida massa sedentària. Perceben que cada cop es cansen més quan fan alguna activitat física que requereix un esforç. Tanmateix, no troben ni el temps ni l’ambient social adequat per fer-ne.

En les entrevistes a joves immigrants també apareixen alguns comentaris sobre l’activitat física i la salut:

- En general, els **nois immigrants** entrevistats acostumen a practicar algun esport, principalment el futbol, amb més o menys grau de sistematicitat –un està federat i un altre juga cada setmana en competicions informals–. Només un va deixar de jugar a futbol fa un temps i en el moment de l’entrevista no fa gaire activitat física, tot i que de tant en tant encara va a córrer a la platja de manera poc sistemàtica. També es detecta que la manca de diners ha comportat un descens en l’activitat física d’aquests joves –han deixat el gimnàs–, però al mateix temps l’esport els serveix de teràpia per suportar la crisi econòmica –els manté actius socialment i els disminueix la tensió mental, diuen.
- Entre les **noies immigrades** entrevistades, l’activitat física és escassa i molt irregular. Només una procura anar a córrer un cop a la setmana, i les altres aparentment no fan cap tipus d’activitat esportiva: una no n’ha fet mai –fora del de l’escola–, mentre que l’altra sí que en feia al país d’origen, però aquí no ha trobat la manera –ho atribueix a la manca de diners i temps–. La falta de temps per fer activitat física és el motiu més esmentat entre les entrevistades, una manca de temps que està vinculada als seus horaris laborals excessius. Cal afegir que dues de les entrevistades tenen feines molt sedentàries i estan bona part de la jornada laboral davant de l’ordinador, a diferència de la tercera, que passa tot el dia dreta i caminant –fa de dependent a una botiga de roba.

En definitiva, es reitera la idea que els nois fan una activitat física més intensa que les noies. Els arguments dels uns i els altres són diferents: els nois apunten la conveniència de fer esport per tal de sentir-se millor –físicament i psíquicament–; les noies, per contra, tendeixen a excusar-se per no fer-ne i addueixen problemes de temps. Tant en els nois com en les noies s'observa que atribueixen la interrupció de la pràctica esportiva habitual durant l'adolescència a canvis vitals, com el fet de desplaçar-se a altres ciutats per motius d'estudis o de treball. No hi ha gaires diferències per la variable *migració* en aquestes dinàmiques.

6.2. Alimentació

6.2.1. Pràctiques d'alimentació

L'alimentació saludable es pot definir com el conjunt de pràctiques i comportaments relacionats amb l'acció de menjar que ajuden a millorar o mantenir la salut (Taylor *et al.*, 2005). Una alimentació saludable contribueix al benestar físic de la persona i és vital per a la prevenció d'un gran nombre d'afeccions, com ara les malalties coronàries, la diabetis, la pressió alta, el càncer, les càries dentals o l'asma. Tal com succeeix amb altres hàbits, els comportaments relacionats amb l'alimentació que s'adopten durant el període jove tenen una probabilitat alta de mantenir-se en edats més avançades (Shepherd *et al.*, 2006).

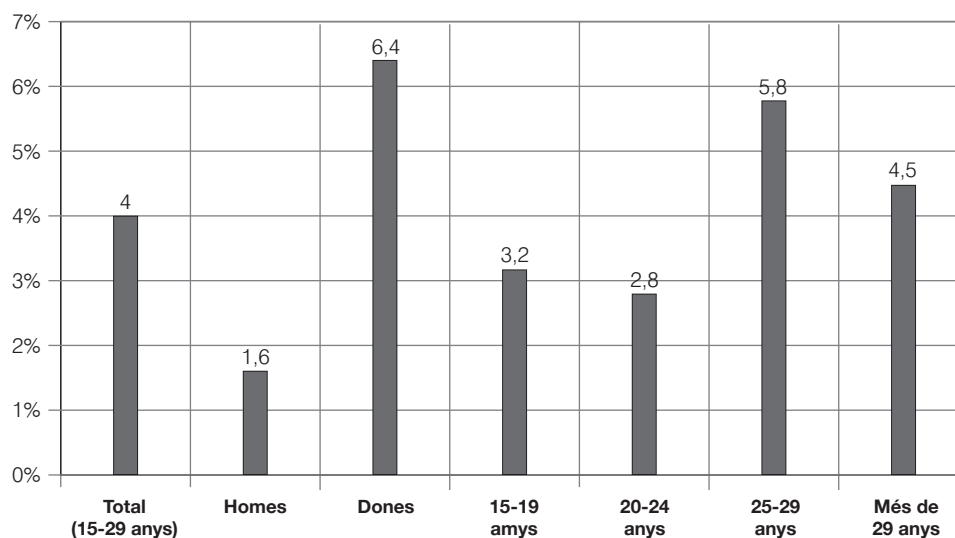
La bibliografia acadèmica ha identificat una sèrie de factors que poden predisposar els joves a actituds a favor o en contra de l'alimentació saludable. Entre els determinants de tipus estructural, els factors relatius al medi familiar o la naturalesa dels aliments disponibles en el medi físic més proper –medi en què hem de incloure la llar, els instituts o les universitats, o els establiments de menjar ràpid– semblen tenir importància a l'hora d'explicar per què algunes persones joves són més propenses a tenir actituds més o menys properes a l'alimentació saludable. Els mitjans de comunicació, especialment la televisió, també tenen una influència potencial enorme, fins al punt que poden contrarestar la influència familiar. Els factors individuals, com el coneixement i les preferències individuals en relació amb els aliments, també poden ser determinants (Oliver i Peersman, 2001; Mulatu i Schooler, 2002; Taylor *et al.*, 2005; Shepherd *et al.*, 2006).

Alguns estudis utilitzen el pes corporal com a indicador de la dieta, però aquest tipus d'operacionalització té problemes de validesa clars (Mulatu i Schooler, 2002). El pes de les persones és un efecte de la dieta, i els estats de sobrepès o de manca de pes moltes vegades poden derivar en malalties o estats de salut no desitjats. Per tant, aquest indicador no ens pot servir com a variable independent de la salut, sinó que, de fet, podria tenir el paper de variable dependent. D'altra banda, a més a més de la dieta, pot haver-hi altres factors –genètics, culturals o de comportament– que intervinguin en la determinació del pes.

L'únic indicador que ens proporciona informació sobre l'alimentació a l'ESCA 2006 és el pes i l'altura de les persones enquestades. L'anàlisi mostra que el jovent català (de 15 a 29 anys) té un pes mitjà de 67 quilograms, i una altura mitjana de 170 centímetres –segons les respostes dels enquestats–. Amb aquests paràmetres es pot calcular l'índex de massa corporal, que per al conjunt de la població jove és de 23,2, la qual cosa indica un pes "normal", si bé se situa en la franja alta de la "normalitat", perquè es considera "normal" quan és entre 18,5 i 25.

A banda de la massa corporal, l'ESCA 2006 no inclou cap pregunta sobre alimentació. En canvi, a l'ESCA 2002 es va preguntar als enquestats si havien fet dieta per motius de salut: el 4% de la gent jove de Catalunya n'havia fet, i les dones quatre vegades més que els homes, sobretot les del grup d'edat de 25-29 anys (gràfic 9). El sedentarisme i la qualitat deficient dels hàbits alimentaris poden propiciar la necessitat de fer dieta per motius de salut, no solament a causa de l'obesitat sinó també per fenòmens com l'excés de sucre, el colesterol, la tensió arterial alta, etc.

Gràfic 9. Seguiment de dieta per motius de salut segons el sexe i el grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2002.

Una altra problemàtica de salut que s'ha de considerar és la relativa als trastorns de la conducta alimentària (TCA). Un interessant estudi coordinat per Mabel Gracia (2007) mostra que, més enllà de possibles factors físics i psíquics individuals, la causa principal de l'increment dels TCA són, en gran mesura, les ràpides i profundes transformacions socioeconòmiques i culturals que han afectat les societats industrialitzades –entre les quals hi ha la catalana– i que han modificat radicalment els models de gènere, les imatges i les atencions corporals, i els comportaments alimentaris. L'estudi constata que els adolescents i joves viuen un procés continuat de “construcció” física, psicològica i social, per això són receptors especialment sensibles d'aquests models i pràctiques culturals.

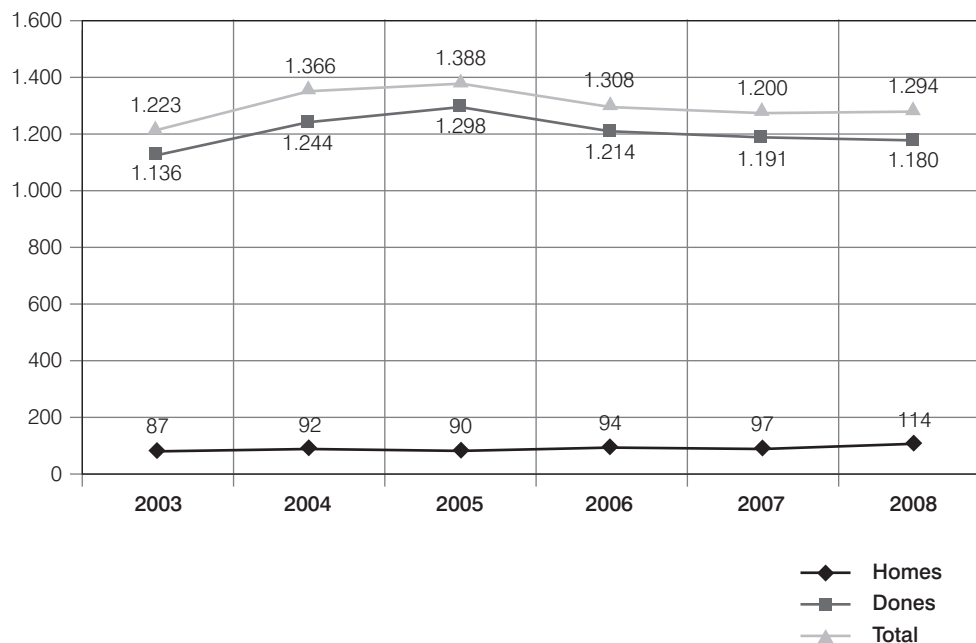
Les dades disponibles sobre la quantitat de població atesa als centres d'atenció primària (taula 23) indiquen que al voltant de 1.300 persones reclamen atenció cada any per aquest tipus de trastorns, de les quals el 93% acostumen a ser dones. S'observa una evolució relativament estabilitzada d'aquest fenomen (gràfic 10), amb una disminució molt lleu dels casos en les noies acompanyada per un increment molt lleu en els nois.

Taula 31. Evolució de la població de 15 a 29 anys atesa als centres d'atenció primària per trastorns de la conducta alimentària segons el sexe, per grup d'edat (dades absolutes). Catalunya, 1998-2008

Sexe i grup d'edat	1998	2000	2002	2004	2006	2008
15-19 anys						
Homes	37	45	50	58	62	84
Dones	459	575	593	608	609	665
20-24 anys						
Homes	35	30	21	21	20	14
Dones	454	418	410	320	286	270
25-29 anys						
Homes	15	17	19	15	15	16
Dones	223	270	295	284	296	245
Total	1.223	1.366	1.388	1.308	1.288	1.294

Font: CMBDCSM, CatSalut, Departament de Salut.

Gràfic 10. Evolució de la població de 15 a 29 anys atesa als centres d'atenció primària per trastorns de la conducta alimentària segons el sexe (dades absolutes). Catalunya, 2003-2008



Font: CMBDCSM, CatSalut, Departament de Salut.

Pel que fa als tipus de TCA, es tracta bàsicament d'anorèxia, bulímia i altres trastorns inespecífics. Com que la seva evolució és excessivament irregular d'un any a l'altre, és difícil d'interpretar-ne la distribució resultant (taula 32). Són fenòmens en què interaccionen les variables d'alimentació i de salut mental, amb un deteriorament de la salut física, psíquica i social que pot arribar a ser considerable.

Taula 32. Evolució de la població de 15 a 29 anys atesa als centres d'atenció primària per trastorns de la conducta alimentària segons el tipus de diagnòstic (dades absolutes). Catalunya, 1998-2008

Tipus de trastorn	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Anorèxia	433	445	441	394	325	354
Bulímia	362	895	939	333	323	303
Altres trastorns inespecífics	428	15	8	581	623	637
Total	1.223	1.366	1.388	1.308	1.288	1.294

Font: CMBDCSM, CatSalut, Departament de Salut.

D'altra banda, també es disposa de dades sobre el nombre absolut de persones joves donades d'alta als centres hospitalaris per trastorns de la conducta alimentària (taula 33). La quantitat d'altres tan sols representa la quarta part de les persones ateses als centres d'atenció primària en cada any de referència, per la qual cosa cal deduir que hi ha una bossa creixent de joves que romanen amb aquests trastorns durant uns quants anys (taula 34), especialment les dones. Pel que fa a les altes hospitalàries, les dades per tipus de trastorn són més congruents i tot sembla indicar que se'n produeixen més entre les persones que pateixen anorèxia que entre les que pateixen bulímia o altres trastorns alimentaris.

Taula 33. Evolució de la població de 15 a 29 anys donada d'alta als centres hospitalaris per trastorns de la conducta alimentària segons el sexe i el grup d'edat (dades absolutes). Catalunya, 1998-2008

Sexe i grup d'edat		1998	2000	2002	2004	2006	2008
15-19 anys	Homes	8	8	17	8	3	8
	Dones	198	218	167	140	116	203
20-24 anys	Homes	1	3	2	5	1	5
	Dones	63	58	67	41	30	45
25-29 anys	Homes	1	2	5	4	2	2
	Dones	42	42	33	43	36	31
Total		313	331	291	294	241	188

Font: CMBDCSM, CatSalut, Departament de Salut.

Taula 34. Evolució de la població de 15 a 29 anys donada d'alta als centres hospitalaris per trastorns de la conducta alimentària segons el tipus de diagnòstic (dades absolutes). Catalunya, 1998-2008

Tipus de trastorn	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Anorèxia	213	206	187	191	135	98
Bulímia	65	69	46	36	56	41
Altres trastorns inespecífics	35	54	58	67	50	49
Total	313	331	291	294	241	188

Font: CMBDCSM, CatSalut, Departament de Salut.

6.2.2. Percepcions i experiències en relació amb l'alimentació

Als grups de discussió apareixen diversos arguments sobre percepcions i experiències relatives a les qüestions alimentàries:

- Quant al grup de **noies estudiants**, fan els àpats a casa o el centre escolar (institut, etc.), per tant, no prenen gaires decisions, ja que totes tenen algú que compra, cuina i prepara els menjars, normalment la mare. En principi, perceben que la seva alimentació és bastant saludable –almenys és el que sempre han menjat, es consideren dins de la “normalitat”–. Un parell de persones del grup, en algun moment de l'època d'estudiants, han compartit pis amb noies que patien trastorns de la conducta alimentària –concretament, bulímia en un cas i anorèxia en un altre– i expliquen que això els va generar força problemes de relacions socials, fins al punt que després d'un temps més o menys llarg van decidir canviar de pis perquè la convivència era poc suportable. Arran d'aquestes experiències, tenen la percepció que són malalties molt greus, de les quals costa molt sortir i que, a més de produir efectes físics i psíquics seriosos, alteren la vida familiar i social. Finalment, una de les participants al grup afirma que pateix anèmia i ho atribueix al fet que li falta ferro a causa dels seus dèficits alimentaris –pel que descriu, hi ha indicis d'una certa desestructuració en el si de la família pel que fa a l'acte de menjar.
- En referència als **nois que estudien**, una part dels participants diuen que acostumen a menjar al domicili familiar i que, per això, perceben que mengen “bé”; d'altres, en canvi, estudien a fora, viuen en pisos d'estudiants i reconeixen que mengen de manera força desequilibrada i a deshora. Els nois que viuen fora de casa consideren que mengen poca varietat (bàsicament, fregits i pasta), que hi ha aliments que ells mateixos creuen fonamentals que no compren ni cuinen gairebé mai (fruita, verdura i peix), i que per això aprofiten els caps de setmana i les vacances, quan tornen al domicili familiar, per menjar-los. Diuen que

les “mares” saben perfectament el que necessiten, tot i que a partir dels seus raonaments mostren que ells també ho saben, encara que no fan massa per seguir-ho. Alguns diuen que sovint queden per sopar amb amics just abans de sortir de festa (els caps de setmana: divendres o dissabtes) i que en aquests sopars es mengen coses poc elaborades, fàcils de preparar i poc variades (s’esmenten entrepans, plats combinats, pizzes, torrades, arròs de restaurant xinès, etc.). En general, els joves que viuen fora de casa són conscients que podrien millorar la seva alimentació i que bàsicament els faltaria incloure-hi verdures i fruites, però addueixen poc interès per fer-ho. De fet, sembla que no en veuen la necessitat perquè no perceben cap efecte negatiu sobre la seva salut –a diferència del que passava amb l’activitat física.

- Pel que fa al grup de **nois que treballen** o estan **a l’atur**, la majoria reconeix que menja malament i tendeix a atribuir aquesta alimentació deficient al fet que no saben cuinar gaire o que no tenen ganes de fer-ho (“no m’ho *curro* gaire”). En aquest grup no hi ha tantes diferències entre els que viuen amb la família d’origen i els que s’han emancipat. D’una banda, els que viuen al domicili familiar diuen que no participen gaire en els àpats familiars, ja que sovint els diferents membres de la família tenen horaris laborals diferents. Això fa que, tot i viure amb la família d’origen, sovint siguin ells mateixos els cuiners i que normalment optin per menjar no massa variats ni elaborats. D’altra banda, els que viuen fora del domicili de la família d’origen sostenen, de manera generalitzada, que no es planifiquen gaire i que mengen de manera poc saludable, perquè fan uns àpats molt poc variats (bàsicament, pasta i arròs) que amb prou feines inclouen fruites i verdures. Afirment que s’organitzen poc i que van menjant el que troben a la nevera o el rebost. També hi ha qui diu que depèn del dia, perquè moltes vegades no tenen temps per pensar en el menjar ni per cuinar-lo. Així, per exemple, un dels participants afirma que li agrada menjar verdura, però que no ho fa per la manca de planificació: si algun dia en compra, en menja, però després pot passar molts dies sense menjar-ne –fins que torna a anar a comprar–. Els joves valoren especialment els aliments que es poden guardar, com la pasta o els congelats. Tot sembla indicar que l’activitat de comprar menjar és un element perifèric en la seva planificació del temps. Quant als problemes alimentaris entre ells o entre la joventut en general, perceben que cada cop hi ha més problemes d’obesitat, cosa que tendeixen a relacionar amb la proliferació de restaurants de menjar barat (tipus MacDonald’s), malgrat que la majoria de membres del grup diuen que no els freqüenten gaire. Un dels nois afirma que és una bona opció perquè són molt barats, però altres li repliquen que encara és més barat anar a un supermercat i cuinar a casa. Esmenten també dèficits alimentaris relacionats amb els dies que surten de festa, ja que diuen que no és estrany trobar joves que els caps de setmana s’alimenten de qualsevol manera o que no mengen pràcticament res –prefereixen destinar els diners a beure alcohol o consumir altres substàncies–. Així, per exemple, un participant explica que els dies que surt de festa no sol sopar i, si ho fa, només menja algun entrepà al carrer, que ja porta de casa. Atribueix aquest comportament a la manca de diners. S’observa que aquest grup de joves també justifica els seus dèficits alimentaris per les dificultats econòmiques que pateixen –cal recordar que la meitat del grup està a l’atur–. En definitiva, la majoria dels joves que treballen reconeixen que mengen malament, tal com els estudiants, cosa que pot indicar que (pensen que) saben què haurien de fer per menjar bé, però viuen en unes inèrcies, uns hàbits i uns condicionaments que els dissuadeixen de fer-ho. Possiblement, també pesa el fet que no perceben gaires molèsties per aquesta causa.
- En relació amb les **noies treballadores**, tot i que són elles les que habitualment es fan el menjar, no s’alimenten gaire bé, i ho atribueixen principalment –un altre cop– a la manca de temps. Gairebé totes viuen fora del domicili de la família d’origen, motiu pel qual són les que cuinen a casa; també les que tenen parella, ja que, segons diuen, no confien gaire en les habilitats culinàries dels companys respectius. També hi ha qui s’emporta menjar cuinat de casa de la mare. Curiosament, s’observa que les noies que cuinen se senten obligades a justificar-se dient que ho fan “perquè els agrada” o perquè hi tenen “molta disposició”, com si s’haguessin de disculpar. Una de les participants que viu al domicili d’origen diu que el menjar el fa la seva mare, però no considera que mengi “bé” perquè pensa que n’hi fa massa i que la pressiona per acabar-se’l, per això interpreta que segueix una dieta poc equilibrada. Sembla que les participants més joves mengen de manera més desordenada, mentre que les més grans es preocupen més de cuinar i menjar aliments més variats. Diuen que és una qüestió de prioritats i que les més joves tenen altres coses més importants a fer (treballar, estudiar, anar de festa, anar a la platja, etc.). També consideren que és més fàcil cuinar de manera variada i equilibrada –més saludable– quan es fa menjar per a més d’una persona; és a dir, pensen que les persones que mengen soles acostumen a fer-ho de forma menys saludable. En certa manera, aquestes noies valoren la dimensió social del menjar (“quan hi ha més gent et motives [per cuinar millor]”), fet que cal tenir en compte a l’hora de pensar en polítiques d’intervenció en aquest àmbit.

A les entrevistes a joves immigrants també apareixen alguns comentaris sobre l'alimentació i la salut:

- Entre els **nois immigrants** es detecten alguns dèficits alimentaris, no gaire diferents dels expressats pels joves "autòctons". Entre els que conviuen amb familiars, les decisions sobre què menjar les prenen les dones (mares, germanes), que són les que cuinen, amb la qual cosa els joves es desresponsabilitzen de la dieta alimentària que segueixen. En un dels casos, el jove comparteix pis amb altres persones també immigrades del seu país i cadascú es compra i es cuina el seu menjar. Aquest jove afirma que la crisi econòmica –no té feina– li impedeix seguir una dieta saludable –pot passar diversos dies gairebé sense menjar–. Tanmateix, sembla que tots segueixen els criteris alimentaris derivats de l'Alcorà –no mengen pernil ni beuen alcohol–, però també creuen que no mengen tant verd com pensen que haurien de menjar.
- Les **noies immigrades** entrevistades assenyalen una sèrie de dèficits alimentaris que perceben que afecten negativament la seva salut, especialment entre les que treballen. Mentre que una –la que només estudia– diu que acostuma a menjar de manera equilibrada, una altra –que treballa i estudia– afirma que ha canviat considerablement la seva dieta i que el fet de viure de manera independent de la família hi ha contribuït força, tot i que prefereix no cuinar –al seu país tenia criada–. La noia que treballa és la que porta una dieta menys saludable, en part a causa de les seves circumstàncies laborals i socials. Manifesta que, com que els seus pares treballen i fan horaris molt llargs, mai no s'han preocupat massa de la seva alimentació, i considera que, a diferència dels seus germans nois, a ella no li han dedicat gaire atenció en aquest sentit i que per això ha passat èpoques en què no esmorzava, no sopava o només menjava "xuxeries". Diu que els seus àpats no són gaire equilibrats (porten molt de condiment, molta carn, etc.) i rarament menja fruita o iogurts. A més, creu que té uns horaris laborals –de deu del matí a onze de la nit– que li impedeixen tenir una alimentació adequada i no vol menjar cinc vegades al dia perquè pensa que s'engreixarà –bàsicament, perquè només vol menjar com al seu país, no li agraden les verdures ni la fruita d'aquí.

6.3. Polítiques sobre activitat física i alimentació

6.3.1. Generalitat de Catalunya

En l'àmbit autonòmic cal destacar dos plans d'actuació que articulen els programes i les accions específiques en el camp de l'esport i l'alimentació i que afecten la població jove: el Pla català de l'esport a l'escola, i el Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable.

El **Pla català de l'esport a l'escola** (PCEE) té com a objectiu principal la promoció de l'activitat física i l'esport fora de l'horari lectiu. Entre els seus objectius principals destaquen: la creació de les associacions esportives escolars (AEE) als centres educatius, on hi hauria d'haver un espai per a la participació de tota la comunitat educativa; la professionalització de la coordinació de les activitats –per part d'un professor del centre–; la creació de la figura dels alumnes dinamitzadors; l'oferta d'activitats físiques i esportives que responguin als interessos de l'alumnat, i la col·laboració entre el centre educatiu, l'ajuntament i el consell esportiu. La Generalitat de Catalunya proporciona, d'una banda, suport econòmic als centres que participen en el PCEE i, de l'altra, organitza accions formatives i trobades per als coordinadors i dinamitzadors.

El **Pla de salut** atorga molta importància a la manca d'activitat física (sedentarisme) com un indicador relacionat amb diferents malalties i, en conseqüència, considera que la pràctica d'activitat física i el fet de mantenir un "estil de vida actiu" són factors afavoridors d'un bon estat de salut. El Pla també afirma que l'alimentació equilibrada és un dels components fonamentals d'un estil de vida saludable.

Quant al **Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable** (PAAS) és un programa elaborat per la Generalitat de Catalunya que té com a objectiu principal respondre a l'increment registrat en la prevalença de l'obesitat, a través d'un seguit d'accions basades en l'activitat física i l'alimentació saludable. El Pla procura fer intervencions que afavoreixin que la gent adopti amb facilitat comportaments saludables en la seva vida quotidiana. Atès que s'entén que des dels centres d'atenció sanitària és difícil promoure una bona alimentació i l'activitat física, s'intenta que ho facin altres institucions del territori.

En el marc d'aquest programa s'estan portant a terme més de cinquanta activitats diferents en quatre àmbits d'acció: l'educatiu, el sanitari, el comunitari i el laboral. Algunes de les accions del PAAS estan implementades pels ajuntaments i els consells comarcals, d'altres, per les institucions sanitàries o educatives, i algunes, pels gremis implicats.

Una línia d'actuació interessant del PAAS com a estratègia preventiva és la creació d'entorns favorables que facilitin l'adopció progressiva i el manteniment d'estils de vida saludables. En aquest sentit, destaquen algunes accions que poden afectar l'entorn del jovent, com per exemple les *Recomanacions sobre màquines expenedores d'aliments i begudes (MEAB)* en els espais per a infants i joves de Catalunya, la promoció d'hàbits saludables en l'àmbit laboral –convé destacar el programa “A la feina, fem salut. Pugem escales!”–, i el projecte **AMED, establiments promotors de l'alimentació mediterrània**.

En l'àmbit laboral es proposa una intervenció anomenada Pack-escales, que conté informació i una guia de propostes per potenciar l'activitat física en els edificis. Consta d'un CD, adhesius i diverses presentacions adreçades a directius i treballadors. Es considera que aquestes iniciatives s'han de començar a implantar als edificis de les administracions públiques, les universitats, etc., per tal que siguin atractives per a les empreses privades en un futur. Aquestes intervencions també inclouen accions fora dels edificis mitjançant la retolació de rutes per caminar a la ciutat i propostes per pujar escales en l'espai urbà.

Els responsables institucionals entrevistats assenyalen que bona part de les polítiques de promoció de la salut no són obligatòries, sinó que adopten la forma de recomanacions adreçades als diferents actors socials, que són qui les haurien d'aplicar. A més a més, diuen que la major part de les accions necessiten ser pactades prèviament amb els actors –per exemple, el projecte AMED es fa en col·laboració amb els gremis d'hostaleria, el projecte MEAB amb l'associació de venda automàtica, etc.

D'altra banda, en relació amb l'alimentació i l'activitat física, els departaments d'Educació i Salut estan elaborant una **guia de recursos pedagògics** per difondre entre el professorat de centres de secundària (obligatòria i postobligatòria) bones pràctiques adaptades a cada edat. Aquestes pràctiques també es difondran entre professionals sanitaris perquè les fomentin entre els joves que reben atenció sanitària.

La col·laboració principal entre el Departament de Salut i el d'Educació és el programa **Salut i escola**, encaminat a millorar la coordinació entre l'escola i els serveis de salut per respondre a les necessitats dels adolescents, i dirigit a la població escolaritzada de tercer i quart d'ESO de tots els centres públics i concertats de Catalunya. De manera sintètica, consisteix a ubicar dins del centre educatiu un professional sanitari que prèviament ha rebut formació específica en tècniques d'entrevista i treball en grup, i en els aspectes de salut més rellevants de l'entorn jove. Habitualment es tracta d'un professional de la salut –d'infermeria, d'un centre d'atenció primària proper– que és al centre educatiu una tarda a la setmana per assessorar tots els joves que ho demanin, així com per participar en activitats educatives de prevenció. El programa té tres objectius fonamentals: a) facilitar la promoció d'actituds i hàbits saludables; b) reduir els comportaments que poden afectar negativament la salut dels joves, i c) detectar precoçment problemes de salut entre els joves. Fins ara, els temes més tractats en les consultes han estat la salut alimentària i la dimensió afectiva de la salut sexual. Cal destacar que aquest servei ha estat més utilitzat per les dones joves –per ser exactes, el 72% de les consultes han estat realitzades per noies, enfront el 28% dels nois (Entrevista 4: DGSP-PS)–. És, indubtablement, un programa molt ambiciós que cobreix unes necessitats molt importants: l'infermer que atén el jove, en cas que detecti algun trastorn de salut seriós, el deriva al centre de salut, i en els casos de trastorns de salut mental també intervé el psicòleg del centre. No s'ha aplicat a tots els centres perquè n'hi ha que hi fan objecció de consciència i no el demanen. Com que és un programa molt transversal que comprèn diversos temes (consums de risc, sexualitat, alimentació, activitat física, etc.), es tornarà a tractar en altres apartats d'aquest text.

Una altra col·laboració entre els departaments de Salut i d'Educació consisteix a afavorir que les escoles **obrin els patis en horaris extraescolars** perquè la gent del barri pugui fer-hi esport. Això implica donar una dimensió de salut a les instal·lacions esportives i promoure una oferta alternativa que no estigui tan vinculada a l'esport competitiu. En el mateix sentit, s'han potenciat les rutes per caminar a l'espai urbà: se n'han senyalitzat més de dues-centes en diferents municipis catalans, que inclouen informació sobre quilòmetres, temps, esforç necessari, etc.

D'altra banda, la Direcció General de Salut Pública encarrega periòdicament **campanyes informatives** a través dels mitjans de comunicació (televisió, ràdio, premsa) i els espais publicitaris (tanques, publicacions, etc.). En general, procura llançar missatges positius i afavorir l'aprenentatge dels espectadors, tot introduint, per exemple, aspectes d'alimentació saludable en diferents programes televisius (com va fer amb la iniciativa “Em ve de gust menjar bé” durant la setmana temàtica de TV3).

També es pretén **fomentar l'esport no competitiu**, ja que s'ha observat que l'esport basat en la competició desincentiva molt el jovent que no té unes condicions físiques o una predisposició mental determinada, o que no està dotat per a la competició. Alhora, es considera que s'ha de fugir de la idea de l'exercici físic com a mitjà per perdre o guanyar pes o per tenir una imatge determinada (entre els nois, per guanyar musculatura). La campanya publicitària que es vol fer actualment tractarà de lluitar en aquest sentit, perquè es pensa que això també pot influir en la salut mental de la gent jove.

Finalment, cal esmentar que la Secretaria de Joventut ha posat en marxa un servei d'assessories telemàtiques sobre qüestions d'alimentació a través del **portal Jove.cat**, que és atès per diverses entitats, com ara l'Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia.

6.3.2. Àmbit local

A escala municipal hi ha alguns programes que tenen com a finalitat millorar la salut dels infants i joves mitjançant l'alimentació i l'activitat física. Els més ben articulats i estesos són el *Thao* i el *Shape Up*, ambdós provinents d'iniciatives europees (el primer, de França, i el segon, dels països nòrdics) gràcies a una xarxa d'escoles promotores de la salut. Aquests programes intenten involucrar diversos actors socials en la prevenció dels riscos alimentaris, sobretot l'obesitat infantil, tot i que el seu públic objectiu pot comprendre persones de tots els grups d'edat de la comunitat. Són projectes encaminats a canviar els hàbits alimentaris, encara que també inclouen aspectes de l'exercici físic i tenen una dimensió participativa important, ja que fan protagonistes els nois i les noies tant en el procés de diagnòstic dels problemes com en la generació de propostes comunitàries.

Un dels municipis analitzats basa la seva estratègia d'actuació en matèria de salut de la gent jove en els aspectes alimentaris i l'activitat física. A més de participar en el programa *Thao*, aquest municipi promou activitats esportives per a tots els grups d'edat, molt especialment per a infants i adolescents, en col·laboració amb les associacions esportives locals. És per aquest motiu que organitzen de manera periòdica curses per formar monitors i tècnics d'esport –normalment joves d'entre 16 i 18 anys–, que després es dediquen a fer activitats esportives extraescolars. D'altra banda, se celebren esdeveniments mediàtics en l'àmbit local, com la nit de l'esport local, on es dona un reconeixement públic a la gent que participa en les activitats esportives del municipi, tot procurant incloure-hi criteris de bones pràctiques d'alimentació i activitat física.

Un altre programa destacable és el que s'implementa en el municipi A i altres del seu entorn comarcal, que consisteix a donar informació als alumnes de tercer d'ESO a través d'una **carpeta informativa**. Els tècnics de joventut municipals, davant els problemes per fer arribar informació al jovent, van decidir elaborar una carpeta atractiva, amb un llenguatge juvenil, on es tracten diverses qüestions de salut: l'alimentació, la sexualitat, les malalties de transmissió sexual, els accidents de trànsit, el tabac, el cànnabis, les drogues de disseny, la cocaïna, l'alcohol, les ciberaddiccions i el maltractament entre iguals. L'objectiu és donar una informació fiable i contrastada sobre comportaments de risc, i sobretot una guia perquè els joves sàpiguen on adreçar-se en el moment que tinguin algun problema de salut relacionat amb aquests temes. El contingut de la carpeta s'ha elaborat en col·laboració amb els diferents agents socials (joves, pares i mares, experts, mestres, etc.) i s'ha dissenyat des d'una perspectiva de promoció de la salut: està dirigida a tot el jovent, principalment a les persones que encara no tenen cap problema de salut però el poden tenir en el futur. Per això s'ha fet en un format que permet que els joves la guardin durant un temps llarg i la consultin quan ho necessitin. La carpeta es distribueix –amb les explicacions pertinents– des del 2004 a tots els alumnes de tercer d'ESO del municipi, amb la qual cosa es garanteix que arribi a tota la cohort generacional cada any. La presentació es fa a principi de curs i genera una certa allau de visites al punt d'informació juvenil del municipi, on treballa la persona de l'associació contractada per l'ajuntament per assessorar en temes de salut. Els tècnics del municipi expliquen que en algun moment es va intentar fer una carpeta conjunta amb tots els pobles de la comarca, però finalment es va decidir que era millor adaptar-la al context concret de cada municipi, de manera que es va tornar a fer. Aquesta circumstància denota, un cop més, una certa dificultat per articular iniciatives entre diferents institucions en matèria de salut i joves.

En el grup de discussió fet en aquest municipi –noies que estudien– s'han detectat alguns comentaris relacionats amb aquesta iniciativa. Les anàlisis realitzades permeten concloure que la carpeta informativa arriba al jovent: es constata que totes les participants la coneixen i diuen que la tenen guardada a casa. Tot i que moltes van deixar l'institut fa uns anys, l'han conservat i que en cas de necessitat en farien ús, malgrat que es resisteixen a reconèixer-ho de manera explícita –és l'anàlisi detallada del seu discurs el que permet deduir

que la tenen com un punt de referència important-. També s'adverteix una actitud ambivalent entre aquestes joves, que és recurrent en relació amb la majoria d'iniciatives impulsades per les institucions públiques: expressen la seva conformitat, però alhora procuren aparentar que el tema no els interessa gaire. És molt probable que les qüestions de salut generin aquesta actitud, que té molt de representació mitjançant la qual els joves intenten gestionar la seva imatge davant els altres –davant els iguals–, ja que expressar un interès massa explícit per la carpeta podria ser interpretat per la resta de joves com un indicador que s'ha patit algun problema –cosa que intenten evitar.

Les participants del grup també diuen que a l'institut la carpeta es llegeix de manera sistemàtica a l'hora de les "tutories", quan en una mena de taller participatiu es repassa cada secció perquè tothom en tingui consciència. Tanmateix, no queda clar si tots els instituts del municipi ho fan de manera tan aprofundida, ja que les participants que han estat alumnes de l'institut concertat diuen que no ho han fet tan sistemàticament. Això podria il·lustrar el fet que aquestes qüestions, per motius ideològics, es tracten de manera diversa per diferents sectors de la nostra societat.

6.3.3. Percepcions i experiències en relació amb les polítiques d'alimentació i activitat física

En els grups de discussió han aparegut diverses referències a estratègies, polítiques i intervencions per millorar l'alimentació i l'activitat física del jovent.

a) Sobre l'activitat física

En general, les noies i nois dels grups saben que les institucions públiques –principalment els ajuntaments– organitzen amb una certa periodicitat actes per promoure l'activitat física entre la població (curses, caminades, sortides, etc.). També veuen que en el món escolar, els esplais i els àmbits juvenils i educatius s'organitzen nombroses activitats esportives, encara que assenyalen que cal inscriure-s'hi i acostumen a ser de caràcter col·lectiu –es necessita més gent per participar-hi– i competitiu. No perceben que l'activitat física que es practica de manera individual estigui tan a l'abast, i consideren que sovint s'ha de practicar en un gimnàs o un centre similar, tot i que alguns esports com córrer o anar en bicicleta es puguin fer en solitari i al carrer. Els **nois** –tant els que treballen com els que estudien– perceben que als gimnasos hi ha més dones que homes i dedueixen que els esports més "barats" (més de "carrer", com córrer, anar en bicicleta, jugar a futbol, etc.) són més propis dels homes. A més, remarquen que anar a córrer és un esport gratuït i que, per tant, és a l'abast de tothom.

Curiosament, són les noies les que més èmfasi fan en la necessitat de disposar d'instal·lacions esportives adequades –pensen sobretot en gimnasos–, malgrat que reivindiquen que haurien de ser més barats –això es detecta tant entre les **noies estudiants** com entre les **treballadores**–. Així, per exemple, les **noies que treballen** reconeixen que haurien de fer més esport i ser menys sedentàries, però ho veuen difícil i consideren que per fer activitat física de manera regular cal crear-se una obligació. Per això el gimnàs els va bé, ja que, com que s'ha de pagar, la gent està més motivada per anar-hi, i a més hi ha un monitor que dirigeix, organitza i planifica l'activitat, cosa que aquestes noies consideren important per crear una vinculació. Una altra manera d'obligar-se és fer esport amb altra gent –o "passejar un gos", diu algú–. Les mateixes noies afirmen que saben que l'ajuntament del municipi on resideixen fa nombrosos actes per promoure l'esport (la nit de l'esport, les 24 hores de futbol, travesses, etc.), però creuen que van més adreçats a adolescents i nois, i les dones de la seva edat (uns 25 anys) se'n senten una mica desplaçades. D'altra banda, observen que bona part de les activitats esportives habituals que es fan al municipi són organitzades per entitats privades (associacions esportives, etc.), però acostumen a ser esports d'equip, cosa que hi dificulta l'accés. Finalment, les participants demanen una millora dels equipaments: per exemple, un gimnàs municipal a preus públics –es diu que la gent jove no disposa de prou diners–, amb horaris més adaptats a les necessitats de la gent que treballa i estudia, etc.

b) Sobre l'alimentació

— Algunes de les **noies estudiants** que estan a punt d'anar a estudiar a Barcelona perceben que, en endavant, s'hauran de responsabilitzar de la seva alimentació, i de manera preventiva s'han preocupat de crear-se una dieta equilibrada des del punt de vista nutricional, "per no caure en mals hàbits". És a

dir, pensen que el canvi els pot comportar desordres alimentaris i que s'ha d'actuar preventivament per evitar-ho. Aquestes suposades bones pràctiques les han obtingudes a partir de l'assessorament d'una persona coneguda que estudia dietètica.

- Dels discursos dels **nois estudiants** es dedueix que l'alimentació no acostuma a ser una prioritat, ja que mentre no notin cap malestar físic no veuen motius per canviar l'estil –en general, poc saludable– de la seva alimentació. Així, per exemple, un dels nois afirma que periòdicament, a causa del seu desordre alimentari, s'engreixa i nota que li costa més fer activitat física, i llavors procura “cuidar-se”: ser més regular en els horaris dels àpats, menjar menys fregits i dolços, i més fruites, amanides, cereals, etc. Un altre noi afirma que menjar “malament” li repercuteix negativament en la salut, cosa que li passa sovint quan va a menjar a bars i restaurants, per la qual cosa prefereix cuinar a casa. És interessant observar que l'opció de cuinar “sa” –almenys en aquest cas– és una opció condicionada pel malestar, és a dir, no és una tria raonada o conscient sinó obligada per l'organisme. En definitiva, els nois es consideren ben informats –o volen mostrar aquesta actitud– i prefereixen pensar que si no mengen de manera més saludable és perquè no volen. En general, aquests joves estudiants no recorden gaires campanyes institucionals sobre l'alimentació saludable, tot i que al llarg del debat comenten diverses vegades que a l'institut els van informar bastant sovint sobre aquesta qüestió. Actualment tot sembla indicar que la pressió més forta que reben per menjar de manera saludable prové de la família, particularment de les mares. Els **nois que treballen** expressen actituds similars, amb l'excepció que aquesta pressió materna no els arriba o ho fa de manera molt més feble.
- Finalment, pel que fa a les **noies que treballen**, perceben que entre la gent jove falta informació sobre l'alimentació saludable i creuen que caldria fer-ne una difusió generalitzada. En tot cas, és possible que tinguin prou informació –de fet, elles mateixes descriuen què s'ha de fer per menjar millor–, però que prefereixin dir que no perquè les seves pràctiques són poc saludables; d'aquesta manera redueixen l'assumpció de responsabilitats. En general, aquestes noies arriben a la conclusió que la seva alimentació només podria millorar si disposessin de més temps per planificar-la, comprar, cuinar, etc.; és a dir, necessitarien canvis estructurals en el seu horari i el seu calendari per poder conciliar els diferents àmbits laboral, familiar, personal, etc. Dit d'una altra manera, es perceben a si mateixes en un entorn social que obstaculitza la possibilitat de seguir unes pràctiques alimentàries més desitjables (saludables) i descriuen una situació de manca d'autonomia per prendre les decisions més vàlides. Cal ser conscients que, per a una persona que se situa en aquesta posició, els missatges de les institucions per promoure una millor alimentació poden arribar a ser rebuts amb hostilitat, ja que es pot sentir culpabilitzada.

En definitiva, d'acord amb aquests discursos, podem concloure que el jovent no és gaire conscient de les iniciatives que les institucions públiques promouen per potenciar una alimentació saludable, o si ho són no ho exterioritzen en les seves converses públiques. En tots els casos esmentats, els canvis envers pràctiques més saludables han vingut de persones de l'entorn proper (familiars, amics, etc.), però no s'esmenta cap influència dels programes institucionals en aquest sentit. És possible que el coneixement i els hàbits d'alimentació saludable s'apreguin en etapes més primerenques de la vida, i que posteriorment en les edats juvenils ja es donin per descomptats. Això justificaria centrar els esforços en l'escola, com ja fan molts dels programes esmentats.

7. Consums de drogues

7.1. Alcohol

7.1.1. Consums d'alcohol

L'alcohol és una de les substàncies tòxiques més utilitzades en les societats contemporànies i és responsable de nombrosos problemes de salut pública (Babor *et al.*, 2003). Al mateix temps, és un producte molt arrelat en les tradicions culturals i les pautes socials de les societats occidentals. El consum elevat d'alcohol entre la població jove és un problema creixent de salut pública que afecta especialment molts països occidentals (Jernigan, Ostroff i Ross, 2005; McCreanor, 2005; Kneale i French, 2008). Al contrari del que succeeix amb altres tipus de drogues, l'alcohol afecta segments de la població jove amb un estatus socioeconòmic elevat i, per exemple, és molt freqüent entre els joves universitaris (Karam *et al.*, 2007). El consum d'alcohol en la població jove no solament té conseqüències directes en la salut a curt i llarg termini sinó que, a més a més, està associat a una altra sèrie de comportaments "no saludables", com ara la conducció temerària de vehicles (accidents), la pràctica del sexe sense protecció ni planificació, la violència, etc. (Harford *et al.*, 2002).

El consum d'alcohol és habitual entre bona part del jovent català (taula 35). Segons l'Enquesta domiciliària sobre alcohol i drogues referida a l'any 2007, el 67% de la gent jove catalana ha consumit alcohol en el darrer mes, el 82% en el darrer any i el 89% alguna vegada a la vida. Són dades que tendeixen a decréixer lleument respecte a les de 2005.

Taula 35. Prevalença del consum d'alcohol entre la població de 15 a 29 anys segons la freqüència temporal de consum, per sexe (percentatge). Catalunya, 2005-2007

Consum d'alcohol	2005			2007		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
Alguna vegada a la vida	93	91	92	88	90	89
Alguna vegada en els últims dotze mesos	85	82	84	82	82	82
Alguna vegada en els últims trenta dies	77	69	73	73	62	67

Font: Subdirecció General de Drogodependències, Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut: Anàlisi de l'Enquesta domiciliària sobre alcohol i drogues 2005 i 2007. Observatori Espanyol sobre Drogues, Delegació del Govern per al Pla nacional sobre drogues.

D'acord amb les dades de l'ESCA 2006, es reitera que dues tercers parts dels joves (67%) n'han consumit durant els darrers trenta dies. Només el 13% diuen que no n'han consumit mai (taula 36).

Taula 36. Consums d'alcohol en persones de 15 a 65 anys segons el nivell de consum, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006

Nivell de consum	Joves (15-29 anys)	Adults (30-65 anys)
No n'ha consumit mai	13	9
N'ha consumit el darrer mes	67	67

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2006.

La proporció de persones que han consumit alcohol durant els darrers trenta dies es manté més o menys igual entre joves i adults. L'explicació pot radicar en l'edat mitjana d'inici en el consum, que se situa aproximadament en l'adolescència. Tot i que per al 2006 no tenim aquesta dada, segons l'ESCA 2002 l'edat mitjana d'inici en el consum d'alcohol era de 16,6 anys (sd=2,1; els homes: 16,6; les dones: 16,5).

Les persones joves que han consumit alcohol durant l'últim mes es caracteritzen per ser més homes (72%) que dones (60%); predominen especialment entre els majors de 20 anys, entre els que treballen i entre els que viuen sols, amb amics o amb la família d'origen –la prevalença disminueix entre els que viuen amb la parella i/o fills–. Els consums s'incrementen a mesura que augmenta l'estatus social (grup I: 75%; grup V: 58%); són més importants entre els que han nascut a Catalunya i Espanya (70%) que a l'estranger (49%), i per àmbit territorial són més elevats entre els residents a les comarques de Girona (73%) i l'Alt Pirineu i Aran (72%) que a la Catalunya Central (57%) (dades de l'ESCA 2006).

L'ESCA recopila dades per calcular un índex de consum d'alcohol individual, tot tenint en compte les unitats d'alcohol consumides diàriament, estandarditzades per tipus de beguda alcohòlica –de més o menys graduació–, pel patró de consum setmanal i per si la ingesta es fa entre setmana o el cap de setmana. Tot plegat permet classificar els consumidors en tres categories:

- No bevedors: No han consumit alcohol en els darrers dotze mesos.
- Bevedors moderats: Consumeixen menys de 28 unitats/setmana, els homes, i 17 unitats/setmana, les dones.
- Bevedors de risc: Consumeixen 28 unitats/setmana o més, els homes, i 17 unitats/setmana o més, les dones; o fan cinc consumicions seguides almenys un cop al mes.

Taula 37. Índex de consum d'alcohol en la població de 15 a 65 anys segons el tipus de consumidors, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006

Tipus de consumidor	Joves (15-29 anys)	Adults (30-65 anys)
No bevedors	24	24
Bevedors moderats	68	71
Bevedors de risc	8	4
Total	100	100

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2006.

Les dades de l'ESCA 2002 i 2006 sobre aquesta qüestió no es poden comparar directament perquè les preguntes dels dos anys estan redactades de manera molt diferent. D'acord amb l'índex de consum d'alcohol referit als joves enquestats el 2006, es pot dir que el 68% dels joves catalans són bevedors moderats, el 24% són abstemis i el 8% són bevedors de risc –un percentatge que duplica el dels adults, cosa que dóna indicis sobre el paper de l'alcohol en les pràctiques juvenils, presumiblement en el temps d'oci– (taula 37). Si analitzem qui forma aquests dos darrers grups, veiem que:

- El 24% dels joves **no bevedors** són més dones que homes (gairebé el doble), predominen entre els grups més joves (15-19 anys: 33%) i entre els que tenen menys estudis (efecte de l'edat); de fet, hi ha més abstemis entre els que estudien (27%) i els que fan feines de la llar (63%). També predominen entre els que viuen en parella i/o amb fills, i n'hi ha més entre els nascuts fora d'Espanya (42%) que a Espanya (27%) o Catalunya (21%). Finalment, la proporció d'abstemis augmenta a mesura que baixa el nivell d'estatus social.
- Els considerats **bevedors de risc** suposen el 8% de la mostra. Es caracteritzen per ser més homes que dones (el triple), predominen entre els que viuen amb amics (20%) o sols (17%), entre els que han nascut a Catalunya o Espanya, entre els grups d'estatus social elevat –especialment el grup I–, i entre els que

resideixen a l'Alt Pirineu i Aran (15%), les comarques de Girona (14%) i les Terres de l'Ebre (10%). D'altra banda, es troben en tots els grups d'edat joves, es distribueixen més o menys igual per tots els nivells d'estudis i no hi ha gaires diferències entre els que treballen i els que estudien.

El consum d'alcohol es concentra en els caps de setmana –un concepte que, teòricament, a efectes de l'ESCA, va de divendres a diumenge– (taula 38). Només la cervesa i el vi tenen una certa presència durant els dies feiners, i els seus consumidors es multipliquen per dos o tres durant el cap de setmana. Els licors de baixa graduació (cigalons, vermuts, xopets, licors afruitats) i els d'alta graduació (whisky, conyac, ginebra, vodka, rom, aiguardents, combinats i similars) pràcticament només es consumeixen el cap de setmana.

Taula 38. Consum d'alcohol en la població de 15 a 29 anys segons la categoria, per franja setmanal (percentatge). Catalunya, 2006

Categories	Joves (15-29 anys)	
	Feiners	Caps de setmana
Cervesa	23	49
Vi	12	36
Licors de baixa graduació	3	21
Licors d'alta graduació	2	48

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2006.

7.1.2. Percepcions i experiències amb l'alcohol

Els grups de discussió ens proporcionen informació sobre com percep la gent jove els consums d'alcohol, sobre les seves experiències en aquest àmbit i sobre com incideix el consum d'alcohol en la planificació del seu oci.

a) Percepció i consums d'alcohol

— Les **noies estudiant**s consideren que el factor de risc principal que perjudica la salut del jovent –en el territori on viuen– és l'alcohol. Afirmen que, sobretot els caps de setmana, els que surten de festa en grup probablement beuen en excés i de manera compulsiva, i alguns fins i tot en fan ostentació. Cal dir que aquesta és l'opinió de les noies més joves del grup –entre 18 i 19 anys–, que són les que diuen que no beuen. En canvi, les que declaren que beuen alcohol el cap de setmana –són les que tenen més edat del grup, al voltant dels 27-29 anys– no fan afirmacions tan dràstiques ni alarmistes i es mostren més comprensives amb els consums en els àmbits d'oci juvenil.

— Els **nois que estudien** manifesten que els caps de setmana el jovent beu molt (“és un *desmadre*”). Aquests joves fan referència sobretot al ritual que se segueix els caps de setmana, consistent a quedar amb altres joves o bé per sopar –on es beu alcohol– o bé per “fer botellot”, amb l'objectiu de xerrar, relacionar-se i decidir on anar a passar la nit de festa, normalment alguna discoteca –on, segons diuen, és important arribar ja “entonat” amb uns certs consums d'alcohol, ja que en aquests locals les begudes solen a ser massa cares per a ells.

“H7: Lo millor és fer un sopar! [...] Beus el vi o la sangria que hi hagi i aleshores ja surts una mica content. I així no et gastes els diners... Si has d'arribar a la discoteca serè... aleshores tens un problema.”

— Els **nois que treballen** diuen que beuen alcohol amb regularitat i tenen la percepció que el jovent beu molt els caps de setmana. A més, des del seu punt de vista ara es beu més alcohol que en el passat. Afirmen que hi ha un negoci molt gran al voltant de la venda d'alcohol que mou molts diners, de la qual cosa dedueixen que el consum està en expansió. A diferència dels altres grups de discussió, en aquest hi ha joves que diuen

que beuen alcohol amb regularitat també els dies feiners, sobretot a l'hora dels àpats, i per als quals els consums lúdics fora dels àpats depenen dels diners disponibles: si no en tenen gaires, prefereixen guardarlos per al cap de setmana, però si en tenen suficients també beuen entre setmana. Ells mateixos perceben que els consums lúdics entre setmana abans no eren tan comuns, i ho atribueixen al fet que hi ha molts joves a l'atur que ara tenen moltes hores lliures ("com que no tens res més que fer... per quedar-te a casa..."). De totes maneres, s'observa una contradicció en el seu discurs: d'una banda, diuen que per beure alcohol entre setmana cal disposar de diners i, de l'altra, afirmen que ara en beuen més perquè estan a l'atur. La contradicció es dilueix una mica quan aclareixen que el consum es produeix a casa o el carrer, però no als bars, és a dir, que compren begudes barates al supermercat i les consumeixen al carrer de manera col·lectiva o a casa de manera individual. Remarquen que, si no hi ha diners, no poden anar de bars. Queda el dubte de si és una situació conjuntural, de manera que, quan tinguin feina i diners, ja només beuran alcohol el cap de setmana en bars o locals d'oci nocturn –que és el que es desprendria de la seva argumentació-justificació.

- Les **noies que treballen** consideren que el consum d'alcohol és elevat en el seu context social, perquè, com que la "cultura de bar" està molt arrelada en el seu territori, és un hàbit generalitzat, en especial entre els homes de totes les edats, que van al bar diverses vegades durant el dia: en sortir de treballar al migdia, a la tarda, dissabtes o diumenges al matí, etc. Diuen que és un comportament que s'aprèn des de molt petit. Pel que fa al jovent, consideren que l'absència d'altres llocs on anar facilita que els bars esdevinguin els punts de trobada dels joves, cosa que afavoreix que el consum d'alcohol formi part de les relacions socials entre el jovent –ahora, tothom ho dóna per descomptat.

Els joves immigrants també assenyalen quina és la seva relació amb l'alcohol:

- En general, els **nois immigrants** entrevistats no beuen alcohol, tot i que, segons ells, els seus amics sí que ho fan. La majoria ho van deixar fa temps, per diferents motius: perquè se'ls posava malament (motius de salut), per manca de diners (motius econòmics) i perquè els generava problemes familiars (pressió social). No s'ha de descartar la influència de la seva adscripció ètnica o religiosa, principalment el seguiment de pautes islàmiques, que pot actuar com un element d'integració en la comunitat, que els genera un capital social especialment important en èpoques de crisi.
- Entre les **noies immigrades** entrevistades, dues diuen que només beuen alcohol en circumstàncies socials determinades –quan surten de festa o en ocasions especials–, mentre que la tercera reconeix que fa uns consums més freqüents –en consumeix amb regularitat també els dies feiners, quan es troba amb amics–. Aquesta darrera és la que té una pressió laboral més dura i un estatus socioeconòmic més baix.

b) Planificació del temps d'oci nocturn i relació amb els consums

En els grups de discussió apareixen indicis de com la gent jove organitza i planifica les sortides d'oci nocturn, principalment de cap de setmana, uns temps i uns espais que acostumen a esdevenir els àmbits on els consums es produeixen amb més freqüència.

- Les **noies que estudien** descriuen com és una sortida de festa: surten de casa aproximadament entre les onze i les dotze de la nit, van a una zona de bars local i prenen algunes copes (alcohol). Les joves de més edat (majors de 25 anys) s'hi queden o van a algun altre local del mateix municipi; en canvi, les més joves després solen desplaçar-se a altres municipis que actuen com a centres d'oci nocturn comarcal –on hi ha discoteques– i argumenten que és molt difícil sortir sense beure alcohol. Aquestes noies justifiquen la necessitat de marxar dient que al seu poble "no hi ha res" i que per això estan obligades a marxar. D'acord amb els seus discursos, tot sembla indicar que el seu moment vital i el seu estil d'oci requereixen un lloc que permeti conèixer persones noves i que garanteixi una mica més d'anonimat. És per això que, encara que es facilités un espai d'oci adequat en el seu municipi, possiblement moltes seguirien anant a fora. L'hora de tornada la situen al voltant de les sis de la matinada. D'altra banda, les participants de més edat (majors de 25 anys) diuen que, després de quedar amb algú per sopar, surten cap a les dues, van a beure a algun bar o *pub* del municipi, i després tornen a casa pels vols de les quatre. Afirmen que anys enrere sortien més, però que ara amb menys ja en tenen suficient –amb algunes excepcions de tant en tant– i argumenten que quan eren més joves ja van experimentar prou. Entre les més joves i les més

grans del grup hi ha una diferència destacable: les darreres tenen una vida relacional o sentimental més estabilitzada que les primeres, un factor que pot tenir força influència en les decisions sobre el temps d'oci.

- Els **nois estudiants** relacionen directament les sortides nocturnes del cap de setmana amb el consum d'alcohol, principalment. Diuen que les sortides de festa acostumen a fer-se entre les onze de la nit i les sis del matí. Alguns afirmen que surten més tard per tal d'“evitar cues” (cap a dos quarts de tres). Quan surten aviat, normalment van a sopar a casa d'algú i allà ja beuen bastant d'alcohol. Si surten més tard, acostumen a anar a un *pub* o similar, on també beuen i es troben amb altres persones. Entre la una i les dues és l'hora d'anar a la discoteca, encara que no hi van sempre –quan no hi van es queden als *pubs* tota la nit–. En qualsevol cas, l'objectiu d'aquest procés és arribar a la discoteca amb una certa quantitat d'alcohol beguda (“si has d'arribar a la discoteca serè... aleshores tens un problema”). El motiu és que allà l'alcohol és més car i les possibilitats de beure es redueixen. Per això, sovint fan “*botellón*” abans d'entrar a la discoteca –de vegades ja comencen al sopar–. Pel que fa als sopars d'inici de les sortides de cap de setmana, hi predominen els nois, tot i que de vegades també poden ser mixtes. Quant al lloc on es fan, a més de pisos d'estudiants o cases de joves on els pares no hi són, s'esmenten els “locals” propis, baixos o arreglats per un grup de joves per passar-hi el temps, relacionar-se, jugar, etc. Diuen que en l'àmbit rural són relativament habituals (més entre els nois) i hi tenen una nevera amb begudes, una *PlayStation*, etc. La particularitat d'aquests locals és que també funcionen entre setmana, per la qual cosa poden ser un lloc on consumir alcohol i altres substàncies amb regularitat –a més d'una forma de mantenir una xarxa d'interrelacions socials.
- Els **nois que treballen o que estan a l'atur** es queixen que disposen de menys diners i no poden fer el que voldrien –especialment els darrers–, però també diuen que es pot sortir de festa i consumir substàncies legals i il·legals sense gastar gaire. S'observa que, amb la crisi –i l'atur que viuen la meitat dels membres del grup–, els joves prefereixen sopar a casa, no a fora. L'oci de cap de setmana es planifica de manera col·lectiva, juntament amb joves que resideixen al municipi i altres que són fora durant la setmana per motius d'estudis. Quan surten, el punt de reunió acostuma a ser un bar o la casa d'un amic, tot i que darrerament prefereixen recollir casa per casa a cadascú, anar a una benzineria o un pàrquing a fer *botellón* i, ja més tard, anar a un bar, un *pub*, un local musical o una discoteca. Afirmen que el *botellón* es fa més a l'estiu. Els (pocs) joves del grup que reconeixen anar a discoteques amb regularitat expliquen que procuren anar-hi molt d'hora per tal de rendibilitzar el preu de l'entrada. Els agrada anar-hi perquè els agrada ballar i, curiosament, també perquè no els agrada gaire beure alcohol i saben que si no van a la discoteca han d'estar-se als bars del municipi i al llarg de la nit es gasten més diners perquè han de prendre més copes. Cal apuntar que aquests nois procuren anar a discoteques situades en altres municipis –a Barcelona, sobretot–, cosa que implica estratègies de desplaçament en grup. D'altra banda, bona part dels participants en aquest grup no són gaire partidaris d'anar a discoteques, principalment perquè no els agrada el tipus de música i sobretot perquè no volen pagar per entrar –prefereixen gastar els diners en altres coses–. Finalment, hi ha força mobilitat, ja que els joves van d'un municipi a un altre segons una estratègia relativament prefixada. No queda clar quina és la seva hora de tornada, però sembla que bastant més tard que la resta de grups: probablement, el fet de residir a l'àrea metropolitana els ofereix més opcions de locals i de transport per aguantar fins a més tard.
- Les **noies treballadores** assenyalen que, els dies que surten de festa, algunes primer queden amb amigats per sopar a algun bar o restaurant del poble –diuen que s'ho poden permetre; de fet, totes tenen ingressos regulars– i després van a algun local (bar, *pub*) on consumeixen alcohol i es relacionen. Cada cop tendeixen a sortir menys del municipi: diuen que abans anaven més a llocs propers de la comarca, i que ara ja no ho fan tant –aquí apareix de nou l'efecte de l'edat, ja que la majoria tenen més de 25 anys–. Les joves d'aquesta edat asseguren que abans sortien de festa amb més freqüència i fins a més tard, però que a mesura que han anat fent anys han disminuït el ritme. A més a més, les que tenen parella diuen que surten menys que les que no en tenen i que elles mateixes en el passat. El motiu principal de no sortir tant és evitar conduir després d'haver begut alcohol –si això fos cert es podria deduir que l'enduriment de les sancions de trànsit té un efecte en el canvi de comportament d'aquestes joves.

En definitiva, s'observa que les pautes d'oci afavoreixen uns consums determinats, especialment d'alcohol, ja que els punts de trobada i destí acostumen a ser bars, *pubs*, discoteques o *after hours*. Les noies de menys edat (menors de 20 anys) presenten una major mobilitat, mentre que les més grans (majors de 25 anys) prefereixen anar a menys llocs i fan sortides més tranquil·les. Quant als nois, en canvi, sembla que tots surten amb la mateixa intensitat.

7.1.3. Polítiques sobre l'alcohol

En relació amb l'**alcohol** també cal destacar un seguit d'accions de prevenció que s'estan desenvolupant tant en l'àmbit autonòmic com local.

a) Generalitat de Catalunya

S'han articulat un conjunt d'accions adreçades a prevenir les conductes de risc relacionades amb l'alcohol en l'àmbit escolar, que prenen formats diversos, com ara xerrades informatives –el més habitual–, repartiment de material informatiu o, en alguns casos, exposicions interactives com **Oh, alcohol!**.

Un altre programa que té com a objectiu fer front als problemes derivats del consum d'alcohol és **Beveu menys**, implementat per l'Òrgan Tècnic de Drogodependències del Departament de Salut des de l'any 2002. És un programa que no s'adreça a la població jove, sinó a la població en general i que es desenvolupa des dels centres d'atenció primària: el metge o infermer del centre, que prèviament ha rebut una formació específica, aconsella sobre la millor manera d'abordar possibles problemàtiques amb l'alcohol als pacients que ho sol·licitin. En el cas dels joves, el programa intenta retardar l'edat d'inici del consum, així com minimitzar-ne els danys quan se'n consumeix. En el marc d'aquest programa també s'han elaborat una sèrie de materials (un manual d'autoajuda, una calculadora per autoavaluar el consum d'alcohol) per ajudar les persones a afrontar els problemes de l'alcohol, amb la guia del professional de la salut.

El programa **Salut i escola** també s'ocupa de donar assessorament i informació en matèria de consums d'alcohol. Com ja s'ha dit en un apartat anterior, és un programa dirigit a la població escolaritzada de tercer i quart d'ESO de tots els centres públics i concertats de Catalunya, i consisteix a ubicar dins del centre educatiu un professional sanitari que prèviament ha rebut formació específica en tècniques d'entrevista i treball en grup, i en els aspectes de salut més rellevants de l'entorn jove, entre els quals hi ha l'alcohol. El programa pretén assessorar totes les persones joves que ho demanin i fer que participin en activitats educatives de prevenció. Té tres objectius fonamentals: facilitar la promoció d'actituds i hàbits saludables; reduir els comportaments que poden afectar negativament la salut dels joves, i detectar precoçment problemes de salut entre els joves.

Els responsables institucionals entrevistats també esmenten l'enduriment de les lleis de trànsit, que penalitzen molt més el consum d'alcohol que en el passat, amb uns resultats molt positius pel que fa a la reducció d'accidents. Aquests canvis prenen forma a partir de la Llei estatal 17/2005, de 19 de juliol, per la qual es regulen el permís i la llicència de conducció per punts i es modifica el text articulat de la Llei sobre trànsit, circulació de vehicles de motor i seguretat viària, una llei que estableix l'anomenat *carnet per punts* i que ha tingut un gran impacte en el canvi d'hàbits dels conductors a Espanya, especialment entre els més joves. A Catalunya es complementa amb els plans catalans de seguretat viària (2005-2007 i 2008-2010), que posen èmfasi en el control del consum d'alcohol en la conducció de vehicles. Les polítiques de reducció d'accidents de trànsit han tingut un fort component disciplinari, però han tingut èxit. L'augment dels controls d'alcoholèmia i les penalitzacions associades han aconseguit reduir els accidents molt més entre els joves que entre els adults –les dades objectives presentades a la primera part d'aquest text així ho corroboren.

Una altra acció destacada és el programa **Kolocat**, impulsat per un grup de tècnics municipals de joventut i de prevenció de problemes associats a les drogues i pel grup Perifèrics,⁴ al qual han donat suport el Departament de Salut i la Secretaria de Joventut i que ha disposat de l'assessorament i la gestió de l'entitat Educació per a l'Acció Crítica (EdPAC). L'objectiu d'aquesta acció és dotar els professionals i els agents socials d'una eina per oferir als joves informació sobre drogues (tabac, alcohol, cànnabis), sexualitat i noves

4 Els territoris adherits a aquesta iniciativa són –segons el web del projecte <http://www.elpep.info/credits.htm>– els consells comarcals de les Garrigues, el Pla d'Urgell i l'Urgell; les organitzacions municipals del Consorci Badalona Sud, la Mancomunitat de la Vall del Tenes, el Pla de prevenció de drogues i promoció d'hàbits saludables de l'Alt Vallès Oriental, i els ajuntaments d'Arenys de Mar, Badalona, Cubelles, el Vendrell, Granollers, Gualba, la Roca del Vallès, Lleida, Pals, Paret del Vallès, Reus, Sabadell, Sant Cugat del Vallès, Verges, Vic i Vilanova i la Geltrú. Al web <http://www.laclara.info/credits.htm> s'especifica que el grup promotor del projecte està format per Carles Sedó (Ajuntament de Santa Coloma de Gramenet), Jordi Bernabeu (Mancomunitat de la Vall del Tenes), Esther Bartlett (Ajuntament de Paret del Vallès), Xavier S. Pretel (Pla Dolium de Cerdanyola del Vallès) i Isidre Plaza (Ajuntament de Granollers). Així mateix, ha rebut el suport de tècnics de joventut i/o de drogodependències de la Mancomunitat del Baix Montseny, la Mancomunitat Penedès-Garraf, el Pla C-17 de l'Alt Vallès Oriental, la Mancomunitat dels ajuntaments d'Abrera, Esparreguera, Olesa i Sant Esteve, i dels ajuntaments d'Amposta, Cambrils, Lleida, Tarragona, Reus, Rubí, Vilafranca del Penedès i Vilanova i la Geltrú.

tecnologies, i posar-los en contacte amb els tècnics i especialistes del territori. Un dels resultats més visibles i interessants d'aquesta iniciativa ha estat la creació de dues webs diferenciades i adaptades a dos grups de joves: www.elpep.info i www.laclara.info. La primera s'adreça a joves d'entre 14 i 16 anys i, per tant, té una orientació més educativa; i la segona, de caire més informatiu, està pensada per a joves de més de 16 anys. Kolocat dona informació d'una manera interactiva i bidireccional, ja que els joves poden adreçar-s'hi per fer consultes i participar en fòrums temàtics.

b) Àmbit local

Pel que fa a l'àmbit local, molts ajuntaments i escoles fan ús dels instruments dissenyats i proporcionats pels departaments de la Generalitat (exposicions, xerrades, etc.).

En un dels municipis estudiats hi ha una iniciativa interessant, ja esmentada en relació amb l'activitat física i l'alimentació, que inclou l'alcohol entre els seus camps d'actuació: consisteix a donar informació als alumnes de tercer d'ESO a través d'una **carpeta informativa**. Els tècnics de joventut municipals, davant els problemes per fer arribar informació al jovent, van decidir elaborar una carpeta atractiva, amb un llenguatge juvenil, on es tracten diverses qüestions de salut, entre les quals hi ha el consum d'alcohol, la sexualitat, les malalties de transmissió sexual, l'alimentació, els accidents de trànsit, el tabac, el cànnabis, les drogues de disseny, la cocaïna, les ciberaddiccions i el maltractament entre iguals. L'objectiu és donar una informació fiable i contrastada sobre comportaments de risc i sobretot una guia perquè els joves sàpiguen on adreçar-se en el moment que tinguin algun problema de salut relacionat amb aquests aspectes. El contingut de la carpeta s'ha elaborat en col·laboració amb els diferents agents socials (joves, pares i mares, experts, mestres, etc.) i s'ha dissenyat des d'una perspectiva de promoció de la salut: va dirigida a tot el jovent, principalment a les persones que encara no tenen cap problema de salut però el poden tenir en el futur. És per això que s'ha fet en un format que permet que els joves la guardin durant un temps llarg i la consultin quan ho necessitin. La carpeta es distribueix –amb les explicacions pertinents– des del 2004 a tots els alumnes de tercer d'ESO del municipi, amb la qual cosa es garanteix que arribi a tota la cohort generacional cada any. La presentació es fa a principi de curs i genera una certa allau de visites al punt d'informació juvenil del municipi, on treballa la persona de l'associació contractada per l'ajuntament per assessorar en matèria de salut. En el grup de discussió realitzat en aquest municipi –noies que estudien– hem observat alguns comentaris relacionats amb aquesta iniciativa. Les anàlisis realitzades permeten observar que la carpeta informativa arriba força bé a al jovent, ja que totes les participants del grup de discussió d'aquest municipi la coneixen i diuen que la tenen guardada a casa.

c) Percepcions i experiències en relació amb les polítiques sobre l'alcohol

D'acord amb els resultats dels grups de discussió realitzats, es fan les observacions següents:

- Entre les **noies estudiants**, algunes tenen la impressió que els pares exerciten una vigilància permanent sobre els seus comportaments de risc i que, en concret, procuren assabentar-se de si s'han excedit o no amb el consum d'alcohol. Consideren que és una cosa que els pares fan "per defecte" i que les filles esperen que facin ("la xerradeta moral"), tot i que fingeixen no fer-los cas. És interessant copsar aquesta expectativa en un sector del jovent –bàsicament entre les persones que perceben que podrien confiar en els pares en cas de patir algun problema greu amb l'alcohol, les drogues, el sexe, etc.–, ja que dibuixa molt bé els rols que aquestes joves esperen en les relacions pares-fills: una certa complicitat a distància, un punt ferm respecte al qual fer algunes transgressions, una referència sòlida que els permeti sortir d'exploració, etc. Les participants del grup recorden una campanya contra el consum d'alcohol que es va fer al Punt Jove municipal, consistent a aprendre a fer "còctels saludables" (sense alcohol), i una altra en el mateix sentit que es va fer a l'institut –a "tutories", diuen–, encara que coincideixen a dir que no va tenir gaire repercussió en els seus comportaments respecte al consum d'alcohol –o almenys volen transmetre aquesta impressió en la sessió de grup, malgrat que confirmen que ho van trobar molt interessant–. D'altra banda, apunten que les campanyes contra el consum d'alcohol, més que a reduir-ne el consum, van encaminades a evitar conduir vehicles de motor després d'haver begut, per la qual cosa l'alcohol en si no té una imatge tan negativa en els àmbits juvenils. Finalment, en relació amb la **carpeta informativa** que es distribueix en aquest municipi, com ja hem apuntat, diuen que a l'institut es llegeix de manera sistemàtica a l'hora de les "tutories", quan en una mena de taller participatiu es repassa cada secció perquè tothom en tingui consciència. Tanmateix, no queda clar si tots els instituts del municipi ho fan d'una manera tan

aprofundida, ja que les participants que han estat alumnes de l'institut concertat diuen que no ho han fet tan sistemàticament. Això podria il·lustrar el fet que aquestes qüestions, per motius ideològics, són tractades de manera diversa per diferents sectors de la nostra societat.

- Tant **els nois que estudien com els que treballen** recorden haver vist campanyes per televisió contra el consum d'alcohol a l'hora de conduir, i també als instituts. En general, consideren que tenen un impacte i que fan reflexionar, però que el seu efecte en el temps és molt limitat. En el fons, en els seus discursos afirmen que tenen molt en compte les possibles sancions per conduir beguts, i aquesta sembla que és la política que els genera més reflexions –encara que només s'ho prenen seriosament per a desplaçaments fora del municipi, ja que dins del centre urbà no dubten a conduir beguts, almenys en municipis petits.
- Finalment, les **noies que treballen** valoren de manera molt positiva l'enduriment de les lleis de trànsit i l'augment dels controls d'alcoholèmia les nits del cap de setmana, ja que creuen que han afavorit que tothom sigui més prudent a l'hora de consumir i conduir. Afirmen que això està produint un canvi substancial en els valors dels més joves, que ja no troben tan normal conduir en situacions de risc que temps enrere eren habituals.

Com a conclusió, es pot dir que les polítiques de promoció d'un consum saludable d'alcohol que aquests joves perceben són principalment les de tipus repressiu, basades en la prohibició legal de beure alcohol a l'hora de conduir un vehicle per la via pública. Les intervencions més informatives en forma de campanyes mediàtiques, exposicions o xerrades als centres escolars tenen una visibilitat molt menor, tot i que molts joves les recorden. En aquest punt cal fer referència a la pressió familiar, esmentada sobretot per les noies estudiant, que consideren que de vegades cal transgredir però que valoren com a punt de referència al voltant del qual prendre decisions. En aquest sentit, es pot pensar que les polítiques adreçades al conjunt de la població tenen un efecte indirecte sobre els joves, a través dels pares i mares.

7.2. Tabac

7.2.1. Consums de tabac

L'acte de fumar cigarretes és un altre dels indicadors més utilitzats en la recerca en salut com a indicador de l'estat de salut de les persones. Fumar incrementa el risc de patir un infart de miocardi, atacs d'apoplexia, arteriosclerosi, hipertensió, pneumònia, bronquitis crònica i càncers de llengua, cavitat oral, faringe, pulmó i tracte gastrointestinal. La majoria dels fumadors comencen a fumar en la joventut, i se sap que les persones que comencen a fumar de joves tenen més probabilitats de convertir-se en fumadores d'una gran quantitat de cigarretes al dia i de morir a causa d'una malaltia relacionada amb el tabac (Post, Mohnen i Schneider, 2008).

El tabac no solament té conseqüències en la salut física dels joves a mitjà i llarg termini, sinó que també els afecta a curt termini. Alguns estudis han demostrat que fumar empitjora l'estat de salut dels joves, ja que els causa canvis en la funció pulmonar i el colesterol HDL (Dwyer, 1988). A més a més, també té efectes directes en la salut mental dels joves, en el sentit que les cigarretes són una de les majors fonts d'estrès en la vida dels fumadors, que els afecta no només quan fumen sinó també a l'hora de deixar-ho. Hi ha dades que demostren que les persones que comencen a fumar, especialment en edats adolescents, ho fan per relaxar-se (Parrot, 1999; Kassel, Stroud i Paronis, 2003; Falkin, Freyer i Mahadeo, 2007), però posteriorment, quan fumar es comença a convertir en un hàbit quotidià, esdevé una activitat estressant (Parrot, 1999). Un estudi realitzat a Barcelona per Nebot *et al.* (2001) mostra que l'inici del tabaquisme en els adolescents està relacionat amb les actituds dels joves –favorables o no al tabac–, la influència de l'entorn social immediat –en especial la percepció que tenen els adolescents sobre el que els altres esperen que facin– i la utilització del temps lliure –sobretot si es fa esport o no.

La població jove presenta patrons de conducta diferents als de la població adulta en relació amb el tabac, però en la bibliografia especialitzada no hi ha consens respecte a aspectes importants del consum juvenil de tabac. Per exemple, hi ha diversos estudis que afirmen que l'apujada de preus del tabac no afecta la població jove a l'hora de decidir-se a començar a fumar (Harris i Chan, 1999; Tauras i Chaloupka, 1999; Gruber, 2000; DeCicca, Kenkel, i Mathios, 2002); en canvi, d'altres asseguren que han trobat proves del contrari (Tauras *et al.*, 2001), i alguns estudis sostenen que apujar el preu del tabac influeix en aquest segment de la població, no per evitar-ne el consum sinó per prendre la decisió de deixar-lo (Jones i Forster, 2001). Com veurem, les

nostres dades apunten, en part, a la possibilitat que el preu sigui un factor que ajuda (parcialment) a deixar el tabac, en particular entre els joves. L'estudi de Nebot *et al.* (2001) esmentat més amunt manifesta que en el cas dels nois els diners setmanals disponibles tenen un paper destacat en la decisió de fumar.

Les dades del Departament de Salut indiquen que aproximadament una tercera part de la població juvenil catalana (15-34 anys) fuma de manera diària o ocasional. Es tracta d'una proporció una mica superior a la del conjunt de la població catalana major de 15 anys, que l'any 2006 era del 29,4%, mentre que entre els joves de la franja 15-24 anys, el 36,1% fumava, i del grup de 25-34 anys, ho feia el 40,2% (taula 30 i gràfic 8). Malgrat que la proporció de joves fumadors es va anar incrementant paulatinament fins al tombant de segle (1998-2000), des d'aleshores presenta una tendència decreixent, fins i tot entre les dones joves, una població que des de mitjan anys noranta del segle passat havia incrementat força el consum de tabac, fins arribar a superar el dels homes (joves). Les diferències entre homes i dones no són gaire rellevants en les edats més joves, però sí en edats més elevades –a partir dels 25 anys–, ja que hi ha menys proporció de dones que d'homes (taula 39).

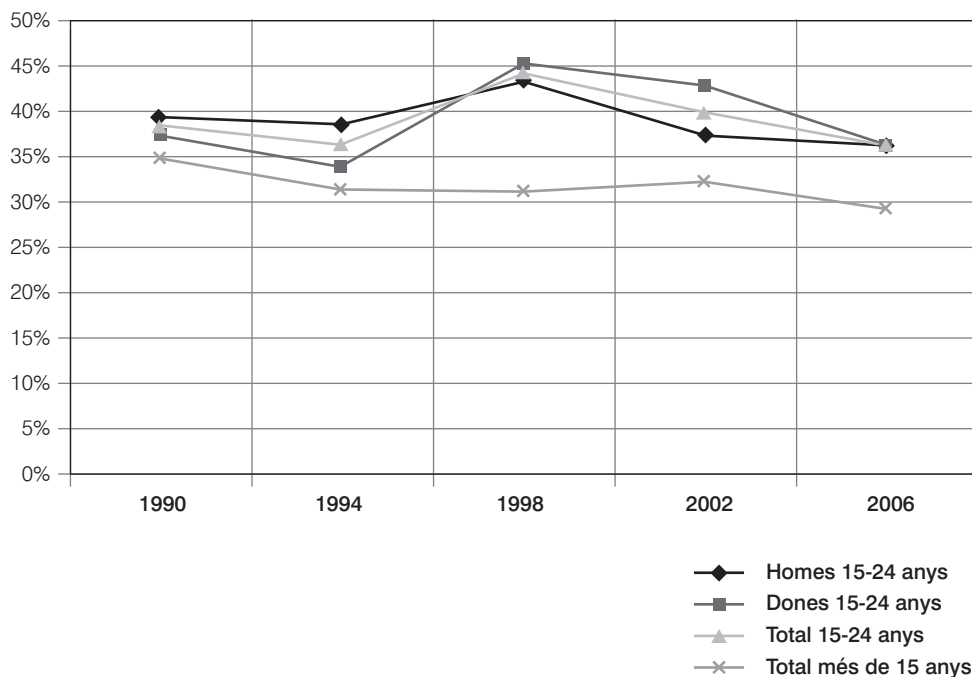
Taula 39. Evolució de l'hàbit de fumar en majors de 15 anys segons el sexe, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 1990-2006

Fumadors	1990	1994	1998	2002	2006
Homes					
15-24 anys	39	39	43	37	36
25-34 anys	53	58	50	49	43
Més de 15 anys	47	42	39	38	35
Dones					
15-24 anys	37	34	45	43	36
25-34 anys	45	45	44	39	37
Més de 15 anys	22,4	21	23	27	24
Total					
15-24 anys	38	36	44	40	36
25-34 anys	49	51	47	44	40
Més de 15 anys	35	32	31	32	29

Font: Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut. Dades extretes d'Idescat.

*Les dades inclouen fumadors diaris i ocasionals.

Gràfic 11. Evolució de l'hàbit de fumar entre joves de 15 a 24 anys segons el sexe (fumadors diaris i ocasionals) (percentatge). Catalunya, 1990-2006



Font: Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut. Dades extretes de l'Idescat.

En el mateix sentit, les dades de l'Enquesta de salut de Catalunya mostren que la tercera part dels joves manifesten que són fumadors habituals (és a dir, fumen cada dia), una proporció que entre els grups d'edat adults es lleument inferior (taula 40). En ambdós casos es detecta una tendència a la baixa, de tal manera que la proporció de joves fumadors ha disminuït el 4% entre el 2002 i el 2006.

Taula 40. Consums de tabac en la població de 15 a 65 anys segons la freqüència, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002-2006

Consum de tabac	Joves (15-29 anys)		Adults (30-65 anys)	
	2002	2006	2002	2006
No fuma gens	58	62	66	68
Fuma ocasionalment (menys d'un cop al dia)	6	6	3	4
Fuma cada dia	36	32	31	28
Total	100	100	100	100

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2002 i 2006.

Pel que fa al consum de tabac entre els joves, segons l'ESCA 2006 gairebé no hi ha diferències ni per sexe ni per estatus social. De manera més concreta:

- Els **no fumadors** –persones que no han fumat mai– són el 51% de la mostra de joves. Predominen entre els més joves (15-19 anys: 66%), els que estudien (67%) i els que fan feines de la llar (65%). De manera més moderada també són més freqüents entre els que tenen estudis universitaris i els que viuen amb la família (54%). També prevalen entre els que han nascut fora d'Espanya (64%).

- Pel que fa als **fumadors diaris** (32% de la mostra de joves), predominen entre les persones amb menys estudis (inferiors a obligatoris: 37%; universitaris: 22%), les que treballen (37%) i les que estan a l'atur (43%), i les que viuen amb amics (49%). Augmenten a mesura que s'incrementa l'edat (15-19 anys: 25%; 25-29 anys: 36%) i també són més freqüents entre les persones que han nascut a Espanya o Catalunya (34%) que a fora (17%).
- Un grup interessant d'analitzar són els **exfumadors** (10% de la mostra de joves), ja que predominen entre els grups d'edat més grans, els que tenen més estudis, els que treballen, els que viuen amb la parella i/o amb fills, i, en part, entre els que han nascut a la resta d'Espanya.

Taula 41. Edat mitjana d'inici en el consum de tabac de la població de 15 a 65 anys, per grup d'edat. Catalunya, 2002 i 2006

Edat d'inici	Joves (15-29 anys)		Adults (30-65 anys)	
	2002	2006	2002	2006
Edat (anys)	16	16	17	18

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2002 i 2006.

L'edat mitjana d'inici en el consum de tabac se situa en els 16 anys, a diferència dels grups d'adults, que afirmen haver començat una mica més tard (cap als 17-18 anys) (taula 41). Les diferències són massa minses per poder concloure que hi ha una tendència a la baixa en l'edat d'inici.

Dels joves fumadors enquestats l'any 2006, el 5% es va iniciar en el consum de tabac entre els 10 i els 12 anys; el 6%, als 13 anys. El gruix dels fumadors (el 79%) s'inicià en el període 14-18 anys,⁵ i el 9%, entre els 19 i els 20 anys. Només el 3% de la mostra de fumadors diu que va començar a partir dels 20 anys. El nombre mitjà de cigarretes (amb filtre) consumides al dia és d'11 (sd=8): el 60% en fuma 10 o menys, i només el 4% en fuma més de 20. El 6% fumen cigarretes cargolades a mà (una mitjana de 4,5 diàries; sd=7).

El 58% dels fumadors afirma que està "preocupat" pels efectes del tabac sobre la salut (el 19%, molt, i el 39%, bastant), mentre que el 33% està poc preocupat i el 9%, gens (total de baixa preocupació: 42%). La preocupació és més freqüent a partir dels 20 anys (no hi ha diferències per la resta de variables independents). D'altra banda, s'observa que el 6-7% dels joves fumadors declaren tenir problemes per fer esforços moderats i pujar escales.

Una dada destacable és que el 69% dels joves fumadors afirmen que els agradaria deixar de fumar –predominen entre els majors de 20 anys, els del grup d'estatus social més alt i també entre els que viuen amb la família o la parella i/o amb fills. De manera general, només el 20% dels joves diuen que no tenen cap interès a deixar de fumar (37%: poc interès; 32%: bastant; 11%: molt).

Una altra dada rellevant és que gairebé la tercera part (31%) dels joves enquestats a l'ESCA 2006 declara que ha intentat deixar de fumar en els dotze mesos anteriors a l'enquesta. El 6% pensa deixar de fumar en les pròximes dues setmanes (i el 18%, potser), i el 12% creuen que seran exfumadors en els propers sis mesos (i el 32%, potser). Els exfumadors existents en el moment de l'enquesta representen el 10% –s'inclouen en el 62% de no fumadors de l'ESCA 2006–. S'observa que el 39% dels fumadors ha intentat deixar-ho seriosament alguna vegada: el 45% d'aquests ho han intentat una vegada; el 28%, dues vegades; el 19%, tres vegades, i el 9%, quatre vegades o més.

Finalment, el 8% dels joves comparteixen espai a la feina amb gent que hi fuma (el 22% si es compta només la gent treballadora que no fuma i no treballa sola). D'altra banda, el 53% dels joves viu amb algú que fuma: el 32% són fumadors diaris i el 21% no ho són. En general, una de cada tres persones no fumadores viu amb

5 14 anys: 14%; 15 anys: 20%; 16 anys: 20%; 17 anys: 14%; 18 anys: 11%; 19 anys: 4%; 20 anys: 5%.

persones que fumen a casa: són els grups d'edat més joves, que estan estudiant i, per tant, tenen menys estudis, i que viuen amb la família d'origen o amb la parella; predominen també entre els nascuts a Catalunya. Alhora, el 15% dels joves fumadors afirma que fuma habitualment en llocs prohibits (durant el 2006).

7.2.2. Percepcions i experiències respecte al consum de tabac

Els grups de discussió ens proporcionen alguns indicis sobre com experimenten i perceben els joves la seva relació amb el tabac:

- Aproximadament la meitat de les **noies estudiants** participants en el grup de discussió diu que fuma tabac amb regularitat. Algunes recorden que van començar a fumar al voltant dels 14 anys, tot i que sembla que no ho van fer de manera més sistemàtica fins a més tard (cap als 18 anys). Hi ha disparitat d'opinions sobre si és un comportament que depèn exclusivament de la voluntat personal o si és induït pel context social en què viuen –s'observa que cadascú opina en funció del que li va millor per justificar-se—. En termes generals, les noies que fumen diuen que els agrada fumar, però n'hi ha que reconeixen que els agradaria deixar-ho. De fet, només una persona diu que no té intenció de deixar-ho i relaciona el consum amb el "nerviosisme". Automàticament, altres noies corroboren aquesta sensació: vinculen el consum de tabac al fet d'estar nervioses. En general, perceben que mai no és un bon moment per deixar-ho.
- Entre els **nois que estudien**, n'hi ha uns quants que es reconeixen com a fumadors regulars i consideren que el consum de tabac és un dels factors que més incidència té en l'empitjorament del seu estat de salut –es noten més cansats i més limitats a l'hora de fer esforços físics—. Expressen que l'edat d'inici en el consum de tabac és cada cop més baixa –la situen en els 11 o els 12 anys–, cosa que comenten amb preocupació (els fumadors que hi ha al grup diuen que van començar a fumar entre els 14 i els 16 anys). És curiosa la percepció negativa que tenen d'aquesta disminució de l'edat d'inici, ja que en certa manera confirma la seva idea negativa del tabac. Cal destacar també que aquests joves relacionen el consum de tabac amb les dificultats per fer activitat física.
- La majoria dels **nois treballadors** –o circumstancialment **aturats**– del grup de discussió són fumadors de tabac i d'altres coses –de fet, n'hi ha que diuen que només fumen "porros", i afirmen que en el seu entorn cada cop hi ha més joves que comencen a fumar "porros" abans que tabac—. En general, perceben que l'edat d'inici en el consum de tabac es va reduint progressivament: entre les edats que esmenten, un diu que va començar als 14 anys, mentre que d'altres ho van fer als 17. Alguns participants del grup han deixat de fumar fa poc, segons ells per motius econòmics: s'han quedat sense feina, no tenen diners per comprar tabac i han aprofitat l'ocasió –això implicaria que ja tenien una certa intenció de deixar-ho–, encara que no estan segurs que puguin resistir sense fumar a llarg termini. De la resta de fumadors, alguns tenen la intenció de deixar-ho en breu i pràcticament tots consideren que haurien de deixar-ho radicalment. Només un dels joves diu que quan es comenci a trobar malament intentarà deixar-ho, però que mentrestant no ho farà. La resta de fumadors afirmen que ja es noten problemes de salut a causa del tabac, especialment a l'hora de fer activitat física ("s'ofeguen").
- Pel que fa a les **noies treballadores**, pràcticament no van tractar aquest aspecte en les seves converses: només una va dir que havia patit problemes respiratoris a causa del tabac, però la resta del grup ho va ignorar i no va dirigir la conversa cap a aquesta qüestió.

La gent jove immigrada també va fer referència a les seves relacions amb el tabac durant les entrevistes:

- Els **nois immigrants** perceben el tabac com un problema i, en alguns casos, han deixat de consumir-ne per motius econòmics. Tanmateix, és possible que també ho hagin fet per motius de salut ("*lo dejé porque ya estaba harto de fumar*"). En algun cas no s'ha interromput el consum, però sí que s'ha reduït, també adduint motius econòmics. En part, es pot considerar un efecte de la crisi econòmica i l'atur que pateixen al moment de l'entrevista.
- Totes les **noies immigrades** entrevistades fumen tabac, excepte una que ho va deixar fa poc temps perquè va patir una bronquitis. Les altres dues fumen de manera regular: una es considera addicta al tabac i no pot fer res per evitar-ho –diu que en té "una dependència psicològica"–; l'altra, per contra, considera que té facilitat per deixar de fumar –va estar tres anys sense fumar, però va tornar-hi perquè la seva nova parella és fumadora– i també afirma que en els darrers temps n'ha disminuït el consum i fuma preferentment els caps de setmana. En general, totes tres perceben que els afecta negativament la salut, però diuen que en determinades èpoques de tensió no poden evitar consumir-ne.

En definitiva, la tercera part del jovent català fuma tabac amb regularitat i a la majoria (quasi tres de cada quatre) els agradaria deixar-ho. De fet, molts joves perceben els efectes negatius en la salut relacionats amb el consum de tabac, i la imatge negativa de la pràctica de fumar és molt present en els seus discursos. Alguns nois assenyalen motius econòmics per justificar la seva voluntat de deixar de fumar –en aquest sentit, el preu possiblement no sigui un factor que eviti l'inici en el tabac, però sí que pot ser un element per abandonar-lo–. D'altra banda, s'observa que la major pressió psicossocial que han d'afrontar les noies –per dificultats de conciliació de la vida laboral i familiar, per la major exigència social en l'àmbit escolar i laboral, etc.– pot constituir un context afavoridor del consum de tabac, especialment entre les que ja tenen un hàbit més arrelat.

7.2.3. Polítiques sobre el tabac

a) Generalitat de Catalunya

El consum de **tabac** constitueix un factor de risc de pèrdua de salut important en la societat catalana. Encara que les conseqüències del tabac es manifesten normalment a mitjà o llarg termini, l'inici del consum se situa en etapes joves del cicle de vida (al voltant dels 16 anys de mitjana, segons l'Enquesta de salut de Catalunya del 2006), per això és un àmbit d'actuació específic en les polítiques de joventut. Cal destacar que des de finals del 2005 hi ha una legislació estatal sobre tabaquisme, la **Llei 28/2005**, que ha comportat una sèrie de mesures sanitàries per fer front al tabaquisme, i una nova regulació de la venda, el subministrament, el consum i la publicitat dels productes de tabac. Segons les dades aportades per la Generalitat, l'any 2008 a Catalunya s'havien fet més de trenta mil inspeccions per supervisar el compliment de la Llei, un nombre que representa gairebé més de la meitat de totes les fetes al conjunt de l'Estat espanyol. En les entrevistes realitzades en aquesta recerca se sol fer una valoració positiva de l'aplicació de la normativa contra el tabac, tot i que es considera que encara hauria de ser més restrictiva: "és una Llei que, complint-la, resulta que en el 85% dels bars i restaurants encara s'hi [sic] pot fumar" (Entrevista 4: DGSP-PS). Tanmateix, els responsables institucionals interrogats sobre aquesta qüestió consideren que si es restringeix més pot haver-hi problemes amb alguns gremis, com per exemple el dels restauradors, atès que el compliment de la Llei a la resta de l'Estat espanyol és molt menor i es poden esgrimir greuges comparatius.

El Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya també ha promogut campanyes publicitàries informatives als mitjans de comunicació. La darrera, titulada "El fum em fa mal", és una campanya directa, una mica dura fins i tot, però que evita caure en estereotips morbosos: descriu tots els components tòxics del tabac i deixa en mans de l'espectador la reflexió sobre com actuar. També es col·labora amb la web **Respira**, que s'ocupa, entre altres, de fer un inventari dels restaurants i bars sense fum de Catalunya –encara que la llista no és exhaustiva, hi apareixen un bon nombre de locals de restauració on és prohibit fumar.

En l'àmbit educatiu hem de destacar el programa **Classe sense fum**, una iniciativa que consisteix a fer que tots els alumnes d'una classe (de primer i segon d'ESO), amb el seu tutor, decideixin conjuntament estar sense fumar durant un curs, per un període no inferior a sis mesos. El compromís implica, d'una banda, mantenir la decisió de no fumar fins al final del concurs i, de l'altra, elaborar un eslògan sobre la prevenció del tabaquisme que els identifiqui com a grup. Els alumnes signen el compromís i n'informen els seus pares. La competició es basa en la responsabilitat i la confiança mútues. El professor reforça aquesta decisió conjunta, de manera regular, amb debats sobre el tabac. Cal subratllar que, des d'un punt de vista estrictament teòric, la iniciativa té el valor d'utilitzar una variable determinant a l'hora de començar a fumar (la pressió de grup) justament en el sentit contrari: per evitar que la gent fumi.

Sobre el tabac hi ha una llarga experiència d'activitats als centres escolars en forma de xerrades, tallers, etc., sovint dins del programa **Salut i escola**, que es descriu amb més detall en un altre apartat d'aquest text. Aquest programa està dirigit a la població escolaritzada de tercer i quart d'ESO de tots els centres públics i concertats de Catalunya i consisteix a ubicar dins del centre educatiu un professional sanitari que prèviament ha rebut formació específica en tècniques d'entrevista i treball en grup, i en els aspectes de salut més rellevants de l'entorn jove, entre els quals hi ha el tabac. El programa pretén assessorar totes les persones joves que ho demanin i fer que participin en activitats educatives de prevenció. Té tres objectius fonamentals: facilitar la promoció d'actituds i hàbits saludables; reduir els comportaments que poden afectar negativament la salut dels joves, i detectar precoçment problemes de salut entre els joves.

b) Àmbit local

No sembla que a escala local hi hagi gaires iniciatives autònomes, ni en els municipis ni en els plans comarcals analitzats, sinó que més aviat el que es fa és vehicular les campanyes i propostes dissenyades pels departaments de la Generalitat de Catalunya (exposicions, xerrades, tallers, etc.).

En el municipi A i d'altres del seu entorn comarcal es duu a terme un programa basat en la provisió d'informació als alumnes de tercer d'ESO a través d'una **carpeta informativa**, tal com s'ha esmentat anteriorment. Els tècnics de joventut municipals, davant els problemes per fer arribar informació al jovent, van decidir elaborar una carpeta atractiva, amb un llenguatge juvenil, on es tracten diverses qüestions de salut, entre les quals hi ha el tabac, la sexualitat, les malalties de transmissió sexual, els accidents de trànsit, el cànnabis, les drogues de disseny, la cocaïna, l'alcohol, les ciberaddiccions i el maltractament entre iguals. L'objectiu és donar una informació fiable i contrastada sobre comportaments de risc i sobretot una guia perquè els joves sàpiguen on adreçar-se en el moment que tinguin algun problema de salut relacionat amb aquests aspectes.

Una altra acció interessant és el programa **Kolocat**, impulsat per l'entitat Educació per a l'Acció Crítica (EdPAC) amb la finalitat de dotar els professionals i els agents socials d'una eina per oferir informació als joves sobre el consum de tabac –a més de l'alcohol, el cànnabis, la sexualitat i les noves tecnologies– i posar-los en contacte amb els tècnics i especialistes del territori. Un dels resultats més visibles i interessants d'aquesta acció ha estat la creació de dues webs diferenciades i adaptades a dos grups de joves: www.elpep.info (13-16 anys) i www.laclara.info (més de 16 anys), que ja s'han comentat més amunt.

c) Percepcions i experiències en relació amb les polítiques sobre el tabac

D'acord amb els discursos generats i enregistrats en els grups de discussió, es fan les observacions següents:

- Entre les **noies estudiants**, algunes fumen amb una certa regularitat. Les més joves diuen que la seva família no ho sap, motiu pel qual no fumen quan són a casa. Aquest sembla un comportament propi de persones que fa poc que s'han iniciat en el consum, que encara no es perceben addictes al tabac i que d'alguna manera temen les possibles represàlies familiars; es tracta d'una actitud que amb el temps pot esdevenir més flexible, de manera que es naturalitza el fet de fumar. En qualsevol cas, és important assenyalar el paper que exerceix la família a l'hora d'afavorir o no el consum de tabac. Aquestes noies també perceben que les campanyes institucionals contra el tabac són poc efectives, però alhora les consideren necessàries. Una de les causes de la seva poca efectivitat la situen en un entorn massa permissiu –gent gran que fuma en llocs on no és permès, etc.–, que als ulls del jovent les desacredita. Finalment, reflexionen sobre la situació dels fumadors passius i diuen que entenen les molèsties que el fum ocasiona tant als que no fumen com fins i tot a alguns fumadors. Per a les noies fumadores, això podria constituir un argument vàlid per no fumar en alguns llocs i moments determinats.
- Els **nois que estudien** parteixen de la base que tothom té la informació suficient per saber que el tabac no és bo per a la salut –en aquest sentit, assenyalen que Internet s'ha convertit en una de les fonts d'informació principal sobre els efectes del tabac–. Perceben que darrerament hi ha gent del seu entorn que està deixant de fumar i ho atribueixen al fet que no tenen prou diners per comprar tabac. Afirmen també que un dels motius pels quals hi ha gent jove que deixa de fumar són les restriccions legals dels darrers anys. Així doncs, la prohibició de fumar als llocs de treball i la restricció als llocs públics sembla que contribueix a canviar la imatge del fumador –“abans era moda”, diuen–, especialment entre els joves, perquè, d'acord amb l'estructura del seu discurs, donen a entendre que la gent gran fumadora era un model a imitar. El fet que els adults no puguin fumar a molts llocs i que es redueixi el nombre de fumadors pot ser un al·licient perquè els més joves ho deixin, sobretot si cada cop costa més diners, encara que també s'afirma que aquests factors difícilment incidiran en els que comencen. S'observa que fins i tot els fumadors del grup estan d'acord amb les lleis que limiten els espais on es pot fumar, ja que les consideren un ajut per disminuir el seu consum. A més de les lleis prohibitives, hi ha els paquets de tabac que contenen missatges dissuasius. Aquests missatges i imatges sobre els contaminants que porta el tabac i sobre els efectes que té en la salut són objecte de controvèrsia en el grup: d'una banda, es diu que serveixen per fer molts acudits, però, de l'altra, es reconeix que tenen un efecte sobre la percepció del risc. Almenys els fumadors del grup diuen que s'han sentit impactats. Finalment, els no fumadors es queixen i expressen les molèsties que els genera el fum del tabac, cosa que, segons diuen, els ha portat

a discutir amb fumadors més d'una vegada. Aquest pot ser també un element de pressió amb què es troben els fumadors per disminuir el consum, ja que aparentment els no fumadors se senten cada cop més legítimats per protestar.

- Els **nois que treballen** assenyalen que són conscients que hi ha una sèrie de campanyes institucionals contra el tabac, començant per les imatges i els missatges que apareixen als paquets de tabac, i diuen que recorden molt especialment les informacions que els donaven quan anaven a l'institut (a tercer i quart d'ESO). Es pot dir que aquestes campanyes romanen en l'imaginari dels joves, fins i tot anys després d'haver-les vist, i que constitueixen el que els permet argumentar que tothom coneix els efectes del tabac. També s'observa que la majoria de participants del grup fuma tabac i que a bona part els agradaria deixar-ho; en aquest sentit, alguns diuen que en la crisi econòmica actual han trobat un motiu poderós per intentar deixar-ho: la manca de diners.

En definitiva, els joves que han participat en els grups de discussió esmenten molt pocs programes institucionals, si bé tots reconeixen que estan prou informats sobre els efectes negatius del tabac per a la salut. La intervenció pública més esmentada i valorada és la llei que prohibeix el consum de tabac en llocs públics i laborals. És destacable que fins i tot els fumadors estan d'acord amb les restriccions, si bé s'apunta que el fet que encara hi hagi molta gent que les incompleix pot ser un factor que afavoreixi el consum de tabac. En qualsevol cas, sembla evident que les campanyes institucionals i les prohibicions han aconseguit generar una imatge negativa del tabac entre aquests joves. Finalment, cap no ha participat en el programa "Classe sense fum", possiblement perquè pertanyen a una cohort generacional que no hi va coincidir, o bé perquè als seus centres no es va sol·licitar.

7.3. Drogues il·legals

7.3.1. Consums de drogues il·legals

El consum de drogues il·legals forma part d'ambients determinats del món juvenil i els joves en tenen percepcions tant positives com negatives (Pallarés *et al.*, 2007). Les dades del darrer informe de l'Observatori de Nous Consums de Drogues en l'Àmbit Juvenil (ONCD) (Pallarés *et al.*, 2008) indiquen que consumir drogues és compatible amb les activitats que més valoren els joves en el seu temps d'oci: sentir-se lliures, sortir, relacionar-se, aguantar moltes hores i ballar. Els possibles riscos que pot generar el consum no superen les valoracions positives en el cas dels nois, però, en canvi, les noies mantenen posicionaments més prudents i hi ha una minoria que percep problemes i vol disminuir o deixar el consum. L'informe esmentat apunta que la majoria dels consumidors de drogues il·legals coneix els problemes i els riscos que poden ocasionar, com també la manera de minimitzar-los. De vegades, però, apareixen intoxicacions i altres problemes que es resolen sense la necessitat d'acudir a centres especialitzats, sobretot quan són consumidors més experimentats. Les alarmes no acostumen a aparèixer fins que els problemes es fan persistents. En general, les dones continuen sent més sensibles a aquestes situacions, per això quan les afecten directament (fills, parelles, amics) s'hi impliquen més, solen ser més conscients dels problemes i demanen ajut abans.

Tot i que analíticament diferenciem les conseqüències negatives en diferents problemes i àmbits (socials, sanitaris, econòmics, etc.), en realitat sovint no apareixen separades sinó relacionades entre elles, de manera que unes potencien l'aparició d'altres, i viceversa. Hem de dir que sortir i consumir drogues amb una certa freqüència té conseqüències negatives que no solament provoca el consum, sinó també "la festa", a causa del context, les activitats, els desplaçaments i altres condicionants. Els informes disponibles (Pallarés *et al.*, 2007, 2008, 2009) mostren que el consum freqüent d'estimulants, com la cocaïna, acostuma a generar preocupació o alarma entre les amistats més properes als consumidors quan consumeixen més del que es considera "normal" i el consum passa a fer-se tots els caps de setmana. D'entrada, sol comportar problemes dins del grup d'amics, i sobretot amb la parella, així com conflictes relacionats amb baralles i discussions, que poden ser una pressió per reduir o deixar el consum o per iniciar un tractament. A Pallarés *et al.* (2008) hi ha referències a l'absentisme laboral els dilluns i divendres, com també a la manca de concentració i el descens del rendiment laboral que, en els casos més greus, pot implicar la pèrdua de la feina, malgrat que, per a molts joves, això no és un escull, atesa la precarietat laboral que pateixen. Hi ha poques referències a l'absentisme escolar en els instituts, encara que alguns professors creuen que el consum desmotiva els joves, sobretot quan es produeix, com en el cas del cànnabis, en el temps escolar.

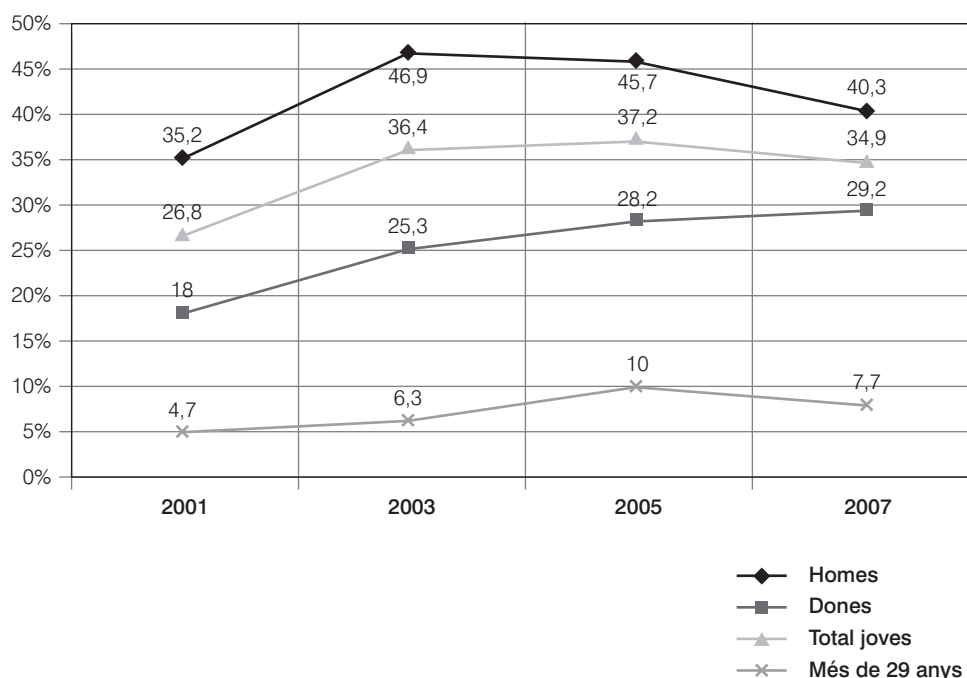
D'acord amb les dades de l'ONCD, quan un consumidor –o algú del seu entorn– considera que la relació amb una o diverses substàncies no és satisfactòria perquè comença a generar problemes, abans de demanar tractament sol intentar reduir-ne el consum o deixar-la. Els problemes percebuts no són solament de salut –excepte quan hi ha un ensurt important (arítmia, embòlia, etc.)–, sinó que poden ser també deutes, males-tar, tensió familiar i agressivitat. Les estratègies són diverses: deixar de sortir o fer-ho amb menys assiduitat, canviar de grup d'amics, trencar amb la parella –si té un consum més elevat–, deixar de vendre drogues –els que en venen–, anar a viure amb la família d'origen, entre altres. Alguns es dirigeixen a centres d'atenció primària i d'altres van a centres especialitzats. Es diu que cada cop hi ha més coneixement dels recursos existents. Com veurem, hi ha un percentatge de consumidors de cànnabis que demanen tractament, tot i que és molt baix si es compara amb les sol·licituds de tractament per alcohol o cocaïna. Aquests solen ser consumidors diaris, que porten uns anys de consum i que relaten problemes de concentració. Els informes de l'ONCD (Pallarés *et al.*, 2007) mostren que creix el nombre de persones que demanen tractament per consum de cocaïna. Els professionals creuen que ara es comença a veure la punta d'un "iceberg", i que continuarà augmentant la demanda de tractament en el futur, de manera paral·lela a la difusió i l'increment del consum dels darrers anys. Quant als que demanen tractament per cocaïna, el consum dels quals està associat majoritàriament al d'alcohol, sovint ho fan pressionats per l'existència d'algun altre problema de caire econòmic o legal. S'observa que en els darrers anys ha canviat el perfil de les persones que fan aquest pas: als centres de tractament segueixen arribant sobretot homes, de més de 35 anys, de situació benestant i que fa entre cinc i deu anys que en consumeixen, però, a més, hi arriba un grup d'edat més baix (entre 25 i 30 anys) de persones que consumeixen des de fa menys temps, algunes de les quals fan consums diaris i no tenen una situació econòmica tan benestant com les primeres. Són una minoria, però també hi ha sol·licituds de joves d'uns 20 anys (Pallarés *et al.*, 2008).

L'anàlisi de les dades de tota la sèrie d'informes de l'ONCD entre el 1999 i el 2005 (Pallarés *et al.*, 2007) mostra l'evolució del consum de nombroses drogues il·legals presents en el món juvenil, especialment en els àmbits d'oci nocturns, però no només. Els autors d'aquesta anàlisi longitudinal constaten un augment progressiu del consum de cànnabis (marihuana i haixix) i cocaïna –la droga il·legal que proporcionalment ha tingut un increment més intens durant la darrera dècada–, així com un cert estancament de la resta de substàncies –amb l'excepció relativa dels "bolets"–. Així mateix, observen que, a diferència del consum de cànnabis, que de moment ha tingut conseqüències negatives poc apreciables, els consums d'alcohol i cocaïna cada cop afecten més negativament diverses àrees de la vida social (familiar, educativa, laboral, etc.). En relació amb això, els autors de l'estudi documenten un creixement de les peticions de tractament relacionades amb la cocaïna i l'alcohol, i indiquen una pauta problemàtica en alguns consumidors que pot empitjorar en el futur. D'altra banda, també han observat que entre els adolescents proliferen els comportaments compulsius relacionats amb el consum d'alcohol i cànnabis, que es manifesten en una forma de beure amb desmesura repetidament i en el consum d'uns quants porros cada dia de manera sistemàtica.

Després d'aquesta contextualització del fenomen a Catalunya a partir de les dades proveïdes per l'ONCD, passem a veure dades d'altres fonts, principalment l'Enquesta domiciliària sobre consum de drogues, promoguda pel Pla nacional sobre drogues, i les dades –escasses– que apareixen a l'ESCA 2006.

Pel que fa a la informació sobre Catalunya de l'enquesta del Pla nacional sobre drogues, el consum de drogues il·legals és un fenomen més freqüent entre els joves que entre la resta de la població. El gràfic 12 mostra que el percentatge de joves que afirma haver consumit drogues en els últims dotze mesos –anterior al moment de l'enquesta– s'ha estabilitzat al voltant del 35% de la mostra, mentre que entre els adults els percentatges de consum són molt menors (no superen el 10%). En aquest sentit, algunes drogues il·legals com els derivats del cànnabis, la cocaïna, les amfetamines i altres substàncies formen part de l'entorn habitual de molts joves, sobretot en els àmbits d'oci. Tanmateix, hi ha diferències sensibles entre els consums d'homes i dones, tot i que amb el temps sembla que tendeixen a confluir: el 2001 la diferència entre uns i altres era del 20%, però el 2007 s'havia reduït a l'11%. En qualsevol cas, cal tenir en compte que aquestes dades són difícils d'aconseguir i validar, però la sèrie periòdica sembla bastant congruent –si els joves menteixen, com seria d'esperar, quan se'ls pregunta si han consumit drogues il·legals, cal reconèixer que sempre menteixen més o menys igual.

Gràfic 12. Evolució del consum de drogues en la població major de 15 anys segons el sexe, per edat (percentatge). Catalunya, 2001-2007



Font: Enquesta domiciliària sobre consum de drogues, Pla nacional sobre drogues.

L'ESCA 2002 no inclou informació sobre aquesta qüestió, a diferència de l'ESCA 2006, que formula dues preguntes sobre la freqüència de consum de dues de les drogues més significatives: el cànnabis i la cocaïna (taula 42). Les dades confirmen que el cànnabis –en les seves formes diverses– és la droga il·legal més estesa entre la joventut catalana, ja que quatre de cada deu joves l'ha provat alguna vegada, la quarta part durant el darrer any, i el 15% n'ha consumit durant el mes anterior a l'enquesta. Les dades referides als joves són molt superiors a les dels adults (entre els quals, per exemple, només el 3% n'ha consumit el darrer mes, el 5%, el darrer any, i el 20%, alguna vegada).

Taula 42. Consums de cànnabis i cocaïna en la població de 15 a 65 anys segons el tipus de droga, per sexe i freqüència temporal (percentatge). Catalunya, 2006

Tipus de drogues	Alguna vegada		Darrer any		Darrer mes	
	Joves (15-29)	Adults (30-65)	Joves (15-29)	Adults (30-65)	Joves (15-29)	Adults (30-65)
Cànnabis (marihuana, porros, maria, petards, xocolata, grifa, costo, haixix)	41	20	24	5	15	3
Cocaïna (farlopa, basuco, perico, base)	10	5	4	1	1	0,5

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2006.

D'acord amb les dades de l'ESCA 2006, les persones joves que han consumit **cànnabis** durant l'últim mes es caracteritzen per ser més homes que dones (el doble). Alhora, el consum màxim s'assoleix entre els 20 i els 24 anys, i a partir dels 25 anys disminueix gairebé a la meitat. Els consums són similars en tots els nivells d'estudis, excepte entre els universitaris, en què són menors; també predominen entre els que viuen amb amics i els que viuen sols; n'hi ha més entre els nascuts a Catalunya que a la resta d'Espanya i a fora; són una mica més alts entre els que estudien i els que estan a l'atur que entre els que treballen, i són similars en tots els nivells d'estatus socials –amb un lleuger increment en els alts.

Els consums de **cocaïna** són molt menors, però destacables: el 10% dels joves diu que l'ha provat alguna vegada, el 4%, el darrer any, i l'1%, el darrer mes. Els que han consumit cocaïna durant l'últim mes predominen entre els que treballen i els que viuen amb amics i/o sols (la resta de variables independents no són significatives).

L'Enquesta domicil·lària sobre consum de drogues que elabora periòdicament el Pla nacional sobre drogues també confirma aquesta situació (taules 42 i 43): les dades referides als joves catalans de 15 a 29 anys mostren que, entre l'any 2003 i el 2007, el tipus de droga que presentava uns consums més intensos era el cànnabis, que va ser consumit pel 22% dels enquestats durant el mes anterior, i del qual més de la meitat dels joves (51%) deia haver-ne consumit alguna vegada. A molta distància hi ha la cocaïna, consumida per el 6% dels joves durant el mes anterior a l'enquesta, i pel 18%, alguna vegada. Les drogues de síntesi estan en una situació similar.

Taula 43. Evolució del consum de drogues entre la població de 15 a 29 anys segons el tipus de drogues, per sexe i freqüència temporal (percentatge). Catalunya, 2003-2007

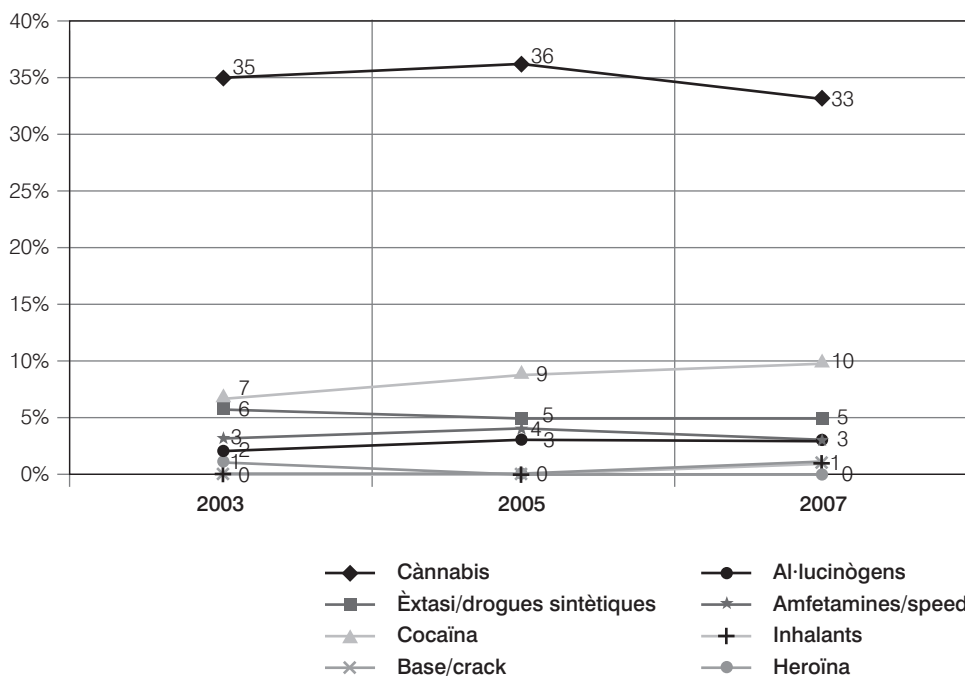
	2003			2005			2007		
	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total
Alguna vegada a la vida									
Cànnabis	64	49	57	63	46	55	55	46	51
Èxtasi/drogues sintètiques	17	8	13	20	9	15	13	9	11
Cocaïna	15	5	10	23	10	17	21	14	18
Base/ crack	2	1	1	1	0	0	5	3	4
Al·lucinògens	10	3	7	13	8	10	9	6	8
Amfetamines/ speed	8	2	5	11	7	9	9	6	8
Inhalants	4	1	2	2	2	2	2	1	2
Heroïna	1	2	1	1	0	0	0	0	0
Alguna vegada en els últims dotze mesos									
Cànnabis	45	25	35	44	28	36	38	27	33
Èxtasi/drogues sintètiques	6	5	6	7	3	5	7	3	5
Cocaïna	7	7	7	13	6	9	11	8	10
Base/ crack	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Al·lucinògens	1	3	2	4	2	3	4	2	3
Amfetamines/ speed	3	3	3	5	3	4	4	2	3
Inhalants	1	1	1	1	0	0	1	0	1
Heroïna	0	1	1	0	0	0	0	0	0
Alguna vegada en els últims trenta dies									
Cànnabis	36	17	27	38	22	30	28	17	22
Èxtasi/drogues sintètiques	2	2	2	4	1	3	2	1	2
Cocaïna	1	2	2	6	3	4	7	5	6
Base/ crack	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Al·lucinògens	1	2	1	2	1	1	1	0	0
Amfetamines/ speed	0	1	0	2	1	2	1	1	1
Inhalants	0	1	0	0	0	2	1	0	0
Heroïna	0	1	0	0	0	0	0	0	0

Font: Subdirecció General de Drogodependències, Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut: anàlisi de l'Enquesta domicil·lària sobre alcohol i drogues 2005. Observatori Espanyol sobre Drogues, Delegació del Govern per al Pla nacional sobre drogues.

Nota: Els percentatges s'han arrodonit a unitats sense decimals.

En definitiva, les diferents formes del cànnabis són la droga consumida amb més freqüència per la joventut catalana (15-29 anys), seguida a força distància per la cocaïna i altres drogues (les de síntesi van perdent el pes que tenien). En tots els casos els homes són molt més consumidors que les dones. Tal com es pot veure al gràfic 13, el cànnabis i les drogues de síntesi registren una tendència lleugerament descendent, a diferència del consum de cocaïna, que tendeix a incrementar.

Gràfic 13. Evolució de la freqüència de consum de drogues durant els darrers dotze mesos en la població de 15 a 29 anys segons el tipus de droga (percentatge). Catalunya, 2003-2007



Font: Subdirecció General de Drogodependències, Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut: anàlisi de l'Enquesta domiciliaria sobre alcohol i drogues 2005. Observatorio Español sobre Droga, Delegació del Govern per al Pla Nacional sobre Droga.

Disposem també de dades sobre el grup de joves menors d'edat (14-18 anys), estudiants d'ensenyament secundari, que ens podrien donar una idea parcial dels consums entre la població escolaritzada als instituts (taula 44). Entre aquests menors, després de l'alcohol –en ascens relatiu– i el tabac –en descens relatiu–, el cànnabis representa la droga més consumida, si bé després d'una època d'expansió tendeix a deprimir. La resta de drogues són molt més minoritàries entre aquesta població, de tal manera que gairebé cap passa del 3%. Cal destacar el creixement dels tranquil·litzants (que el 2006 assoleix el 3%) i els al·lucinògens (2%), mentre que la cocaïna, després d'un temps en augment, el 2006 s'estabilitza al 3%. Aquestes dades ens donen indicis del que pot estar passant entre aquests joves, que presenten xifres molt inferiors a les del conjunt de joves (15-29 anys).

Taula 44. Consum de drogues durant els darrers 30 dies entre la població escolar de 14 a 18 anys, segons el tipus de droga (percentatge). Catalunya, 2000-2006

Tipus de droga	2000	2002	2004	2006
Alcohol	60	49	61	62
Tabac	34	30	31	31
Cànnabis	22	27	30	26
Tranquil·litzants	2	3	3	4
Cocaïna	2	3	3	3
Al·lucinògens	2	1	2	2
Drogues de síntesi	3	1	1	2
Inhalants	1	2	2	2
Amfetamines	2	1	1	1
Heroïna	0	0	1	1

Font: Subdirecció General de Drogodependències: anàlisi de l'Enquesta estatal sobre el consum de drogues a l'ensenyament secundari. Dades extretes de la *Memòria socioeconòmica i laboral de Catalunya 2008* (CTESC, 2008).

Les dades disponibles sobre l'inici de tractaments contra drogodependències revelen que fa deu anys la meitat eren per addiccions a l'heroïna; en canvi, actualment ho són per addicció a la cocaïna (taula 45). Així doncs, la demanda de tractaments per addicció a l'heroïna ha seguit una tendència descendent acusada durant l'última dècada, mentre que les demandes per addicció a la cocaïna han registrat un increment fort. Del 2002 endavant també es detecta un increment sostingut de l'inici de tractaments motivats pel consum de cànnabis, tot i que en un nivell força inferior als de cocaïna (que representen la tercera part). Les demandes de tractaments per addicció a l'alcohol i el tabac segueixen una tendència més estable al llarg de la dècada entre aquests grups d'edat joves. D'altra banda, la major part dels tractaments s'inicien entre els 20 i els 30 anys (només el 10% comencen abans dels 20) (taula 46).

Taula 45. Evolució dels inicis de tractaments contra drogodependències entre la població de 15 a 29 anys segons el tipus de droga (dades absolutes). Catalunya, 1998-2007

Tipus de droga	1998	2000	2002	2004	2006	2007
Heroïna	1.989	1.590	928	653	461	439
Cocaïna	818	1.051	1.149	1.936	1.723	1.544
Cànnabis	301	230	375	395	462	458
Tabac	101	99	155	185	93	68
Alcohol	515	553	588	663	632	609
Altres	221	259	249	201	178	138
Total	3.945	3.782	3.444	4.033	3.549	3.256

Font: Òrgan Tècnic de Drogodependències: notificacions individualitzades trameses pel centres d'atenció i seguiment. Dades extretes del *Sistema d'informació sobre drogodependències a Catalunya*, Departament de Salut.

Taula 46. Inicis de tractaments contra drogodependències entre la població de 15 a 29 anys, segons el grup d'edat, per tipus de droga (dades absolutes). Catalunya, 2007

Grups d'edat	Heroïna	Cocaïna	Cànnabis	Tabac	Alcohol	Altres	Total
15-19 anys	21	117	157	2	35	20	352
20-24 anys	139	526	156	14	146	48	1.029
25-29 anys	279	901	145	52	428	70	1.875
Total 15-29 anys	439	1.544	458	68	609	138	3.256
Totes les edats	1.856	3.751	706	770	5.925	572	13.580

Font: Direcció General de Salut Pública, Departament de Salut. Dades extretes d'Idescat.

7.3.2. Percepcions i experiències sobre el consum de drogues il·legals

Als grups de discussió apareixen també referències al consum de drogues il·legals, d'acord amb la visió i les experiències dels joves:

- Les **noies que estudien** perceben que les drogues il·legals més consumides en el seu territori i entorn social són la marihuana, el haixix i la cocaïna. Les dues primeres les consideren molt esteses i perceben que la tercera, malgrat ser més minoritària, ha viscut un increment notable en els darrers anys (“abans semblava una cosa de rics, però ara és a l'abast de tothom”), encara que segons elles els més joves no hi accedeixen gaire. En aquest sentit, al grup de discussió es pregunta si sabrien comprar cocaïna i algunes de les noies, les de més edat, diuen que sí, mentre que les més joves donen a entendre que no –cal dir, tanmateix, que totes afirmen que encara que poguessin no en comprarien–. Les noies més joves (al voltant de 18 anys) afirmen que la cocaïna no forma part del seu entorn més pròxim, que és una droga que pertany a altres cercles socials més distants, en canvi, diuen que entre els grups d'iguals de l'institut hi ha gent que consumeix marihuana i creuen que el professorat pot fer poca cosa per evitar-ho. També declaren que a les discoteques hi ha joves que consumeixen drogues de síntesi, però els semblen una moda del passat.
- Els **nois estudiants** afirmen que les drogues il·legals més presents en el seu entorn són la marihuana i la cocaïna. Afirmen que hi ha més marihuana que haixix perquè és més fàcil d'aconseguir, ja que viuen en un entorn rural i hi ha joves que en sembren i en planten per a l'autoconsum o per vendre'n als amics. La cocaïna també es percep a l'abast de tothom (“si en vols trobar, en trobes”). Alguns participants pensen que el nombre de consumidors de cocaïna augmenta, però d'altres consideren que no és així, sinó que més aviat es manté estable. També diuen que en els llocs d'oci nocturn hi ha consumidors d'altres drogues més minoritàries (èxtasi en pols, fongs, *speed*, etc.), creuen que el consum d'èxtasi a les discoteques és escàs i també el consideren una cosa del passat. De totes maneres, cap dels participants no ha afirmat que consumeixi aquestes drogues, només diuen que en coneixen l'existència. En general, tots coneixen algú que té o ha tingut problemes amb les drogues, especialment amb la cocaïna. Expliquen que són persones que manegen molts diners, ja sigui perquè treballen o perquè “són de casa bona”. També afirmen que la gent que té aquesta dependència “no ho vol reconèixer”, i això agreuja la seva situació. Expliquen que un dels factors que més els ha impressionat és conèixer algú proper que ho ha passat malament per culpa de la dependència a les drogues. En certa manera, indiquen que no els preocupen gaire els efectes immediats, sinó els diferits en el temps, la qual cosa es pot traduir en una actitud permissiva o directament favorable respecte al consum puntual i conjuntural de certes drogues il·legals. El que perceben negativament és el consum reiterat i la possibilitat d'addiccions.
- Els **nois que treballen** assenyalen que la droga més consumida en el seu entorn és el cànnabis, juntament amb l'alcohol. Consideren que el cànnabis és molt present en el context juvenil, però insisteixen que també en altres contextos (per exemple, un dels participants comenta que el seu oncle té més de cinquanta anys i fuma cànnabis a casa i a la feina amb assiduitat). D'altra banda, afirmen que la cocaïna també és una droga molt freqüent, tot i que sospiten que la crisi econòmica n'està reduint el consum. Opinen que probablement no es deu haver reduït massa entre els consumidors més addictes, però sí entre els consumidors de cap de setmana, els quals –dedueixen– s'han passat a l'*speed*. En aquest

sentit, apunten una possible expansió de l'*speed*, bàsicament perquè té un preu més assequible –de la mateixa manera que, amb la crisi i l'atur, han passat de beure alcohol als bars a beure'n als carrers–. Una altra droga que alguns dels participants diuen que prolifera, de manera minoritària, en el seu entorn és la ketamina, una substància que entre ells té una mala imatge a causa dels efectes desagradables que observen que genera en els consumidors (“els deixa tirats pel terra, no poden ni parlar”). Diuen que es consumeix sobretot a *after hours* i locals similars, en cercles bastant restringits.

- Les **noies treballadores** afirmen que, en el seu entorn, després de l'alcohol i el cànnabis, el que predomina és la cocaïna, i expliquen que entre la gent més jove hi ha més diversitat de substàncies (pastilles, etc.). Insisteixen que el problema de les drogues i l'alcohol no és només juvenil, sinó que també afecta gent més gran i joves amb parella i fills. Diuen que coneixen gent que té problemes amb les drogues, que ha hagut d'anar a desintoxicar-se, així com persones que han perdut la feina o han patit crisis de parella per culpa de l'addicció a les drogues. Tot i així, cap no coneix cap cas proper, només en coneixen alguns de manera indirecta.

Els joves immigrants entrevistats també expressen la seva relació amb les drogues il·legals:

- Els tres **nois immigrants** diuen que actualment no consumeixen drogues il·legals, encara que reconeixen haver-ho fet en un passat recent (un en el seu país d'origen). Sembla que els consums principals són de cànnabis (haixix i marihuana) i també, en menys mesura, de cocaïna. Afirmen que en el seu entorn social (juvenil) aquest tipus de consums són freqüents. En els dos primers casos, el motiu adduït per deixar de consumir és haver patit experiències negatives –problemes de salut i conflictes amb persones properes–, mentre que per al tercer noi el consum de drogues és un obstacle seriós per al seu objectiu primordial de trobar feina.
- Entre les **noies immigrades** s'observa que totes han provat drogues il·legals, si bé en tots els casos en tenen una visió negativa. Dues van provar la marihuana i el haixix, però ho van deixar perquè se'ls posava malament (els generava problemes de salut). La tercera també, tot i que en el seu entorn social (juvenil) el consum de drogues és més habitual (bàsicament, de cànnabis i base de coca fumada), i en té una percepció negativa perquè considera que generen problemes en el grup d'amistats (agressivitat, conflictes, etc.). Afirmar que no li agrada que les seves amigues prenguin drogues, però, com que no hi pot fer res, ho respecta. Assenyala que el que més ha pesat en la seva decisió de no prendre'n és veure com han acabat algunes persones que n'han abusat.

En definitiva, els consums de marihuana i haixix estan relativament “normalitzats” entre el jovent, sobretot en els àmbits d'oci. En general, es justifica la “normalitat” del consum dient que també en consumeixen els adults. La cocaïna genera més debat, i els joves sostenen que per consumir-ne cal més poder adquisitiu –sembla que amb la crisi econòmica la seva expansió podria estabilitzar-se o aturar-se–. Quant a la resta de drogues, són minoritàries, rares entre els més joves (menors de 20 anys), s'abandonen després d'un temps (són rares també entre els majors de 25 anys), i el seu consum s'acostuma a concentrar en minories especials (habituals d'*after hours*, etc.). En tots els casos, els participants als grups de discussió destaquen en els seus discursos que tenen coneixement dels aspectes desagradables vinculats al consum de drogues (principalment, a problemes d'addicció, tractaments, conflictes socials i familiars, etc., que han percebut en casos propers), cosa que indicaria una consciència alta dels riscos associats. Entre altres coses, aquestes dades donen suport a la idea que el consum de drogues il·legals pot tenir un cert paper d'integració social entre grups d'iguals, principalment en contextos d'oci, que de vegades constitueixen “proves” que els membres del grup han de superar per ser admesos en un grup, o que formen part de les estratègies pròpies de la transició juvenil (la cerca dels límits propis) per aconseguir més autonomia personal. És per això que el consum es concentra en la franja dels 20 als 25 anys i decau a partir d'aquesta edat. Al mateix temps, gairebé tots reconeixen que aquests consums comporten un risc i que algunes persones poden acabar patint danys considerables de salut física, psíquica o social.

7.3.3. Polítiques sobre drogues il·legals

Pel que fa al consum de drogues il·legals, com s'ha descrit en l'apartat de dades quantitatives, són dues les substàncies que presenten un nivell més alt de prevalença entre els joves: el cànnabis i, en molta menys mesura –si bé en tendència a l'alça–, la cocaïna. El consum d'altres substàncies sembla molt més restringit. En aquest punt cal destacar dues estratègies de prevenció que impliquen diferents tipus d'actuacions: d'una banda, les accions i els programes universals, que tenen com a públic objectiu tota la població jove, i, de

l'altra, els programes de prevenció selectiva, que se centren en subgrups de població que es consideren exposats a certs factors de risc associats al consum de drogues. Aquests factors de risc poden ser biològics, psicològics, socials o ambientals, és a dir, que poden tenir a veure amb el gènere de la persona, la seva història familiar, el barri on viu, etc.

a) Generalitat de Catalunya

Les intervencions de prevenció de naturalesa universal són habituals en l'àmbit educatiu. Potser la iniciativa més coneguda, que també afecta les drogodependències, és el programa **Salut i escola**, que ja hem comentat anteriorment, i en el qual un gran nombre d'ajuntaments i consells comarcals fan activitats preventives als centres educatius d'ESO (i en endavant). Gairebé totes les institucions contactades afirmen que és en el tram d'edat de 12 a 16 anys on es poden fer més i millors activitats preventives, perquè els consumidors encara són molt pocs. En canvi, més tard, quan la proporció de consumidors és major, les seves experiències fan que relativitzin molt més la informació rebuda. A més a més, quan els joves ja no estan escolaritzats és molt més difícil accedir-hi.

El tipus d'acció més comuna és la realització de **xerrades, tallers o campanyes educatives en les aules dels centres**. Aquestes activitats solen anar acompanyades de la difusió de materials de sensibilització i de caire informatiu. Alguns municipis i consells comarcals també organitzen accions i tallers de formació per al professorat dels centres educatius, tot i que ho fan en menys grau que les activitats esmentades, i el seu impacte, mesurat en persones que responen a la convocatòria, també és menor. Una altra part important del treball que es porta a terme en l'àmbit local és l'edició de materials que després es difonen als tallers. La majoria de tècnics i agents entrevistats de l'àmbit local coincideixen en la importància que l'edició de material sigui al més propera possible al jovent, per tal que s'hi sentin identificats i així facin seus els recursos institucionals que tenen més a l'abast en cada cas.

En una línia similar, la Secretaria de Joventut ha posat en marxa un servei d'assessoria telemàtica sobre drogues, a través del **portal Jove.cat**, que està atès per diverses organitzacions, com per exemple Energy Control.

Certes entitats locals també duen a terme accions de prevenció selectiva en altres àmbits educatius, com les escoles taller o els programes de garantia social. Aquest tipus d'accions no són gaire habituals a escala municipal, i sol ser la Subdirecció General de Drogodependències qui s'encarrega de promoure-les.

En els primers cicles d'ESO es treballa especialment la prevenció, mentre que a partir dels 15 anys també es comencen a introduir alguns programes de **reducció de riscos** –de danys, de fet–, és a dir, iniciatives adreçades a reduir les actituds de risc associades al consum. Lògicament, en cap cas no es deixa de treballar la difusió d'informació, ja que els joves en reben per canals molt diversos. També s'observen accions destinades a forjar una actitud crítica perquè els joves puguin analitzar i relativitzar tota la informació que reben de fonts més informals, com els companys o Internet. Amb aquests programes es pretén que els joves siguin capaços de prendre decisions sobre les drogues, que tinguin la capacitat de decidir. Es registra una tendència a intentar que els programes dirigits a la reducció de riscos siguin també d'educació entre iguals, ja que es parteix de la hipòtesi que l'aprenentatge és més efectiu quan la informació prové d'un company que quan ho fa d'una institució. Un exemple d'aquest tipus d'acció és *Mirades que opinen* (2008), un documental dut a terme per vuit joves basat en les seves experiències i percepcions, que s'acompanya d'un material de suport per a professionals, educadors, professors o pares com a guia per treballar la prevenció de les drogoaddiccions. En la mateixa línia, cal dir que hi ha diverses iniciatives de reducció de riscos en l'àmbit educatiu que s'inicien amb la formació de formadors, perquè siguin els joves mateixos qui difonguin la informació en el seu entorn.

Les diferents institucions públiques utilitzen també els **mitjans de comunicació** per difondre discursos relacionats amb les activitats preventives. El *Llibre blanc de la prevenció a Catalunya: consum de drogues i problemes associats* (2008), editat pel Departament de Salut, proposa deu recomanacions generals adreçades als mitjans audiovisuals per al tractament informatiu de les drogues; unes recomanacions que són clau per entendre l'estratègia comunicativa predominant al territori català, a saber: a) diversificar les fonts d'informació periodística; b) ponderar el sensacionalisme en el tractament del consum de drogues; c) eliminar prejudicis, estereotips, estigmes, tòpics o idees preconcebudes; d) difondre alternatives d'oci no consumidor; e) exigir formació especialitzada als professionals de la comunicació; f) concretar el discurs mediàtic; g) equilibrar

el tractament informatiu de drogues legals i il·legals; h) fomentar missatges de prevenció i d'advertiment de riscos; i) emfasitzar el risc penal del fet de tractar amb drogues, i j) adaptar el tractament mediàtic al propòsit i el públic objectiu. Convé tenir en compte que en les darreres dècades s'ha anat reorientant el discurs mediàtic sobre les drogues, de manera que s'ha passat d'un discurs més sensacionalista a un tractament més realista i divers de la informació, sense que això impliqui, en absolut, obviar els efectes perjudicials del consum de drogues. S'intenta evolucionar cap a un tractament mediàtic que utilitzi un llenguatge més neutre, ja que el discurs merament sensacionalista o alarmista no és creïble als ulls de molts joves, en especial dels que són consumidors relativament habituals.

Una altra de les polítiques endegades consisteix a impulsar i coordinar accions de formació i sensibilització sobre les drogues i les conseqüències socials i sanitàries de fer-ne ús i abús. En aquest sentit, el Departament d'Interior i Relacions Institucionals i Participació assumeix aproximadament el 90% del pressupost destinat al programa de formació específica per a professionals en **oci i drogues**, un programa dirigit específicament al personal de l'Escola de Policia de Catalunya i a policies municipals, amb l'objectiu que aquests professionals puguin afrontar de manera més adequada les diferents situacions que es generen al voltant del consum de drogues.

L'**Observatori de Nous Consums de Drogues en l'Àmbit Juvenil** és un sistema de recopilació d'informació contínua que funciona des de l'any 1998 i que té la finalitat d'oferir una visió general sobre el consum de substàncies que fan els joves de Catalunya, molt en particular del consum que en fan en els espais d'oci. Ofereix una visió periòdica (longitudinal) del fenomen del consum de drogues a Catalunya, a més de proporcionar dades a l'Administració sobre l'evolució i els canvis més rellevants en aquest terreny. Els resultats dels estudis que elabora periòdicament es distribueixen entre tots els professionals que treballen en l'àmbit de la salut i el jovent, i serveixen per orientar les polítiques i les intervencions en diferents nivells administratius. Entre altres coses, ha publicat un informe anual des del 1999 i un document de síntesi evolutiva del període 1999-2005.

En una línia semblant, actualment es treballa el **Sistema d'informació de prevenció de drogodependències**. Es tracta d'una iniciativa que preveu enviar uns qüestionaris relativament extensos a tots els tècnics municipals i comarcals de salut i joventut per tal de conèixer totes les iniciatives locals que s'estan fent en matèria de prevenció de drogodependències. L'objectiu final es construir una mena de mapa de recursos que puguin consultar tots els professionals que treballen en aquest àmbit per informar-se de les polítiques que s'estan realitzant, ja que ara per ara es constata un desconeixement mutu respecte a les accions que duen a terme.

Pel que fa al lleure, hi ha accions força comunes, com ara la instal·lació d'estands informatius en zones amb més probabilitat de consum –en alguns casos també són grups d'iguals els que fan el treball de reducció de riscos en el mateix espai d'oci–. En aquest àmbit de la intervenció comunitària i la reducció de riscos cal destacar el programa **Nit segura**, un projecte d'acció directa, informació i reducció de riscos en espais privats i festes populars desenvolupat per la Secretaria de Joventut, el Departament de Salut, Energy Control, SOM, NIT i altres entitats similars. Els objectius principals del projecte són: en primer lloc, prevenir els riscos del consum de drogues a través de la informació; en segon lloc, garantir el compliment de la normativa d'horaris dels locals oberts al públic per tal de conciliar l'oci nocturn amb el descans d'altres ciutadans, i, en darrer lloc, garantir que els menors d'edat no accedeixin a locals d'oci en horaris nocturns i que no se'ls facilitin begudes alcohòliques en els locals on poden accedir.

Un programa que la major part dels responsables institucionals entrevistats consideren que funciona molt bé és el dels grups d'iguals que fan **reducció de riscos en zones i moments d'oci nocturn**. Les persones entrevistades afirmen que els grups d'iguals generen molta confiança entre els joves i tenen una gran credibilitat, per la qual cosa són un vehicle excepcional per transmetre informació i generar poder de decisió. Aquests grups, entre altres, fan anàlisis de les substàncies que els porten els joves *in situ* i transmeten un missatge que rep una gran acceptació. Tal com diu una de les persones entrevistades: “[els joves] veuen que allà no t'estan dient ‘no prenguis això’, sinó més aviat ‘vés amb compte’ si prens això o això altre. [...] La credibilitat és molt alta” (Entrevista 5: DGSP-D). Les entitats que fan més accions en aquesta línia són SOM, NIT i Energy Control, però cada vegada hi ha més iniciatives similars sorgides a escala local. Davant l'enorme demanda d'aquests grups, se n'estan intentant generar altres a diferents parts del territori, ja que aquests gairebé només es mouen per l'àrea metropolitana.

b) Àmbit local

En l'àmbit del lleure destaquen també algunes iniciatives d'oci alternatiu –o *complementari*, com prefereixen anomenar-lo– dutes a terme per consells comarcals o ajuntaments: són tallers de diversos tipus que es fan en horaris nocturns –de vuit a deu, aproximadament– programats en el marc del projecte “Dóna forma a la nit” i dedicats a l'expressió artística, emocional, etc. Com expliquen els tècnics locals implicats:

“Amb 15 anys ja no els pots fer un taller de manualitats, com es feia fa set o vuit anys. La canalla ha evolucionat molt. [...] [El que fem] va des de tallers de *grafitis* a tallers de percussió o de teatre.” (Entrevista 9: tècnics del municipi B)

Aquestes iniciatives poden servir per reestructurar l'oci nocturn, proporcionar un nou espai de relació social i introduir-hi dimensions preventives de les conductes de risc –entre les quals hi ha les relatives al consum de drogues legals o il·legals.

Pel que fa a la reducció de riscos, hem de destacar també que diverses entitats locals, ajuntaments i consells comarcals posen a disposició dels joves **serveis d'orientació i assessorament** en matèria de salut. L'assessorament es pot fer de manera presencial –en forma de punt jove de salut on els joves demanen hora i fan una visita confidencial per resoldre dubtes o parlar de problemes relacionats amb la salut– o a través de consultes a una adreça electrònica o un número de telèfon. En aquest terreny és destacable el servei d'informació i assessorament ofert per **Línia Verda**: segons els documents analitzats, el 36,4 % de les consultes telefòniques estan relacionades amb la cocaïna, el 28,6 %, amb l'alcohol, i el 18,1 %, amb el cànnabis (les consultes sobre altres tipus de drogues són molt minoritàries). En les consultes presencials aquests percentatges tenen uns valors similars, encara que són més freqüents les preguntes relacionades amb el cànnabis, que, segons les dades de la Secretaria de Joventut, arriben al 36,5 % del total.

A escala municipal, en dos dels quatre ajuntaments analitzats s'ofereixen serveis d'assessorament especialitzats i personalitzats –cara a cara– en matèria de drogues, i en el tercer ho fa el consell comarcal.

Una altra iniciativa interessant és el programa **Kolocat** –ja esmentat en un apartat anterior–, impulsat per diversos tècnics municipals de joventut i de prevenció de problemes associats a les drogues i pel grup Perifèrics. Ha rebut el suport del Departament de Salut i la Secretaria de Joventut i ha tingut l'assessorament i la gestió de l'entitat Educació per a l'Acció Crítica (EdPAC). El seu objectiu és dotar els professionals i els agents socials d'una eina per oferir als joves informació sobre drogues, entre altres qüestions, i posar-los en contacte amb els tècnics i especialistes del territori. Un dels resultats més visibles ha estat la creació de dues webs diferenciades i adaptades a dos grups de joves en funció de l'edat (majors o menors de 16 anys): www.elpep.info i www.laclara.info. Es tracta d'una iniciativa força interessant i que arriba força bé als joves, els quals, en els grups de discussió realitzats, afirmen que bona part de la informació sobre aquests temes l'obtenen d'Internet, principalment d'aquestes pàgines web i d'altres similars, així com de xats i xarxes socials diverses. D'altra banda, la iniciativa dóna informació d'una manera interactiva i bidireccional, ja que els joves poden adreçar-s'hi per fer consultes i participar en fòrums temàtics.

En l'àmbit local també són nombrosos els intents de fer **activitats preventives adreçades als familiars dels joves**, especialment els pares. Segons les persones entrevistades per a aquesta recerca, sembla que tot indica que són pocs els casos en què aquestes activitats aconsegueixen un poder de convocatòria suficient per perdurar. Malgrat que molts municipis i consells comarcals disposen d'un servei d'assessorament directe per a les famílies de joves amb problemes de drogodependències, les entrevistes ens mostren que el treball de prevenció continua tenint moltes dificultats. D'una banda, quan els joves cursen l'ensenyament secundari la implicació dels pares sol ser menor que, per exemple, quan estan a primària. De l'altra, els pares només s'acostumen a implicar un cop han detectat hàbits de consum problemàtics en els seus fills, cosa que també dificulta la prevenció.

Finalment, cal esmentar el programa que s'implementa en el municipi A i en altres del seu entorn comarcal, basat en la provisió d'informació als alumnes de tercer d'ESO a través d'una **carpeta informativa**, del qual ja hem parlat anteriorment. Els tècnics de joventut municipals, davant els problemes per fer arribar informació al jovent, van decidir elaborar una carpeta atractiva, amb un llenguatge juvenil i el disseny d'un còmic, on es tracten diverses qüestions de salut, entre les quals hi ha el consum de drogues. L'objectiu és donar una informació fiable i contrastada sobre comportaments de risc i sobretot una guia perquè els joves sàpiguen on adreçar-se en el moment que tinguin algun problema de salut en aquest àmbit.

c) Percepcions i experiències en relació amb les polítiques sobre drogues

Les **noies que estudien** recorden diverses campanyes informatives contra les drogues il·legals, la majoria realitzades a l'institut o altres centres educatius, i en els centres d'informació juvenil municipals. Bàsicament es tracta de xerrades, exposicions i conferències (algunes de les quals han estat impartides per gent afectada per les drogues, que de vegades són a la presó). També afirmen que desconeixen iniciatives com el programa "Nit segura" o les accions d'Energy Control o SOM.NIT, i relacionen aquest desconeixement a la idea que el seu territori és relativament perifèric, motiu pel qual se suposen desconnectades de coses que en altres llocs són normals. Es diria que aprofiten per argumentar que en matèria de drogues legals o il·legals s'han de valer per elles mateixes, ja que no poden esperar gaires recursos d'altres llocs (de les institucions, etc.). Finalment, comenten que en el si de la família rarament es parla de drogues: n'hi ha que consideren que, en cas necessari, podrien parlar-ne amb els pares, però no sembla que totes estiguin en condicions de fer-ho. Algunes intenten donar la imatge que sí que parlen de drogues amb els pares, però quan se'ls demanen més explicacions s'observa que no és cert i que, fins i tot, en cas de necessitat tindrien problemes per parlar-ne amb ells (es tracta sobretot de D1 i D2). S'observa, doncs, que un dels factors clau de l'entorn social dels joves, la família, de vegades pot deixar d'actuar com a suport social i convertir-se en un obstacle més davant situacions de risc o problemes greus relacionats amb les drogues. S'adverteix que això pot passar amb més facilitat entre joves d'extracció social baixa, tot i que no exclusivament. Cal esmentar que aquestes noies reconeixen que guarden la carpeta informativa que es distribueix en aquest municipi, on tenen molta informació sobre drogues i llocs on anar en cas de problemes.

Els **nois estudiants** reiteren la percepció que les drogues són presents en molts espais de la societat, i parlen especialment del món de l'espectacle i la política. La insistència dels joves en aquest argument es pot interpretar com una estratègia per relativitzar la presència de drogues en els àmbits juvenils, així com per mitigar la culpabilització que en general pateixen per aquest motiu. Aquests joves recorden diverses campanyes institucionals contra el consum de drogues, bàsicament les que han sortit a la televisió, i consideren que tenen un efecte limitat en el temps: diuen que els fan pensar molt durant els primers quinze minuts però que després les obliden, encara que en analitzar el seu discurs es veu que no és exactament així, perquè recorden bé les campanyes i realment han reflexionat sobre el seu contingut. També pensen que les campanyes d'informació i sensibilització no deuen tenir cap efecte en la gent que té problemes d'addicció i que no pot deixar-les, però que poden ajudar les persones que no en consumeixen a reafirmar-se en el no-consum. Aquest punt genera un debat entre els participants sobre l'efecte de la informació: algú afirma que l'excés d'informació sobre les drogues pot incitar més al consum, però altres participants ho rebaten amb energia argumentant que les drogues són a tot arreu –és fàcil veure o trobar gent que en consumeix–, per la qual cosa és preferible disposar d'informació prèvia sobre els seus efectes i conseqüències per evitar provar-les.

Els **nois que treballen** observen que hi ha molta informació sobre els efectes i les conseqüències negatives de les drogues, l'alcohol i el tabac. En aquest sentit, consideren que tothom és prou conscient del risc i que, en funció d'això, cadascú fa el que vol. Recorden haver vist campanyes de sensibilització a la televisió i tenen la impressió que fan reflexionar i que produeixen un efecte immediat, però que ràpidament s'obliden –posen el símil dels anuncis televisius i el zàping–. N'hi ha que encara recorden les campanyes informatives dels darrers cursos d'ESO, però d'altres no n'estan tan convençuts. Sigui com sigui, procuren deixar clar que, per a ells, qui vol trobar informació sobre els riscos la pot trobar sense dificultat. En general afirmen que no parlen habitualment de drogues –ni de sexe– amb els pares. Tot i això, afirmen que depèn de la persona, i hi ha qui pensa que en cas d'un problema greu hi podria parlar perquè sap que rebria suport. Un dels joves diu clarament que no pot confiar en els seus pares per a aquestes qüestions (pel que explica, la mare porta un estil de vida de més risc que ell). Quant als recursos dedicats a les intervencions de reducció de riscos, la majoria dels participants saben que hi ha un lloc al municipi on poden acudir per demanar ajut contra les drogues, el tabac o l'alcohol (un centre d'atenció i seguiment de la drogodependència), i que esperarien trobar-hi personal especialitzat (psicòlegs, educadors, treballadors socials, etc.) que els poguessin ajudar en cas de necessitat o per algun problema greu. De totes maneres, cap dels participants no reconeix haver-hi anat mai, només diuen que han passat pel davant i ho associen a gent amb conductes de salut dubtoses, és a dir, sembla que no els agradaria gaire que els veiessin allà, cosa que confirma que per a ells tenir problemes amb les drogues dóna una mala imatge social.

Les **noies treballadores** comenten alguns casos de gent que ha hagut d'anar a centres de desintoxicació, però no esmenten cap tipus de política preventiva o de promoció de la salut dirigida a afrontar el consum de drogues més enllà de les xerrades informatives als centres escolars.

En definitiva, s'observa que aquests joves tenen presents les xerrades i les campanyes informatives i de sensibilització vehiculades a través dels mitjans de comunicació, sobretot la televisió. Encara que tendeixen a dir que aquestes iniciatives no fan gaire efecte, en el seu discurs es detecta que els han servit per aprendre coses importants. És la paradoxa de l'anomenada *ignorància activa*, segons la qual les persones exposades a un risc prefereixen dir que no en saben res per poder mantenir argumentalment una certa coherència entre les seves afirmacions i comportaments –aquest tipus de situacions s'acostumen a produir quan les persones no poden evitar l'exposició al risc–. En certa manera, els possibles consumidors de drogues presents als grups de discussió no volen parlar de renunciar completament al consum, potser perquè forma part dels rituals grupals o les pautes dels seus entorns d'oci, per això prefereixen mostrar-se poc informats i, sobretot, refractaris a més informació. Però, al mateix temps, tenen clar que volen evitar que el consum perjudiqui la seva vida social i la seva salut, de manera que intenten justificar la seva postura com a consumidors puntuals i preparats per a l'exploració. Això seria aplicable només als consumidors hipotètics de drogues, però no pas a la resta de participants dels grups de discussió.

8. Salut afectiva, sexual i reproductiva

La sexualitat és una característica essencial de qualsevol ésser humà. Atès que el concepte *sexualitat* és molt ampli i inclou moltes dimensions, des de l'any 2002 l'Organització Mundial de la Salut la defineix així:

“La sexualitat és un aspecte central de l'ésser humà al llarg de tota la seva vida. Engloba el sexe, les identitats i els rols de gènere, l'orientació sexual, l'erotisme, el plaer, la intimitat i la reproducció. S'experimenta i s'expressa a través de pensaments, fantasies, desitjos, creences, actituds, valors, conductes, pràctiques, rols i relacions interpersonals. Encara que la sexualitat pot englobar totes aquestes dimensions, no totes s'experimenten o s'expressen sempre. La sexualitat és influenciada per la interacció de factors biològics, psicològics, socials, econòmics, polítics, culturals, ètics, legals, històrics, religiosos i espirituals.” (OMS: 2002)

A partir d'aquesta definició, la sexualitat pot ser origen de felicitat i satisfacció, però també pot causar frustració i sofriment. És per això que la promoció de la salut sexual també sol estar integrada en el procés rutinari d'atencions sanitàries.

L'OMS defineix la salut reproductiva de la manera següent:

“La salut reproductiva és un estat general de benestar físic, mental i social, i no de mera absència de malalties, en tots els aspectes relacionats amb el sistema reproductiu, les seves funcions i els seus processos. En conseqüència, la salut reproductiva implica la capacitat de gaudir d'una vida sexual satisfactòria i sense riscos, i de procrear, com també la llibertat de decidir fer-ho o no fer-ho, quan i amb quina freqüència. En aquesta última condició hi ha implícit el dret de l'home i la dona a obtenir informació, escollir la seva planificació familiar, accedir a altres mètodes per regular la fecunditat que no estiguin legalment prohibits i a mitjans segurs, eficaços, assequibles i acceptables, i rebre serveis adequats d'atenció sanitària que permetin un embaràs i un part sense riscos i que donin a les parelles les màximes possibilitats de tenir fills sans. D'acord amb aquesta definició, l'atenció de la salut reproductiva es defineix com el conjunt de mètodes, tècniques i serveis que contribueixen a la salut i el benestar reproductius evitant i resolent els problemes relacionats amb la salut reproductiva. Inclou també la salut sexual, l'objectiu de la qual és el desenvolupament de la vida i les relacions personals, i no merament l'assessorament i l'atenció en matèria de reproducció i malalties de transmissió sexual” (OMS: 2002).

Les societats europees han viscut una sèrie de transformacions socials i culturals que han afectat de manera diversa la sexualitat dels seus habitants. Un dels canvis de les darreres dècades ha estat el fet que les primeres relacions sexuals es produeixin en edats més joves. Segons afirma Kontula (2003), en la majoria de casos això no ha comportat un augment dels problemes de salut reproductiva, ja que l'educació i la responsabilitat en les pràctiques sexuals també han augmentat. Ara bé, quan l'avançament de l'inici de les relacions sexuals interacciona amb altres factors, com ara la manca d'educació, certs tipus de creences, actituds intolerants o la pobresa, es poden produir situacions problemàtiques.

A l'hora d'esbrinar l'estat d'aquestes dimensions de la salut a Catalunya, topem amb el fet que l'ESCA 2006 no inclou cap pregunta sobre qüestions de salut sexual, afectiva o reproductiva. Només n'hi ha una sobre si s'ha patit algun maltractament per part de la parella, una pregunta que potencialment podria donar informació sobre el vessant afectiu de la salut, però que no està formulada de forma gaire apropiada, per la qual cosa és molt poc útil per a aquest propòsit.⁶ Tanmateix, sí que disposem d'alguns indicadors d'altres fonts que ens poden orientar una mica, com ara les taxes d'interrupció voluntària de l'embaràs. Així mateix, des de fa anys les institucions públiques fan un seguiment molt acurat i sistemàtic d'una de les malalties de transmissió sexual més importants, la SIDA.

6 És la pregunta 149: “Ha patit algun tipus d'abús o maltractament físic per part de la seva parella en l'últim any?”. Per poder obtenir informació fiable sobre aquesta qüestió s'hauria de fer de manera indirecta a través de diverses preguntes (hi ha qüestionaris *ad hoc* amb escales testades).

8.1. Relacions sexuals i interrupcions voluntàries de l'embaràs

8.1.1. Interrupcions voluntàries de l'embaràs

Els registres d'interrupció voluntària de l'embaràs permeten observar una tendència creixent del nombre absolut d'avortaments, sobretot entre les joves de més de 20 anys (taula 47). Les taxes específiques (taula 48) presenten la mateixa tendència, de tal manera que la proporció d'avortaments s'ha duplicat en els darrers deu anys. Cal dir que es tracta d'una tendència que es produeix entre tota la població femenina de 15 a 45 anys, encara que entre els grups joves l'increment és una mica més significatiu (gràfic 14).

Taula 47. Evolució dels avortaments legals entre les dones residents a Catalunya segons el grup d'edat (dades absolutes). Catalunya, 1994-2004

Edat de la dona	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
15-19 anys	2.201	2.211	2.291	2.284	2.395	2.476	2.776	2.991
20-24 anys	4.045	4.223	4.456	4.312	4.436	4.687	5.259	5.852
25-29 anys	3.120	3.462	4.011	4.112	4.239	4.524	5.615	5.920
15-29 anys	9.366	9.896	10.758	10.708	11.070	11.687	13.650	14.763
Total 15-44 anys	14.136	15.207	16.710	16.605	17.278	18.434	21.976	23.799

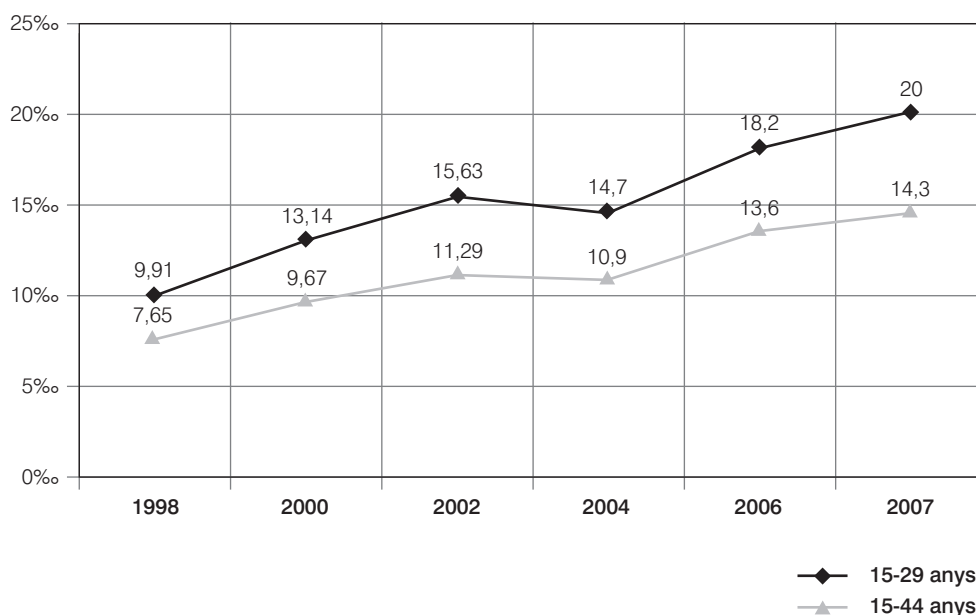
Font: Registre d'interrupció voluntària de l'embaràs, Servei d'Informació i Estudis, Direcció General de Recursos Sanitaris, Departament de Salut. Dades extretes de l'Idescat.

Taula 48. Taxa d'avortaments legals entre les dones residents a Catalunya segons el grup d'edat (avortaments per 1.000 dones). Catalunya, 1998-2007

Edat de la dona	1998	2000	2002	2004	2006	2007
15-19 anys	8	11	12	13	14	16
20-24 anys	12	16	19	18	22	25
25-29 anys	9	12	15	13	17	19
15-29 anys	10	13	16	15	18	20
Total 15-44 anys	8	10	11	11	14	14

Font: *Interrupción voluntaria del embarazo*, Direcció General de Salut Pública i Consum, Ministeri de Sanitat i Consum.

Gràfic 14. Evolució de la taxa d'avortaments entre les dones residents a Catalunya segons el grup d'edat (avortaments per 1.000 dones). Catalunya, 1998-2007



Font: *Interrupción voluntaria del embarazo*, Direcció General de Salut Pública i Consum, Ministeri de Sanitat i Consum.

8.1.2. Percepcions i experiències respecte a les relacions sexuals i la interrupció de l'embaràs

Als grups de discussió apareixen alguns discursos dels joves respecte a la sexualitat, la problemàtica dels embarassos no desitjats i els avortaments:

- Bona part de les **noies que estudien** diuen que coneixen alguna jove que ha avortat. Afirmen que els avortaments de què tenen notícia normalment es fan a través de la sanitat privada, i fins i tot declaren que no saben si es poden fer a la sanitat pública. També assenyalen que en alguns casos els pares han estat informats, però en d'altres no. Algunes diuen que, si els passés a elles, no tindrien inconvenient a dir-ho als pares perquè consideren que les ajudarien. Amb tot, no sembla que sigui el cas de tothom, ja que hi ha participants –justament les d'estatus social més baix– que pensen que probablement no podrien rebre aquest ajut, per això sembla que ho farien en secret. Les participants d'aquest grup consideren que hi ha informació suficient sobre com evitar els embarassos i que els anticonceptius són prou accessibles a tothom.
- La majoria dels **nois estudiants** afirmen que coneixen casos de noies que s'han quedat embarassades molt joves (16 anys). Segons ells, les conseqüències que els ha comportat són molt diferents en funció del context familiar: hi ha noies que poden tenir un fill i continuar fent una vida relativament coherent amb la seva edat, i d'altres no. Pensen que l'avortament requereix una reflexió intensa per part dels joves. També comenten casos de noies que van avortar sense dir-ho als pares, i assenyalen que, davant aquesta situació, entre els joves mateixos s'estableix una solidaritat per aconseguir els diners i trobar el lloc on dur a terme l'avortament. Expliquen que el recurs als pares és "l'última opció", i que mentre es puguin trobar altres sortides no els diuen res. En qualsevol cas, també depèn del context familiar, de si hi ha prou confiança o no per tractar-hi aquestes qüestions. Aquests nois també creuen que hi ha prou informació per evitar els embarassos i que els preservatius i altres anticonceptius són a l'abast de tothom.
- Els **nois que treballen** també parlen de casos d'avortament que coneixen de prop. Afirmen que tots es van fer a través de la sanitat privada, perquè segons ells no planteja tants problemes com el sistema públic. També assenyalen que els pares no sempre se n'han assabentat. S'observa que no fan gaires judicis sobre la problemàtica ètica ni sobre com això pot afectar la vida de les noies. Consideren que la informació sobre aquest tema és molt elevada arreu i que tothom té accés als preservatius, tant als punts juvenils com a les farmàcies.

- Les **noies treballadores** tenen la percepció que els avortaments són relativament freqüents entre les joves i opinen que es tracta d'una situació que no hauria de produir-se, ja que actualment totes les joves disposen d'informació suficient sobre mètodes anticonceptius. També indiquen que els serveis socials donen informació sobre els llocs on es pot avortar. Des de la seva perspectiva, el problema no és l'avortament en si, sinó el fet que les noies no hagin pres les mesures adequades.

Els joves immigrants també fan alguns comentaris sobre la salut sexual i els embarassos no desitjats:

- Tots els **nois immigrants** entrevistats diuen que han mantingut relacions sexuals i que l'ús de preservatius entre ells és escàs (només un diu que n'utilitza de manera habitual). S'observa que l'únic risc en què pensen els que no en fan servir és el risc d'un embaràs no desitjat, mentre que el que n'utilitza també té en compte la possibilitat de contreure una malaltia de transmissió sexual: justifica la seva opció dient que ho fa per no caure malalt, perquè, si no té cura de si mateix, sap que ningú no ho farà. En canvi, els altres dos –que no utilitzen preservatius– es justifiquen dient que la dona és qui ha de prendre precaucions per no quedar-se embarassada, per això ho deixen al criteri de la dona (“si ella no lo lleva y no dice nada, entonces no pasa nada... lo hago sin preservativo”). Es tracta d'una actitud que atribueix a la dona una responsabilitat superior a l'hora de prendre precaucions, potser hereva d'una distribució de rols de caire més masculista.
- Pel que fa a les **noies immigrades** entrevistades, s'observa una diferència considerable entre dues d'elles i la tercera, una diferència que es podria atribuir a la classe social d'origen –dues provindrien de classes mitjanes-altes i l'altra d'un entorn de classe baixa–. Dues (D-A i D-B) diuen que sempre prenen mesures anticonceptives i procuren protegir-se de possibles malalties de transmissió sexual –es fan revisions ginecològiques periòdiques, prenen píndoles anticonceptives, usen preservatiu, etc.– i en el seu entorn d'amistats això és el més habitual; per contra, en l'entorn de la tercera (D-C), la prevenció i la protecció són molt més escasses. Des del punt de vista d'aquesta noia, tothom té prou informació sobre com comportar-se de manera segura, però afirma que sovint es tendeix a actuar de manera arriscada (“pueden más las ganas que la razón”) i assenyala que en alguns casos són els nois els que prefereixen no posar-se preservatiu. D'acord amb la seva experiència, als nois no els agrada gaire fer-lo servir (“el hombre es muy vago...”), de manera que està convençuda que són les noies les que han de portar els preservatius i obligar els nois a posar-se'ls (ella diu que sempre n'utilitza). Cal remarcar que, a diferència del que feien els nois, aquesta noia percep tant el risc d'embaràs com el d'adquirir alguna malaltia de transmissió sexual. Afirma que ella ha après molt de les seves experiències (“por estrellarme”) i troba que hi ha diferències socials i culturals importants entre Catalunya i el seu país d'origen: considera que allà si un noi deixa embarassada una noia s'ha de fer càrrec de la situació i aquí, en canvi, no ha d'assumir aquesta responsabilitat –percep que a Catalunya es culpabilitza la noia d'haver accedit a mantenir relacions sense protecció.

En general, els comentaris de la gent jove sobre els embarassos no desitjats giren al voltant de com resoldre la situació sense haver d'alterar la vida social i familiar, és a dir, aconseguir un avortament sense gaire enrenou. Tots els joves es manifesten ben informats sobre què cal fer per evitar arribar a aquesta situació i reconeixen que tenen un bon accés a mètodes anticonceptius de tota mena (especialment els preservatius⁹). Només les noies de més edat pensen que amb tota la informació disponible aquestes situacions no s'haurien de produir, però la seva postura es contradiu amb el fet que, com veurem més endavant, elles també són usuàries habituals de la píndola de l'endemà. D'altra banda, s'observa que els discursos dels joves d'un estrat social més baix tenen comportaments més arriscats, relaten pràctiques on no sempre es fan servir anticonceptius i expressen uns rols sexuals més marcats que responsabilitzen més les dones que els homes. En aquest sentit, els discursos dels joves immigrants no són tan significatius pel pes de la variable *migració* sinó per la variable *classe social*.

8.2. SIDA

8.2.1. Estat de la SIDA

Les dades sobre el VIH/SIDA s'acostumen a classificar en els apartats dedicats a la salut sexual, ja que actualment la via de contagi més freqüent són les relacions sexuals sense protecció.

Des de l'1 de gener de 1981 fins al 30 de juny de 2009 s'han registrat 16.247 casos de SIDA de persones residents a Catalunya, 13.067 de les quals són homes (80,4 %) i 3.180, dones (19,6 %) –els homes quadrupliquen les dones– (taula 49). Si ho analitzem per grups d'edat, veiem que els joves de 15-29 anys constitueixen el 26,7% del total de persones malaltes –el gruix es concentra de manera massiva en el grup de 25-29 anys–, i que hi ha una diferència important entre homes i dones (el nombre absolut d'homes triplica el de dones). D'altra banda, les dones joves representen un percentatge més gran respecte al total de dones (34%) que els homes joves entre el total d'homes (25%).

Taula 49. Casos de SIDA declarats segons el grup d'edat, per sexe (dades absolutes). Catalunya, 1981-2009

Grup d'edat	Homes	%	Dones	%	Total	%
15-19 anys	53	0,4	19	0,6	72	0,4
20-24 anys	702	5,4	275	8,7	977	6,0
25-29 anys	2.516	19,2	785	24,7	3.301	20,3
15-29 anys	3.271	25,0	1.079	34,0	4.350	26,7
Totes les edats	13.067	100	3.180	100	16.247	100

Font: Registre de casos de SIDA a Catalunya, Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i SIDA de Catalunya (CEEISCAT), Departament de Salut.

Pel que fa a l'evolució temporal de l'aparició de casos de SIDA, les dades disponibles revelen una tendència clarament a la baixa entre la població jove (taula 50), així com que la prevalença augmenta amb l'edat –a partir dels 25 anys la proporció augmenta considerablement–. Quant a les pràctiques de risc, s'observa que la disminució s'ha produït de manera molt acusada entre els usuaris de drogues per via parenteral (taula 51), i en les relacions sexuals entre homes homosexuals i bisexuals, però no tant entre les persones heterosexuales.

Taula 50. Casos de SIDA declarats entre la població de 15 a 29 anys segons el grup d'edat, per sexe i any de diagnòstic (dades absolutes). Catalunya, 1999-2008

Grup d'edat	Sexe	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
15-19 anys	Homes	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
	Dones	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1
	Total	0	0	0	2	1	1	1	0	0	1
20-24 anys	Homes	8	11	6	3	7	0	4	3	1	7
	Dones	2	6	4	3	2	2	1	1	1	1
	Total	10	17	10	6	9	2	5	4	2	8
25-29 anys	Homes	42	38	38	21	24	14	20	11	17	14
	Dones	20	16	15	8	6	9	12	8	4	7
	Total	62	54	53	26	30	23	32	19	21	21
15-29 anys	Homes	49	43	42	21	32	14	24	14	18	21
	Dones	22	22	18	12	8	12	14	9	5	9
	Total	71	65	60	33	40	26	38	23	23	30

Font: Registre de casos de SIDA a Catalunya, CEEISCAT, Departament de Salut.

Taula 51. Casos de SIDA declarats entre la població de 15 a 29 anys segons el grup de transmissió, per any de diagnòstic. Catalunya, 1998-2002

Grup de transmissió	1998	1999	2000	2001	2002
Usuaris de drogues per via parenteral	66	41	32	27	10
Homes homosexuals i/o bisexuals	9	9	12	9	7
Heterosexuals	17	15	16	21	11
Hemoderivats i transfusions	1	1	-	1	1
Altres i no especificats	7	5	5	2	4
Total	100	71	65	60	33

Font: Registre de casos de SIDA a Catalunya, CEEISCAT, Departament de Salut.

8.2.2. Percepcions i experiències en relació amb la SIDA

La SIDA és una qüestió que apareix molt poc en les converses dels participants en els grups de discussió. De fet, només va sorgir i es va discutir una mica en el grup de nois estudiants, a diferència de la resta de grups, on gairebé no es va esmentar tot i les propostes dels moderadors en aquest sentit.

Els **nois que estudien** perceben la SIDA com una amenaça llunyana que, en principi, no forma part del context social en què viuen. Consideren que abans era més visible, però que en els darrers anys se'n parla menys –assenyalen que surt menys a la televisió, les notícies, les campanyes, etc.–. També afirmen que quan comencen a sortir amb una noia mai no pensen si pot tenir la SIDA o no; és una cosa que no forma part de les seves expectatives. En qualsevol cas, queda clar que, mentre que les generacions de més edat tenen una imatge relativament traumàtica de la SIDA, les persones més joves han perdut aquesta referència. Això pot ser congruent amb el fet que la transmissió de la SIDA ha disminuït en relació amb la majoria de pràctiques de risc, excepte en les relacions sexuals heterosexuals.

8.3. Relacions afectives i violència de gènere

Com s'ha apuntat més amunt, a l'Enquesta de salut de Catalunya no s'inclouen preguntes sobre les relacions afectives i la violència de gènere, encara que l'ESCA 2006 en formula una que aquí hem considerat poc adequada. Tot i així, en els grups de discussió sí que han aparegut referències a les problemàtiques vinculades a les relacions afectives i les possibles discriminacions per motius d'identitat sexual.

- Les **noies que estudien** només esmenten el cas d'un noi que pegava la seva mare perquè li recriminava que feia un ús excessiu de l'ordinador. En general, però, no parlen gairebé gens d'aquesta qüestió i tan sols fan referència a certs actes de violència juvenil en una zona de bars nocturns del seu municipi, tot i que ho relacionen amb l'abús d'alcohol i amb joves problemàtics.
- Els **nois estudiants** afirmen que bona part de les sortides d'oci –especialment nocturn– es fan amb la intenció final d'arribar a alguna interacció afectiva o sexual amb altres noies o nois. Tendeixen a considerar que en les relacions entre sexes les dones acostumen a ser més “dominadores”, és a dir, procuren tenir el control de la relació, al contrari dels nois, que es deixen portar. Això, a parer seu, pot comportar situacions psicosocialment negatives, que exemplifiquen amb el cas d'un noi la parella del qual no el deixa sortir de festa amb els amics perquè diu que són una mala influència. Des d'aquest punt de vista, les noies contribueixen a propiciar canvis poc previsibles en les colles d'amics, cosa que identifiquen com un risc. Tanmateix, també consideren que aquests canvis no generen tants traumes als homes com a les dones, perquè creuen que un noi pot estar apartat del seu cercle d'amistats durant un temps –perquè té una relació amb una noia i ha canviat d'ambients i d'amics–, però després, si es trenca la relació, es pot reintegrar al grup amb facilitat. En canvi, perceben que les dones no ho poden fer tan fàcilment, els costa molt més o es queden més aïllades. D'altra banda, aquests nois solen considerar –sense argumentar-ho– que entre els immigrants hi ha més casos de violència domèstica, i ho relacionen amb les diferents

pautes culturals i religioses. En certa manera, pensen que ells mateixos i el seu grup ètnic estan menys afectats per aquest tipus de problemàtiques, o com si fos una cosa del passat –fet que, a la pràctica, no és clar que sigui així.

- Els **nois treballadors** expliquen que coneixen alguns casos de violència domèstica: alguns parlen de maltractaments en el si de la família per part del pare; altres, de joves que maltracten els seus familiars (la mare, l'àvia, etc.), i encara en altres, de joves que maltracten la seva parella –en aquests casos, pel que diuen, s'han acabat deixant–. També assenyalen que hi ha casos de discriminació per homosexualitat entre els joves, però bàsicament els més joves, mentre són a l'escola i l'institut. Perceben que abans la situació era més greu i que, a poc a poc, l'homosexualitat es va normalitzant en l'imaginari social, de manera que pensen que les noves generacions ja no discriminen tant per aquest motiu com es feia abans. Un dels participants que s'identifica davant els altres com a homosexual confirma, a grans trets, aquestes tesis.
- Les **noies que treballen** parlen d'altres noies que han patit maltractaments. Analitzen un cas concret en què l'agressivitat del noi s'atribueix al consum de substàncies il·legals, i assenyalen que la noia va decidir acabar la relació, però que el noi és persistent i encara li envia missatges. Expliquen un altre cas d'un noi que pretén tenir un control molt intens sobre la vida de la seva parella i que també té moments agressius amb ella, tot i que sembla que no han arribat a la violència física. D'altra banda, fan referència al cas d'una noia que és assetjada per la seva exparella de manera intensa i apunten que es tracta d'una situació molt preocupant, atès que viu assetjada i és molt difícil fer-hi res perquè, pel que en saben, l'assetjador sempre procura actuar amb molta normalitat davant la resta de la gent. Consideren que sovint les noies que pateixen aquestes situacions intenten treure importància a les actituds agressives, però les participants creuen que és un error i que la relació difícilment acabarà bé. També constaten la dificultat per fer que les noies que són assetjades en siguin conscients i reaccionin, ja que, segons elles, "no volen obrir els ulls". En certa manera, es reflecteix la dificultat que tenen les víctimes per identificar com a anòmala la situació, fet que és molt evident per als observadors externs a la parella. Segons aquestes noies, els maltractaments els fan més els nois que les noies, i encara que també parlen de noies que maltracten les seves parelles, sobretot psicològicament, consideren que no és tan freqüent. Alhora, debaten al voltant d'un cas que va passar fa poc al municipi, quan un noi va matar els seus pares: pensen que va ser producte d'unes relacions familiars deteriorades, junt amb algun tipus de trastorn psicològic del jove. D'alguna manera, fan referència a la responsabilitat dels pares a l'hora de tractar els fills i argumenten que vivim en una societat on els pares cada cop perden més el respecte dels fills. Es diria que veuen molta diferència entre com tracten els més joves els pares i com els tractaven elles quan eren més joves. Una altra qüestió que debaten és la discriminació de les persones homosexuals: consideren que, tot i que tenen la sensació que cada cop s'accepta més, no és fàcil ser-ho en el seu municipi, perquè encara hi ha massa prejudicis. Esmenten el cas d'un jove que ha canviat de sexe i diuen que no li ha estat fàcil i ha hagut de conviure amb molts prejudicis i discriminacions. Creuen que aquests casos són més suportables si es marxa del poble a la ciutat, on hi ha més anonimat. Una de les participants apunta també que les persones d'altres grups ètnics o que tenen la pell d'un altre color han de patir molts prejudicis i discriminacions (explica el cas d'una amiga seva que és negra). Finalment, debaten si les generacions més joves tendeixen o no a discriminar per motius d'opció sexual o ètnics: algunes participants pensen que la televisió contribueix a normalitzar moltes d'aquestes qüestions, però d'altres observen que no i creuen que entre els més joves hi ha molts prejudicis i que són més intransigents.⁷

Les **noies immigrants** que han estat entrevistades per a aquest treball, a diferència dels **nois immigrants**, també expressen algunes opinions i experiències en relació amb la salut afectiva:

- Pel que fa a les relacions afectives i les discriminacions, una de les noies (nascuda a Amèrica del Sud) esmenta algunes actituds que poden ser preocupants, malgrat que ella intenta no donar-los gaire importància. Diu que el seu xicot és molt gelós, però intenta justificar-lo amb l'argument que ella prefereix que sigui així, ja que sent que així s'interessa per ella de debò –de fet, és ella qui es justifica per continuar

⁷ En qualsevol cas, aquestes joves no parlen gaire del que pensen, sinó més aviat del que suposen que fan o pensen les generacions més joves (les que van a l'institut), cosa que pot constituir una descripció de l'entorn social en què viuen, tot i que elles es presenten com si no en formessin part. És a dir, fa l'efecte que tendeixen a expressar uns discursos normatius que no necessàriament s'adiuen al que pensen o fan a la pràctica.

amb ell-. Posteriorment agraeix que el xicot no sigui violent –es considera afortunada per això– i acaba dient que potser no és tan gelós com ella diu, atès que, des del seu punt de vista, ell confia més en ella que a la inversa. Es considera desconfiada (“*porque la vida me ha tratado muy mal*”) i afirma que només confia en ella mateixa i en la seva mare, tot i que també reconeix que ella no és totalment de confiança (en relació amb la fidelitat). Tot plegat configura un context afectiu una mica enrarit, amb unes relacions de dependència poc clares. D'altra banda, en termes de discriminació més genèrica –no de parella–, una de les noies diu que s'ha sentit discriminada pel seu origen (romanès) a la universitat on estudia, i creu que no és tant una discriminació per part dels companys com de la institució –o almenys aquesta és la seva percepció–. Una altra noia (equatoriana) diu que va viure discriminació a causa del seu origen quan anava a l'institut (ensenyament secundari) i ho atribueix al fet d'haver abandonat els estudis. En canvi, argumenta que en la seva vida laboral no ha tingut problemes d'aquest tipus, ni tampoc amb les amistats en els àmbits d'oci.

8.4. Polítiques sobre salut afectiva, sexual i reproductiva

8.4.1. Generalitat de Catalunya

Una de les iniciatives principals que s'ocupa, entre d'altres, de donar assessorament i informació en matèria de salut sexual, reproductiva i afectiva és el programa **Salut i escola**, ja esmentat en un apartat anterior. És un programa dirigit a la població escolaritzada de tercer i quart d'ESO de tots els centres públics i concertats de Catalunya, consistent a ubicar a dins del centre educatiu un professional sanitari que prèviament ha rebut formació específica en tècniques d'entrevista i treball en grup, i en els aspectes de salut més rellevants de l'entorn jove. El programa pretén assessorar totes les persones joves que ho demanin i fer que participin en activitats educatives de prevenció. Té tres objectius fonamentals: facilitar la promoció d'actituds i hàbits saludables; reduir els comportaments que poden afectar negativament la salut dels joves, i detectar precoçment problemes de salut entre els joves. De fet, les consultes sobre la dimensió afectiva de la salut sexual són les que es plantegen amb més freqüència a l'infermer del programa.

Un altre programa impulsat pel Departament de Salut és **Tarda jove**, que es desenvolupa des dels centres d'atenció primària (CAP) i, entre altres, ofereix atenció a la salut sexual i reproductiva. Es tracta d'un servei d'activitats assistencials i educatives, com ara orientació i planificació familiar, atenció específica i confidencial als joves, control i seguiment de l'embaràs, atenció maternoinfantil, prevenció i assistència de malalties de transmissió sexual, prevenció i diagnòstic precoç del càncer ginecològic i de mama, i de malalties ginecològiques en general, suport psicològic en salut sexual i reproductiva, etc. El servei procura atendre grups o persones amb una vulnerabilitat especial.

El Departament de Salut també ha promogut un programa per apropar l'anomenada popularment *pastilla de l'endemà*, és a dir, l'**anticonceptiu d'emergència** (levonorgestrel), a la població que més la necessita, que majoritàriament són dones joves. Segons les dades dels registres de l'anticoncepció d'emergència, el 75,8% de les dosis subministrades en tots els centres de la xarxa pública han estat a gent jove, d'entre 16 i 19 anys (2008). El programa no solament ha consistit a dispensar la píndola de manera gratuïta, sinó que s'ha acompanyat d'una campanya informativa, **Millor sense risc**, difosa mitjançant tríptics i pòsters. Cal dir que des del 25 de setembre de 2009 aquesta pastilla es pot comprar a les farmàcies sense recepta mèdica, ja que el Ministeri de Sanitat ho va autoritzar en el marc de l'Estratègia de salut sexual i reproductiva del Sistema nacional de salut (en fase d'elaboració en el moment de redactar aquest document); és previsible, doncs, que disminueixin les visites als centres d'atenció mèdica per aquest motiu.

Una altra acció rellevant impulsada per la Direcció General de Salut Pública en aquest àmbit és el **Programa Màquina**, que té com a objectiu principal millorar l'accessibilitat al preservatiu de la població jove de Catalunya, tot abaratint-ne el cost i ampliant els punts de dispensació. Totes les màquines dispensadores s'identifiquen amb l'eslògan de la campanya, “I tu, ja el portes?”, i tenen un cost zero per a l'entitat sol·licitant. El preu de venda és d'1,5 euros per cada capsula de tres preservatius. La reposició dels preservatius, el manteniment de la màquina i la recaptació corren a càrrec de l'empresa responsable de la instal·lació. La condició indispensable és que els punts de venda siguin indrets on es concentri la població jove. Val a dir que entre el 2003 i el 2007 es van instal·lar 496 màquines a Catalunya, que van dispensar uns 99.600 preservatius. A més a més, es calcula que fora del projecte es van distribuir de forma gratuïta 1.203.610 preservatius masculins i 33.898 de femenins. S'ha de dir, no obstant això, que les entrevistes als tècnics municipals i els joves dels grups de discussió revelen que a molts municipis la distribució de preservatius és irregular, fluctuant i poc previsible.

Altres accions destacades que tenen a veure amb la prevenció de la SIDA i altres infeccions de transmissió sexual són els **materials divulgatius** com ara *A mi també em passa... I a tu? o Fes-te'l teu!*, amb una edició de 100.000 exemplars cada un. També val la pena remarcar l'**obra de teatre** *Que Sí, viDA!*, de la companyia Teatreacció, que ha estat molt ben valorada per tots els professionals de l'educació, els tècnics i els joves entrevistats: és una activitat adreçada als estudiants d'ESO que s'acostuma a fer als instituts que ho demanen, que es considera molt interactiva i que interessa molt els joves.

La Generalitat també proporciona un **telèfon** d'informació sobre la SIDA per resoldre dubtes, oferir suport psicològic i social a les persones afectades pel VIH, facilitar els recursos existents i difondre mesures preventives de forma confidencial i gratuïta a la població. En una línia similar, i com hem explicat anteriorment, la Secretaria de Joventut ha posat en marxa un servei d'assessoria en línia sobre drogues, a través del **portal Jove.cat**, que està atès per diverses entitats com l'Institut d'Estudis de la Sexualitat i la Parella, i el Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat. Tal com succeeix amb les drogues, les persones poden fer arribar a través de la pàgina web els seus dubtes o inquietuds a l'equip dels centres, que els proporcionen una resposta personalitzada i confidencial. Se sap que, habitualment, el 75% de les persones que fan consultes en línia són noies, però cal destacar que l'únic tema de sexualitat més consultat per nois que noies és la SIDA.

D'altra banda, des del Departament de Salut també s'ha impulsat una web d'informació i assessorament a joves, **Sexe Joves**, sobre salut sexual, afectiva i reproductiva (www.sexejoves.gencat.cat). S'hi ofereix informació, xats, blocs i contactes institucionals relacionats amb l'afectivitat, la sexualitat, la contracepció, l'embaràs, l'avortament, les infeccions de transmissió sexual, l'assetjament i les agressions sexuals, el sexe i les drogues, i el sexe virtual.

Finalment, la Secretaria de Joventut, en col·laboració amb l'Institut Català de les Dones i el Departament d'Educació, ha elaborat el programa **Talla amb els mals rotllos**, amb l'objectiu d'englobar diverses actuacions en matèria de prevenció i sensibilització contra la violència masclista, les quals segueixen una línia d'intervenció consistent a promoure la formació de formadors, la realització de tallers de prevenció –de “relacions abusives”– en espais juvenils i la facilitació de recursos per intervenir amb adolescents i joves. Així mateix, s'ha impulsat una campanya mediàtica de sensibilització sobre la salut afectiva d'un abast relativament important. Els tallers de prevenció de relacions abusives es poden demanar des de centres de secundària, entitats juvenils, casals de joves i ajuntaments. A més a més, les iniciatives legislatives recents per prevenir la violència de gènere han situat aquesta qüestió en el primer pla del debat públic, cosa que pot afavorir la presa de consciència entre el jovent.

8.4.2. Àmbit local

Els municipis acostumen a fer servir els materials divulgatius i els programes dissenyats i proporcionats pels diversos departaments de la Generalitat. A més, com hem explicat anteriorment, en el municipi A i en altres del seu entorn comarcal s'ha desenvolupat una iniciativa basada en la provisió d'informació als alumnes de tercer d'ESO mitjançant una **carpeta informativa**. Els tècnics de joventut municipals, davant els problemes per fer arribar informació al jovent van decidir elaborar una carpeta atractiva, amb un llenguatge juvenil, on es tracten diverses qüestions de salut, entre les quals hi ha la sexualitat, les malalties de transmissió sexual i el maltractament entre iguals. L'objectiu és donar una informació fiable i contrastada sobre comportaments de risc i sobretot una guia perquè els joves sàpiguen on adreçar-se en el moment que tinguin algun problema de salut relacionat amb aquests temes.

Una altra acció destacada, com ja hem apuntat en relació amb altres àmbits, és el programa **Kolocat**, impulsat per Educació per a l'Acció Crítica (EdPAC) amb el suport del Departament de Salut i la Secretaria de Joventut, una eina per oferir assessorament i informació fiable i contrastada sobre salut sexual, afectiva i reproductiva, en un llenguatge proper als joves. Un dels resultats més visibles i interessants de l'acció ha estat la creació de dues webs diferenciades i adaptades a dos grups de joves: www.elpep.info i www.laclara.info. La primera s'adreça a joves d'entre 14 i 16 anys i, per tant, té una orientació més educativa; i la segona, de caire més informatiu, està pensada per a joves de més de 16 anys. Es tracta d'una iniciativa interessant que arriba força bé als joves, els quals –en els grups de discussió realitzats– afirmen que bona part de la informació sobre aquestes qüestions l'obtenen d'Internet, principalment d'aquestes pàgines web i altres de similars, així com de xats i xarxes socials diverses. D'altra banda, la iniciativa dóna informació de manera interactiva i bidireccional, ja que els joves poden adreçar-s'hi per fer consultes i participar en fòrums temàtics.

També cal afegir que, tant els punts locals de joventut com els instituts, habitualment organitzen nombrosos tallers de gènere adreçats als més joves.

8.4.3. Percepcions i experiències en relació amb les polítiques sobre salut sexual, afectiva i reproductiva

Els resultats de l'anàlisi dels grups de discussió ens proporcionen informació sobre les percepcions i experiències de la gent jove quant a les polítiques preventives i de promoció de la salut en l'àmbit de la salut sexual, afectiva i reproductiva.

a) Sobre la carpeta informativa

Com ja hem explicat en un apartat anterior, s'observa que, tot i que moltes participants en el grup de discussió de **noies estudiants** van deixar l'institut ja fa uns anys, han conservat la carpeta informativa i en cas de necessitat en farien ús, malgrat que es resisteixen a reconèixer-ho de manera explícita –l'anàlisi detallada del seu discurs és el que permet deduir que la tenen com un punt de referència important–. S'adverteix una actitud ambivalent entre aquestes joves, que és recurrent en la majoria d'iniciatives impulsades des de les institucions públiques: expressen la seva conformitat, però alhora procuren aparentar que no els interessa gaire. És molt probable que les qüestions de salut generin aquesta actitud, que té molt de representació mitjançant la qual els joves intenten gestionar la seva imatge davant els altres –davant els iguals–, ja que expressar un interès massa explícit per la “carpeta” pot ser interpretat per la resta de joves com un indicador que s'ha patit algun problema, cosa que intenten evitar.

b) Sobre l'ús d'anticonceptius, la pastilla de l'endemà i les visites ginecològiques

La majoria de les **noies que estudien** coincideixen a dir que és molt necessari fer-se revisions ginecològiques periòdicament. En general ho consideren important, però també n'hi ha que ho eviten o hi són reticents, o bé expressen la seva insatisfacció pel fet que les revisions ginecològiques les faci un home –altres no expressen cap preferència respecte de si el professional és home o dona–. Sembla que les que n'estan més conscienciades són les que han mantingut relacions sexuals, ja que, de fet, el moment en què es comencen a tenir relacions s'esmenta com l'inici de les revisions. Algunes noies assenyalen que voldrien fer-se revisions amb més freqüència. Quant a les que tenen parella estable, acostumen a anar al ginecòleg per preguntar pels tipus d'anticonceptius més adients. En general, les que mantenen relacions sexuals freqüents diuen que sempre utilitzen mètodes anticonceptius i que han buscat assessorament en els serveis ginecològics per aquest tema. També recorden que el punt jove municipal proporciona –o proporcionava, ara no ho poden assegurar– preservatius a tothom que en demana. Una de les participants explica que hi havia anat a buscar-ne, però que més tard va canviar la persona que atenia els joves i ja no hi va tornar perquè no hi tenia prou confiança. Aquí s'observa la importància del paper que té la “confiança” en la persona i/o la institució a l'hora de plantejar campanyes de prevenció o protecció. D'altra banda, diverses participants afirmen que s'han pres la píndola de l'endemà i algunes expliquen que ho van fer perquè el mètode anticonceptiu que feien servir (preservatiu) va funcionar malament. També esmenten el cas d'algú, que no és present al grup, que demana la píndola amb molta freqüència. Una de les participants, que no fa servir anticonceptius de cap mena –és de les més joves del grup–, afirma que una vegada va anar a l'hospital a demanar la pastilla de l'endemà, tot i que després revela que realment no pensava que estigués embarassada, però que se la va prendre perquè una amiga li va dir que ho fes. En certa manera, sembla que utilitza el consum de la pastilla com una forma de donar-se importància davant les altres noies del grup –o davant el seu grup d'iguals, si el que explica és cert–. En aquest sentit, es reitera el paper “funcional” que tenen alguns comportaments “de risc” a l'hora de generar una imatge entre els joves; es podria dir que forma part de la representació del seu joc d'identitats. Sigui com sigui, aquestes noies pensen que tothom té molta informació sobre anticonceptius i que són prou accessibles. Opinen que si algú no en fa servir és perquè no vol, sigui per deixadesa o per una percepció del risc baixa (“total, a mi no em passarà”), però sembla que tenen clar quin és el comportament saludable en aquests casos. Finalment, algunes participants afirmen que han anat moltes vegades al punt jove municipal per assistir a xerrades informatives sobre sexe, drogues, etc. Altra vegada, s'observa que el punt jove local (o similar) és una referència important entre les fonts d'informació del jovent.

Els **nois que estudien** tendeixen a pensar que tothom té informació suficient sobre l'ús d'anticonceptius, ja que és un dels temes sobre els quals han rebut més informació a l'institut, junt amb el de les drogues. Es reitera, doncs, la importància dels centres escolars en la transmissió d'aquesta informació. En principi, tots els participants diuen que porten preservatius sempre que en necessiten i que un dels llocs d'on els obtenen és el punt jove local (en aquest cas, del consell comarcal). També expliquen que coneixen noies que han hagut de demanar la píndola de l'endemà, que consideren accessible i saben on haurien d'anar a demanar-la en cas de necessitat (al CAP).⁸ De fet, un participant reconeix que ha acompanyat una noia a demanar-la al CAP i afirma que la van aconseguir amb facilitat i els van tractar molt bé, els van donar informació i suport suficients. En canvi, algú diu que coneix el cas d'una noia que va anar a buscar-la i no la hi van voler donar, però no sap per què. En qualsevol cas, s'ha de recalcar que en l'imaginari d'aquests joves roman la idea que de vegades la píndola es pot (podia) aconseguir i de vegades no. Els nois que l'han necessitat comenten que l'acte sexual no està exempt de patiment i preocupació, atès que fins que no arriba la pròxima menstruació ningú no està gaire segur de quina és la situació.

Pel que fa als **nois que treballen**, els que mantenen relacions sexuals diuen que utilitzen anticonceptius amb assiduitat, bàsicament preservatius. En general, tots afirmen ser ben conscients dels riscos, encara que el principal risc en què pensen és l'embaràs no desitjat. Només un dels joves del grup afirma que no fa servir preservatius i ho justifica explicant que té una parella estable que pren píndoles anticonceptives. D'altra banda, bona part dels participants afirmen que han hagut de demanar la píndola de l'endemà alguna vegada, fet que contrasta amb l'afirmació categòrica que havien fet sobre l'ús de preservatius, raó per la qual cal deduir que una cosa és el que teòricament saben que han de dir davant els altres i una altra el que realment fan. Tot i així, s'observa que no n'hi ha cap que l'hagi hagut d'utilitzar més d'una vegada. En general, l'accés a la píndola de l'endemà no els ha generat problemes i tots l'han aconseguit amb facilitat al CAP.

Les **noies treballadores** afirmen que prenen les precaucions oportunes per no quedar-se embarassades de manera involuntària. Pensen que avui dia tothom té una certa consciència del risc de mantenir relacions sexuals sense protecció, però també imaginem que encara hi ha massa gent que no pren precaucions, sobretot entre les noies més joves –cal recordar que l'edat mitjana d'aquestes noies és superior a la dels altres grups–. Hi ha un debat sobre si és per ignorància o deixadesa. Consideren que la ignorància prové de l'educació sexual escassa que proporcionen les famílies i suggereixen que els pares haurien de dur les noies als 14 o 15 anys al ginecòleg perquè es familiaritzin amb la seva sexualitat. Segons elles, amb els pares no es parla gaire d'aquestes qüestions –comencen a parlar-ne amb el pas dels anys, però als 16 anys rarament–. També diuen que depèn del grau de confiança que es tingui amb els pares –se citen casos de famílies amb dues germanes en què una en parla i l'altra no–. Les noies es queixen de la permissivitat dels pares amb els germans nois –afirmen que de vegades són les mares mateixes les que els compren els preservatius–, que contrasta amb la manca de comunicació amb les filles. De totes maneres, s'observa que per a problemes greus de tipus sexual o reproductiu, la majoria de les participants confien en la seva mare, mentre que per a problemes o dubtes menors prefereixen acudir a les amigues, les revistes o el metge pel seu compte. També pensen que el programa "Salut i escola" és una bona eina per donar informació i orientació sexual i reproductiva, tot i que quan elles anaven a l'institut encara no existia. L'ús de la píndola de l'endemà sembla bastant estès entre les participants d'aquest grup, almenys la meitat reconeix haver-ne pres alguna vegada. Una fins i tot ho feia de manera reiterada, fins que al CAP li van dir que anés amb més compte –la prenia amb freqüència perquè no sabia que es registrava a l'historial mèdic personal, però un cop ho va saber va decidir prendre anticonceptius–. En general, aquestes noies mostren desconcert respecte al risc que comporta l'ús de la píndola de l'endemà: algunes assenyalen que els metges els han dit que no passa res, però alhora desaconsellen prendre-la de manera freqüent, cosa que genera dubtes. Finalment, diuen que és fàcil aconseguir-la al CAP, encara que comenten casos de noies que es van trobar amb metges objectors que no els la van voler dispensar, cosa que les va obligar a anar a un altre CAP.

c) Sobre les interrupcions voluntàries de l'embaràs

Pel que fa a l'avortament, una de les participants del grup de noies estudiants explica una forma d'avortar atípica (llançar-se per l'Aquapark), però les altres li responen que no ho veuen clar. Per argumentar-ho fan referència al fet que a l'escola mai no han sentit aquesta informació. En certa manera, aquest és un indicati de

⁸ Cal recordar que els grups de discussió es van fer just abans que s'aprovés la normativa que permet dispensar aquestes píndoles a les farmàcies sense recepta mèdica, el setembre del 2009.

la importància i la credibilitat que atorguen a la informació que reben als instituts sobre aquestes qüestions. També esmenten els serveis socials com un punt d'informació sobre aspectes relatius a la interrupció de l'embaràs. En els diversos grups afirmen que gairebé tots els casos d'avortament que coneixen han tingut lloc a la sanitat privada, perquè suposen que no planteja tants problemes com el sistema públic ("només cal pagar i ja està"). També expliquen que en molts casos no ho han dit als pares.

d) Sobre la SIDA

Pel que fa a la qüestió del **VIH/SIDA**, els joves recorden algunes campanyes institucionals (el dia mundial, la promoció dels preservatius, etc.), però no sembla que hi hagin participat directament. Ho relaten amb una certa distància, com si fos una cosa del passat. Les mesures preventives, com ara fer servir el preservatiu en les relacions sexuals, es defensen més per evitar embarassos, la SIDA o altres malalties infeccioses. Tot indica que els grups d'edat més joves no comparteixen la imatge traumàtica de la SIDA que tenen les generacions de més edat.

e) Sobre les relacions afectives entre els sexes i el maltractament o la violència de gènere

Els **nois que estudien** manifesten que actualment les institucions públiques cada cop desenvolupen més accions contra la violència domèstica, especialment per protegir les dones. Es parla de l'existència de llocs d'acollida on acudir en cas de maltractament, i ho consideren un gran avenç respecte al passat proper, quan no s'hi podia fer gairebé res. En la sessió de grup comenten alguns casos de violència contra les dones del seu municipi i valoren molt positivament el fet de poder denunciar-los als Mossos d'Esquadra, així com el fet que, si una dona va al CAP per una lesió i els metges perceben que és a causa de maltractaments, ho comuniquin a la policia. En tot cas, les mesures que més perceben aquests nois són les adreçades a atendre els efectes més que no pas les causes –són poc preventives.

Pel que fa a les **noies que treballen**, pensen que les campanyes institucionals contra la violència de gènere són importants, tot i que tenen dubtes sobre la seva eficàcia perquè creuen que vivim en una societat que encara considera massa "normals" les conductes violentes i les actituds masclistes en el si de la família. Consideren que actualment hi ha recursos institucionals per ajudar les persones que tenen aquest tipus de problemes (legislació, informació, llocs d'acollida, orientació, acompanyament, etc.), però que els grups d'edat més joves, entre els 16 i els 22 anys, no acostumen a fer-los servir. És a dir, pensen que entre les noies més joves hi deu d'haver situacions de maltractament, però que poques vegades es fan visibles i que les afectades no cerquen ajut en les institucions. Des del seu punt de vista, aquest és un dèficit greu, ja que és en aquestes edats primerenques quan s'hauria d'actuar per incidir en els valors socials i els processos de socialització dels joves, amb l'objectiu d'evitar que les situacions de domini i violència s'arribin a concebre com a "normals". En general, opinen que els problemes de violència de gènere constitueixen un problema greu que caldria prevenir a temps, per això els preocupa que siguin les noies més joves les que menys vulguin parlar-ne i denunciar-ho. Afirmen que hi ha moltes joves atrapades en situacions d'aquesta mena, ja sigui perquè el seu entorn social les pressiona perquè ho acceptin, o bé perquè pensen que encara que un noi les maltracti ho han d'acceptar si és l'amor de la seva vida, o bé perquè creuen que no trobaran cap altra parella, etc.

Malgrat els intents del moderador, ni les **noies estudiantis** ni els **nois treballadors** dediquen temps a parlar de polítiques relacionades amb aquesta qüestió –potser perquè en el primer cas són massa joves i en el segon són homes.

9. Seguretat viària

Les lesions produïdes per accidents de trànsit a les carreteres es consideren un dels problemes de salut pública més importants del món, ja que són una de les causes principals de morbiditat i mortalitat (Sharma, 2008). Es calcula que, cada any, almenys 400.000 persones de menys de 25 anys moren en accidents de trànsit a la carretera. Gran part d'aquestes morts tràgiques tenen lloc en països empobrits i són molts freqüents entre els ciclistes, els motoristes i les persones que utilitzen els mitjans de transport públic (Toroyan i Peden, 2007). Un dels comportaments que s'ha demostrat que és més perillós per a la salut pública i que afecta especialment la població jove és la conducció sota els efectes de l'alcohol o altres drogues. Alguns estudis realitzats als Estats Units revelen que els adults que van començar a beure alcohol quan eren molt joves (menys de 14 anys) tenen més probabilitats d'acabar conduint beguts en l'edat adulta i de patir accidents de trànsit (Hingson *et al.*, 2004). També s'ha demostrat que els joves, ja sigui perquè tenen menys aversió al risc o per una qüestió de pressió de grup, es relacionen amb comportaments que augmenten la probabilitat de lesió en cas d'accident, com ara conduir a més velocitat, no posar-se el casc o el cinturó, etc. Altres estudis apunten que alguns factors estructurals, com ara les diferències en l'accés a les begudes alcohòliques que tenen els joves en diferents regions o territoris, poden explicar la variació en els accidents de trànsit i les lesions associades (Treno *et al.*, 2003). Finalment, també hi ha aspectes relatius al disseny de les carreteres –quan, per exemple, no afavoreixen els ciclistes o els motoristes, que solen ser més joves–, així com altres factors vinculats a les polítiques concretes que es fan per prevenir o tractar d'incidir en certs comportaments dels joves.

9.1. Accidents de trànsit i seguretat viària

En el cas català, el registre de víctimes que proporciona el Servei Català de Trànsit permet saber la quantitat de joves que han estat ferits o morts en accidents de trànsit. En el transcurs d'una dècada, els accidents de persones entre 14 i 29 anys han passat de constituir la meitat de tots els que es produïen a Catalunya a ser-ne una tercera part (taula 52). En aquest sentit, s'ha registrat una reducció d'accidents més acusada entre els joves que entre la població en general (entre els adults s'han reduït un 18% i entre els joves, un 28%).

Taula 52. Evolució de les víctimes* d'accidents de trànsit, excloent els vianants i els ciclistes, en la població de 14 a 29 anys, per sexe i edat (dades absolutes). Catalunya, 2000-2004

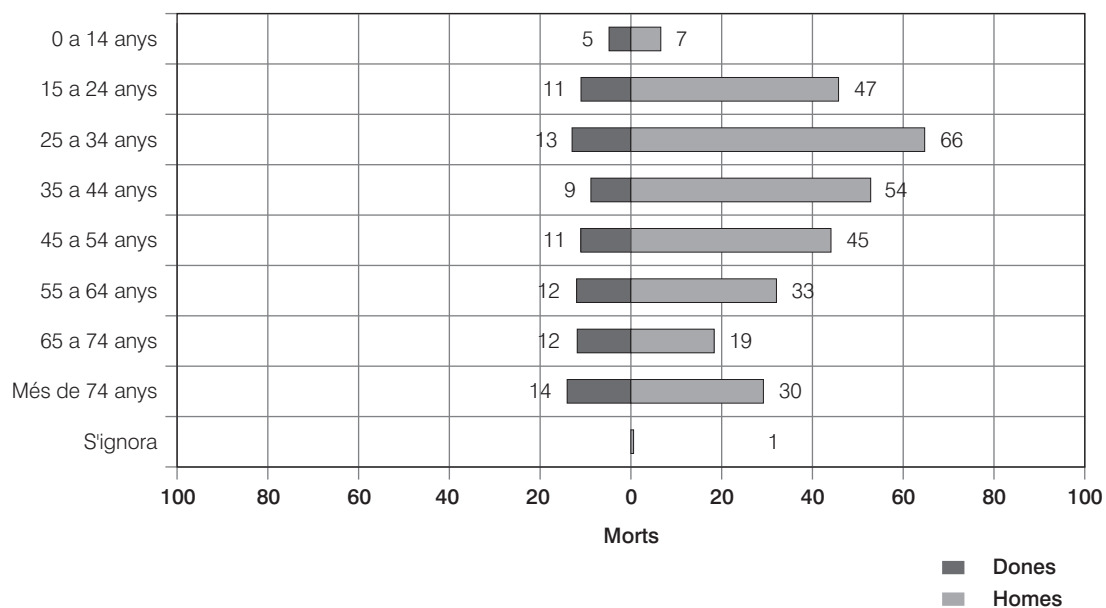
Grup d'edat	Sexe	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
14-29 anys	Homes	11.526	10.524	9.161	8.490	7.742	7.640	7.806	8.235	7.366
	Dones	4.286	4.382	4.112	3.919	3.678	3.585	3.705	4.190	4.010
	Total	15.812	14.906	13.273	12.409	11.420	11.225	11.512	12.484	11.408
Total població	Homes	20.138	19.637	18.035	17.127	15.972	16.582	19.310	19.750	18.245
	Dones	8.456	9.039	8.584	8.350	7.983	8.245	10.181	10.925	10.303
	Desconegut	532	30	21	13	16	21	57	161	343
	Total	29.126	28.706	26.640	25.490	23.971	24.848	29.548	30.836	28.891

Font: Servei Català de Trànsit, Departament d'Interior.

* El concepte víctimes inclou els morts, els ferits greus i els ferits lleus.

Les dades del 2008 del Servei Català de Trànsit indiquen que els grups d'edat de 15 a 34 anys són els que registren més víctimes mortals (gràfic 15), especialment entre els homes.

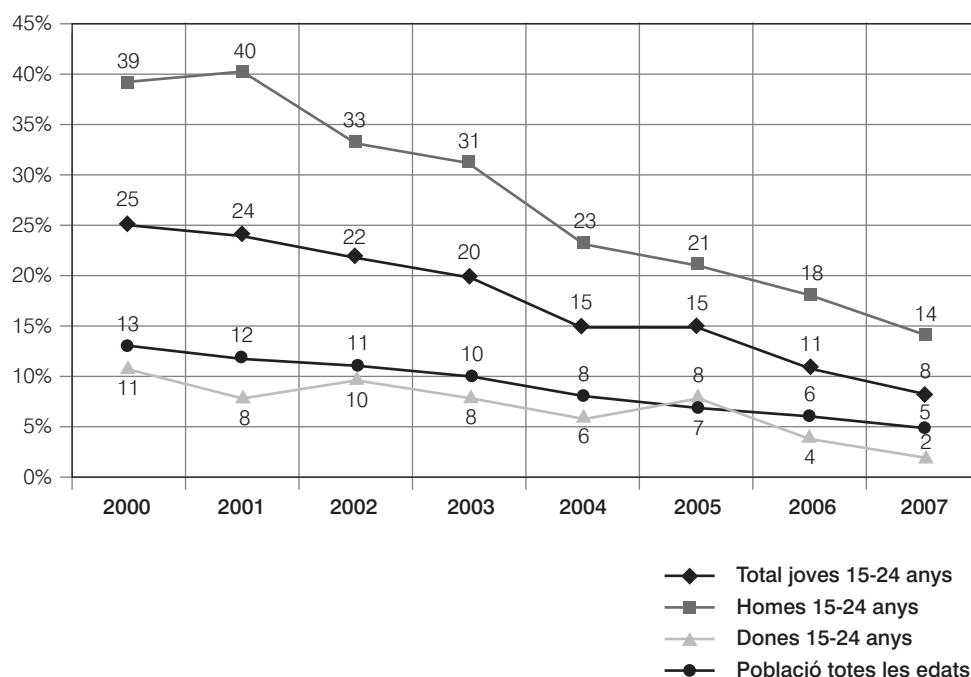
Gràfic 15. Edat i sexe de les víctimes mortals (dades absolutes). Catalunya, 2008



Font: Anuari estadístic d'accidents de trànsit de Catalunya, Servei Català de Trànsit, 2009.

Si analitzem les taxes específiques per edat, l'evolució dels darrers anys mostra que la taxa de morts per accidents de trànsit es manté sempre superior entre els joves (15-24 anys) que entre la població en general, si bé en ambdós casos la tendència és clarament a la baixa. Cal afegir que entre la població jove el descens és més intens. D'altra banda, s'observa que hi ha diferències considerables entre la taxa d'homes i de dones, de tal manera que els primers multipliquen de llarg les segones en tota la sèrie (gràfic 16).

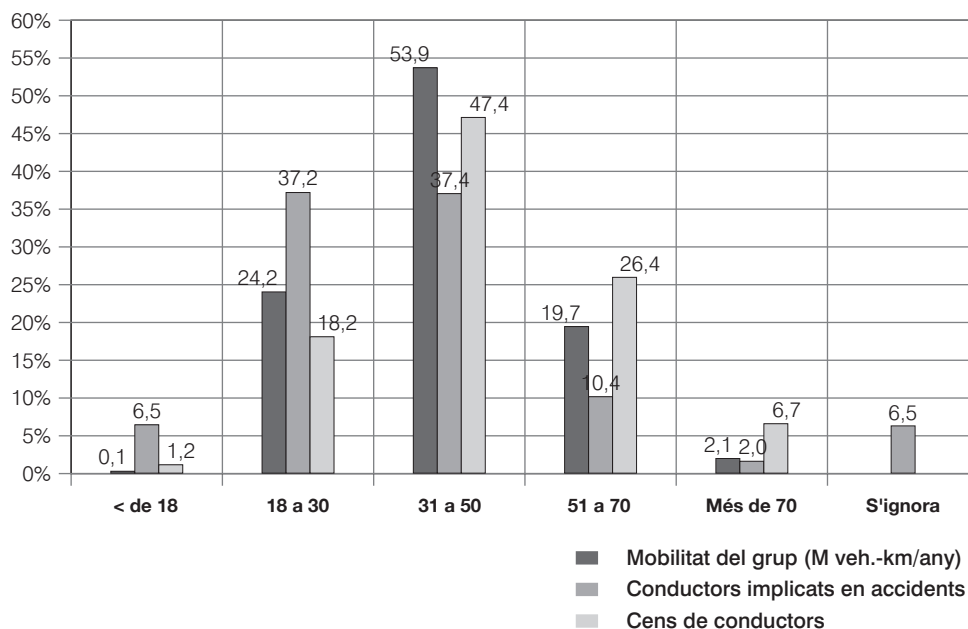
Gràfic 16. Evolució de les taxes específiques de víctimes mortals per accidents de trànsit en la població de 15 a 24 anys, per sexe i grup d'edat (defuncions per 100.000 habitants). Catalunya, 2000-2007



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'Anàlisi de la mortalitat a Catalunya, 2000-2007, Servei d'Informació i Estudis, Departament de Salut.

Tot i que entre les persones de 18 a 30 anys hi ha menys conductors (2,5 vegades menys que en el grup de 31-50 anys) i fan menys quilòmetres anualment, es tracta del grup d'edat que presenta una proporció més gran de conductors implicats en accidents (gràfic 17).

Gràfic 17. Proporció de conductors implicats en accidents en relació amb el total de conductors segons l'edat i la mobilitat de cada grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2007



Font: *Exposició al risc a la xarxa viària catalana. Any 2007*, Servei Català de Trànsit i Direcció General de Trànsit (2008).

Quant a les defuncions per accidents de trànsit, l'any 2006 es van produir 10 morts per cada 100.000 joves de 15 a 29 anys (taula 53). S'observa que la mortalitat és molt més elevada entre els nois que entre les noies (8 vegades més) i que la franja d'edat que concentra més mortalitat és la de 20 a 24 anys.

Taula 53. Taxa de defuncions per accidents trànsit segons el grup d'edat i el sexe (morts per 100.000 habitants). Catalunya, 2006

Sexe	Taxa de mortalitat
Homes 15-29 anys	17
Dones 15-29 anys	2
Grups d'edat	
15-19 anys	8
20-24 anys	12
25-29 anys	8
Total	10

Font: Registre de mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i d'Estudis. Departament de Salut.

Per àmbits territorials, a les Terres de l'Ebre, el Camp de Tarragona i l'Alt Pirineu i Aran és on les taxes de mortalitat són més elevades, ja que dupliquen les de l'àmbit metropolità i gairebé tripliquen les de les comarques centrals (taula 54). És probable que això sigui a causa del fet que en aquests territoris hi ha menys possibilitats d'utilitzar el transport públic i els joves s'han de desplaçar més en automòbil per motius d'oci, estudis o feina.

Taula 54. Taxa de defuncions per accident de trànsit en la població de 15 a 29 anys segons l'àmbit territorial de residència (morts per 100.000 habitants). Catalunya, 2006

Àmbit territorial	Taxa de mortalitat (15-29 anys)
Àmbit Metropolità	8
Comarques de Girona	14
Comarques Centrals	7
Camp de Tarragona	17
Terres de l'Ebre	20
Alt Pirineu i Aran	15
Àmbit de Ponent	7
Total	10

Font: Registre de mortalitat de Catalunya, Servei d'Informació i d'Estudis, Departament de Salut.

A l'ESCA es pregunta a les persones enquestades si durant el darrer mes han anat en moto o en cotxe i si s'han posat el casc o el cinturó de seguretat. Pel que fa als que afirmen haver anat en moto, la proporció ha disminuït entre el 2002 i el 2006, especialment entre els joves, i, al mateix temps, la freqüència d'ús del casc ha augmentat força, tant en joves com en adults (taula 55). Per explicar aquestes dades i les anteriors –relatives a la disminució de la sinistralitat de trànsit entre els joves–, cal dir que l'any 2005 es va aprovar la llei del permís de conduir per punts i es va modificar sensiblement el text articulat de la llei sobre trànsit, circulació de vehicles de motor i seguretat viària, de tal manera que es van incrementar els controls de velocitat i d'alcoholèmia i es van endurir les sancions.

Taula 55. Ús de la moto i el casc durant el darrer mes en la població de 15 a 65 anys, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006

Ús de la moto i prevenció	Joves (15-29 anys)		Adults (30-65 anys)	
	2002	2006	2002	2006
Ha anat en moto per ciutat, carretera i/o autopista	32	23	13	11
Ha portat sempre casc	66	95	58	98

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2002 i 2006.

Si ens centrem en les dades de l'ESCA 2006, veiem que el 5% de persones que no sempre porten casc són tant homes com dones, no presenten gairebé diferències per edat (tot i que n'hi ha més entre els més joves) i predominen entre els que només tenen estudis obligatoris. A la vegada, n'hi ha més entre els que pertanyen a un estatus social baix i mitjà, en particular entre els que pertanyen a una família la persona principal de la qual no té estudis. Per àmbits territorials, són més presents a les Terres de l'Ebre (32%), seguides del Camp de Tarragona (15%) i l'Àmbit de Ponent (11%) –on n'hi ha menys és a Barcelona: 2%–, i també en municipis de menys de 10.000 habitants (13%).

Bona part de les persones joves diu que ha circulat al seient del davant d'un automòbil durant els darrers trenta dies, tant per ciutat com per carretera i/o autopista (taula 56). En general, gairebé tothom es corda el cinturó de seguretat, encara que el 2002 entre els joves es registrava més relaxament que el 2006, de manera que hi ha una tendència creixent a cordar-se'l. Quant als adults, les dades de compliment de la normativa són molt altes i no varien entre el 2002 i el 2006.

Taula 56. Ús del seient davanter d'un cotxe i del cinturó durant el darrer mes, per ciutat, carretera i/o autopista, en la població de 15 a 65 anys, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006

Ús del cotxe i prevenció	Joves (15-29 anys)		Adults (30-65 anys)	
	2002	2006	2002	2006
Ha anat en cotxe, al seient davanter	87	90	89	90
S'ha cordat sempre el cinturó de seguretat	78	98	98	98

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2002 i 2006.

Segons l'ESCA 2006, el 98% dels joves es posa el cinturó de seguretat sempre que s'asseu al seient davanter del cotxe. Tanmateix, les proporcions són diferents en funció de si se circula per ciutat (91%) o per carretera i/o autopista (97%). Respecte als que no es posen el cinturó quan circulen per ciutat (9%), són una mica més homes que dones, predominen entre els que només tenen estudis obligatoris o inferiors (12-14%), són més freqüents entre els grups d'edat més joves (15-19 anys) i augmenten a mesura que disminueix l'estatus social. Per àmbits territorials, aquest comportament de risc és més habitual a les Terres de l'Ebre (25%) i el Camp de Tarragona (21%), i més escàs a l'àrea de Barcelona (5%). També és més freqüent entre les persones joves que resideixen a municipis de menys de 100.000 habitants. En canvi, el 3% de persones que no sempre es corden el cinturó quan seuen al davant i circulen per carretera es caracteritzen per ser molt joves (15-19 anys, bàsicament).

En línies generals s'observa que els àmbits territorials on menys joves es posen el casc quan van en moto i menys es corden el cinturó quan van en cotxe coincideixen amb els que presenten una taxa més alta de mortalitat juvenil en accidents de trànsit (Terres de l'Ebre, Camp de Tarragona i Àmbit de Ponent). En aquest sentit, és possible que la sinistralitat viària tingui a veure no solament amb problemes d'accessibilitat al transport públic, sinó també amb una major relaxació de les normes i els hàbits de seguretat viària en aquests territoris.

9.2. Percepcions i experiències relatives als accidents de trànsit i la seguretat viària

Els debats generats als grups de discussió permeten detectar una sèrie d'arguments al voltant de la seguretat viària i els accidents de trànsit. En general, bona part dels desplaçaments en vehicles de motor que descriuen els joves es fan per motius d'oci i preferentment a la nit. Cal recordar que tres dels quatre grups s'han fet en àrees relativament rurals (comarques de Girona, àmbit de Ponent i Terres de l'Ebre), i el quart, en l'àrea metropolitana, cosa que es reflecteix en els discursos sobre aquesta matèria.

Entre les **noies que estudien** –ho diuen les més joves, no tant les més grans– predomina el discurs segons el qual per passar-s'ho bé cal anar a un altre municipi on hi ha més oferta lúdica (bars, discoteques), especialment nocturna. Algunes s'hi desplacen en transport públic (un autobús nocturn que passa cada hora) i altres en vehicles privats. En general, les participants diuen que no han patit cap accident de trànsit en aquests desplaçaments, tret d'una que va tenir un accident de moto (la portava el seu xicot). Comenten alguns accidents de trànsit que coneixen de manera indirecta i no dubten a relacionar-los amb conductors que havien consumit alcohol. No totes les noies tenen vehicle propi, de manera que depenen d'altres persones perquè les portin al municipi veí. Això implica un acte de confiança envers els conductors, els quals, d'acord amb el que diuen, de vegades han consumit alcohol o altres substàncies ("quin remei, que confiar-hi" o "si no me'n fiés, d'ell, no aniria mai a enlloc"). Afirmen que alguns joves utilitzen alcoholímetres abans d'agafar el cotxe per tal de saber si estan en condicions de conduir dins de la legalitat vigent –curiosament, hi ha un

breu debat al grup sobre si això és legal o no—. Dues de les participants més joves, que tenen un estatus social més baix, apunten que els caps de setmana acostumen a anar de festa al municipi veí en moto amb els seus xicots, i una relata un accident que van tenir sense conseqüències greus. Pel que fa a les noies que sí que tenen vehicle, algunes diuen que no confien en els altres conductors i que sempre procuren conduir elles, ja que consideren que saben controlar millor el seu consum d'alcohol (en general, les conductores es declaren abstèmies). En tot cas, són conscients que conduir de nit en aquest context sempre suposa un risc, atès que hi ha altres conductors amb qui comparteixen la carretera que sí que beuen o prenen altres substàncies.

Els **nois estudiants** també afirmen que els caps de setmana acostumen a anar de festa a municipis propers. Alguns diuen que han patit accidents de moto, però cap no esmenta un accident de cotxe. Coneixen de manera indirecta alguns casos d'accident de trànsit, però no els relacionen gaire amb el consum d'alcohol, a diferència de les noies estudiants. Diuen que, en general, es compleix la regla que "qui condueix el cotxe no beu alcohol" i consideren que els joves són força conscients dels riscos i que els casos en què algú beu més del compte i condueix només són excepcions. Expressen la idea que així "no te la jugues", però tot indica que el risc principal a què es refereixen és al fet de ser aturats en controls d'alcoholèmia i rebre sancions de la policia de trànsit. Tanmateix, es detecta que només tenen prudència quan surten del municipi, ja que, quan van en cotxe per la seva població, condueixen encara que hagin begut: ho atribueixen al costum, molt arrelat en el seu entorn, d'agafar el cotxe per a distàncies molt curtes, per anar d'un bar a un altre dins del mateix municipi.

Els **nois que treballen** no relaten cap accident de trànsit que hagin patit directament, a excepció d'un que va tenir un accident de bicicleta anant per un camí de muntanya. Bona part d'aquests nois es desplacen amb freqüència a la ciutat de Barcelona i altres municipis propers per motius d'oci nocturn, principalment amb transport públic, però també amb tots els transports als quals poden accedir: cotxe, moto, tren, a peu (de fet, un dels participants assegura que ha tornat a peu des del municipi veí caminant de nit per la carretera i l'autopista). Parlen d'alguns problemes amb els transports públics, sobretot amb els trens de darrera hora, on, segons diuen, sovint hi ha conflictes (violència de grups d'estètica nazi, etc.), de manera que també hi ha força presència policial. Afirmen que en general no passa res, però que a certes hores és més perillós, cosa que pot dissuadir alguns d'agafar el transport públic i optar pel vehicle particular. D'altra banda, els joves que es desplacen en cotxe quan van de festa diuen que moltes vegades han estat aturats pels controls d'alcoholèmia de la policia, per això procuren establir torns per conduir ("a qui li toca conduir, no beu alcohol durant la nit"). Una altra tàctica que esmenten consisteix a "fer temps" i no tornar fins que no hagin desmantellat els controls, cosa que implica fer durar la sortida unes hores més del que seria habitual –amb la qual cosa també augmenta la possibilitat de consumir drogues legals o il·legals—. En qualsevol cas, no sembla que hagin tingut gaires problemes en els controls policials, perquè l'única multa que reconeixen que els han posat és per parlar pel mòbil mentre conduïen. Amb tot, cal ressaltar que els seus comportaments preventius estan més relacionats amb el risc de ser sancionats que amb el de patir un accident.

Pel que fa a les **noies treballadores**, diverses afirmen que han patit accidents de trànsit i, almenys en un cas, els relacionen amb el consum d'alcohol. Una participant diu que no consumeix alcohol i que per això ha hagut de conduir el cotxe de molta altra gent que sí que ha begut durant la sortida de festa. Expressen la sensació que les percepcions dels joves respecte a la seguretat viària han canviat molt en els darrers anys, perquè elles mateixes assenyalen que abans s'aventuraven a pujar a qualsevol cotxe i ara no ho farien ("ara ho penso i... que inconscient!").

Els joves immigrants també comenten algunes experiències en relació amb el trànsit i la seguretat viària:

- Els **nois immigrants** no solen conduir gaire: Només un té carnet de cotxe, els altres han conduït motos. Diuen que quan fan sortides d'oci procuren anar de passatgers en cotxes de conductors que no hagin begut alcohol ni consumit drogues, tot i que no sempre ho aconsegueixen. Ells no han patit cap accident, però coneixen altres joves que sí.
- Dues de les **noies immigrades** conduïen quan eren al seu país d'origen, però aquí no ho fan, i la tercera no té carnet, per tant, actualment totes depenen d'altres persones per desplaçar-se en cotxe. La tercera noia, que és de classe social més baixa que les altres, diu que en el seu cercle d'amistats hi ha nois immigrants que condueixen sense permís de conduir ni assegurança, i que, malgrat que ella no ha patit cap accident, uns amics seus van morir en un sinistre de trànsit.

En definitiva, encara que els participants en els grups de discussió i les entrevistes no hagin patit cap accident de trànsit en primera persona, sí que coneixen altres joves que n'han tingut. Dels riscos relacionats amb el trànsit, el que més els preocupa és el de sancions (multes) per conduir sota els efectes de l'alcohol, de manera que la majoria de joves ha modificat el seu comportament en els darrers anys. Les noies són més conscients del risc d'accident que es corre si es condueix després de beure alcohol, mentre que els nois centren més el seu discurs en la por a les sancions. Els nois que resideixen a l'Àrea Metropolitana tenen una oferta més gran de tipus de transport que els que viuen a altres comarques, cosa que influeix en els seus comportaments i hàbits a l'hora de desplaçar-se. També s'observa que, pel que fa als nois, l'intent d'esquivar els controls d'alcoholèmia els pot portar a allargar la sortida unes quantes hores, fet que pot augmentar diversos consums de risc.

9.3. Polítiques de seguretat viària

Tal com s'ha vist en l'apartat de dades quantitatives d'aquest capítol, els principals mecanismes responsables de les lesions mortals no intencionades són les col·lisions de vehicles de motor, que afecten molt especialment la població jove. Tot i que s'han reduït força en els darrers anys, encara avui són la primera causa de mort entre el jovent català (en particular entre els nois).

9.3.1. Generalitat de Catalunya

La política preventiva de col·lisions de vehicles de la Generalitat es porta a terme sobretot mitjançant els plans de seguretat viària. Així, el **Pla català de seguretat viària 2005-2007** tenia com a objectiu una reducció de fins al 30% de les víctimes mortals respecte de l'any 2000 –es pren com a dada de referència el nombre de morts després de trenta dies de l'accident, en concordança amb els criteris de la Unió Europea, ja que el que es pretén és reduir tant el nombre de morts com el de les víctimes que reben de manera més brutal les conseqüències de la sinistralitat viària–. El Pla girava al voltant de dues línies mestres considerades d'una importància vital per reduir la sinistralitat viària: a) la lluita contra la velocitat excessiva o inadequada, i b) la cooperació amb els ajuntaments i les entitats locals en matèria de seguretat viària. Per assolir els objectius previstos, el Pla va endegar noves accions i metodologies destinades a combatre la indisciplina viària relacionada amb la velocitat, l'alcohol i la no-utilització dels accessoris de seguretat passiva:

- Pel que fa al control de la velocitat, es van incrementar els trams de carretera de velocitat controlada objectivament.
- Pel que fa als controls d'alcoholèmia, es va millorar la qualitat dels controls preventius, cercant al màxim de resultats positius, per reduir tant com fos possible el nombre de conductors que circulen sota els efectes de l'alcohol.
- Pel que fa als accessoris de seguretat passiva, es va aplicar la metodologia d'onades denunciadores amb la finalitat d'augmentar-ne l'ús (consisteix a intensificar les denúncies durant un mínim de dues setmanes i repetir l'acció com a mínim tres vegades l'any).

El **Pla català de seguretat viària** actual (2008-2010) es proposa una reducció del 50% de la mortalitat respecte als nivells de l'any 2000 i preveu sis línies estratègiques: a) lideratge i gestió dels eixos principals de planificació de les actuacions per reduir la sinistralitat viària; b) participació i cooperació en la lluita per millorar la seguretat viària; c) educació, formació i sensibilització en la seguretat viària i la mobilitat sostenible i segura; d) lluita contra els actes d'indisciplina viària, especialment la velocitat excessiva, l'excés d'alcohol i drogues, i la no-utilització dels accessoris de seguretat passiva; e) gestió sostenible del trànsit, i f) increment de la recerca i la investigació en matèria de trànsit i seguretat viària.

Tots aquests objectius i línies d'actuació se sumen a les prescripcions derivades de la Llei 17/2005, de 19 de juliol, per la qual es regulen el permís i la llicència de conducció per punts i es modifica el text articulat de la llei sobre trànsit, circulació de vehicles de motor i seguretat viària, una llei que estableix l'anomenat *carnet per punts* i que ha tingut un fort impacte en el canvi d'hàbits dels conductors a Espanya, sobretot entre els més joves.

A banda d'aquestes estratègies preventives dirigides al conjunt de la població, el Departament de Salut en promou d'altres adreçades als joves, de manera més concreta:

- Incrementar l'ús del cinturó de seguretat.
- Reduir la conducció sota els efectes de l'alcohol o altres tipus de droga.
- Incentivar l'ús del casc entre els passatgers de ciclomotors, motocicletes i bicicletes.

Des de la Secretaria de Joventut es destaquen també accions destinades a sensibilitzar la població jove sobre els riscos associats a la conducció, en particular quan va associada a altres conductes com el consum d'alcohol o un altre tipus de droga.

L'àmbit d'actuació d'aquestes iniciatives és divers: d'una banda, hi ha accions destinades al conjunt de la població jove catalana, com la campanya de ràdio i televisió "**Conduir + alcohol o drogues = el pitjor viatge**", i, de l'altra, n'hi ha que només es fan en l'àmbit escolar o l'institut. Un exemple d'aquest tipus d'intervencions més focalitzades és l'exposició itinerant *Homo transitus*, que ofereix la Generalitat als instituts o ajuntaments que hi estiguin interessats.

9.3.2. Àmbit local

En l'àmbit local, els ajuntaments, les escoles i els punts d'informació juvenil fan servir els programes divulgatius i d'intervenció dissenyats pels departaments de la Generalitat. Alhora, porten a terme accions de prevenció en l'àmbit escolar, on solen participar, a més dels joves, altres agents socials implicats, com per exemple la policia local.

Un programa que cal destacar –i del qual ja hem parlat anteriorment– és el que es desenvolupa en el municipi A i en altres del seu entorn comarcal, consistent a donar informació als alumnes de tercer d'ESO a través d'una **carpeta informativa**. Els tècnics de joventut municipals, davant els problemes per fer arribar informació al jovent, van decidir elaborar una carpeta atractiva, amb un llenguatge juvenil, on es tracten diverses qüestions de salut, entre les quals hi ha els accidents de trànsit. L'objectiu és donar una informació fiable i contrastada sobre comportaments de risc i sobretot una guia perquè els joves sàpiguen on adreçar-se en el moment que tinguin algun problema de salut en aquest àmbit.

També hi ha accions que es duen a terme a escala comarcal, com ara el **Bus Nit**, un transport públic alternatiu perquè els joves puguin sortir de festa els caps de setmana sense haver de conduir.

9.3.3. Percepcions i experiències en relació amb les polítiques de seguretat viària

Els grups de discussió s'han fet en municipis que tenen diferents característiques territorials i urbanes, cosa que condiciona força les possibilitats de mobilitat en transport públic i privat de la gent jove. Només un dels grups s'ha fet a l'Àrea Metropolitana de Barcelona (el dels nois que treballen), on l'oferta de transport públic és més nombrosa i variada. Els altres tres s'han organitzat en municipis d'entre 14.000 i 20.000 habitants situats a comarques de menys densitat de població, a una certa distància de les capitals respectives i on les possibilitats per desplaçar-se en transport públic són molt més limitades. En aquests municipis l'ús del vehicle privat per part dels joves és molt més freqüent, i això es reflecteix en els seus discursos sobre les polítiques de seguretat viària. D'acord amb l'anàlisi dels grups de discussió, s'han fet les observacions següents:

- Les **noies que estudien** s'acostumen a desplaçar al municipi veí amb transport públic, tot i que no és clar que en el futur ho facin així, ja que la majoria tot just han fet els 18 anys i aviat disposarà de vehicle propi (elles o algú de la colla d'amistats). Assenyalen que el transport públic nocturn està molt massificat perquè l'utilitzen molts joves (normalment de menys de 18 anys) i descriuen les incomoditats de fer un trajecte en un autobús on gairebé no hi ha espai. Això pot constituir un altre factor que incideixi en l'abandonament d'aquest mitjà tan bon punt tinguin el permís de conduir. A més, el seu discurs permet deduir que, a partir d'una certa edat, desplaçar-se en cotxe també és una forma de marcar distància respecte als més joves, que han d'anar en condicions més incòmodes en autobusos plens a vessar. Les polítiques preventives que recorden aquestes participants són principalment les campanyes de sensibilització per televisió ("*Ponle freno*"), així com les intervencions més dissuasives com els controls d'alcoholèmia que fan periòdicament

els Mossos d'Esquadra, sobretot en dates assenyalades o festives. Pel que fa a les polítiques locals, també diuen que la carpeta informativa que els tècnics de joventut d'aquest municipi proporcionen a l'institut (a tercer d'ESO) conté informació rellevant sobre els accidents de trànsit –un cop més, es confirma que la majoria de les participants coneix bé el contingut de la carpeta.

- Els **nois estudiants** consideren que els autobusos nocturns per anar als llocs de festa no acaben de funcionar bé, si més no per als que ja tenen cotxe. Consideren que hi ha problemes de freqüència de pas i d'horaris, que no s'ajusten als seus ritmes. En canvi, una alternativa que diuen que utilitzen amb freqüència és contractar un taxi per tornar. No fan referència a cap altre tipus de programa, campanya o intervenció en aquest camp.
- Bona part dels **nois que treballen** es desplaça sovint a la ciutat de Barcelona i altres municipis propers per motius d'oci nocturn, principalment amb transport públic, encara que també fan servir altres transports disponibles (cotxe, moto, tren, a peu). Es nota que la situació geogràfica d'aquest municipi –situat en plena àrea metropolitana de Barcelona– ofereix un ventall ampli d'opcions de transport, a diferència d'altres indrets. Pel que fa als joves que es desplacen en cotxe quan van de festa, diuen que han estat aturats moltes vegades pels controls d'alcoholèmia de la policia, per això procuren establir torns de conducció (“a qui li toca conduir, no beu alcohol durant la nit”). Una altra tàctica que esmenten consisteix a “fer temps” i no tornar fins que no hagin desmantellat els controls, de manera que fan durar la sortida unes hores més del que seria habitual –amb la qual cosa augmenta la possibilitat de consumir altres drogues legals o il·legals–. En qualsevol cas, no sembla que hagin tingut gaires problemes amb els controls policials, ja que l'única multa que reconeixen que els han posat és per parlar pel mòbil mentre conduïen. De totes maneres, cal ressaltar que els seus comportaments preventius estan més relacionats amb el risc de ser sancionats que amb el de patir un accident, per la qual cosa cal deduir que –tot i que no ho diguin de manera explícita– l'enduriment recent de les normes de trànsit ha tingut un efecte clar en el seu comportament.
- Les **noies treballadores**, per contra, reconeixen explícitament que l'enduriment de les lleis de trànsit i, en especial, dels controls d'alcoholèmia dels Mossos d'Esquadra, ha tingut un impacte important en la disminució d'accidents i les conductes de risc al volant. Al seu parer, “és el millor que ha pogut passar”. També assenyalen que els transports públics (autobusos) per anar a les discoteques només són utilitzats pels més joves (bàsicament els menors de 18 anys) i més en particular per les noies. Pensen que les experiències que s'han fet amb transport col·lectiu per portar la gent jove a llocs d'oci nocturn no han reeixit i sovint s'han acabat eliminant. Segons elles, l'alternativa segura que actualment funciona millor és el taxi, sobretot des que les lleis de trànsit s'han endurit (carnet per punts, etc.), ja que consideren que és una bona opció, i si es paga entre diverses persones és prou assequible.

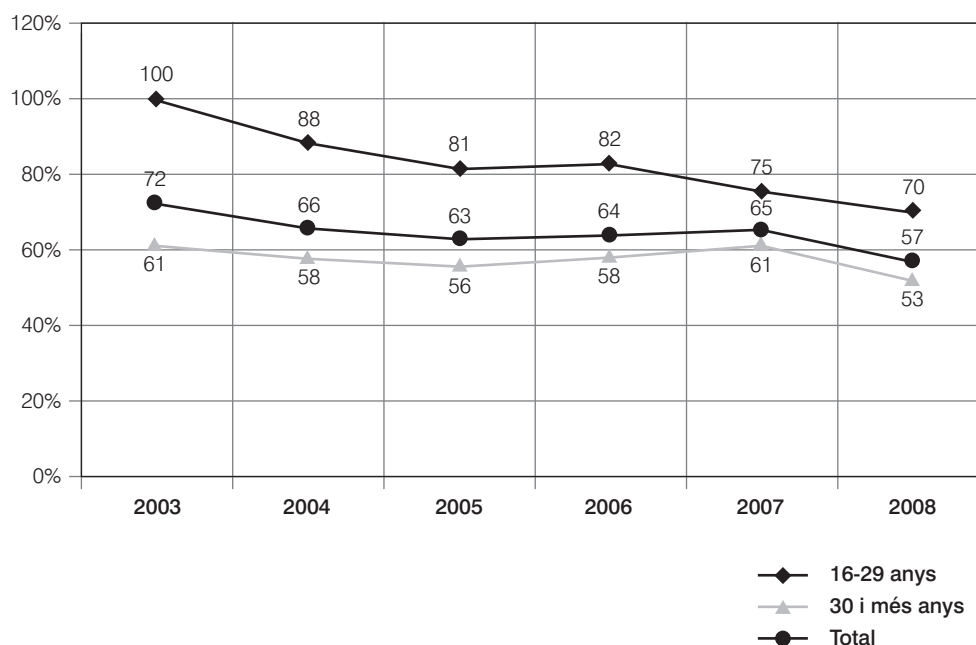
10. Salut laboral

L'àmbit del treball constitueix un dels espais on les persones estan exposades a més factors de risc i on es poden produir comportaments perillosos que poden ocasionar danys a la salut, tant en la dimensió física com en la psíquica i social. Les dades de seguretat i salut laboral relatives als grups d'edat joves acostumen a ser molt irregulars, però a tot Europa mostren una tendència clara: els treballadors joves estan per damunt de la mitjana pel que fa al risc en el treball. Les raons d'aquesta situació són complexes i es relacionen amb l'acumulació de factors de precarització que viuen els joves, entre els quals cal subratllar unes condicions de treball poc curoses, una vulnerabilitat més gran a l'explotació i un nivell d'organització inferior per a l'acció col·lectiva (Vogel, 2006). En aquest sentit, les conclusions principals de l'anomenat *Informe Durán*, encarregat per la presidència del Govern espanyol amb l'objectiu de radiografiar l'estat de la sinistralitat i la prevenció de riscos, mostren que el perfil de les persones accidentades a Espanya es pot caracteritzar de la manera següent: "homes joves, i/o amb poca experiència en el treball, i/o en tasques de baixa qualificació, i/o amb ocupacions de tipus temporal, i/o en algunes activitats productives" (Durán, 2001: 208).

10.1. Sinistralitat i exposició a riscos laborals

Les dades sobre sinistralitat laboral a Catalunya indiquen que els joves de 16 a 29 anys registren un índex d'incidència bastant més elevat que els grups de més de 30 anys, en jornada i *in itinere* (gràfic 18). En general, s'observa una tendència lleument descendent en ambdós grups d'edat, una mica més acusada entre els joves, de manera que les diferències es van reduint a poc a poc. Mentre que l'any 2003 els adults tenien 61 accidents per cada 1.000 treballadors i els joves en tenien 100, l'any 2008 aquestes xifres són de 53 per als adults i 70 per als joves. Sigui com sigui, és evident que els joves continuen tenint més sinistralitat que els grups d'edat més grans.

Gràfic 18. Índex d'incidència d'accidents de treball amb baixa, en jornada i *in itinere*, entre la població ocupada assalariada segons el grup d'edat (accidents per 1.000 treballadors). Catalunya, 2003-2008



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades sobre accidents de treball del Departament de Treball i Indústria, i sobre la població ocupada assalariada de l'Enquesta de població activa (INE). Dades facilitades per l'Idescat a través del Sistema d'indicadors de l'Observatori Català de la Joventut.

En destriar aquestes dades en funció del lloc en què s'han produït els accidents –a la feina (en jornada laboral) o en el trajecte habitual del domicili al centre de treball, o viceversa (*in itinere*)–, s'observa que, encara que les diferències són importants en ambdós casos, els joves dupliquen en accidents *in itinere* als adults (taula 57).

Taula 57. Índex d'incidència d'accidents de treball amb baixa entre la població ocupada assalariada segons el lloc on s'han produït, per grup d'edat (accidents per 1.000 treballadors). Catalunya, 2005-2008

Grup d'edat		2005	2006	2007	2008
16-29 anys	En jornada	71	72	65	61
	<i>In itinere</i>	10	10	10	9
Més de 30 anys	En jornada	51	53	55	48
	<i>In itinere</i>	5	5	6	5

Font: Accidents de treball: Departament de Treball i Indústria; població ocupada assalariada: Enquesta de població activa (INE). Dades facilitades per l'Idescat.

Entre els factors que poden contribuir a aquesta situació hi ha les condicions de treball i d'ocupació, que configuren el context en què han de treballar els joves. A l'Acord de mesures per a l'ocupació juvenil a Catalunya 2009-2012 (DGCG, 2009), aprovat pel Govern de Catalunya el setembre del 2009, es fa una anàlisi de la **situació dels joves en el mercat de treball que conclou que** el context de crisi econòmica actual fa que els joves pateixin de manera més intensa la situació d'empitjorament del mercat laboral. Segons l'Enquesta de població activa del segon trimestre de 2009, la taxa d'atur entre els joves (16-29 anys) és del 26,6%, més de 10 punts per sobre de la taxa d'atur global (15,8%) –del 36,4% per als joves de 16 a 24 anys–. Els joves han patit amb més intensitat l'increment de l'atur, perquè tenen una taxa més alta de temporalitat i això ha fet que en molts casos no se'ls hagi renovat el contracte de treball. Aquesta taxa de temporalitat entre els joves de 16 a 29 anys és del 34,5% (el 43,7% per als de 16-24 anys), mentre que per al conjunt de la població se situa en el 18,1%. Finalment, i en referència al propòsit d'aquest estudi, es constata que l'índex de sinistralitat laboral dels accidents lleus en els joves supera en gairebé el 9% el del conjunt de treballadors (el 17% més entre els de 16-24 anys). Val a dir, però, que la proporció d'accidents greus i mortals en la gent jove és inferior a la total, possiblement perquè pateixen menys accidents laborals no traumàtics (vessaments cerebrals, infarts) que els treballadors de més edat.

L'ESCA incorpora, el 2002 i el 2006, algunes preguntes sobre factors de risc laboral que poden incidir negativament en la salut (taula 58).

Taula 58. Situacions de risc laboral en la població de 15 a 65 anys que treballa, està de baixa, en excedència o fa treball en pràctiques segons el factor de risc, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006

Situacions de risc laboral (sovint o sempre)	Joves (15-29 anys)		Adults (30-65 anys)	
	2002	2006	2002	2006
Ha de fer moviments repetitius amb els braços o les mans	49	49	55	45
No té la possibilitat de fer la feina "al seu aire"	44	46	48	40
Fa una feina poc variada (treball repetitiu, monòton)	27	32	26	32
Ha de treballar massa	22	32	35	38
Ha de treballar sol/a	15	23	26	32
Ha d'aixecar o moure coses de més de 15 kg fins a l'alçada de les espatlles o per sobre	25	20	28	17
Hi ha un volum de soroll que l'obliga a aixecar la veu per parlar amb altres	17	19	17	17
Hi ha pols visible a la llum o vapors de líquids o alguna altra mena de pol·lució de l'aire	18	19	19	19
Té males relacions amb els companys	2	3	2	2
Té males relacions amb els superiors	2	3	2	2

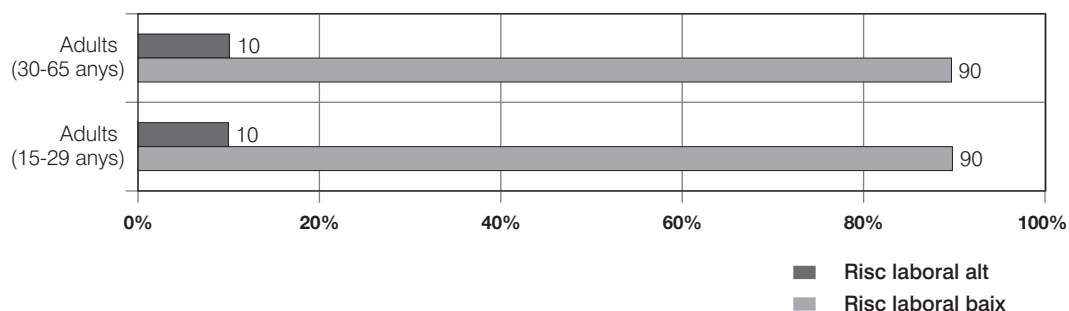
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2002 i 2006 .

Si ens centrem en les dades del 2006 pel que fa als joves que treballen –o que estan de baixa, d'excedència o fan treball en pràctiques–, observem diverses circumstàncies adverses:

- D'una banda, gairebé la meitat dels joves que treballen ha de fer **moviments repetitius amb els braços o les mans**; una tercera part percep que ha de **treballar massa** i una quarta part han de **treballar sols** (aïllament). Tots aquests joves es caracteritzen per ser més homes que dones, encara que les distàncies no són excessives, i tenir un nivell d'estudis baix. Les queixes augmenten amb l'edat. Els moviments repetitius són més freqüents entre els grups d'estatus social més baix, mentre que els que diuen que han de treballar massa solen ser els que viuen amb la parella i/o fills. Aquestes dades són relativament similars a les del 2002 –excepte la d'haver de treballar sol, que ha registrat un augment considerable– i no es diferencien gaire de les dades dels adults.
- D'altra banda, una quarta part dels joves afirmen que han de treballar en **ambients contaminats** (pols, vapors, pol·lució) o **sorollosos**, i que han de **moure pesos excessius en postures perilloses** (per sobre del nivell de l'espatlla). Aquests joves es caracteritzen per ser molts més homes que dones (dues o tres vegades més), tenir un nivell d'estudis baix i pertànyer als grups d'estatus social més baixos –amb distàncies molt considerables, que tripliquen o quadrupliquen les prevalences dels grups d'estatus social més alts–. Quant a l'exposició a un aire contaminat, predomina entre els nascuts fora d'Espanya. Així mateix, més de la tercera part de la gent jove pateix condicions de treball adverses perquè no disposa de gaire **autonomia en el treball** (no poden fer la feina "al seu aire") i tenen un **treball monòton o repetitiu** (feina poc variada). Això afecta tant els homes com les dones i tots els nivells d'estudis, però entre els que tenen estudis universitaris és molt menys habitual. Pel que fa a la manca d'autonomia, preval entre els més joves i els que han nascut fora d'Espanya. En canvi, el treball monòton i repetitiu afecta els grups d'estatus social més baix, els nascuts a la resta d'Espanya i fora i els que viuen en municipis grans.

A partir de les dimensions de risc laboral de la taula anterior, hem elaborat un índex continu que atorga a totes les variables el mateix pes amb la finalitat de segmentar-lo per rangs i obtenir les categories sintètiques de risc laboral *alt* i *baix* (gràfic 19):

Gràfic 19. Índex sintètic de percepció del risc laboral en la població de 15 a 65 anys, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2006.

El 10% dels joves està exposat a condicions adverses de risc laboral sempre o sovint –una proporció que és similar entre els adults–. Els resultats confirmen que joves i adults es perceben exposats a uns nivells de risc bastant similars. Tanmateix, les dades sobre sinistralitat mostren que els joves tenen més accidents: en la data en què es van passar els qüestionaris de l'ESCA 2006, l'índex d'incidència era de 82 accidents per cada 1.000 treballadors joves, i de 58 en adults, és a dir, el 30% superior en els primers.

Si ens centrem en la població jove ocupada i relacionem els factors de risc laboral amb alguns indicadors de salut física i mental (taula 52), veiem que tant l'autopercepció regular o dolenta de la salut pròpia com el fet de patir dolors i malestars són predominants entre les persones joves que treballen sovint en condicions de soroll i contaminació, aixecant o movent pesos, fent moviments repetitius, en una feina poc variada, “al seu aire” i que creuen que han de treballar massa.

Les mateixes dades (taula 59) ens mostren que el *risc de mala salut mental* (calculat segons el test de Goldberg, que ja hem explicat al capítol dedicat a la salut mental) es correlaciona positivament amb el fet de treballar en un ambient contaminat (pols, etc.), fent moviments repetitius i una feina poc variada, on es treballa massa, “al seu aire” i sol (aïllament). També indiquen que la depressió i/o ansietat es correlaciona amb el fet de treballar en un ambient sorollós, on es fan moviments repetitius i on hi ha males relacions amb els caps i els companys. Finalment, el mal d'esquena es concentra en les persones que han d'aixecar o moure pesos, fent moviments repetitius i en un ambient sorollós, i que han de treballar massa.

Taula 59. Prevalença d'indicadors de salut física, mental i autopercepció de la salut en la població ocupada de 15 a 20 anys segons la presència de riscos laborals (percentatge). Catalunya, 2006

Factors de risc		Risc de salut mental	Dolors/malestars (moderats o intensos)	Percepció de l'estat de salut: regular, dolenta	Mal d'esquena cervical o lumbar	Depressió i/o ansietat	Migranya
Soroll	No	9	15	6	24	8	17
	Sí	11	22	9	31	12	14
Pols	No	9	15	6	25	9	16
	Sí	12	22	9	28	6	15
Aixecant o movent coses	No	9	16	6	24	9	16
	Sí	11	21	9	33	9	19
Fent moviments repetitius	No	7	12	4	21	7	14
	Sí	11	22	9	30	10	18
Feina poc variada	No	8	15	5	24	8	15
	Sí	12	21	10	28	10	19
Treballa "al seu aire"	No	8	15	8	24	8	17
	Sí	10	18	6	27	9	15
Ha de treballar massa	No	8	14	6	22	9	15
	Sí	11	23	9	33	8	19
Males relacions, companys	No	9	16	7	25	8	16
	Sí	15	24	6	34	24	24
Males relacions, superiors	No	9	17	7	25	8	16
	Sí	7	11	7	30	22	16
Treballa sol/a	No	8	16	7	25	9	17
	Sí	13	19	6	26	9	14
Total		9	17	7	25	9	16

Font: Elaboració pròpia a partir de l'ESCA 2006.

Encara és més interessant creuar aquests indicadors de salut física i mental amb variables de tipus socio-laboral (taula 60), ja que ens permet observar que el risc de mala salut mental i la depressió i/o ansietat són fenòmens més freqüents –i es correlacionen positivament– entre els joves sense contracte i els que tenen un contracte laboral inferior als sis mesos de durada, mentre que hi ha una correlació negativa entre les persones amb contracte indefinit o els funcionaris. Les persones joves treballadores sense contracte són també les que més percentatge de casos presenten en tots els indicadors (mala salut mental, dolors o malestar, percepció de l'estat de salut regular o dolenta, mal d'esquena, depressió i/o ansietat i migranya), seguides de les que tenen contractes de durada no especificada i les que en tenen de temporals. Pel que fa als treballadors autònoms i empresaris i als treballadors indefinits i funcionaris, són els que menys casos presenten en la majoria d'indicadors de mala salut física i mental. Per últim, les persones que no tenen flexibilitat horària tenen una percepció de salut més dolenta que les que sí que en tenen, i també són les que manifesten menys satisfacció.

Taula 60. Indicadors de salut física, mental i autopercepció de la salut entre la població ocupada de 15 a 29 anys segons les condicions de treball (percentatge). Catalunya, 2006

Condicions de treball	Risc de salut mental	Dolors/ malestars (moderats o intensos)	Percepció de l'estat de salut: regular, dolenta	Mal d'esquena cervical o lumbar	Depressió i/o ansietat	Migranya
Satisfacció amb les condicions de treball						
Molt satisfet	9	13	3	21	6	15
Satisfet	7	15	6	24	8	16
Insatisfet	17	31	13	36	16	19
Molt insatisfet	21	36	24	36	20	22
Situació contractual						
Contracte indefinit/funcionari	7	17	5	27	7	16
Contracte de menys de sis mesos	16	18	9	23	15	19
Contracte de sis mesos o superior	8	12	9	19	9	13
Contracte de durada no especificada	13	19	8	25	6	15
Sense contracte	22	24	12	33	16	19
Autònoms/empresaris	7	15	6	26	10	17
Altres	6	26	4	32	9	21
Tipus de jornada						
Jornada partida	9	15	6	25	7	16
Contínua, al matí	11	18	6	27	11	18
Contínua, a la tarda	11	17	5	24	10	20
Contínua, a la nit	6	29	6	35	12	19
Torns	9	20	9	26	8	14
Irregular o variable	9	13	10	19	9	12
Mitja jornada	10	16	6	37	22	18
Altres	31	21	0	53	53	31
Flexibilitat horària						
Sí	9	15	5	24	9	14
No	9	18	8	27	9	17
Total	9	17	7	25	9	16

Font: Elaboració pròpia a partir de l'ESCA 2006.

10.2. Percepcions i experiències sobre salut laboral

Als grups de discussió s'esmenten algunes qüestions vinculades amb la seguretat i la salut laboral:

- Els **nois que treballen** o estan a l'**atur** relaten diversos problemes de salut relacionats amb el treball. D'una banda, afirmen que el treball els genera –o generava, als que ara estan a l'atur– malestar psíquic, ja sigui pel seu contingut (“depressions”, “no m'agrada gens”), per l'ambient físic de treball (“*encerrado no podía estar*”) o per l'organització del temps (fan referència a problemes de conciliació laboral i personal). A més a més, en general es queixen de fer jornades laborals massa llargues, fer hores extraordinàries que no sempre cobren, amb horaris que trenquen la possibilitat de tenir una vida social adequada –especialment entre els que treballen o han treballat a l'hostaleria–. Consideren que aquestes condicions els

comporten problemes de fatiga mental i, en alguns casos, contribueixen que la seva salut mental sigui precària. D'altra banda, es queixen que la càrrega de treball excessiva els provoca una fatiga física que els impedeix fer res més en el seu temps d'oci. Creuen que això també repercuteix en les seves relacions amb els amics, que es van deteriorant a causa del cansament i les dificultats per passar-s'ho bé. En definitiva, perceben el món laboral com una font de problemes que no poden evitar, ja que no en poden prescindir –cal recordar que els joves d'aquest grup tenen un nivell d'estudis baix, gairebé la meitat estan a l'atur i tenen o han tingut feines precàries i dures des del punt de vista físic (construcció, indústria, etc.).

- Gairebé totes les **noies treballadores** tenen ocupacions relativament qualificades en el sector dels serveis –la majoria té estudis universitaris–, amb l'excepció d'una que fa de cambrera. No relaten cap experiència personal d'accident laboral. En principi, les condicions de treball i d'ocupació semblen millors que en el cas dels nois, però també expressen preocupació per la relació entre la seva salut i el treball. Majoritàriament treballen assegudes bona part de la jornada laboral i es queixen de patir mal d'esquena amb freqüència, cosa que atribueixen a la mala postura que adopten a la feina durant les llargues jornades de treball. Una de les participants treballa dreta i arrossega pesos importants –fa de cambrera–, i en lloc de mal d'esquena diu que pateix dolors intensos a l'articulació del canell. Alhora, una jove que treballa als serveis socials assenyala que en el seu lloc de treball està exposada a gripes i refredats o infeccions a causa del contacte freqüent amb gent que pateix diverses malalties, fet que a ella i les seves companyes de feina els suposa haver d'agafar baixes laborals amb una certa regularitat. Finalment, una de les participants està en situació de “baixa mèdica” després d'haver patit una operació del braç, però va decidir incorporar-se a la feina perquè va considerar que podia treballar igualment (“què hi he de fer a casa”, diu). Reconeix, no obstant això, que a la feina no pot fer certs moviments amb el braç –per exemple, encara no pot estirar-lo del tot.

Les joves immigrants també narren algunes experiències relacionades amb la salut laboral. Els nois no ho fan, perquè actualment tots són a l'atur i el seu estat de salut actual ja s'ha comentat:

- En general, totes les **noies immigrades** pateixen problemes de salut relacionats amb el treball. Una esmenta nombrosos problemes musculoesquelètics (tendinitis, ciàtica, mal d'esquena cervical i lumbar, dolors a les articulacions, rampes a les cames, fatiga física i mental, etc.), que atribueix al treball perquè, segons diu, treballa moltes hores i en postures inadequades. Una altra diu que pateix un estrès elevat a la feina –fins al punt que un dia va caure desmaiada–, principalment a causa d'un assetjament provocat pel seu cap, encara que el metge li va dir que era molt nerviosa per motius genètics. En qualsevol cas, cal remarcar que aquestes noies treballen en unes condicions de treball adverses, relacionades amb una ocupació precària, que afecten de manera important la seva salut.

10.3. Polítiques sobre salut laboral

10.3.1. Polítiques implementades

Les lesions per accidents laborals, malalties professionals i malalties relacionades amb el treball són manifestacions de la presència de determinats riscos en l'àmbit laboral, alguns dels quals afecten especialment la població jove i, per tant, són motiu d'intervenció pública per reduir-los. Cal tenir en compte que la gent jove representa una proporció important de la població treballadora amb contractes de treballs temporals, un tipus de contracte que està vinculat a un risc major d'accidentalitat (Durán, 2001; Castillo, 2008).

Atès que en aquest àmbit gairebé no s'observa cap iniciativa a escala local, l'apartat no es divideix per nivells territorials (estatal, autonòmic i local).

La regulació de la salut laboral a Espanya es basa en la **Llei de prevenció de riscos laborals** (LPRL 31/1995), una normativa que és la transposició a l'ordenament jurídic espanyol de les directives europees següents: 89/391/CEE, relativa a l'aplicació de mesures per promoure la millora de la seguretat i la salut dels treballadors en el treball; 92/85/CEE, relativa a la protecció de les dones embarassades, que hagin donat a llum o estiguin en període de lactància; 94/33/CEE, relativa a la protecció dels joves en el treball, i 91/383/CEE, relativa al tractament de les relacions de treball temporals, de durada determinada i en empreses de treball temporal. La llei estableix una sèrie d'obligacions als empresaris per tal de garantir el dret a la salut dels treballadors, entre les quals destaquen l'avaluació de riscos, la vigilància de la salut, la informació so-

bre els riscos als quals estan exposats els treballadors i la formació en mesures preventives i mètodes de treball segurs. En el cas de les persones menors de 18 anys, la LPRL especifica (article 27) que l'empresari ha d'informar els treballadors, els pares o els tutors que hagin intervingut en la contractació dels possibles riscos i de totes les mesures que s'hagin adoptat per a la protecció de la seva seguretat i la seva salut; així mateix, estableix que el govern pot posar límits a les contractacions de menors de 18 anys en feines que presentin riscos específics.

D'altra banda, la **Llei de salut pública** catalana (Llei 18/2009) preveu la creació de l'**Agència de Salut Pública de Catalunya**, un organisme que ha de fer efectiva la coordinació del departament competent en matèria de salut amb les administracions públiques i els organismes competents en l'exercici de les actuacions, les prestacions i els serveis de vigilància, promoció i protecció de la salut i de prevenció de les malalties i els problemes de salut relacionats amb el treball –sens perjudici de les competències que corresponguin al departament competent en matèria de treball, seguretat i salut laborals, i prevenció de riscos laborals–. La mateixa llei preveu la creació del **Consell de Salut Laboral** (article 49), un òrgan consultiu i participatiu per a les qüestions referents a la salut laboral, que ha d'estar format per representants dels diferents departaments de la Generalitat amb competències en aquest àmbit (Salut, Treball, Agència de Salut Pública), agents socials (sindicats i patronals), entitats científiques i mútues.

A Catalunya, a més a més, es disposa de diversos instruments per prevenir i regular problemes de salut laboral que poden afectar la població jove, entre els quals es poden destacar els següents: a) l'Acord marc de col·laboració entre els departaments de Treball i Salut; b) la nova instrucció sobre valoració de la contingència professional; c) els protocols de vigilància sanitària específica, i d) la memòria conjunta dels serveis de prevenció de riscos laborals entre els departaments de Salut i Treball.

De manera més concreta, el Departament de Treball actua sobre la població jove mitjançant dos tipus d'intervencions bàsiques. En primer lloc, organitza accions informatives i de sensibilització sobre la prevenció de riscos laborals, que inclouen actuacions com: el **Bus de la Prevenció**, adreçat a joves de 16 anys, aproximadament, d'alguns instituts de Catalunya; donar informació als joves sobre els seus drets laborals; un **díptic informatiu** sobre el joventut i la calor en èpoques d'estiu, i un **concurs de fotografia** i cartells amb motiu del Dia Internacional de la Seguretat i la Salut (28 d'abril). En segon lloc, ha incrementat les **inspeccions de treball** i l'**assessorament** a empresaris perquè compleixin les normes de seguretat i salut laboral, fent una atenció especial als grups d'edat joves, que són els que tenen ocupacions més precàries i, per tant, menys poder de negociació per aconseguir unes condicions de treball òptimes o dignes.

Les entrevistes en profunditat realitzades en el marc d'aquesta recerca als diferents responsables institucionals de l'àrea de la salut i la joventut mostren que la salut laboral del joves constitueix, potser, un dels aspectes en què és més difícil actuar i aconseguir intervencions efectives. Malgrat que un gran nombre de punts d'informació juvenil disposen d'assessories laborals, de la mateixa manera que alguns ajuntaments o consells comarcals ofereixen un punt de salut jove, s'observa que són molt pocs els municipis que informen o desenvolupen accions relacionades amb la salut en l'àmbit laboral.

D'acord amb els responsables entrevistats, les perspectives de futur en aquest terreny es troben en la **taula** creada pel Departament de Treball per parlar de mesures laborals juvenils, en la possible inclusió d'aquesta perspectiva en les actuacions que impulsa la Direcció d'Igualtat d'Oportunitats al Treball del Departament de Treball i també en el Consell de Relacions Laborals. Consideren que el seu paper pot esdevenir clau per millorar les qüestions de salut laboral dels joves en el futur. Tot i així, en el moment d'escriure aquest document tan sols és una predicció desitjable.

Finalment, cal assenyalar que el Departament de Treball ha posat en marxa una iniciativa de promoció de l'ocupació de qualitat, anomenada **Talent jove, empresa de futur**, amb una dotació pressupostària destinada a reduir la temporalitat entre els treballadors joves per mitjà d'incentius per convertir els contractes temporals en indefinits. En la mateixa línia, la Secretaria de Joventut fomenta la transformació del mercat de treball mitjançant la transversalitat, amb la complicitat dels agents socials –des dels sindicats fins a l'empresa– i a partir de l'Acord nacional per a l'ocupació juvenil, treballant per promoure les bones pràctiques en matèria laboral. Gràcies al programa de foment de l'emprenedoria jove, el Departament de Treball, el Departament de Governació i Administracions Públiques, el Departament d'Economia i Finances, i la Secretaria de Joventut van aportar el 2008 un pressupost de gairebé nou milions d'euros per impulsar diverses actuacions encaminades a fomentar l'emprenedoria des de les institucions educatives, disminuir els frens a la creació d'empreses, promoure l'esperit emprenedor, divulgar el cooperativisme entre el sector estudiantil –tot aportant elements de

reflexió sobre el model d'empresa democràtica i responsable–, donar suport a la creació d'empreses liderades per joves, oferir informació i assessorament a les persones treballadores autònomes per tal de valorar la viabilitat de la seva empresa i ajudar-les en la seva consolidació, donar suport a l'accés de les persones joves al finançament per a projectes d'empresa mitjançant l'obtenció d'aval, i modernitzar i diversificar l'estructura productiva a través de les TIC. Es tracta d'actuacions de nou format, com ara tallers de sensibilització sobre la cultura emprenedora a l'ESO, un mòdul de creació d'empreses a la formació ocupacional, seminaris i postgraus, o accions de foment de la presència juvenil en equipaments de suport a l'empresa.

10.3.2. Percepcions i experiències en relació amb les polítiques de salut laboral

En aquest apartat tenim el testimoni dels **nois que treballen**, que, després de debatre molt, conclouen que “treballem per necessitat, no per plaer” –aquesta argumentació remet a la idea que treballar implica un cert grau de patiment–. En general, els joves fan referència a llocs de treball on són presents els factors de risc laboral i a unes condicions d'ocupació caracteritzades per la temporalitat, la precarietat, els salaris baixos i les jornades laborals llargues, que els dificulten tenir la força suficient per negociar millores en aquests àmbits. Probablement d'aquí prové el seu desencís i la seva manca d'expectatives de millora, encara que també es detecta una certa “normalització” dels riscos laborals –perceben que són un element “habitual” del context laboral.

En el cas de les **noies treballadores**, s'observa que les seves condicions de treball i ocupació són millors, tot i que hi predominen riscos de tipus psicosocial, però no sembla que hagin percebut ni experimentat cap tipus d'intervenció ni de política de disminució d'aquests riscos. Aquesta qüestió és força absent als discursos dels joves i ni tan sols hi tenen expectatives, malgrat la seva importància objectiva. Tal com passava entre els nois, sembla que preval la idea que “treballar” i “treballar en males condicions” són sinònims.

Pel que fa a la gent jove immigrada entrevistada, no fan cap referència a les polítiques de salut laboral, cosa que reafirma que als ulls dels joves aquestes polítiques tenen una invisibilitat elevada.

11. Riscos d'Internet

Vivim un moment històric en què les noves tecnologies de la comunicació, especialment Internet i tot el que l'envolta, són una realitat quotidiana tant a l'escola com al domicili dels joves, fins i tot a la seva habitació. És una revolució tecnològica que dóna accés a un món de contactes amb altres persones i a un ventall enorme de consums d'oci sense límit d'horaris. Les tecnologies de programari social (web 2.0) propicien comunicacions i usos més personals i informals, com la missatgeria instantània, la telefonia per Internet, els blocs o les xarxes socials. La bibliografia especialitzada està dividida respecte a les possibles conseqüències de les noves tecnologies de la informació i la comunicació en els joves, en particular els adolescents (Gordo i Megías, 2006). D'una banda, hi ha preocupació respecte a les hores que passen a Messenger, Facebook, Tuenti i altres, i per la incògnita de què pot significar que estableixin les seves relacions afectives de manera virtual; de l'altre, hi ha visions (Buckingham, 2000) que sostenen que els més joves tenen més habilitat per a les noves tecnologies i que utilitzar-les és consubstancial al fet de desenvolupar-se i competir en la societat en xarxa. Són dues perspectives que probablement comparteixen un determinisme tecnològic excessiu, atès que, com adverteix Gordo López (2008), la tecnologia hi apareix com la causant de tots els danys, les pèrdues i els beneficis, independentment dels entorns socioeconòmics i les desigualtats educatives i de classe dels joves que en fan ús.

11.1. Percepcions i experiències en relació amb els riscos d'Internet

En els grups de discussió, els joves fan algunes referències a les possibles problemàtiques que poden comportar les noves tecnologies, i molt en especial als riscos relacionats amb l'ús d'Internet:

- Les **noies que estudien** diuen que coneixen el cas d'un noi que estava "enganxat" a Internet; afirmen que era "asocial" i que fins i tot pegava els seus pares. En el seu discurs es detecta una certa estigmatització del comportament de l'ultrausuari d'Internet, encara que creuen que sigui gaire habitual. Tendeixen a dir que les "xarxes socials" d'Internet ocupen molt de temps i proporcionen relacions socials de qualitat molt baixa, i pensen que val més mantenir relacions cara a cara. Es podria dir, per tant, que els riscos que més perceben són la pèrdua de temps i de qualitat de les relacions, així com l'accés a continguts inadequats (en especial, el pornogràfic). En el fons, no queda clar si aquest discurs és una forma de presentar-se davant el grup de discussió a fi d'evitar ser estigmatitzades per ser usuàries d'aquestes tecnologies.
- Els **nois estudiants** tenen la percepció que els més joves passen molt temps a Messenger, xatejant, etc., consideren que és un fenomen propi dels adolescents (sobretot dels joves que van a l'institut) i afirmen que, segons la seva experiència, a mesura que es fan grans els utilitzen menys. Per la composició del grup –tots els participants tenen més de 20 anys–, creuen que és una activitat d'adolescents que arriba massa tard per a ells (es perceben massa grans). Diuen que els adolescents de 16 anys hi estan molt implicats i que hi passen moltes hores, fins al punt que pot ser habitual que perdin hores de son (esmenten casos d'adolescents que entre setmana se'n van a dormir a les tres de la matinada). Sigui com sigui, afirmen que als municipis petits com el seu el jovent pot ser més al carrer que a les grans ciutats, i per això pensen que a l'edat d'aficionar-se a la PlayStation i Internet els joves prefereixen anar en bicicleta, jugar a futbol, etc. Finalment, comenten el cas d'un noi que, segons ells, es va "enganxar" a la PlayStation i això va repercutir negativament en els seus estudis (no va acabar l'ESO), encara que assenyalen que són casos inusuals. D'altra banda, els joves del grup que estudien a la universitat indiquen que han de fer servir Internet cada dia (per consultar el diari, per les assignatures, per contactar amb amics de classe, etc.), però consideren que Facebook i les xarxes socials similars no deixen de ser una "xafarderia" i hi perceben el risc de la manca de privacitat (els preocupa que les dades personals siguin a l'abast de l'empresa que controla el programa).
- Els **nois que treballen** no semblen tan implicats en el ciberespai, Internet o les xarxes socials. De fet, comenten que no els afecta gaire, però veuen amb preocupació que als seus germans petits, sí. Opinen que és un fenomen més propi dels adolescents i diuen que n'hi ha que no surten de casa per culpa de la xarxa (adolescents addictes als jocs en línia, etc.). En general, en parlen en termes despectius: pensen que és una cosa inevitable però més aviat negativa, i que és millor sortir de casa i relacionar-se. L'anàlisi dels seus discursos permet pensar que mostren aquesta actitud distant perquè es consideren poc entesos en el tema.

— Les **noies treballadores** no fan referència a aquestes qüestions en el seu grup de discussió. Probablement, el fet de tenir entre 25 i 29 anys afavoreix un major distanciament, ja que no forma part de la seva quotidianitat.

En definitiva, encara que aquests joves es consideren usuaris d'Internet i les xarxes socials, en tenen una visió relativament negativa, o almenys prefereixen donar aquesta imatge: afirmen que els fa perdre massa temps, que les relacions socials que s'hi fan són de baixa qualitat i que generen desprotecció per la manca d'intimitat. Amb tot, es perceben a si mateixos com una mica fora de lloc en relació amb aquest fenomen i pensen que són els seus germans més petits els que ho estan vivint de ple i en rebran les conseqüències positives i negatives. Per a ells, diuen, "arriba massa tard". D'altra banda, creuen que les possibles ciberaddiccions són casos esporàdics i atípics, de manera que no parlen de gairebé cap risc en aquest sentit.

11.2. Polítiques preventives

Una col·laboració entre el Departament d'Interior i de Salut ha permès posar en marxa el programa anomenat "**Joc responsable**", centrat principalment en la prevenció precoç i l'assessorament a les persones que tenen algun tipus d'addicció als jocs d'atzar. A més del joc patològic, el Departament de Salut també treballa per prevenir i tractar l'abús de l'ordinador, Internet, el mòbil, les videoconsoles, les compres compulsives, etc.

El programa **Kolocat**, impulsat inicialment en l'àmbit local (a la Mancomunitat de la Vall del Tenes), incideix, entre altres, en la prevenció dels problemes relacionats amb les ciberaddiccions i els riscos de l'ús de les noves tecnologies. Com ja s'ha explicat en apartats anteriors, el projecte funciona a partir de dues webs diferenciades adaptades a dos grups de joves: www.elpep.info (més educativa) i www.laclara.info (més informativa), mitjançant les quals es dona informació i assessorament telemàtic. És una iniciativa força interessant que conté informació de qualitat i utilitza un llenguatge proper als joves.

Un altre programa destacable, que també s'ha esmentat, és el que s'implementa en el municipi A i en altres del seu entorn comarcal, basat en la provisió d'informació als alumnes de tercer d'ESO a través d'una **carpeta informativa**. Els tècnics de joventut municipals, davant els problemes per fer arribar informació al jovent, van decidir elaborar una carpeta atractiva, amb un llenguatge juvenil, on es tracten diverses qüestions de salut, entre els quals hi ha les ciberaddiccions. L'objectiu és donar una informació fiable i contrastada sobre comportaments de risc i sobretot una guia perquè la gent jove sàpiga on adreçar-se quan tingui algun problema de salut relacionat amb aquests temes.

També hi ha associacions que han endegat propostes per tractar les socioaddiccions a escala local. Per exemple, l'**associació Educació per a l'Acció Crítica (EdPAC)**, formada per professionals vinculats al teatre i l'educació, desenvolupa activitats relacionades amb la salut i els joves, principalment en l'àmbit escolar o del lleure, i proporciona eines per a la prevenció de problemàtiques psicosocials que afecten els joves i la societat en general. Ha produït l'obra *Estàs pantallat?*, una activitat teatral en què es treballen diferents situacions d'abús de les noves tecnologies entre joves i adolescents i que incideix en alguns aspectes rellevants actualment, com ara l'ús del telèfon mòbil, la televisió, el xat o els jocs en línia. L'activitat consta de dues parts: una obra de teatre que introdueix diversos aspectes de la qüestió, i un debat teatral, mitjançant el qual els joves aporten solucions a una situació conflictiva relacionada amb les socioaddiccions.

Finalment, cal esmentar les accions portades a terme per l'entitat **Atenció i Investigació de Socioaddiccions**, especialitzada a assessorar institucions, donar informació, fer formació, seminaris, tallers, etc., sobre tot tipus de socioaddiccions. L'entitat participa en l'aplicació del programa "Salut i escola", a través del qual vehicula una part d'aquestes activitats.

12. Classificació de la joventut catalana segons el seu estat de salut i els seus determinants

12.1. Anàlisi tipològica: objectius i metodologia

L'anàlisi de l'ESCA 2006 permet definir una tipologia en funció de les interrelacions entre les variables de salut i els factors de risc que afecten els joves. Els objectius d'aquesta anàlisi han estat:

- Identificar l'associació entre hàbits i estats de salut, considerant globalment les interrelacions existents entre aquestes variables.
- Identificar diferents perfils d'estils de vida segons els hàbits de salut (comportaments de risc) i el seu estat de salut.
- Identificar l'associació d'aquests perfils amb els eixos de desigualtat considerats a la recerca i altres variables anteriors.

L'anàlisi tipològica realitzada pretén examinar les interrelacions entre diferents variables relatives a la salut i, a partir de la síntesi d'aquestes interrelacions, construir grups homogenis de casos. CE tracta d'una anàlisi que permet una aproximació global a la relació dels joves amb la salut, amb l'objectiu de permetre una contextualització major de les anàlisis més específiques realitzades en altres apartats i d'identificar diferents perfils pel que fa als hàbits i els estats de salut.⁹ La submostra objecte d'anàlisi està formada per 3.600 joves de 15 a 29 anys.¹⁰

La selecció de variables s'ha fet tenint en compte:

- que siguin indicatives dels factors/aspectes rellevants plantejats al model teòric;
- que estiguin incloses al qüestionari de l'ESCA (els comportaments i les actituds sexuals, per exemple, han estat introduïts en el marc teòric com un aspecte dels hàbits de salut, però no s'han pogut considerar a l'anàlisi perquè no es disposava de la informació);
- que s'hagin mostrat rellevants a l'hora d'identificar diferents estils de vida relatius a la salut de la gent jove, tant a les anàlisis prèvies com a les proves d'anàlisi factorial successives.

Entre les variables seleccionades podem distingir dos grups:

- Les corresponents a "hàbits de salut" i "estat de salut": són les variables actives a la construcció tipològica, és a dir, aquelles a partir de les quals es classificaran els individus en perfils.

9 El procediment utilitzat articula diverses tècniques d'anàlisi (López Roldán, 1996; Domínguez i López Roldán, 1996) i es desenvolupa en quatre fases:

- selecció de les variables que seran objecte d'anàlisi;
- anàlisi factorial de les interrelacions entre les variables d'hàbits i estat de salut, i reducció d'aquestes en dimensions que sintetitzen la informació inicial –aquesta anàlisi s'ha fet mitjançant la tècnica de components principals categòrics (CATPCA), que permet el tractament de variables amb diferents nivells de mesura–;
- agrupament dels casos en grups homogenis considerant les seves puntuacions en les dimensions anteriors –la tècnica utilitzada aquí és l'anàlisi de classificació jeràrquica (*cluster analysis*)–;
- caracterització dels perfils identificats i anàlisi de la seva associació amb els eixos de desigualtat considerats a la recerca i altres variables anteriors (sociodemogràfiques, laborals, relacionals) –aquesta última fase es realitza mitjançant taules de contingència i comparació de mitjanes.

10 Del conjunt d'aquesta mostra s'han exclòs 46 casos (1,3% del total) que van ser contestats per informadors indirectes (la meitat dels quals, per incapacitat permanent de la persona enquestada; també per raons d'edat i d'idioma); en tots aquests casos algunes variables centrals en l'anàlisi no tenien respostes vàlides. La mostra final sobre la qual es construeix la tipologia és, doncs, de 3.600 casos.

- Les “variables antecedents”, és a dir, les variables estructurals (sociodemogràfiques, laborals, relacionals, etc.) que expliquen o que estan associades a les diferències de salut (sexe, classe social, etc.).

Seguidament es detallen les variables utilitzades. A fi d'obtenir un millor ajust i de facilitar la interpretació dels resultats, s'han recodificat les categories de les variables actives tenint en compte les agregacions realitzades en apartats anteriors –com en el cas del consum d'alcohol o el risc de salut mental– o a partir de proves d'associació successives:

- Variables antecedents - eixos de desigualtat: sexe, edat, classe social de la persona principal de la llar, lloc de naixement, àmbit territorial (demarcació), mida del municipi, activitat laboral, convivència (amb qui viu) i indicadors de suport social.
- Hàbits de salut - comportaments de risc: activitat física en temps de lleure, consum habitual de tabac, consum de risc d'alcohol, consum de cànnabis o cocaïna en l'últim mes, medi ambient físic de treball (treballa habitualment amb sorolls o pols, o fent moviments repetitius).
- Estat de salut: salut física (presència moderada o alta de dolors o malestars), salut mental (risc de mala salut mental a partir de l'escala Goldberg), autopercepció de l'estat de salut.

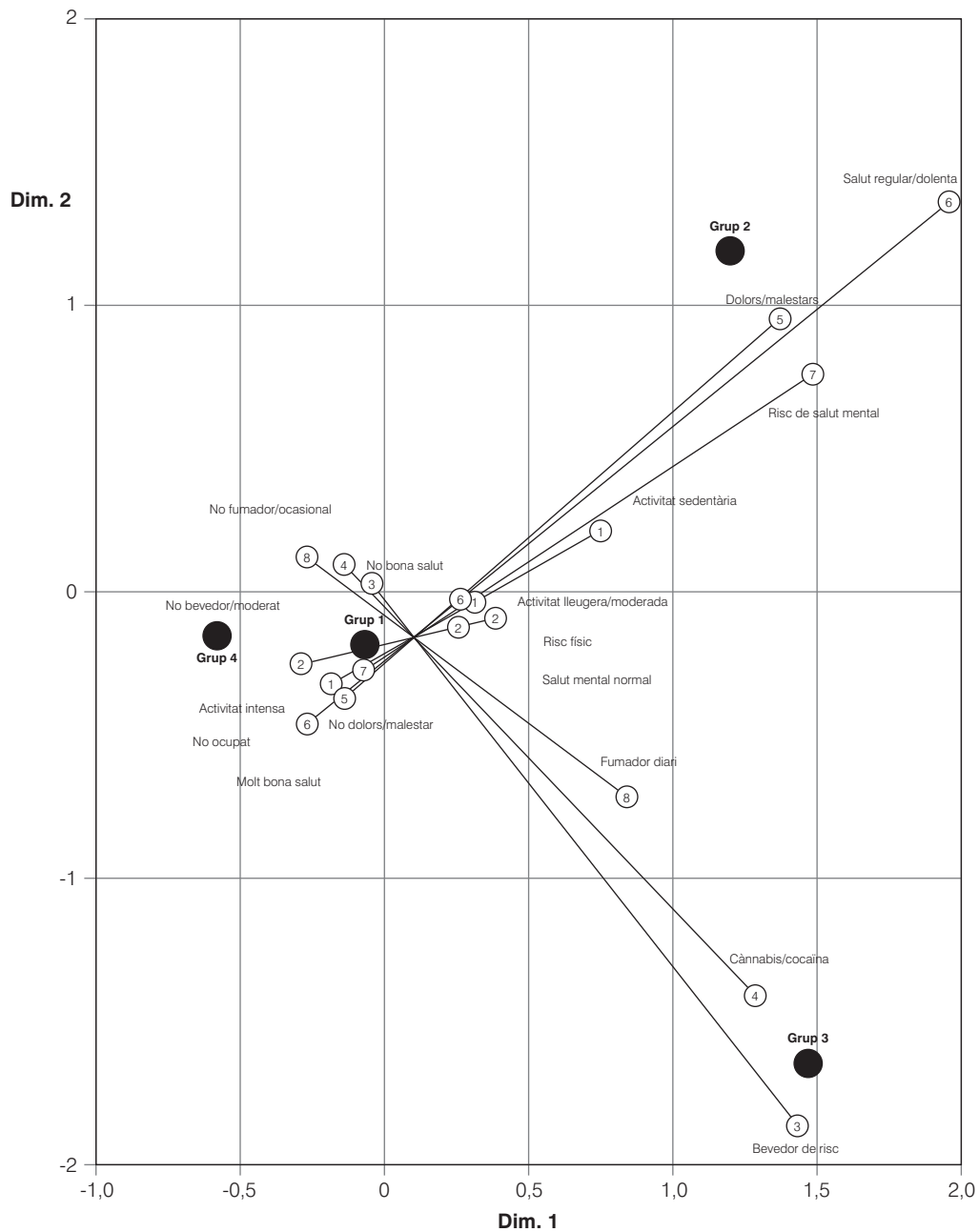
12.1.1. Resultats

A través de l'anàlisi de components principals categòrics, les vuit variables corresponents a hàbits i estats de salut s'han reduït a tres noves variables (dimensions 1, 2 i 3) que sintetitzen part de la informació inicial. Aquesta anàlisi mostra les interrelacions entre les diferents categories considerades, i també ha permès classificar el conjunt de casos en **quatre grups** d'acord amb la projecció en aquestes dimensions i tenint en compte la seva proximitat.¹¹

Els gràfics 20 i 21 situen els centroides de cada grup a l'espai dimensional, juntament amb les categories de les variables, i permeten observar de manera global les associacions entre aquestes i els elements més característics de cada grup. Insistim novament en el caràcter exploratori i descriptiu d'aquesta tècnica, de manera que dels grups resultants no es pot deduir cap relació **causal** entre les categories que els defineixen, ni tampoc que siguin presents a la totalitat dels membres de cada grup. El que ens interessa aquí és observar que determinats factors relatius a la salut no es distribueixen aleatòriament entre la població, sinó que conflueixen en diferents pràctiques socials o estils de vida als quals un individu concret pot ser més o menys proper. A continuació presentem els trets més definitoris de cada grup (les distribucions percentuals es poden consultar a la taula 62). A l'apartat posterior analitzarem la relació entre aquests grups i les variables antecedents considerades.

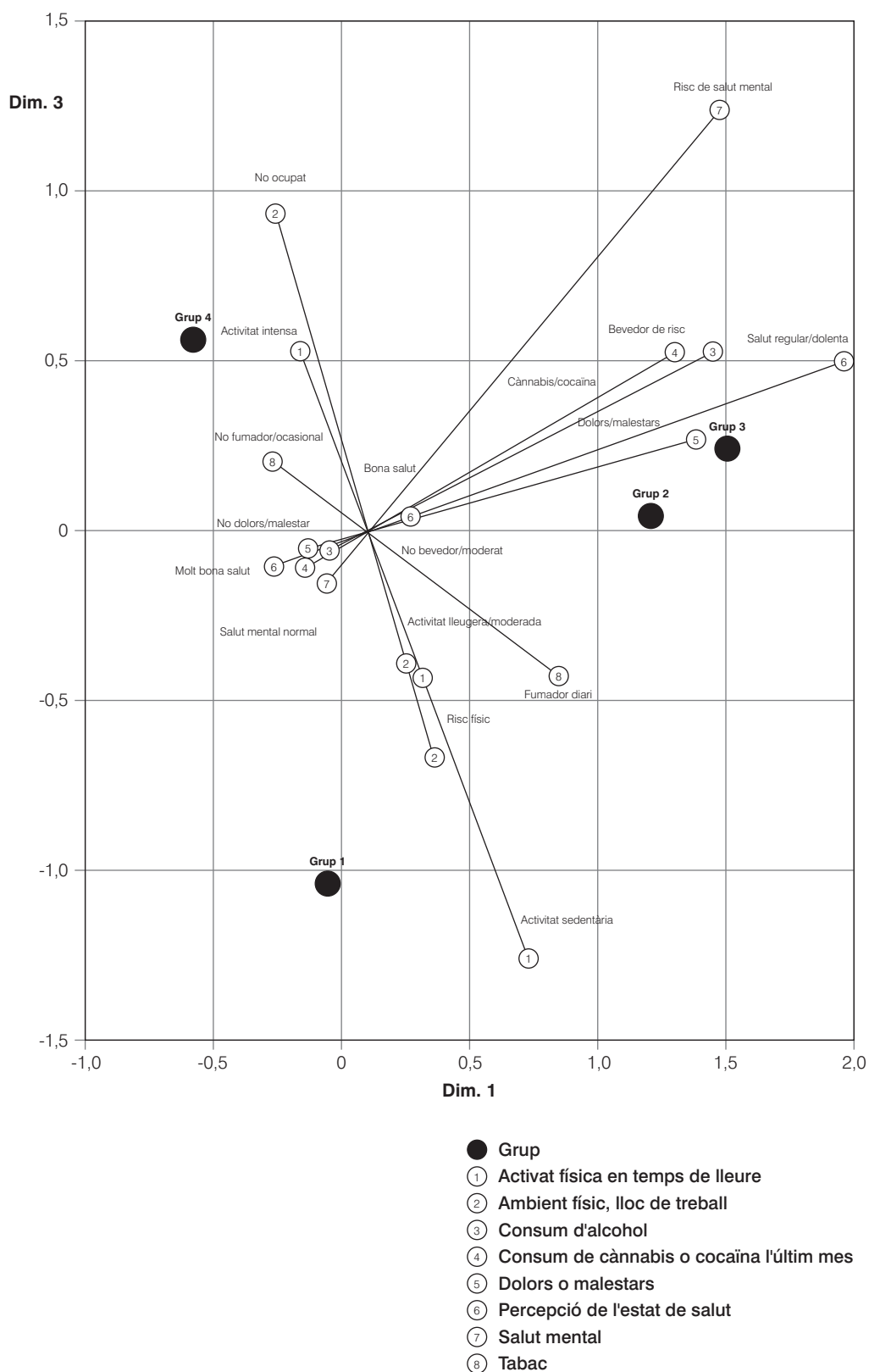
11 Les dimensions escollides han estat les que tenen valors propis superiors a 1. Sobre la base de les puntuacions factorials de cada cas en aquestes tres dimensions, s'ha fet una anàlisi de classificació jeràrquica prenent la distància euclidiana al quadrat com a criteri de proximitat i el procediment Ward com a criteri d'agregació, que realitza una agrupació ascendent minimitzant la pèrdua d'inèrcia. Entre les participacions possibles s'ha seleccionat la classificació en quatre grups.

Gràfic 20. Projecció de les categories i els centroides dels grups a les dimensions 1 i 2, entre la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006



- Grup
- ① Activat física en temps de lleure
- ② Ambient físic, lloc de treball
- ③ Consum d'alcohol
- ④ Consum de cànnabis o cocaïna l'últim mes
- ⑤ Dolors o malestars
- ⑥ Percepció de l'estat de salut
- ⑦ Salut mental
- ⑧ Tabac

Gràfic 21. Projecció de les categories i els centroides dels grups a les dimensions 1 i 3, entre la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006

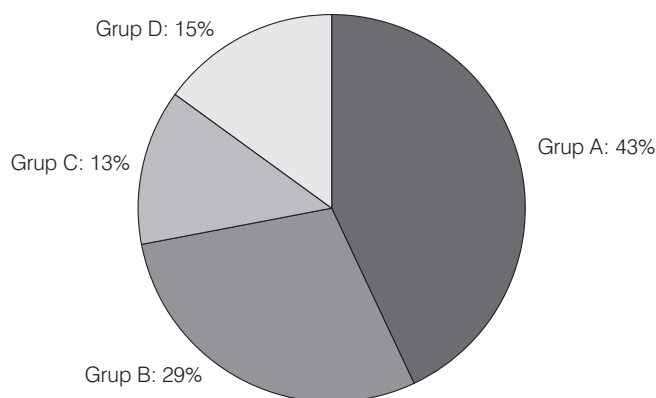


Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2006.

12.2. Caracterització dels grups

Dels quatre grups identificats, n'hi ha dos (A i B) que presenten, en més mesura que la resta, hàbits i estats més saludables i que es diferencien entre ells per la seva relació amb l'activitat laboral i l'activitat física en temps de lleure. Es tracta dels grups que tenen un pes relatiu més important en el conjunt de la mostra. D'altra banda, el grup C contrasta amb els anteriors per una presència més elevada de consums de risc (tabaquisme, alcohol, cànnabis/cocaïna), i el grup D es caracteritza, en termes relatius, per un pitjor estat de salut física i mental i unes condicions de treball i vida més dures que la resta (gràfic 22 i taula 61).

Gràfic 22. Distribució probable dels grups dels joves de 15 a 29 anys segons les relacions entre el seu estat de salut i els seus determinants (percentatge). Catalunya, 2006.



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2006.

Grup A. Representa aproximadament el 43% de la mostra. Té **hàbits i estats saludables**: el 95% és no fumador; el 97%, no bevedor o moderat; el 93% no consumeix altres drogues; el risc de salut mental és del 6%, i només el 3% manifesta dolors o molèsties. Hi destaca el **percentatge elevat que fa una activitat física intensa** (80% enfront el 51% general), que contrasta amb el **percentatge baix que té una ocupació laboral** (36% enfront el 63% general), de manera que només el 18% del grup està exposat a les situacions de risc laboral que hem inclòs al model (treballar habitualment amb soroll i pols, o fent moviments repetitius). Els seus membres tenen una percepció més positiva del seu estat de salut, i menys de l'1% manifesta que és "regular" o "dolent" (enfront el 6% del conjunt de la mostra). El grup està format pels més joves, amb una mitjana d'edat de 21,6-9 anys, i la probabilitat de pertànyer-hi és més gran entre els joves que viuen amb la família d'origen.

Grup B. Representa el 29% de la mostra. Com el grup A, es caracteritza per tenir **hàbits i estats saludables**, si bé presenta algunes diferències, ja que s'observa una presència major de fumadors (47%), tot i que gairebé cap integrant no és bevedor de risc (98%) ni consumeix altres drogues (98%). El risc de mala salut mental i la presència de molèsties és nul (0%), i cap de les persones enquestades manifesta tenir una salut "regular" o "dolenta". La diferència principal d'aquest grup amb l'anterior està determinada perquè només el 19% fa una activitat física intensa (enfront el 80% del grup 4 i el 51% general), perquè **majoritàriament fan una activitat laboral** (94% enfront el 63% general) i perquè la meitat dels que treballen (és a dir, el 46%) diu que ho fa amb sorolls o pols, o fent moviments repetitius. La mitjana d'edat d'aquest grup és de 24,8 anys, i aproximadament 60% dels joves que hi pertanyen conviuen amb la parella i/o fills. També és el grup que presenta uns nivells de suport social més alts.

Grup C. Representa al voltant del 13% de la mostra. Es caracteritza per tenir uns **consums no saludables**: el 85% és fumador diari (enfront el 32% general), el 48% és bevedor de risc (enfront el 8,5% general) i el 83% ha consumit cànnabis o cocaïna el darrer mes (16% general). Presenta un estat de salut pitjor que la mitjana, encara que millor que el del grup 2: el 17% té risc de mala salut mental, i el mateix percentatge té dolors o malestars moderats o alts (7 i 2 punts per damunt de la mitjana, respectivament). Tanmateix, el 41% afirma que el seu estat de salut és molt bo (inferior, però, al 52% del conjunt de la mostra). En aquest grup la presència masculina és molt superior a la femenina (17,2% enfront 8,7%), i la probabilitat de formar-ne part és 9 punts superior a la mitjana quan es viu sol o amb amiguets.

Grup D. Representa el 15% de la mostra. El que més distingeix aquest grup de la resta és el seu **mal estat de salut**: el 75% manifesta dolors o malestars moderats o alts, i el risc de salut mental és del 32% (les mitjanes generals són del 15% i del 10%, respectivament). Alhora, el 34% manifesta que té un estat de salut regular o dolent, i només el 24% el considera molt bo (52% de mitjana). El 12% practica una activitat física sedentària (el doble que el total de la mostra); el 80% té una activitat laboral, i el 56% manifesta que té una ocupació on habitualment treballa amb soroll o pols, o fent moviments repetitius. La probabilitat de pertànyer a aquest grup és gairebé el doble en el cas de les dones que dels homes (20,1% i 10,3%, respectivament). La seva mitjana d'edat és de 24,6 anys; gairebé el 60% dels que l'integren viuen amb la parella i/o fills, i haver nascut a l'estranger augmenta un 8% la probabilitat de formar-ne part. És el grup que presenta uns nivells de suport social més baixos.

Aquesta anàlisi exploratòria no pretén en cap cas reduir la diversitat existent de pràctiques i estats de salut a quatre compartiments estancs, ja que els límits entre grups poden ser difusos i cal, en aquest sentit, relativitzar el pes que cadascun té en el conjunt. El que reflecteixen els resultats és l'associació entre diferents variables relatives a la salut, cosa que permet la identificació dels perfils generals.

Taula 61. Caracterització dels grups de la població de 15 a 29 anys d'acord amb les variables que formen la tipologia (percentatge). Catalunya, 2006.

Variables determinants		Grup				Total
		A	B	C	D	
	Casos/%	1.555/43%	1.033/29%	474/13%	538/15%	3.600/100%
Activitat física en temps de lleure	Activitat sedentària	2	10	8	12	6
	Activitat lleugera/moderada	18	71	44	55	42
	Activitat intensa	80	19	48	33	51
Tabaquisme	Fumador diari	5	47	85	36	32
Alcohol	Bevedor de risc	3	2	48	2	9
Cànnabis/cocaïna	Consum de cànnabis o cocaïna l'últim mes	7	2	83	8	16
Medi ambient físic en el lloc de treball (treballa habitualment amb sorolls o pols, o fent moviments repetitius)	Risc físic	18	46	49	56	36
	No risc físic	19	48	18	24	28
	No ocupat	64	6	34	20	37
Salut física	Presència moderada o alta de dolors o malestars	3	0	17	75	15
Salut mental	Risc de mala salut mental	6	0	17	32	10
Autopercepció de l'estat de salut	Molt bona	63	56	41	24	52
	Bona	36	44	52	42	41
	Regular/dolenta	1	0	7	34	6

Font. Elaboració pròpia a partir de les dades de l'ESCA 2006.

Si analitzem més específicament la situació de la població ocupada, veiem l'associació que s'estableix entre els grups identificats i el grau de **satisfacció amb les seves condicions de treball**. Els resultats mostren que, com més satisfacció, més salut, de manera que la probabilitat de pertànyer als grups amb hàbits i estats més saludables disminueix a mesura que baixa la satisfacció a la feina. En canvi, les persones més insatisfetes tenen el 47% de probabilitats de formar part del grup amb un estat de salut més dolent (grup D), molt superior al 19% del conjunt d'ocupats que l'integren. Una altra variable antecedent que és rellevant és l'**estatus social**, encara que l'associació no es excessivament forta, si bé s'observen algunes diferències significatives i importants: la probabilitat de situar-se en el grup D (és a dir, de persones amb pitjor salut) és 5 punts superior a la mitjana entre les persones d'estatus social més baix (*classe V*), mentre que el grup

d'estatus més alt (*classe I*) té una major presència relativa, 9 punts per damunt de la mitjana, en el grup A (caracteritzat per uns hàbits saludables i un bon estat de salut). Pel que fa al **territori**, no es detecten diferències significatives segons la demarcació (àmbit territorial) o la dimensió del municipi de residència.

De l'anàlisi realitzada es desprenen algunes conclusions addicionals. En primer lloc, s'observa una associació entre el que hem anomenat *consums de risc* (el consum de cànnabis o cocaïna) i el consum d'alcohol i el tabaquisme –malgrat que en menys mesura–. Així, tot i que aquests consums es poden produir de manera molt diversa, la probabilitat de ser bevedor de risc és més alta en les persones que consumeixen cànnabis o cocaïna, també si són fumadores. De manera similar, els indicadors utilitzats de salut física, mental i auto-percepció estan associats entre ells: les persones que manifesten més dolors i malestars són les que, a la vegada, tenen més probabilitat de presentar situacions de risc de salut mental, així com una percepció pitjor del seu estat de salut. A més a més, cal dissociar els mals estats de salut *presents* d'alguns hàbits que es tradueixen en mals estats de salut *futurs*, ja que, per exemple, el grup caracteritzat per consums no saludables (tabac, alcohol, altres drogues), tot i tenir un pitjor estat de salut que la mitjana, no és el que manifesta més problemes físics i mentals.

Els comportaments i els estats de salut també estan molt associats al **gènere**, una associació que permet mostrar la dissociació comentada entre els consums no saludables i els estats de salut: les dones tenen consums més saludables pel que fa a les drogues, però tenen un pitjor pronòstic de salut. En canvi, entre els factors que mostren una associació major amb el **perfil de consums no saludables hi ha el gènere** (ser home) i la **forma de convivència** (viure sol o amb amigats). Finalment, l'anàlisi mostra una associació inversa entre l'**activitat laboral** i l'**activitat física en temps de lleure**, tot i que només en les edats més joves, de manera que el 51% de joves fa una activitat física intensa en el seu temps de lleure, però aquest percentatge disminueix al 47% entre les persones ocupades i augmenta fins al 59% entre les que no ho estan. No obstant això, en introduir la variable *edat*, aquesta relació es manté únicament en menors de 20 anys i més endavant s'estabilitza: aproximadament, el 46-47% dels joves d'entre 25 i 29 anys fan una activitat física intensa, independentment de la seva situació laboral.

TERCERA PART.

Polítiques públiques: Una anàlisi transversal

13. Polítiques públiques de joventut i salut

13.1. Plantejament i metodologia

a) Plantejament

Al llarg del text hem presentat els diversos àmbits en els quals es produeixen els processos de pèrdua de salut, així com les principals polítiques que impulsen les institucions públiques per mitigar-los. A continuació intentarem fer una anàlisi global del funcionament d'aquestes polítiques que ens permeti valorar-ne millor les virtuts i les possibles mancances.

Per tal de fer aquesta anàlisi, hem adoptat la perspectiva proposada per Subirats *et al.* (2008), que defineixen *polítiques públiques* de la manera següent:

“Una sèrie de decisions o d'accions, intencionalment coherents, preses per diferents actors, públics i de vegades no públics –els recursos, nexes institucionals i interessos dels quals varien– amb la finalitat de resoldre de manera puntual un problema definit políticament com a col·lectiu. Aquest conjunt de decisions i accions dóna lloc a actes formals, amb un grau d'obligatorietat variable, que tendeixen a modificar la conducta de grups socials que, se suposa, originaren el problema col·lectiu a resoldre (grups objectiu), i en interès dels grups socials que pateixen els efectes negatius del problema en qüestió (beneficiaris finals).” (Subirats *et al.*, 2008: 38)

Aquest concepte de política pública incorpora un conjunt d'activitats normatives i administratives que tracten de millorar o solucionar problemes reals. La majoria de les noves lleis o normatives només produeixen efectes quan els actors polítics, administratius i socials, dins dels seus marcs institucionals respectius i a través de diferents estratègies d'interacció, prenen les decisions corresponents (Subirats *et al.*, 2008). Els efectes desitjats depenen, doncs, d'un conjunt de decisions complexes que s'encadenen des del centre cap a la perifèria.

Per tant, aquí s'entén que una política pública és aquest conjunt de decisions i accions que emergeixen dels actors públics –tot i que de vegades també poden ser particulars– i que pretenen orientar la conducta d'una població objectiu determinada, amb la finalitat que un problema col·lectiu que la societat no pot resoldre autònomament es pugui solucionar per mitjà d'un esforç conjunt.

Des d'aquesta perspectiva, els elements constitutius d'una política pública són els següents:

- la solució d'un problema públic;
- l'existència de grups objectiu en l'origen d'aquest problema;
- una coherència almenys intencional;
- l'existència de diverses decisions i activitats;
- un programa d'intervencions;
- el paper clau dels actors públics;
- l'existència d'actes formals, i
- la naturalesa més o menys obligatòria de les decisions i les activitats.

Es pot debatre fins a quin punt es pot considerar que la salut del jove és un problema social amb entitat suficient per dedicar-hi polítiques específiques. Des d'un punt de vista teòric, la justificació de l'existència de polítiques de joventut es basa en la idea que la població jove té unes necessitats diferenciades de la resta de la població i, per tant, requereix unes actuacions particulars i concretes. Aquest supòsit argumentaria la

necessitat d'unes institucions especialitzades en joventut (departaments, agències nacionals, regidories, amb personal i pressupost per desenvolupar les polítiques específiques, etc.). En aquest sentit, les polítiques de salut adreçades a la joventut de Catalunya encaixen relativament bé amb la definició anterior.

- Hi ha **un problema social** reconegut políticament: la millora i el manteniment de la salut de la població jove, que implica necessàriament posar en pràctica polítiques de prevenció i promoció de la salut.
- Hi ha **uns grups socials** (joves) en què es vol intervenir per modificar-ne o orientar-ne les conductes, ja sigui actuant-hi de manera directa o sobre el seu entorn.
- Hi ha **unes polítiques** que teòricament parteixen d'una base conceptual determinada, un model teòric que indica com haurien de ser les coses i que s'intenta aplicar per resoldre el problema públic en qüestió. Se suposa també que les decisions i les activitats que es duen a terme estan relacionades entre elles.
- Hi ha un conjunt de decisions i accions que superen la simple declaració d'intencions, ja que es tradueixen en objectius, normatives, **programes d'intervenció concrets**, etc.
- Hi ha tot un seguit de programes d'intervenció que teòricament s'haurien d'**incardinar amb altres accions**. Des d'aquesta perspectiva, els programes aïllats no es poden considerar una política pública, sinó simplement un producte concret. Per això, les intervencions en joventut i salut constitueixen una cruïlla on convergeixen decisions de diverses instàncies, cosa que requereix bons mecanismes d'integració i coordinació interdepartamental.
- Finalment, el conjunt de decisions i accions només es pot considerar una política pública en la mesura que els actors que les prenen les duen a terme des de la seva condició d'**actors públics**. És a dir, cal que siguin actors integrats en el sistema politicoadministratiu, o bé actors privats amb la legitimitat jurídica suficient per decidir o actuar.

Les polítiques públiques són el resultat de la combinació de la voluntat política d'intervenir i la selecció de l'alternativa d'acció més eficaç i eficient entre totes les possibles. Tanmateix, les coses no acostumen a ser tan clares, ja que, en el nostre context institucional, cada intervenció política respon a una doble lògica no sempre congruent. D'una banda, hi ha la lògica de l'*especialització*, en el sentit que cada administració segmenta la realitat en sectors concrets per englobar-los en una especialització que condueix a la creació d'una administració sanitària, una d'educativa, laboral, ambiental, de serveis socials, etc. De l'altra, hi ha una lògica *territorial*, és a dir, els poders públics segmenten el territori en porcions que s'integren jeràrquicament i que corresponen a diverses administracions en una articulació jeràrquica i competencial, com ara l'administració local (ajuntaments, consells comarcals, diputacions provincials), l'autonòmica (Generalitat), l'estatal (ministeris) o la internacional (UE, etc.). Ara bé, com diu Subirats (2007), a la pràctica aquestes dues lògiques d'intervenció no sempre són coincidents, atès que cada organisme parteix d'una agenda pròpia i una presumpció de certesa tècnica i legal que avala les seves decisions, la qual cosa facilita que sovint les polítiques impulsades per diferents administracions col·lideixin en el territori. Això suposa un repte important per a aquestes institucions. Una qüestió tan transversal com la salut del jove és objecte competencial de múltiples administracions públiques i departaments sectorials, amb programes i prioritats diferents, amb recursos desiguals i conceptualitzacions dels interlocutors dispars.

Totes aquestes característiques són presents, en més o menys mesura, en les polítiques, els programes i les intervencions públiques en matèria de salut i joventut a Catalunya, de manera que analitzar-les ens permetrà fer una valoració de la seva coherència i adequació al context de la salut dels joves que hem identificat prèviament. A partir d'aquests pressupòsits, l'anàlisi es guia per una sèrie d'elements clau:

- el context legal i institucional (escenari);
- els temes tractats, els mitjans utilitzats (administratius, materials i humans) i els actors implicats;
- la població objecte de les polítiques;
- la integració i la coordinació entre polítiques i institucions (gra de combinació entre la lògica sectorial i territorial).

b) Metodologia

L'anàlisi es basa en nombroses dades sobre l'estat de salut i els possibles comportaments de risc del jovent català, que provenen de diverses fonts. D'una banda, hem analitzat l'Enquesta de salut de Catalunya, en les seves edicions del 2002 i el 2006 –les darreres disponibles en el moment de redactar aquest text–, que ens ha permès observar algunes tendències d'evolució temporal. Així mateix, hem estudiat un seguit d'indicadors procedents de registres oficials (mortalitat, sinistralitat viària, laboral, interrupcions voluntàries de l'embaràs, casos de SIDA registrats, altes i baixes mèdiques per motius de trastorns alimentaris, etc.) i en la mesura del possible hem intentat fer-ne també una anàlisi evolutiva. D'altra banda, hem organitzat quatre grups de discussió amb joves: dos de noies i dos de nois, en quatre comarques catalanes molt diferents, seguint la tipologia derivada de l'ESCA 2006. En aquests grups s'ha conversat sobre l'estat de salut, les percepcions, els comportaments, les experiències i les expectatives que tenen els joves en relació amb aquesta temàtica, com també sobre les polítiques, els programes i les intervencions en aquest àmbit que han percebut o han experimentat. A més a més, hem fet sis entrevistes a joves immigrants –tres noies i tres nois– per tal d'obtenir alguns indicis respecte a les seves percepcions sobre la salut i les polítiques de prevenció i promoció sanitàries.

Alhora, hem realitzat una anàlisi documental dels textos bàsics sobre joventut i salut a Catalunya: el Pla Nacional de Joventut i el Pla de salut de Catalunya, així com d'altres documents oficials relacionats amb aspectes concrets –el Pla català de seguretat viària, la *Memòria socioeconòmica i laboral de Catalunya*, l'Acord de mesures per a l'ocupació juvenil a Catalunya, el *Llibre blanc de la prevenció a Catalunya*, el Pla director de salut mental i addiccions, etc.– i diverses lleis: la Llei 2/2004, de 4 de juny, de millora de barris; la Llei 18/2009, de 22 d'octubre, de salut pública; la Llei 17/2005, de 19 de juliol, per la qual es regulen el permís i la llicència de conducció per punts i es modifica el text articulat de la llei sobre trànsit, circulació de vehicles de motor i seguretat viària; la Llei 28/2005, de 26 de desembre, de mesures sanitàries enfront del tabaquisme i reguladora de la venda, el subministrament, el consum i la publicitat dels productes del tabac, etc.

Finalment, hem fet una sèrie d'entrevistes a professionals i tècnics d'institucions públiques relacionades amb la salut juvenil, tant de la Generalitat de Catalunya (de set institucions) com d'entitats locals (quatre ajuntaments dels mateixos dels municipis on s'han fet els grups de discussió) i altres entitats (una empresa sociocultural), amb l'objectiu de conèixer les seves percepcions, experiències i expectatives respecte a la salut del jovent i les polítiques de prevenció i promoció sanitàries que es duen a terme en diferents àmbits.

13.2. Context legal i institucional de les polítiques de salut i joventut a Catalunya

En aquest apartat dibuixem, a grans trets, l'escenari legal i institucional que orienta les polítiques i els programes d'intervenció sobre salut i joventut a Catalunya. En primer lloc, tractem les orientacions i les regulacions genèriques que emanen de la Generalitat, i, en segon lloc, ens referim a les competències de les administracions locals.

13.2.1. Generalitat de Catalunya

Catalunya disposa d'un marc legal extens, que li permet legislar i aplicar polítiques en l'àmbit de la prevenció i la promoció de la salut de la gent jove. La Generalitat, a través de l'Estatut d'autonomia de Catalunya, disposa de competències tant en matèria de salut (article 162) com en matèria d'educativa (article 131), en l'àmbit de l'esport i el lleure (article 134), pel que fa a les polítiques de joventut (142) i en el camp de les relacions laborals (article 170), totes àrees clarament vinculades amb la població juvenil.

El Departament de Salut va viure una reestructuració considerable amb l'entrada en vigor del Decret 219/2005, que tenia com a objectiu enfortir el paper d'aquest departament com a responsable d'establir el marc de referència per a totes les actuacions en l'àmbit de la salut, incloses les que se centren en grups de població molt determinats, com ara els joves. Aquest punt és important perquè, dins d'una mateixa institució de govern, la Generalitat, trobem dos òrgans que tenen la intenció de servir de guia per a les polítiques de salut i joves a Catalunya. Cal dir que aquesta circumstància, *a priori*, no ha de ser necessàriament un element ni negatiu ni positiu, és a dir, pot funcionar com un mecanisme institucional que generi inèrcies positives en certs àmbits d'actuació que es poden treballar des de diferents enfocaments, però també pot ser una font de problemes de coordinació.

Aquesta duplicitat institucional en l'àmbit autonòmic fa que, entre els documents marc que articulen les polítiques de la salut dels joves a Catalunya, calgui destacar, d'una banda, el Pla de salut de Catalunya i, de l'altra, el Pla Nacional de Joventut de Catalunya.

El **Pla de salut de Catalunya** (PS) no només constitueix l'agenda estratègica del Govern de la Generalitat de Catalunya pel que fa a la salut de la població, sinó que, a més a més, té l'objectiu d'integrar i coordinar les polítiques de salut i els serveis dels àmbits sanitaris de tots els agents implicats en la salut al territori català.

Des d'un punt de vista estrictament territorial, el PS, que es renova periòdicament –quan es redacten aquestes línies, el vigent és del període 2007-2010–, s'articula en set regions sanitàries: Alt Pirineu i Aran, Lleida, Girona, Catalunya Central, Camp de Tarragona, Terres de l'Ebre i Barcelona. Un dels seus objectius és que en cadascun d'aquests territoris es formin els anomenats *governos territorials de salut* (GTS), entitats que han d'incloure els diferents actors responsables de la provisió dels serveis socials i de salut, els ciutadans i els ens que els representen. Les entrevistes i l'anàlisi de contingut dels plans comarcals de joventut que hem realitzat mostren que, en les qüestions relacionades amb la salut dels joves, l'àmbit territorial significatiu solen ser les comarques, ja que moltes tenen en funcionament *taules de salut jove*, on es reuneixen diversos agents institucionals per coordinar les seves accions sobre el territori, bàsicament els agents de salut, educació i joventut. Tanmateix, en les entrevistes realitzades no sembla que els tècnics de joventut municipals donin gaire importància al paper d'aquestes taules.

El PS té dues parts clarament diferenciades. La primera consta d'un informe detallat de l'estat de salut de la població de Catalunya, i la segona defineix els cinc eixos estratègics proposats per articular les polítiques de salut a Catalunya. Així, segons el PS, les línies mestres de les polítiques de salut a Catalunya són: a) el compromís intersectorial en la salut; b) les accions comunitàries per a la salut; c) l'atenció sanitària, socio-sanitària i de salut pública orientada a les necessitats de salut; d) els professionals de la salut, i e) el paper de la ciutadania.

Pel que fa al tractament dels joves, cal destacar que la seva salut no constitueix un tema que mereixi un tractament específic en el PS. De fet, cap epígraf de l'índex no fa referència directament a la gent jove, al contrari del que passa amb altres segments de la població, com els nouvinguts, les dones, la gent gran o els infants. Això no vol dir que no s'hi abordi la salut del jovent, ben al contrari, ja que en nombroses ocasions els objectius marcats apunten directament a problemes de salut que afecten de manera molt clara aquest segment de la població catalana.

Pel que fa al **Pla Nacional de Joventut de Catalunya** (PNJCat), és el marc de referència per a la política de joventut de Catalunya, i l'eina per definir, impulsar i coordinar les polítiques en aquesta matèria dels diferents nivells de l'administració. El PNJCat té la mateixa estructura que el PS, perquè consta d'un primera part de diagnòstic i una segona en què es defineixen les línies polítiques d'actuació. En concret, atorga prioritat a dos eixos estratègics en el desenvolupament de les polítiques de joventut arreu del territori català: a) l'afavoriment de l'emancipació de les persones joves gràcies a l'educació, el treball, l'habitatge, la salut, la cultura i la mobilitat, i b) el foment de la participació dels joves en aquest procés mitjançant la seva interlocució en el disseny i la gestió de les polítiques, a través del suport a l'associacionisme juvenil i l'estímul de la cultura de la participació. El PNJCat vigent en redactar aquestes línies és el del període 2000-2010, tot i que ja han començat les primeres fases d'elaboració del posterior.

Així doncs, la salut dels joves es tracta de manera breu en el primer dels dos eixos, el de l'emancipació. El PNJCat prescriu dos tipus genèrics d'intervencions per tal d'incidir favorablement en la salut dels joves en el territori català. En primer lloc, convida els diferents agents polítics i socials que treballen en la salut dels joves a intervenir en l'àmbit de la **promoció dels hàbits saludables**. En aquest sentit, destaca la importància del desenvolupament d'accions que vagin encaminades al foment de la salut entre els joves, a la construcció d'hàbits alimentaris saludables, a la consolidació d'hàbits higiènics bàsics i d'una sexualitat plena i segura, a l'impuls de la pràctica habitual d'exercici físic i esport, així com de l'equilibri mental i emocional de la persona jove. En segon lloc, el PNJCat tracta d'incidir en la rellevància de les polítiques de **prevenció de les conductes de risc**, raó per la qual dóna molta importància a les accions orientades a la prevenció dels embarassos no desitjats, la SIDA i altres malalties de transmissió sexual, les drogodependències i el consum excessiu de tabac i alcohol, i els accidents de trànsit entre els joves.

Les polítiques de salut i joventut a Catalunya se situen, per tant, en una intersecció institucional. El PS té la virtut de tractar la salut de manera holística, tot tenint en compte que les accions destinades a reduir les desigualtats socials (com, per exemple, la Llei de barris) i les accions destinades a facilitar una mobilitat sostenible en àmbits urbans (com, per exemple, el Bicing a Barcelona o projectes similars en altres ciutats) poden constituir de manera indirecta polítiques de salut extremadament eficients. No obstant això, el PS no atén al caràcter específic que han de tenir les accions orientades a promoure la salut de la població jove catalana. Els joves tenen per definició un estat de salut més bo que les persones d'edat més elevada, com s'ha vist en la primera part del text. En nombroses ocasions practiquen hàbits saludables, com l'esport, encara que no sigui amb la voluntat de millorar la seva salut. D'altra banda, però, la gent jove està inherentment associada a uns riscos específics que poden posar en perill la seva salut actual o futura. El PNJCat és més sensible a aquest darrer aspecte que el PS, malgrat que no tracta la salut dels joves en gaire profunditat.

Les col·laboracions entre el Departament de Salut i la Secretaria de Joventut són freqüents, bàsicament per planificar activitats adreçades a la població jove. Tanmateix, aquesta coordinació no sembla tan intensa a l'hora d'aplicar les polítiques, on cada departament o secció institucional va una mica pel seu compte, sobretot si es considera que l'execució final de les polítiques i els programes depèn d'altres entitats públiques (ajuntaments, consells comarcals, centres d'atenció primària, etc.) o privades (associacions del tercer sector, socioculturals, etc.), que tenen un grau important d'autonomia per prendre decisions i actuar.

Finalment, és interessant destacar el paper que pot tenir en un futur proper l'aprovació de la **Llei de salut pública** catalana (Llei 18/2009, de 26 d'octubre), ja que es tracta d'una normativa eminentment dedicada a la prevenció i la promoció de la salut. És la primera d'aquest tipus que aprova un parlament autonòmic a Espanya. Amb aquesta llei, el Govern es compromet a fer de les accions i els serveis de salut pública un dret dels ciutadans, i expressa la consciència política de la importància d'abordar la salut no solament des de l'atenció a la malaltia, sinó també de manera integral, incloent-hi la prevenció i la promoció. Així mateix, aborda qüestions de salut laboral i mediambiental. Des d'aquesta perspectiva, la salut pública s'ocupa de protegir i millorar la salut de la població a través del control dels riscos per a la salut presents en el medi i els aliments, i la promoció d'estils de vida saludables. A més, s'espera que la Llei permeti treballar contra les desigualtats en salut per raó de gènere, classe social i grup ètnic. Ha estat pensada per donar resposta als nous reptes plantejats per la globalització (canvi climàtic, crisis internacionals de salut pública, com el risc de pandèmia gripal, etc.) i reconeix la importància de l'acció interdepartamental i intersectorial per promoure i protegir la salut i prevenir la malaltia. A la vegada, identifica les prestacions i els serveis de salut pública que ha de prestar el sistema sanitari públic a Catalunya, adreçats a les persones de forma individual (com el suport per deixar de fumar) i les col·lectivitats (com els plans de promoció de l'exercici físic i de l'alimentació saludable), i per lluitar contra els riscos ambientals (promoció d'entorns saludables). Tot i que gairebé no ha començat a desplegar-se, aquesta normativa pot constituir una bona eina per reconèixer la transversalitat de les qüestions sanitàries i potenciar la interdepartamentalitat de les polítiques públiques en aquest àmbit, com també per donar un enfocament preventiu més gran a les intervencions de millora de la salut de la població.

13.2.2. Àmbit local

Les polítiques establertes pel PNJCat i el PS es despleguen en el territori a partir de l'aplicació de normatives i programes d'intervenció dissenyats pels departaments de la Generalitat de Catalunya respectius. Aquestes polítiques s'han de concretar finalment a escala local, que és on viu la gent jove, per això és cabdal el paper de les institucions locals (ajuntaments i consells comarcals). Hi ha ajuntaments que disposen d'una regidoria de joventut, i fins i tot n'hi ha que disposen d'un o més tècnics de joventut, però d'altres no en tenen, fet que condiciona força les accions que duen a terme en aquesta matèria. Giménez i Llopert (2002) fan una anàlisi de com s'han desplegat històricament les polítiques de joventut i conclouen que s'han desenvolupat a diferents velocitats, cosa que els permet distingir tres categories o grups de municipis (*op. cit.*, p. 11-16):

— En primer lloc, hi ha una sèrie de municipis petits situats a comarques relativament despoblades on les intervencions en matèria de joventut són gairebé inexistentes. Les accions es fan de manera puntual, impulsades directament per l'ajuntament o per algun grup de joves amb la finalitat de cobrir algunes necessitats en la dinamització de la vida cultural (per exemple, una comissió de festes). El desenvolupament de polítiques juvenils pròpiament dites és obstaculitzat per la manca de recursos administratius i humans i pels pocs joves que viuen al territori.

- En segon lloc, hi ha nombrosos municipis que des de fa un temps han començat a desenvolupar polítiques de joventut, de manera que tenen algun regidor que s'ocupa d'aquest àmbit i algun equipament "jove" municipal, com ara un punt d'informació juvenil. En aquests municipis encara predominen massa els casos en què les polítiques locals de joventut no tenen un plantejament prou clar ni congruent i es duen a terme de manera poc sistematitzada i amb una connexió escassa amb la realitat juvenil.
- En tercer lloc, hi ha un seguit de municipis centrals amb una gran densitat de població on les polítiques juvenils estan molt més desenvolupades, ja que han arribat a un nivell important de reflexió i tenen un llarg recorregut que els ha permès anar definint i reformulant les intervencions.

Pel que fa a les qüestions de salut i joventut, tot sembla indicar que aquesta classificació il·lustra relativament bé la situació en l'àmbit local. Potser a hores d'ara, gràcies a l'impuls dels departaments de la Generalitat que promouen les polítiques de joventut, els primers (els que feien poc o res) han disminuït força i han passat a la segona categoria (la dels que tenen regidor i algun equipament juvenil municipal); també sembla raonable pensar que hi deu haver hagut un transvasament de municipis del grup dos al tres (els que fan accions més coherents, integrades i aprofundides). En el moment d'escriure aquest text, el més habitual és que cada ajuntament i consell comarcal redacti un pla local de joventut basat en un diagnòstic de la realitat existent i una programació d'actuacions per a un període anual o –des de fa poc– biennal o quadriennal. Ara bé, almenys en matèria de salut i joves, els resultats són molt dispers, perquè el fet que l'equip de govern municipal tingui sensibilitat envers la joventut no vol dir necessàriament que es dediqui a fer coses relacionades amb la salut. En la majoria dels casos s'observa que les qüestions de salut i joventut es tracten de manera indirecta des de diverses regidories, sense gaire planificació ni recursos.

Quant a les **competències municipals en joventut i salut**, majoritàriament es distribueixen entre una o diverses regidories o àrees de govern de l'ajuntament. La varietat organitzativa és molt elevada, de tal manera que només en els llocs molt grans acostuma a haver-hi una regidoria o àrea específica per a joventut o salut. Dels quatre municipis analitzats en aquesta recerca, en tres (d'entre 14.000 i 20.000 habitants) l'àrea de joventut forma part de regidories que inclouen altres temes: ensenyament, joventut, solidaritat i cooperació (municipi A); acció social i ciutadania, i joventut (municipi B); educació i joventut (municipi C); en canvi, en el municipi més gran (de més de 200.000 habitants) hi ha una regidoria de joventut en sentit estricte, dins de l'Àrea de Serveis a les Persones i Convivència (municipi D).

Des de les regidories dedicades a aquesta matèria s'impulsen, gràcies als tècnics de joventut, els anomenats *plans locals de joventut*. Constitueixen el marc estratègic que dona cobertura i sentit a les polítiques integrals de joventut, les quals s'articulen en tres fases: diagnòstic de la situació, disseny i planificació estructurada, i avaluació. L'estructura dels plans locals de joventut segueix la mateixa línia estratègica que el PNJCat: treballa, d'una banda, per l'emancipació juvenil (polítiques d'accés a l'habitatge, ocupació, educació, promoció de la salut, cultura, cohesió i equilibri territorial) i, de l'altra, per la participació de la població jove (interlocució i execució en les polítiques de joventut, suport a l'associacionisme juvenil i foment de la cultura participativa). Així doncs, les polítiques locals de joventut han de perseguir, com a objectiu estratègic, l'emancipació dels joves, en tant que ciutadans amb capacitat d'afirmar la seva identitat juvenil, construir i desenvolupar projectes vitals i participar en projectes col·lectius. L'anàlisi realitzada també ens permet observar l'enorme diversitat d'iniciatives que hi ha a escala local: sense anar més lluny, les activitats programades pels consells comarcals mostren una increïble varietat de cursos, exposicions, tallers, distribució de materials de sensibilització, formació per a monitors, organització d'activitats de lleure, esportives, etc. Aquesta varietat, que és molt dispers, no és sempre congruent o està poc sistematitzada. L'anàlisi s'ha fet a partir de 41 plans comarcals de joventut i de la revisió de 614 plans locals de joventut, distribuïts en cinc grans demarcacions territorials, per tal de veure quines accions s'han proposat relacionades amb la salut en l'esfera municipal.

Els tècnics locals de joventut entrevistats perceben que l'àmbit polític (ajuntaments, consells comarcals i Generalitat) no dona la importància que caldria a la salut, atès que els recursos que s'hi inverteixen no repercuteixen en coses visibles –políticament és més rendible inaugurar una carretera–. Per això, valoren positivament que alguns responsables polítics (pocs) donin suport a aquestes iniciatives, ja que saben que són situacions atípiques que cal preservar.

En l'àmbit local també hi ha una sèrie d'estructures organitzatives dedicades a les qüestions de salut. Així, molts ajuntaments tenen una regidoria que s'ocupa d'aquest àmbit, especialment la prevenció i la promoció de la salut. En els municipis més grans acostuma a ser una regidoria dedicada en exclusiva a la salut pública, mentre que en els més petits solen incloure diversos serveis més o menys relacionats (o de vegades

ben poc), cosa que dóna lloc a una enorme varietat de fórmules organitzatives. Per exemple, dels quatre municipis que formen part de la mostra analitzada en aquest text, en els tres de mida mitjana (poblacions d'entre 14.000 i 20.000 habitants) la salut és gestionada per la Regidoria d'Ensenyament, Joventut, Solidaritat i Cooperació (en el municipi A, regidoria integrada dins de l'Àrea de Persones), la de Polítiques d'Igualtat i Salut, Educació, Acció social i Ciutadania (en el municipi B, tot i que amb posterioritat a la nostra cerca l'àrea es va reestructurar), i la d'Acció Ciutadana i Participació (en el municipi C, i també indirectament per les de Medi Ambient i Esports); per contra, en el quart municipi (el D, el més gran) es tracta d'una regidoria de salut en sentit estricte, que forma part de l'Àrea de Serveis a les Persones i Convivència de l'ajuntament.

D'altra banda, des del 2006, la Generalitat de Catalunya i l'administració local han començat un procés cap a la participació integrada en el govern del sistema sanitari, que es reflecteix en una descentralització que s'ha iniciat amb els pactes per a la salut i que s'està concretant en uns consorcis anomenats *governos territorials de salut* (GTS), regulats pel Decret 38/2006. Aquests governs tenen un abast territorial definit que parteix, orientativament, de la delimitació de les àrees bàsiques de salut (ABS) i de les comarques, amb unes dimensions que inclouen com a mínim l'atenció primària, l'hospitalària i la sociosanitària. En el moment de redacció d'aquest text hi ha 34 GTS constituïts per tot Catalunya, la majoria d'àmbit comarcal o infracomarcal, que tenen com a funcions bàsiques l'ordenació, la prioritització i la coordinació dels recursos dels seus territoris de referència per garantir la prestació dels serveis sanitaris públics.

13.3. Temes tractats, mitjans utilitzats i actors implicats

La descripció de l'estat de salut i els possibles comportaments de risc dels joves s'ha acompanyat d'una descripció breu d'algunes de les polítiques i els programes d'intervenció principals que s'estan implementant en aquest sentit. Tot i això, els repassarem de manera genèrica amb la intenció de fer-ne una tipologia que ens ajudi a classificar-los i entendre'n millor les implicacions.

13.3.1. Generalitat de Catalunya

Els diferents departaments de la Generalitat han desplegat multitud de polítiques de prevenció i promoció de la salut, moltes de les quals van adreçades a la població jove. A continuació (taules 62-69) fem un llista –no exhaustiva, però sí bastant completa– de les activitats realitzades, els mètodes o els mitjans utilitzats, i les institucions que les han impulsat. Com es pot observar, són polítiques que aborden els consums de risc (drogues legals i il·legals) i la seva relació amb la conducció, la sexualitat (anticoncepció i embarassos, malalties de transmissió sexual, afectivitat, etc.), l'activitat física i l'alimentació, i la salut mental. Els mètodes per intervenir en aquests àmbits consisteixen sobretot en la transmissió d'informació, la formació i l'assessorament a joves i/o professionals, accions destinades a canviar l'entorn (alimentació saludable, esport, etc.) i legislació encaminada a restringir certs comportaments (prohibicions sobre el tabac, el trànsit, etc.).

Taula 62. Polítiques del Programa drogues

Activitat	Mètode/mitjans	Institucions impulsores
Programa "Nit segura"	Vigilar el compliment de la normativa d'horaris nocturns dels locals d'oci, i d'accés i consums de menors. Campanya de difusió mitjançant una web (www.cocaonline.org). Edició i distribució de fulls informatius. Formació de personal de locals d'oci nocturn. Realització de proves d'alcoholèmia	Departament de Salut Departament d'Interior - Direcció General de Policia (DGP) Secretaria de Joventut Creu Roja Juvenil Energy Control
Observatori de Nous Consums	Sistema de recopilació d'informació continuada, a partir d'informants clau. Informe anual	Departament de Salut Ajuntament de Barcelona Diputació de Barcelona Energy Control Institut Genus
Prevenició del consum de drogues	Distribució d'informació sobre riscos de les drogues. Exposicions, assessorament, xerrades, etc.	Departament de Salut Departament d'Educació Departament d'Interior Secretaria de Joventut Altres entitats (associacions d'estudiants, de l'àmbit de l'esport, Energy Control, etc.)
Informació sobre drogodependències (Línia Verda)	Informació i assessorament telefònic i a través d'Internet. També servei presencial	Departament de Salut Departament d'Acció Social i Ciutadania
Programa de formació específica per a professionals en oci i drogues	Cursos formatius per a professionals que tenen contacte amb joves	Departament d'Interior - Escola de Policia de Catalunya Policies locals

Font: Elaboració pròpia a partir de la informació proporcionada pels responsables institucionals entrevistats.

Taula 63. Polítiques del Programa afectiu i sexual

Activitat	Mètode/mitjans	Institucions impulsores
Dispensació de la pastilla de l'endemà	Distribució de l'anticonceptiu als centres de la xarxa pública sanitària. Campanya informativa de pòsters i tríptics ("Millor sense risc")	Departament de Salut
Prevenició de la SIDA entre joves	Programa Màquina. Distribució de preservatius gratuïts. Exposició itinerant "Sex o No Sex". Telèfon d'informació confidencial sobre la SIDA. Material divulgatiu: "A mi també em passa... i a tu?" i "Fes-te'l teu". Intervencions comunitàries a través de les ONG de serveis en SIDA	Departament de Salut Secretaria de Joventut Altres entitats
Telèfon d'informació sobre la SIDA	Informació i assessorament telefònic	Departament de Salut
Informació en línia sobre sexualitat	Informació i assessorament en línia	Secretaria de Joventut Departament de Salut

Font: Elaboració pròpia a partir de la informació proporcionada pels responsables institucionals entrevistats.

Taula 64. Polítiques del programa “Alcohol, drogues, medicaments i conducció”

Activitat	Mètode/mitjans	Institucions impulsores
Desenvolupament de campanyes i accions de sensibilització	Campanya publicitària “Conduir + alcohol o drogues = el pitjor viatge”	Departament d'Educació Departament de Salut Departament d'Interior - Servei Català de Trànsit
Accions de prevenció en l'àmbit escolar	Xerrades d'experts a ensenyament secundari/batxillerat	Departament de Salut Departament d'Interior - DGP

Font: Elaboració pròpia a partir de la informació proporcionada pels responsables institucionals entrevistats.

Taula 65. Polítiques del Pla de salut mental

Activitat	Mètode/mitjans	Institucions impulsores
Prevenició primària sanitària i educativa	Detecció precoç de psicopatologies per part de professionals de l'atenció primària (ABS i CSMIJ)	Departament de Salut
Atenció especialitzada: – Programa d'atenció específica a la població infantil i juvenil amb trastorns mentals greus (TMG) – Pla de reordenació dels trastorns de la conducta alimentària (TCA) – Programes d'atenció als adolescents amb problemes de consum – Programa d'atenció a la població jove amb socioaddiccions (Atenció i Investigació de Socioaddiccions); – Nous serveis per a l'atenció a la població adolescent	Serveis d'atenció sanitària (hospitalització, serveis de suport, etc.)	Departament de Salut

Font: Elaboració pròpia a partir de la informació proporcionada pels responsables institucionals entrevistats.

Taula 66. Polítiques del programa “Salut i escola”

Activitat	Mètode/mitjans	Institucions impulsores
“Salut i escola”	Ubicar un professional sanitari al centre educatiu amb formació específica sobre temes de salut i joves, amb l'objectiu de facilitar la promoció d'actituds i hàbits saludables, reduir els comportaments de risc i detectar precoçment problemes de salut entre joves. Informació, assessorament, tallers, etc.	Departament de Salut Departament d'Educació

Font: Elaboració pròpia a partir de la informació proporcionada pels responsables institucionals entrevistats.

Taula 67. Polítiques del programa “Promoció de la Salut”

Activitat	Mètode/mitjans	Institucions impulsores
“Classe sense fum”	Concurs (alumnes 12-14 anys)	Departament de Salut Departament d'Educació Secretaria de Joventut Ajuntament de Barcelona Agència de Salut Pública Instituts i centres d'ensenyament secundari
Assessories telemàtiques per a la salut	Assessorament en drogoaddiccions, afectivitat i sexualitat, sexualitat i anticoncepció, SIDA i malalties de transmissió sexual, i trastorns alimentaris	Secretaria de Joventut Associació contra l'Anorèxia i la Bulímia Energy Control Institut d'Estudis de la Sexualitat i la Parella Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat
Programa Kolocat	Informació i assessorament en línia (www.elpep.info i www.laclara.info)	Departament de Salut Secretaria de Joventut Administracions locals Pla de prevenció de drogodependències de la Mancomunitat de la Vall del Tenes Educació per a l'Acció Crítica

Font: Elaboració pròpia a partir de la informació proporcionada pels responsables institucionals entrevistats.

Taula 68. Polítiques del Pla català d'esport a l'escola

Activitat	Mètode/mitjans	Institucions impulsores
Suport a la participació en el Pla català d'esport a l'escola	Suport econòmic adreçat als centres educatius per possibilitar l'oferta d'activitats esportives i abaratir-ne el cost	Departament de la Vicepresidència - Secretaria General de l'Esport Departament d'Educació
Activitats formatives i trobades per als coordinadors i dinamitzadors del Pla català d'esport a l'escola	Cursos formatius	Departament de la Vicepresidència - Secretaria General de l'Esport Departament d'Educació

Font: Elaboració pròpia a partir de la informació proporcionada pels responsables institucionals entrevistats.

Taula 69. Polítiques del Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable

Activitat	Mètode/mitjans	Institucions impulsores
Revisió de les programacions de menús de centres docents de Catalunya	Assessorament a escoles	Departament d'Educació Departament de Salut Centre d'Ensenyament Superior de Nutrició Humana i Dietètica (CESNID-UB)
Document de consens sobre màquines expenedores d'aliments i begudes (MEAB) en espais per a nens i joves de Catalunya	Compromís institucional. Distribució d'aliments i begudes més saludables	Departament de Salut Departament d'Educació Agència de Salut Pública de Barcelona CESNID-UB Associació Catalana de Vending (ACV) Federació Catalana d'Associacions de Mares i Pares d'Alumnes (FAPAC) Societat Catalana de Pediatria Secretaria de Joventut
Guia de recursos didàctics sobre alimentació i activitat física per a docents	Informació	Departament d'Educació Departament de Salut
Tallers i activitats de promoció del consum de fruites i verdures a les escoles de Catalunya (acció lligada al programa "Salut als barris")	Informació, tallers	Departament de Salut Departament de Política Territorial Fundació "5 al dia"
Desplegament del Llibre blanc d'activitats preventives a l'atenció primària	Formació de formadors	Departament de Salut
Material de suport a l'educació sanitària	Triptics. Piràmides alimentàries (cartró, imants, etc.)	Departament de Salut
Pla d'activitat física, esport i salut (PAFES)	Assessorament i prescripció mèdica d'esport (sobretot a gent gran, però no solament)	Departament de Salut
Formació continuada en alimentació i nutrició per a professionals de centres d'atenció primària de salut (APS)	Formació de professionals	Departament de Salut
"Ve de gust... menjar bé!"	Campanya mediàtica	Departament de Salut TV3
Projecte AMED	Facilitar que bars i restaurants puguin oferir alimentació més saludable	Departament de Salut Fundació Dieta Mediterrània Gremi de Restauradors Consell Comarcal del Vallès Oriental
Projecte ESCALES	Informació (rètols)	Departament de Salut Universitat de Vic
Projecte Biciescola	Informació, sensibilització	Departament de Salut Bicicleta Club de Catalunya
Calendari de les caminades de Catalunya	Informació, sensibilització	Departament de Salut Federació d'Entitats Excursionistes de Catalunya
"A la feina, fem salut. Pugem escales"	Informació, sensibilització en l'àmbit laboral	Departament de Salut
Recomanacions per millorar l'equilibri nutricional d'esmorzars, aperitius i dinars servits a l'entorn laboral	Informació, sensibilització en l'àmbit laboral	Departament de Salut

Font: Elaboració pròpia a partir de la informació proporcionada pels responsables institucionals entrevistats

Com hem dit, aquesta no és una llista exhaustiva, ja que hi ha moltes altres iniciatives en marxa (com els programes “Tarda jove”, “Talla amb els mals rotllos”, etc.). Tanmateix, probablement sí que es tracta d’una mostra prou representativa i de les que tenen un major abast avui dia.

Per acabar, altres iniciatives impulsades per diversos departaments de la Generalitat de Catalunya són les campanyes informatives o de sensibilització, en forma d’exposicions itinerants (“*Homo Transitus*”, “Oh, Alcohol”, “Sex o No Sex”, etc.) o esdeveniments periòdics (Dia Mundial de la SIDA, Dia contra el Tabac, etc.). En l’àmbit laboral hi ha algunes accions de sensibilització impulsades pel Departament de Treball: informació per a joves sobre els seus drets laborals, un díptic informatiu sobre el jovent i la calor en èpoques d’estiu, un concurs de fotografia i cartells amb motiu del Dia Internacional de la Seguretat i la Salut Laboral, com també un major èmfasi en les inspeccions de treball i l’assessorament a empresaris sobre el compliment de les legislacions de salut laboral. Així mateix, cal esmentar un altre tipus de polítiques d’abast més ampli: les legislacions encaminades a modificar comportaments humans, com ara l’enduriment de les lleis de trànsit –complementada amb les prescripcions derivades dels plans catalans de seguretat viària–, les lleis reguladores del consum de tabac en espais públics i les iniciatives legislatives per prevenir la violència de gènere, entre d’altres.

13.3.2. Àmbit local

Totes les polítiques impulsades des de la Generalitat de Catalunya acaben tenint una plasmació en el territori a escala local, normalment mitjançant les regidories de joventut, els organismes tècnics locals o les entitats que treballen a cada territori. La diversitat d’iniciatives municipals és enorme, difícil de classificar, si bé hi ha una gran majoria d’accions dedicades a l’orientació i l’assessorament en temes diversos –en especial, l’afectivitat i la sexualitat i els consums problemàtics de drogues legals i il·legals–, així com al foment de l’activitat física.

Bona part d’aquestes activitats són la translació al territori de les polítiques emanades dels departaments de la Generalitat, mentre que altres són creades, elaborades i dutes a terme pels agents locals. La integració de les polítiques de joventut i salut presenta diferències substancials pel que fa als temes tractats, les metodologies i els recursos humans, administratius o materials utilitzats. De manera més concreta, als municipis analitzats amb més profunditat per a aquest treball –aquells on s’han fet els grups de discussió– s’observen les situacions següents:

- Al municipi A, els tècnics de joventut municipals tenen el suport de diverses associacions o empreses del tercer sector, que són contractades per l’ajuntament per realitzar diferents tasques relacionades amb la salut i el jovent –principalment, oferir serveis d’assessorament juvenil en matèria de **salut sexual i drogues**, així com fer tallers per als centres escolars i les festes locals–. Aquestes associacions representen l’ajuntament en diversos fòrums locals: per exemple, es reuneixen amb la comissió de salut de l’institut d’ensenyament secundari per planificar totes les activitats que es faran durant el curs. L’ajuntament va decidir contractar aquestes entitats privades després d’haver tingut algun entrebanc amb el consell comarcal, que és qui en un principi s’encarregava d’aquestes iniciatives. S’observa que és habitual que cada ajuntament de la comarca faci les coses pel seu compte, cosa que dóna lloc a una diversitat important de formes d’actuar –de polítiques locals de salut i joves, en definitiva– i comporta inevitablement una certa dispersió de recursos.
- Al municipi B, la persona que s’ocupa dels aspectes de joventut no es considera pròpiament un tècnic de joventut, sinó que inicialment va ser contractat per fer-se càrrec de l’àrea de Cultura, però s’ha acabat centrant en les polítiques per a joves, tot i que no de manera exclusiva. A diferència del municipi anterior, en aquest cas és el tècnic del consell comarcal (ubicat al mateix municipi) qui s’ocupa principalment de les qüestions de salut i joves. Mitjançant el Pla comarcal de joventut, i amb la col·laboració dels ajuntaments, es posa a la seva disposició un professional de joventut amb l’encàrrec d’elaborar un pla local de joventut, relacionar-se i donar suport a les associacions juvenils, etc. (Dinamo). Es dóna la circumstància que, per formació d’origen, aquesta persona té uns coneixements amplis sobre les qüestions de salut, de manera que duu a terme nombroses iniciatives en joventut i salut, però és pura casualitat –es pot deduir que un tècnic amb un altre perfil probablement no dedicaria tants esforços a aquestes qüestions–. Els àmbits sanitaris més tractats en aquest ajuntament són l’assessorament en matèria de **consums (alcohol, tabac, drogues)**, **sexualitat i seguretat vial**, i la promoció d’alternatives **d’oci saludable** i participatiu.
- Al municipi C, els tècnics de joventut de l’ajuntament no disposen de gaires recursos per atendre les qüestions de salut, per la qual cosa només hi poden intervenir a través de projectes que les tracten de manera

indirecta. L'ajuntament té una regidoria d'educació i joventut, però els recursos es destinen majoritàriament a altres prioritats dels joves (cultura, habitatge, treball, etc.). Els tècnics de joventut col·laboren intensament amb la Regidoria d'Esports, des d'on es dinamitza el teixit associatiu local relacionat amb l'esport, i de manera conjunta organitzen nombroses activitats per afavorir l'activitat física entre la població (no solament entre els joves). En general, pel que fa a la salut, els camps més treballats són **l'activitat física i l'alimentació** (apliquen el programa *Thao*). En **altres aspectes** sanitaris (drogues, sexualitat, etc.) es limiten a fer d'intermediaris entre els programes que ofereix la Generalitat i els instituts de secundària de la localitat que els sol·liciten. També s'observa que en aquesta matèria no reben gaire suport comarcal.

- Al municipi D, com que és una localitat molt més gran que les anteriors, l'ajuntament disposa d'uns recursos institucionals molt més grans que li permeten tenir àrees independents de promoció de la salut i de joventut, les quals col·laboren de manera intensa, especialment en tasques d'educació en salut —en qüestions com la **drogodependència, la sexualitat, la prevenció de malalties de transmissió sexual, l'anorèxia, la bulímia, l'alimentació i la nutrició, el creixement personal, etc.**—. Adapta els programes formatius i els tallers a les diferents realitats socials, ja que és un municipi on conviuen situacions molt diverses, barris amb composicions socioeconòmiques i culturals molt dispars i que, per tant, també tenen necessitats molt diferents. L'àrea de Joventut fa moltes campanyes de sensibilització, sobretot als instituts d'educació secundària, on es distribueixen fulletons informatius i altres publicacions. Entre altres coses, també ofereix assessoria a joves, en particular en els àmbits dels comportaments no saludables (drogues, alimentació, etc.), la sexualitat i els trastorns psicològics (autoestima, etc.).

Els tècnics de joventut entrevistats intenten posar èmfasi en la dimensió local de les polítiques. Creuen que la salut es genera en el lloc on viu la gent, per això creuen que cal obrir canals i potenciar factors que són presents en la vida quotidiana de la gent —en això coincideixen amb l'opinió dels responsables del Departament de Salut i la Secretaria de Joventut—. Volen deixar clar que no tot se soluciona a través del sistema sanitari i que, per aquest motiu, cal dedicar recursos i esforços a polítiques de prevenció i promoció de la salut com les esmentades.

13.4. Classificació dels diferents tipus de polítiques

L'anàlisi realitzada ens permet classificar totes aquestes polítiques, programes o activitats en quatre tipologies bàsiques:

1. Intervencions unidireccionals, basades en la transmissió i el debat d'informació:

- Campanyes informatives, exposicions, webs, tríptics, etc.
- Jornades, seminaris, etc. (adreçats preferentment a experts i professionals)
- Esdeveniments periòdics (dies mundials de la SIDA, de l'alimentació, contra el tabac, etc.)

Aquestes intervencions solen compartir una conceptualització de la persona jove com a algú que necessita ser informat, a qui es fa arribar un coneixement i una informació dissenyats i elaborats per experts i difosos des de les institucions públiques. Parteixen d'una distinció clara entre el coneixement expert i el profà, i actuen sobre la base del model clàssic del dèficit cognitiu: se suposa que la població no sap massa què ha de fer i per això els que sí que en saben l'han d'informar.

2. Intervencions multidireccionals, de caire més interactiu entre professionals de joventut, salut o educació (principalment), i joves:

- Assessorament i guiatge: en línia i *in situ* (com el programa "Salut i escola", els punts joves de molts municipis, etc.)
- Tallers i activitats participatives: "pack escoles", Teatracció, concursos com "No em fumis", activitats esportives, etc.

Aquestes intervencions procuren aconseguir la implicació dels joves en una sèrie de processos d'aprenentatge.

No es pretén una mera transmissió d'informació, sinó facilitar un procés de reflexió en el curs del qual es generi un coneixement elaborat conjuntament entre joves i *facilitadors* (monitors, experts, etc.). La intensitat participativa d'aquests processos pot ser molt variable, però tots tenen una dimensió eminentment formativa.

3. Polítiques que eixamplen el poder de decisió dels joves:

— Lliure disposició d'anticonceptius (Programa Màquina), píndola de l'endemà, llei contra la violència de gènere, etc.

Són polítiques adreçades a garantir drets ciutadans i procuren situar la gent jove en el centre del procés de decisió. Es basen a proporcionar els mitjans necessaris, tot confiant que la persona jove sabrà decidir el que més li convingui. Aquestes iniciatives normalment han d'anar acompanyades de mesures informatives i formatives com les esmentades més amunt.

4. Polítiques que limiten el poder de decisió dels joves:

— Lleis i normatives que regulen certs comportaments: prohibició de fumar en determinats llocs; prohibició de conduir vehicles després de consumir alcohol o drogues, limitació de la velocitat dels vehicles per carretera o ciutat, obligació de portar casc, cinturó de seguretat, etc.; restricció de la venda d'alcohol, restriccions al tabac, prohibició de consumir drogues; llei de prevenció de riscos laborals i altres relacionades, etc.

Es tracta sobretot de polítiques reguladores, prohibicionistes o penalitzadores. Estan destinades a restringir determinats comportaments de risc i posar límits a les decisions de la població. Impliquen penalitzacions a través del sistema legal i els mecanismes habituals d'exercici de l'autoritat pública (policia, multes, etc.).

13.5. Perfils dels actors que apliquen les polítiques a nivell local

a) Tècnics de joventut

Els tècnics entrevistats manifesten que els suposa un esforç enorme tirar endavant projectes de joventut, especialment els relacionats amb la salut. D'entrada, s'han de barallar amb totes les altres àrees i departaments de les administracions (de tots els nivells) per fer-los entendre que la perspectiva de joventut s'hauria de tenir en compte a l'hora de dissenyar polítiques urbanístiques, laborals, etc. A més, perceben que "Joventut és l'últim mico", de manera que els pressupostos acostumen a ser escassos, cosa que acaben suplint amb molt de voluntarisme i moltes hores extraordinàries sense cobrar. Finalment, tot plegat redunda en una indefinició de la professió de tècnic de joventut, ja que ningú no té gaire clar quin és el perfil adequat. Això fa que a la pràctica hi hagi grans diferències d'uns territoris a uns altres pel que fa a les polítiques i les intervencions que es duen a terme (depèn de com sigui el tècnic de cada lloc i del tipus de suport polític que rebí).

En aquest sentit, els tècnics de joventut assenyalen que la diversitat del bagatge de partida entre diferents professionals és molt gran, per això no sempre tenen els coneixements necessaris per tirar endavant accions en matèria de salut. Com que és difícil que tots els tècnics de joventut siguin experts en aquesta matèria, es recomana optar per una alternativa més realista: que coneguin tot el ventall d'opcions i recursos disponibles per als joves. Així, per exemple, més que posar un expert en salut als punts d'informació juvenil (PIJ), el millor és aconseguir que hi hagi un expert en joventut que tingui una visió global de tots els recursos disponibles –que són molts– perquè sàpiga assessorar i redirigir bé els joves que li plantegin demandes.

Per poder assessorar i transmetre informació relacionada amb la salut i els comportaments de risc, el tècnic de joventut hauria de ser algú que els joves no identifiquessin gaire amb la institució (l'ajuntament), ja que això sol inhibir-los. Alhora, caldria que hi tingués una relació fluida: la peculiaritat de la feina de tècnic de joventut rau en el fet que per fer-la bé ha d'aconseguir un cert grau de complicitat amb els joves, cosa que requereix molta sensibilitat i sovint horaris atípics. En aquest sentit, els millors confidents dels joves són els mateixos joves, de manera que podria ser molt útil una estratègia encaminada a formar joves que poguessin actuar com a assessors o interlocutors.

Els tècnics de joventut perceben que molts joves estan incòmodes i poc disposats a parlar perquè el context d'un edifici oficial, institucional, els intimida. Assenyalen que en els municipis petits el problema de la discreció es multiplica encara més i dificulta el funcionament dels programes d'assessorament juvenil, atès que tothom es coneix i la sensació d'anonimat és difusa. També fan referència a la distància que suposa l'edat entre la gent jove i els tècnics i els professionals dels programes de salut juvenil: els joves els perceben com a "adults" i, per tant, com a persones amb les quals el procés de confiança no és automàtic.

Entrevista 9, tècnics del municipi B:

"D1: Sí, és clar. Et diuen "Ho diràs als pares?" Evidentment que no ho diré, encara que els conegui, això es confidencial. Per exemple, nosaltres donem preservatius. I si jo te'ls dono, no trucaré als teus pares per explicar-ho. Però ells es pensen que sí.

D2: Per què? Perquè et veuen com un adult, com els seus pares, no diferencien.

D1: És la visió més "adultocràtica". I això ho solucionaríem molt si hi hagués un espai molt més neutre."

S'observa que a escala local i comarcal hi ha una rotació elevada de tècnics. Els tècnics de joventut entrevistats consideren que dificulta la coordinació i fa que els projectes quedin coixos. Aparentment, la rotació és a causa del fet que molts tècnics no resisteixen gaire temps en una feina que exigeix molt emocionalment i psíquicament, que no ofereix unes condicions de treball massa bones (no es cobra gaire, es fan uns horaris massa llargs, etc.) i que no sempre és valorada per les institucions. A més a més, és una feina que no sempre afavoreix la conciliació de la vida laboral i la familiar –hi ha testimonis que afirmen que alguns tècnics abandonen la feina quan tenen criatures perquè els horaris no són prou compatibles.

b) Mestres i directors pedagògics dels centres d'educació

Els canvis continus en les plantilles del professorat dels instituts d'educació secundària (IES) fan que alguns projectes s'abandonin o no s'acabin. Cada equip directiu té les seves prioritats, i les intervencions en salut i joves oscil·len al ritme d'aquests canvis. Per tal de disminuir aquestes oscil·lacions –que poden fer perdre una feina de molts anys i molts recursos–, es proposa que en el currículum dels mestres es tinguin en compte els aspectes de salut, amb la finalitat que els mestres vegin que val la pena dedicar-hi temps i esforç. Seria un incentiu perquè els mestres s'animesin a iniciar o continuar aquestes iniciatives, ja que, a hores d'ara, si es treballen a l'aula és per pur voluntarisme del professor.

Durant els darrers vint anys, la forma d'aproximar-se i tractar els temes de joventut i salut ha viscut canvis substancials –s'ha passat de la culpabilització i la prohibició constants a la idea de dotar d'autonomia el jove perquè prengui decisions en un context de risc–, però aquests canvis no s'han comunicat a molts sectors de l'ensenyament. Això constitueix un problema a l'hora d'introduir aquests programes als centres educatius. L'actitud dels directors dels IES és fonamental, atès que és el que determina la credibilitat del projecte davant els joves.

També caldria més implicació dels pares i les mares, perquè gairebé a tot arreu es detecten moltes dificultats per implicar-los en matèria de salut i joves. Des de les institucions es fan convocatòries de xerrades informatives, però sovint no hi van. A més a més, tothom coincideix que la seva implicació és clau. En el municipi A han trobat una solució a aquest problema convocant "cracks mediàtics" per fer conferències per a pares, i la resposta ha estat molt més bona, tot i que no han aconseguit omplir mai la sala.

c) Professionals sanitaris del centre d'atenció primària (CAP)

Les persones entrevistades observen que de vegades als professionals del programa "Salut i escola" els costa generar confiança entre els joves, perquè l'assessorament es fa dins del mateix institut, cosa que pot desincentivar moltes consultes (les més preventives). L'espai està connotat simbòlicament i pot inhibir alguns joves de preguntar-hi qüestions relacionades amb problemes de salut o comportaments de risc. Així mateix, l'èxit del programa depèn molt de com sigui l'infermer que fa l'assessorament, ja que hi pot haver diferències ideològiques importants: es comenten casos en què els consells de la infermera del "Salut escola" col·lideixen amb l'estratègia global de prevenció i promoció de la salut que fan els tècnics de l'ajuntament o l'institut.

Entrevista 8, tècnics del municipi A:

H1: O, de vegades, ens podem trobar amb un cas d'una infermera que et digui: "La forma de no quedar emba-rassada i no patir malalties és no fer-ho! I punt!" Ja està, ja està mort!

H2: Això ha passat.

H1: Sí, no direm noms, però ha passat. I això et pot aixafar molt la feina que tu fas per una altra banda."

Els professionals entrevistats també afirmen que no tots els infermers són capaços de tractar les qüestions que afecten la salut dels joves (drogues, sexualitat, alimentació), ja sigui per manca d'especialització o per motius de conflictes ètics personals –comenten que alguns professionals no volen parlar, per exemple, de problemes sexuals perquè per motius ideològics els consideren una mena de tabú–. Els tècnics municipals entrevistats constaten que costa molt guanyar-se la confiança dels joves i observen que als infermers del "Salut i escola" encara els deu costar més, ja que el seu paper és encara més institucional i, per tant, percebut com a més distant pels joves.

Apunten la conveniència de trobar una forma d'assessorament que garanteixi més l'anonimat, perquè a molts joves els costa molt anar a parlar amb l'infermer al seu despatx de l'institut –els fa por ser vistos, i la relació amb la persona és més aviat freda, poc propícia a les confidències–. Per això demanen canals de consulta més anònims –en algun lloc es pensa fer un bloc a Internet o alguna cosa similar– que permetin als joves expressar els seus dubtes i problemes de manera més confidencial. De fet, no és un problema només del programa "Salut i escola", sinó de qualsevol tipus d'assessorament que es faci des de les institucions públiques.

13.6. Població objecte de les polítiques

Bona part de les polítiques esmentades van adreçades a la gent jove, però també n'hi ha que es dirigeixen a la població de totes les edats i que, per tant, inclouen els joves. Entre les que afecten exclusivament la població jove, majoritàriament se centren en la població escolaritzada (14-16 anys, sobretot), atès que hi ha molts programes que s'apliquen en els IES o centres similars.

S'adverteix que una part dels joves que tenen entre 16 i 20 anys (o 17-19 anys), especialment els que han abandonat el sistema educatiu, queden al marge de moltes intervencions. Això és vist amb preocupació per gran part dels tècnics de joventut entrevistats, en el sentit que són conscients que probablement es tracta del grup que més podria necessitar els recursos que s'ofereixen en matèria de salut i joves, però rarament s'acosten al circuit d'activitats que promouen els PIJ o els ajuntaments. Els tècnics de joventut i salut locals tenen la percepció que es destinen accions als joves fins als 16 anys (quan acaben l'ESO), i després ja no els tornen a recuperar fins que superen els 20 anys, de manera que es perden justament en l'etapa clau quant a la salut.

D'altra banda, s'observa que a partir dels 25 anys la majoria dels joves manifesten canvis de comportaments i assumeixen menys riscos, ja que hi ha una proporció més gran de joves integrats en esferes laborals, que formen les seves pròpies famílies, etc. Entre aquests, els factors estructurals (classe social, treball, habitatge, etc.) tenen més pes a l'hora de condicionar la seva salut i, per tant, deixen de ser receptius als missatges sanitaris que emeten les institucions –centrats sobretot en la informació i l'assessorament en la prevenció de comportaments de risc.

Pel que fa als responsables institucionals entrevistats, del Departament de Salut i la Secretaria de Joventut, coincideixen a afirmar que cada grup social necessita una intervenció adaptada a la seva realitat, però són conscients que no sempre es pot fer. Normalment s'opta per campanyes genèriques perquè permeten arribar a la població en general, però cal tenir clar que hi ha grups amb necessitats especials i no sempre es disposa de recursos per arribar-hi. A més, en alguns municipis i territoris les diferències culturals entre poblacions autòctones i novvingudes fa que certes polítiques no acabin d'encaixar (per exemple, les intervencions preventives relacionades amb l'alimentació, la sexualitat, etc.), motiu pel qual s'haurien de readaptar en funció del públic objectiu.

La idea d'adaptar les intervencions a la realitat local a escala *micro* es desprèn de bona part de les experiències que relaten els tècnics de joventut entrevistats. Aquesta postura implica, entre altres, conèixer millor les xarxes socials juvenils del territori per poder implementar amb èxit els programes de salut. En aquest sentit, els tècnics de joventut haurien de disposar de les eines i els recursos necessaris per fer una anàlisi prèvia de la realitat social del seu territori d'influència.

Les intervencions en prevenció de conductes de risc tenen un èxit relatiu però important, tal com reconeixen la majoria dels tècnics entrevistats. El que consideren que no es resol és l'enorme desigualtat social que hi ha entre els joves, perquè els que pateixen més risc i tenen més problemes de salut –pitjors estils de vida– són els de les classes socials més baixes. Hi ha factors que no depenen de la voluntat del jove, que són socials i ambientals, i això requeriria intervencions d'un altre tipus (mercat de treball, accés a l'habitatge, recursos econòmics, disponibilitat de determinats aliments al territori, infraestructures per fer esport o caminar, etc.). Per això es proposa que moltes polítiques de prevenció i promoció de la salut es focalitzin en la població que té unes condicions de vida més precàries, que és qui més ho necessita, ja que són les persones que estan exposades a més riscos. Ara bé, també es reconeix que és la gent a la qual és més difícil arribar i que normalment queda fora de les intervencions.

13.7. Integració i coordinació entre institucions i polítiques

Aquesta és una qüestió cabdal que, com hem dit, sempre representa un repte important per a les administracions públiques, en la mesura que a la pràctica acostumen a actuar amb una doble lògica (sectorial i territorial) que condiciona les decisions que poden prendre, les seves orientacions i la seva plasmació pràctica. D'entrada, cal assenyalar que la gran majoria de les polítiques de salut i joves s'elaboren, gestionen i avaluen per més d'un departament de la Generalitat, fet que obliga a bastir mecanismes de coordinació. El Departament de Salut, a través de la Direcció General de Salut Pública, és qui més protagonisme sol tenir en la majoria de temes, si bé molt sovint el comparteix amb el Departament d'Educació i la Secretaria de Joventut. Això ja ens dóna una idea de quina és l'orientació amb què es gestiona la salut juvenil a Catalunya, un camp definit des de l'àmbit mèdic (salut pública), que té un vessant educatiu important (aprenentatge) i que s'insereix en els processos de transició cap a la vida adulta (emancipació). La resta de departaments implicats (Interior, Esports, Treball, Trànsit, etc.) hi tenen un paper més secundari.

13.7.1. Generalitat de Catalunya

La coordinació entre els diferents departaments de la Generalitat en matèria de salut i joves, tot i ser complicada, ha avançat força els darrers anys. La posada en marxa de programes com "Salut i escola" ha obligat a establir mecanismes institucionals de coordinació que abans no existien. A més, s'ha creat un Pla interdepartamental de joventut i diverses comissions interdepartamentals (SIDA, etc.) que apleguen i coordinen professionals de diferents organismes i departaments.

Amb tot, els responsables entrevistats del Departament de Salut perceben la necessitat d'aprofundir en la integració i la coordinació d'algunes intervencions conjuntes. Per exemple, demanen que als centres educatius hi hagi més sistematització en la forma de transmetre missatges de prevenció i reducció de riscos, ja que a hores d'ara la diversitat és excessiva. Assenyalen que en alguns centres s'encarrega aquesta activitat a tècnics de prevenció, mentre que en d'altres la fan els mateixos professors o alumnes que han rebut formació, o un metge, un policia local, un mosso d'esquadra, una persona d'alcohòlics anònims, etc. (Entrevista 5: DGSP-D), de manera que no sempre es transmet el mateix missatge amb la claredat suficient.

D'altra banda, tant els tècnics del Departament de Salut com els tècnics locals de joventut entrevistats suggereixen la conveniència d'intensificar els contactes i les actuacions conjuntes entre Salut i Joventut a tots els nivells territorials (local i autonòmic) per optimitzar recursos, sumar esforços i evitar accions duplicades que poden crear confusió entre la població objectiu (com ara el repartiment de tríptics informatius, preservatius, etc.).

Des del Departament de Salut i la Secretaria de Joventut es reconeix que encara són massa les intervencions que només arriben al territori de l'Àrea Metropolitana de Barcelona, i consideren que caldria fer esforços per aconseguir estendre-les a tot el territori català. Tots els responsables institucionals entrevistats, de Salut i

Juventut, són conscients del greuge comparatiu que això suposa, malgrat que per poder portar-les al territori necessiten la complicitat dels ajuntaments, les escoles i altres entitats que treballen amb els joves, una complicitat que no sempre s'aconsegueix.

En els darrers anys s'ha iniciat una col·laboració entre el Departament de Salut i el de Política Territorial al voltant de l'aplicació de la Llei de barris, mitjançant un projecte anomenat **Salut als barris**, que s'explica més endavant perquè, tot i que està promogut per la Generalitat, té una dimensió eminentment local.

13.7.2. Àmbit local

En general, hi ha la idea que les activitats que es fan localment en matèria de salut i joventut depenen bàsicament de la voluntat, els recursos i les prioritats de cada ajuntament concret, cosa que, al seu torn, depèn del tarannà i els perfils (professionals, ideològics, etc.) dels regidors i els tècnics de cada lloc. Això introdueix un factor d'imprevisibilitat i incertesa a les polítiques de salut i joves, atès que qualsevol canvi de regidor o tècnic de joventut pot fer trontollar o modificar les accions en curs.

a) Coordinació entre els ajuntaments i la Generalitat

Des del punt de vista de la coordinació entre les entitats locals i els departaments de la Generalitat, en particular la Secretaria de Joventut, es destaca que les primeres no sempre es poden acollir a les subvencions planificades per tirar endavant els projectes de salut i joves, perquè els seus terminis són difícils d'encaixar (diuen que si han d'esperar a aconseguir-les sempre és massa tard). Per això afirmen que qui vol fer una cosa ha de confiar només en els recursos de què disposa i, si després arriba alguna subvenció, serà un recurs addicional benvingut. Aquest seria un altre factor pel qual no tots els ajuntaments fan accions pròpies o planificades a llarg termini en matèria de salut i joves, ja que necessiten saber que tindran uns recursos econòmics garantits.

Els tècnics locals de joventut assenyalen que la coordinació entre diferents institucions –locals o autonòmiques– és més fàcil entre càrrecs tècnics que entre càrrecs polítics. Tenen la percepció i l'experiència que les relacions entre responsables polítics (regidors, directors generals, etc.) és molt més complexa i fàcilment genera dinàmiques poc efectives a l'hora de dur a terme els projectes. Aquesta afirmació es reitera en diversos dels municipis estudiats.

b) Coordinació entre ajuntaments

En l'àmbit local i comarcal tampoc no hi ha gaire coordinació entre ajuntaments. Ara n'hi ha més que abans, però es considera que cada municipi és un món i té les seves prioritats. De fet, hi ha ajuntaments que tenen tècnics de joventut i d'altres que no, o que hi destinen diferents recursos i tenen diferents plantejaments. Es creu que fa uns anys hi havia més coordinació comarcal, però la rotació excessiva de tècnics dificulta crear una xarxa comarcal; a més, s'haurien de renovar les activitats, però sovint manca el lideratge per fer-ho.

És per aquest motiu que els tècnics locals de joventut tenen la sensació que treballen molt en solitari, pensen que no coneixen prou bé tots els recursos que hi ha, quines coses es fan i quines funcionen bé, i se senten insegurs, els falta una visió global. A la vegada, afirmen que no n'hi ha prou amb la relació a través d'Internet, sinó que caldria veure's i tenir un contacte directe:

Entrevista 10, tècnic del municipi C:

“Nosaltres, per exemple, quan funcionàvem com a xarxa, doncs allà sortien moltes coses, que tu a nivell individual no pots fer. I aquesta és una de les coses que fa falta i no només en tema de salut. I el tema virtual funciona però no acaba d'anar perfecte. No és el mateix que jo et truqui i et digui, ara que et conec: “mira, necessito tal...”. És una altra cosa, que si parlo amb tu i no sé ni qui ets.”

De vegades hi ha una manca de coordinació entre professionals de diferents institucions presents al territori, que fa que s'acabin oferint intervencions molt similars als joves (campanyes, xerrades, tallers). Se sospita que les diferents institucions que treballen en matèria de salut (Salut, Educació, etc.) dupliquen activitats en els mateixos llocs, cosa que pot ser contraproduent.

Als ajuntaments mateixos també es troba a faltar més coordinació per planificar les accions. Hi ha molta col·laboració entre àrees en el dia a dia, però no per pensar i programar a llarg termini:

Entrevista 10, tècnic del municipi C:

“D1: Per norma, en general, si demanes col·laboració no hi ha cap problema. Col·laborem amb Acció i Ciutadania, Esports, Turisme... El que passa [és] que de vegades trobo que és més de programació. De poder pensar en coses. Però si és el tema de treballar junts quan un o altre et demana alguna cosa no hi ha cap problema.”

c) Coordinació entre entitats del territori

El tècnic de joventut de l'ajuntament, quan identifica alguna problemàtica de salut (un embaràs, un problema de drogues, etc.), deriva la persona afectada al servei de salut (el CAP). Tot i així, en els municipis petits, com que no hi ha prou intimitat, és possible que la persona finalment no hi vagi per por de trobar-se una persona coneguda (o familiar) a la sala d'espera. Com que els joves saben que això els pot passar, poden desistir d'acudir al servei d'orientació juvenil, perquè saben que els enviaran al CAP. Es proposen algunes formes d'evitar aquesta situació (Entrevista 10: tècnic del municipi C).

A les entrevistes s'assenyala que a les taules de salut es fan reunions mensuals amb els professionals de la salut dels CAP (infermeria), que els permet coordinar-se mínimament amb altres professionals. També es reitera la necessitat de millorar la coordinació entre l'ajuntament i les associacions, ja que aquestes fan moltes activitats que poden encaixar bé amb la prevenció i la promoció de la salut. En aquest sentit, s'observa que els ajuntaments procuren donar suport a tot tipus d'entitats i associacions que volen actuar en aquests àmbits.

En general, es diu que els projectes dels ajuntaments es coordinen força bé amb els centres escolars (IES). Aquesta coordinació és necessària perquè la majoria d'intervencions de prevenció i promoció de la salut s'han de fer durant un període de temps determinat –no poden ser puntuals– per ser mínimament efectives. Quan la coordinació falla, els projectes s'estanquen i es deixen de fer de manera adequada.

13.8. Anàlisi de casos: programes genèrics

a) Programa “Salut i escola”

El programa consisteix a introduir a l'IES un professional de la salut perquè assessori una tarda a la setmana tots els joves que ho demanin, així com perquè participi en activitats educatives de prevenció. Fonamentalment, té l'objectiu de facilitar la promoció d'actituds i hàbits saludables, reduir els comportaments que poden afectar de manera negativa la salut dels joves i detectar precoçment problemes de salut entre la gent jove. El programa funciona des del 2005 i és impulsat per la Direcció General de Salut Pública, els responsables de la qual consideren que és una iniciativa que ha tingut un gran impacte en el món juvenil i educatiu i que està funcionant relativament bé en bona part del territori. Des d'un punt de vista institucional, “Salut i escola” suposa un repte important perquè implica una col·laboració molt estreta entre dos departaments (Salut i Educació), aspecte que cal destacar i valorar.

Tanmateix, les entrevistes realitzades permeten detectar alguns possibles problemes de coordinació. Així, per exemple, s'observa que en l'àmbit municipal l'arribada del programa ha tingut conseqüències remarcables. D'una banda, allà on els ajuntaments feien poques intervencions en matèria de salut i joves, el programa ha omplert el buit de manera molt efectiva, donant resposta a una sèrie d'inquietuds i problemàtiques dels joves. En aquests casos s'ha produït un fenomen de distribució de responsabilitats entre l'ajuntament i els centres d'ensenyament secundari, als quals s'han delegat moltes activitats preventives i de promoció de la salut, sobretot de sensibilització i treball en els estils de vida i els comportaments de risc. D'altra banda, els ajuntaments que ja feien activitats de prevenció i promoció de la salut per a joves han vist que el programa ha actuat de complement a les seves activitats, si bé en alguns casos s'ha produït una duplicitat de tasques. Sigui com sigui, en aquests casos els tècnics locals han hagut de readaptar les seves activitats per tal de no col·lidir amb el programa “Salut i escola”. En algun cas es comenta que hi havia projectes municipals que funcionaven molt bé que van quedar arraconats, sense que això impliqués necessàriament una millora en

la salut del jovent. De fet, s'esmenten alguns problemes de coordinació entre algunes activitats municipals i el programa. Probablement caldria més coordinació en l'àmbit local a l'hora d'implementar un programa amb tant potencial com aquest, ja que es detecten algunes interferències amb altres iniciatives locals i, de vegades, més que sumar-se, s'obstaculitzen mútuament.

Entrevista 8, tècnics del municipi A:

"Bé, vam començar amb un projecte amb agents de salut a tota la comarca i vam començar amb l'agent de salut a dins dels instituts. Aleshores va ser quan va entrar allò... Quan un dia ens van dir que havíem de marxar, perquè entraven una gent que es deien "Salut i escola". I ens van alegrar molt la vida! [Ho diu de manera clarament irònica.] Era un projecte que funcionava molt i molt bé! I ho feia amb una via directa, fantàstica. Perquè els agents de salut eren educadors. Tenien un perfil i una manera de treballar molt i molt bona. I a nosaltres, ens anava perfecte, excel·lent. D'un any per l'altre, ens van dir que anàvem a fora, cosa que ens va tirar per terra tot el projecte."

En aquest sentit, s'afirma que no sempre hi ha gaire comunicació i complicitat entre els diferents agents que s'encarreguen de la salut juvenil en l'esfera local –per exemple, entre la infermera del "Salut i escola" i els tècnics contractats per l'ajuntament, però també en altres casos–. Cada institució té la seva manera de funcionar i no sempre comparteixen dades, perspectives o aproximacions entre elles, fet que repercuteix en una duplictat territorial de tasques sobre una mateixa població de joves i pot obstaculitzar el desenvolupament correcte de les intervencions.

b) Carpeta informativa

La carpeta informativa promoguda per diversos ajuntaments i consells comarcals, que condensa en un únic document informació i dades clau sobre diversos riscos per a la salut dels joves, dissenyada en un suport perdurable i distribuïda en un context que permet la discussió i la reflexió sobre el seu contingut amb els joves, també és objecte d'anàlisi en relació amb algunes dificultats de coordinació. D'una banda, els tècnics de joventut i salut del municipi expliquen que en algun moment es va intentar fer una carpeta conjunta amb tots els pobles de la comarca, però es va decidir que era millor adaptar-la a cada context concret –a cada municipi– i, per això, van tornar a fer-la en solitari. Aquesta circumstància denota, un cop més, una certa dificultat per articular iniciatives entre diferents institucions en matèria de salut i joves. De l'altra, les noies participants en el grup de discussió (estudiants) confirmen que a l'institut la carpeta es llegeix de manera sistemàtica a l'hora de les "tutories", quan en una mena de taller participatiu es repassa cada secció perquè tothom en tingui consciència i hi pugui reflexionar. Tot i això, no queda clar si tots els instituts del municipi ho fan de manera tan aprofundida, ja que les participants que han estat alumnes de l'institut concertat diuen que no ho han fet tan sistemàticament. Això podria il·lustrar el fet que aquestes qüestions, per motius ideològics, es tracten de manera diversa per diferents sectors de la nostra societat.

c) Programa "Salut als barris"

Un intent molt interessant d'integració de polítiques i coordinació local és el programa "Salut als barris". Tal com hem vist en el capítol del marc teòric, la literatura especialitzada assenyala que hi ha una relació clara entre la classe social, el nivell de renda i l'estat de salut de les persones, una relació segons la qual les classes més desafavorides presenten nivells de salut pitjors que les classes mitjanes i més benestants. Al territori català es fan algunes intervencions per a la salut dels joves en entorns urbans fràgils: de fet, el Pla de salut vincula el tractament de la salut de les classes socials més desafavorides de la població a l'anomenada *Llei de barris* (Llei 2/2004, de 4 de juny). Cal recordar que amb aquesta llei el Govern de la Generalitat manifestava la seva intenció de rehabilitar de manera integral el que es consideren entorns urbans *fràgils* a fi d'evitar la degradació urbanística i millorar les condicions de vida dels seus habitants.

L'objectiu del programa és introduir la salut com un dels elements principals per a la millora de les condicions de vida i el benestar de les persones del barri. Aquesta actuació s'entén com un procés transversal i interdisciplinari on els agents de salut territorial i l'ajuntament col·laboren en la implementació d'accions de caire comunitari que, actuant sobre els determinants que provoquen les desigualtats sanitàries, millorin la salut de la població. El procés metodològic del programa s'ha iniciat a 46 dels 118 barris objecte de la Llei, en els quals s'ha elaborat un informe de detecció de necessitats i problemes sanitaris. A partir d'aquests

s'han identificat un conjunt d'accions prioritàries que el gener de 2010 es van posar en marxa en els primers dotze barris. S'han identificat quatre col·lectius vulnerables: els infants i els adolescents, la gent gran, les dones i la població nouvinguda.

Mitjançant grups nominals, s'han estudiat les situacions de risc de la població que viu en aquests barris i els problemes de salut que poden tenir, i s'han plantejat diverses actuacions específiques. Per exemple, la Generalitat finança medicaments gratuïts per deixar de fumar –finançament que no es dona a la resta del territori–, s'han creat tallers perquè la gent mengi més fruita i verdura a les escoles, s'han plantejat cursos de formació específics per als professionals i s'han intensificat accions que també es fan en altres entorns urbans més privilegiats (Departament de Salut, 2010). Així, hi ha una sèrie d'intervencions adreçades als professionals dels CAP (taller d'habilitats per portar a terme teràpies grupals; taller introductor sobre gènere i salut; taller de sensibilització sobre violència de gènere; taller sobre consell alimentari a la població immigrant; taller sobre consell alimentari en la prevenció i el tractament de l'obesitat infantil) i als professionals d'escoles d'educació infantil i primària (taller "5 al dia", per afavorir la introducció de cinc peces de fruita en l'alimentació diària).

Pel que fa a les accions que també es fan en altres entorns urbans més privilegiats, s'han intensificat programes com els següents:

- Programa de prevenció de l'inici del consum de tabac ("Classe sense fum")
- Revisió de menús escolars
- Programes de prevenció del consum de drogues en la comunitat educativa i espais de lleure
- Programa de reducció de riscos associats al consum de drogues en espais d'oci i a la nit ("Nit segura")
- Programa comunitari d'intercanvi de xeringues
- Control sanitari dels establiments de venda i consum d'aliments
- Formació de manipuladors d'aliments per a personal d'establiments alimentaris i de restauració
- Pla d'activitat física, esport i salut (PAFES)
- Promoció de fruita a l'escola
- Farmàcies dispensadores del test ràpid de VIH

En l'àmbit local, el fet de rebre finançament també ha estat una font d'oportunitats perquè els tècnics de joventut dels ajuntaments es plantegessin diferents tipus d'accions o programes –inèdits– en els entorns urbans fràgils. Un exemple prototípic d'aquest tipus d'intervencions són els cursos de "relaxació" i "restauració energètica" realitzats als municipis A i al D (val a dir que els tècnics del municipi D són més crítics amb els resultats finals). En general, als llocs on s'està aplicant la Llei de barris, el programa "Salut als barris" es percep com una bona oportunitat en dos sentits: d'una banda, per integrar diverses iniciatives que fins ara desenvolupaven diferents institucions que competien entre si, atès que el programa permet cohesionar el treball dels diferents professionals que actuen sobre els joves; de l'altra, per fer arribar les iniciatives relacionades amb la salut a joves que habitualment queden fora de l'abast de les institucions. No obstant això, és encara una experiència massa recent que no s'ha avaluat en el moment d'escriure aquest text.

Conclusions

Com el conjunt de la població catalana, la joventut està exposada a factors i contextos de risc que afecten en més o menys mesura la seva salut, si bé amb algunes peculiaritats pròpies de l'etapa de transició que la caracteritza. A continuació presentem una síntesi de l'estat de salut de les persones joves de Catalunya i mirem de relacionar-lo amb els comportaments de risc i els contextos vitals que afavoreixen la millora o l'empitjorament de la salut. Així mateix, donem compte de les polítiques públiques encaminades a millorar i mantenir l'estat de salut de la població jove, tot evidenciant-ne la utilitat i les possibles mancances.

Tal com hem explicat en el marc teòric d'aquest text, l'estat de salut dels joves es considera una variable resultant de la combinació de diversos factors individuals i contextuals. Quant als individus, a efectes d'aquest estudi és important tenir en compte:

- Les accions o comportaments individuals –més o menys arriscats–
- Les percepcions individuals relacionades amb aquestes accions.

Altres aspectes que també poden influir en els processos de salut/malaltia des d'un punt de vista individual, com la predisposició genètica o certs trets de personalitat, han quedat al marge de la nostra anàlisi.

Pel que fa al context, cal tenir en compte:

- L'estructura social on l'individu viu i interacciona amb altres, una estructura formada per relacions de poder i que és travessada per diversos eixos de desigualtat, dominació i subordinació (classe social, gènere, edat, etc.).
- L'entorn socioeconòmic, institucional, ambiental i sociocultural, en què es defineixen un seguit de pautes culturals, significats i possibilitats d'acció –fonamentats en el model de producció i consum característic de la societat contemporània.

D'altra banda, estar malalt implica posar en marxa un conjunt de mecanismes adreçats a recuperar la “normalitat” perduda. La malaltia és conceptualitzada com una anomalia que només es pot superar a través de diverses atencions especialitzades, unes atencions vehiculades per institucions diverses i que poden anar dirigides a resoldre tant les causes com els efectes dels processos de pèrdua de salut. Distingim bàsicament dues modalitats d'atencions:

- L'atenció mèdica clínica assistencial, que té l'objectiu d'actuar sobre les conseqüències dels processos de pèrdua de la salut, és a dir, sobre la malaltia un cop ha aparegut, amb la intenció de retornar els individus a la “normalitat” perduda.
- L'atenció de prevenció i promoció de la salut, que té la finalitat d'actuar sobre les causes dels processos de pèrdua de salut, abans que els trastorns es produeixin, per tal d'evitar que apareguin i aconseguir que la població es mantingui sana.

En aquest estudi no hem tractat les atencions purament mèdiques encaminades a guarir, sinó que hem preferit centrar-nos en les preventives i de promoció de la salut, ja que són les que es reflecteixen millor en les polítiques a favor de la salut juvenil.

L'anàlisi conjunta de tots aquests factors i dimensions ens ajuda a entendre millor els processos que condicionen la salut dels joves a Catalunya i l'adequació de les polítiques públiques que hi estan relacionades.

Quin és l'estat de salut de la joventut catalana?

La gran majoria dels joves catalans (93%) diuen que tenen una **salut bona, molt bona o excel·lent**, i només una minoria (7%) afirma tenir una salut regular o dolenta. S'observa que la proporció de joves que té molt bona salut o excel·lent té tendència a incrementar-se, mentre que la dels que diuen que tenen una salut dolenta o regular es manté inalterada. A més, la percepció de l'estat de salut propi és molt més positiva en el grup

d'edat dels joves (15-29 anys) que en el grup que hem anomenat *adults* (30-65 anys). L'**esperança de vida** de les persones joves mostra una clara tendència a l'alça durant la darrera dècada, tot i que hi ha diferències per sexe, ja que les dones joves d'aquesta edat poden esperar viure aproximadament uns sis anys més que els homes de la mateixa generació. No obstant això, els homes viuen menys anys però proporcionalment amb més bona salut i menys discapacitat. A més a més, la **mortalitat** de la gent jove catalana presenta una clara tendència a la baixa. Les defuncions es produeixen principalment per accidents de trànsit (amb una taxa específica de 8,3 morts per cada 100.000 joves), tumors (3,2), malalties del sistema circulatori (2,9), suïcidis i autolesions (2,5) i malalties del sistema respiratori (1,2) –dades del 2007 corresponents a joves de 15-24 anys–. El factor que més influeix en la tendència descendent de la mortalitat és la disminució dels accidents de trànsit; la resta de causes, en canvi, es mantenen més o menys estables durant l'última dècada.

El nombre de persones joves que pateixen **accidents** és aproximadament del 23% anual, i del 15% entre els adults. Es tracta de percentatges que s'han mantingut estables els darrers anys. Pel que fa al lloc dels accidents, una tercera part l'han patit a la via pública (el 9% anant o tornant de la feina o l'escola), una quarta part a la feina, el 15% dins de casa i el 13% a un centre esportiu. Tant en els grups joves com en els adults, els accidents a la via pública han augmentat en el període 2002-2006, i els que s'han produït a la feina han disminuït, una tendència que també presenten els accidents dins de casa. Cal destacar que entre els joves (a diferència dels adults) hi ha també una proporció remarcable d'accidents als centres esportius.

Pel que fa a les malalties, més de la meitat dels joves (57%) diu que té almenys un **trastorn crònic** (el 25% en tenen un, el 32%, dos o més). Predominen les al·lèrgies cròniques, el mal d'esquena (lumbar i/o cervical), les migranyes i mals de cap, seguits a una certa distància de la depressió i/o ansietat. S'observa una tendència creixent de trastorns crònics en els grups d'edat joves. Tot i això, els grups adults manifesten uns percentatges de trastorns crònics molt més elevats, excepte pel que fa a les al·lèrgies, que en el seu cas no són el trastorn principal.

La gran majoria de gent jove (84%) ha anat a **visitar-se al metge** durant el darrer any. La proporció de visites registra una tendència a l'alça tant entre els joves com entre la gent adulta, i el tipus de professionals visitats és molt similar en els dos grups d'edat. De fet, les visites a serveis mèdics són molt similars per grups d'edat –una dada sorprenent, ja que els joves tenen una salut més bona, excepte pel que fa als accidents–. D'altra banda, més del 40% dels joves afirma que ha consumit algun **medicament** els dos dies anteriors a l'enquesta, una proporció remarcable que ens il·lustra l'amplitud del consum de medicaments en la nostra societat. Aquesta proporció és encara més elevada entre els adults, on arriba gairebé al 60%. També s'observa que el 8% (tant de joves com d'adults) ha patit un trastorn de salut i **no ha anat als serveis mèdics** per resoldre'l. Entre els motius adduïts per justificar aquesta actuació s'indica la convicció que “no era prou greu” o que no es volien “perdre hores de treball”.

La proporció de persones amb **dolors i malestar** i les que diuen que estan **ansioses o deprimides** és menor entre els joves (15% i 11%, respectivament) que entre els adults (31% i 20%, respectivament), encara que tendeix a augmentar entre els primers i es manté estable entre els segons. Quant al risc de mala **salut mental**, disminueix lleument (en joves i adults) i se situa en valors molt similars en tots dos grups d'edat (joves: 10%; adults: 11%). Aquest risc és el doble entre les dones que entre els homes. D'acord amb els discursos dels joves, les noies –tant les que treballen com les que estudien– relaten que han experimentat més situacions de crisi d'ansietat i símptomes depressius que els nois, la qual cosa les ha portat a urgències mèdiques en nombroses ocasions. Ho atribueixen a contextos que no poden controlar i a dificultats per afrontar les incerteses en el marc d'una pressió social que els exigeix molt –particularment a les que treballen–; en el cas de les estudiants, apunten com a detonant de les crisis d'ansietat el consum puntual de cànnabis o alcohol, sobretot en contextos d'oci nocturn.

Quins comportaments de risc influeixen en la salut de les persones joves i quines polítiques s'implementen per fer-hi front?

a) Activitat física i alimentació

En termes d'**activitat física**, es pot considerar que la majoria de la població és “lleugerament activa” (és a dir, no fa una activitat laboral que li exigeixi gaires esforços físics, però es desplaça a peu amb regularitat i fa almenys vint minuts d'exercici un parell de dies a la setmana), tant jove com adulta, en unes proporcions

molt similars que en ambdós casos es mantenen estables entre els anys 2002 i 2006. En relació amb els joves, cal destacar que hi ha un grup relativament nombrós (al voltant del 15%) que es poden classificar com a “molt actius”, la qual cosa no passa entre els adults (on només seria el 5%). Una cinquena part de la població, jove i adulta, pot considerar-se “sedentària” per la poca pràctica d’activitat física que fa. Aquest grup es manté relativament estable en el període estudiat, per la qual cosa és possible que els joves sedentaris ho continuïn sent d’adults. En general, s’observa que l’activitat física habitual és menor entre les dones i que disminueix a mesura que augmenta el nivell d’estudis dels joves. D’altra banda, hi ha una associació inversa entre l’activitat laboral i l’activitat física en el temps de lleure, en el sentit que les persones ocupades en fan menys que les que no treballen. Pel que fa a les percepcions de la gent jove, la majoria reconeix que “hauria de fer” més activitat física, un desig que apareix quan comencen a percebre molèsties i limitacions a l’hora de fer esforços físics. Com a excuses per no fer-ne, esgrimeixen bàsicament la manca de temps i de diners, sobretot entre les dones. És interessant observar que les dones es plantegen més fer exercici de manera dirigida, a gimnasos o llocs similars, i sense necessitat de formar equips ni lligues, mentre que els nois prefereixen fer-ne en solitari al carrer o en equips competitius (futbol, etc.). En definitiva, es pot deduir que el context social i laboral és un factor important per afavorir o no la pràctica d’activitat física, més enllà de la possible motivació personal, com també ho és l’existència o no d’infraestructures adequades per fer-ne en el cas de les dones. En general, els joves que no solen fer esport no s’ho plantegen fins que els comencen a aparèixer símptomes de cansament o fatiga en les activitats quotidianes.

Pel que fa a l’**alimentació**, hi ha diferències visibles entre homes i dones, així com entre treballadors i estudiants. En general, bona part dels estudiants viuen al domicili matern, per la qual cosa consideren que mengen prou bé perquè cuina la “mare” o una figura similar en el si de la família (normalment una dona). Ara bé, algunes persones que viuen en pisos d’estudiants noten que la qualitat de l’alimentació tendeix a disminuir, especialment en el cas dels nois, fet que procuren compensar amb les visites periòdiques a la unitat familiar d’origen. Pel que fa als nois treballadors, hi ha més casos de pautes alimentàries poc equilibrades, fins i tot entre els que segueixen vivint al domicili matern, normalment a causa de les disparitats horàries dels diversos membres de la unitat familiar. En el cas de les noies treballadores i emancipades de la família d’origen, la situació és millor, però tampoc no estan gaire satisfetes amb el menjar que cuinen, que generalment fan elles, a causa del poc temps que tenen per planificar-lo i cuinar-lo –hi ha una problemàtica vinculada a la doble presència, i de conciliació de vida laboral i familiar–. La gent que viu sola també expressa una tendència a menjar de manera poc equilibrada, cosa que argumenten per la mandra de cuinar bé per a un sol comensal.

Les dades disponibles mostren que cada any més de mil joves sol·liciten atenció als centres d’atenció primària per **trastorns de la conducta alimentària**. Nou de cada deu d’aquests joves són dones. Es tracta bàsicament de trastorns classificats com a anorèxia, bulímia i altres trastorns inespecífics, però la seva evolució és molt irregular d’un any a l’altre. La quantitat d’altes mèdiques tot just representa la quarta part de les demandes d’atenció als CAP en cada any de referència, de manera que cal deduir que hi ha una bossa creixent de joves que romanen amb aquests trastorns durant uns anys.

Les **polítiques** implementades per les institucions públiques per millorar i mantenir la salut del jovent en aquests àmbits giren al voltant de diversos plans genèrics, com el Pla català de l’esport a l’escola, o el Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l’activitat física i l’alimentació saludable. Aquests plans inclouen nombroses activitats en diferents àmbits (escolar, laboral, comunitari, sanitari), com ara assessorament a joves i professionals, distribució d’informació, campanyes publicitàries i també intervencions adreçades a fer canvis en l’entorn (afavorir la distribució d’aliments saludables, proveir d’espais per fer esport als barris, rutes per caminar, etc.). També hi ha experiències com els programes *Thao* o *Shape Up*, que inclouen una dimensió comunitària i participativa en el diagnòstic i la formulació de propostes per part dels joves. Així mateix, hi ha altres mecanismes que ofereixen informació i assessorament en matèria d’alimentació i activitat física (programa “Salut i escola”, portal *Jove.cat*, etc.).

Les polítiques públiques analitzades intenten influir en els comportaments dels individus oferint-los informació, assessorament, participació en tallers de reflexió i aprenentatge, etc. Alhora, es fan intervencions en l’entorn on viuen les persones (millorar l’accés a una alimentació saludable, facilitar la pràctica d’exercici físic), les quals es revelen molt positives, però encara són molt incipients i es fan a una escala molt petita, de manera que no semblen tenir gaire incidència. Probablement caldria ampliar-les a tot el territori i fer-les accessibles a tots els grups socials, ja que a hores d’ara els grups d’estatus social baixos en bona part en queden exclosos, amb l’excepció puntual d’alguns col·lectius afectats per la Llei de barris i el projecte “Salut als barris”. Tanmateix, d’acord amb les percepcions dels joves, s’observa que un dels elements clau que dificulta les bones pràctiques en alimentació i activitat física és la manca de temps, especialment entre les dones que

treballen –que són el grup més sedentari–, per la qual cosa seria desitjable fer una intervenció més decidida per aconseguir uns horaris que permetessin compaginar l'esfera laboral, la d'oci i la domèstica amb més facilitat. Això, juntament amb la disponibilitat d'infraestructures adequades a escala local (en especial per fer esport), molt segurament afavoriria els joves que ja són conscients de la necessitat de millorar els seus comportaments alimentaris i d'activitat física.

b) Consums de substàncies

Dues terceres parts dels joves (67%) han consumit **alcohol** durant els darrers trenta dies, i només el 13% diu que no n'ha consumit mai. La proporció de consumidors es manté més o menys igual entre joves i adults, potser per l'edat mitjana d'inici en el consum, que se situa aproximadament en l'adolescència. Es pot dir que la gran majoria dels joves catalans (68%) són bevedors moderats (els adults, una mica més: 71%), mentre que només el 8% són bevedors de risc (la meitat dels adults). La resta es poden considerar abstemis en la mateixa proporció que els adults (24%). El consum d'alcohol es concentra en els caps de setmana, sobretot pel que fa als licors de graduació baixa i alta. Tot i que el consum d'alcohol es pot fer de manera molt diversa, la probabilitat de ser bevedor de risc és més alta entre les persones que també consumeixen cànnabis o cocaïna, i també entre les fumadores. És a dir, els bevedors de risc concentren també altres consums de substàncies en més proporció que la resta. D'acord amb els discursos expressats pels joves, els consums d'alcohol són percebuts com a molt intensos en els àmbits d'oci nocturn (de cap de setmana). Les noies més joves en tenen una imatge més negativa; les de més edat, en canvi, ho relativitzen. Els nois remarquen el paper que té l'alcohol en els rituals de cap de setmana, on el temps està organitzat per poder arribar “contents” a les discoteques o locals musicals, que són la destinació de la majoria de sortides nocturnes. Entre els joves treballadors i/o a l'atur es detecten consums d'alcohol regulars també els dies feiners. S'observa que la crisi afavoreix beure al carrer (“*botellón*”) i que aquesta pràctica té un vessant social important, perquè permet relacionar-se. En els municipis petits, a més a més, el jovent de vegades no té cap altre lloc de reunió que no siguin els bars de la localitat, on conviuen amb altres grups d'edat, cosa que “normalitza” la seva percepció del consum d'alcohol.

La tercera part de la gent jove manifesta que és fumadora habitual de **tabac** (fuma cada dia), una proporció que entre els grups d'edat adults és lleument inferior. En ambdós grups d'edat s'observa una tendència a la baixa. Les diferències entre homes i dones joves no són gaire rellevants en les edats més joves, perquè hi ha tantes dones com homes fumadors, però sí que ho són a partir dels 25 anys, quan predominen els homes. L'edat mitjana d'inici en el consum de tabac se situa en els 16 anys, malgrat que, segons les experiències relatades en els grups de discussió, el consum sistemàtic no comença fins un parell d'anys més tard. Curiosament, més de la meitat dels joves fumadors (58%) afirmen que estan “preocupats” pels efectes del **tabac** en la salut (només el 9% no està gens preocupat). La preocupació és més freqüent a partir dels 20 anys d'edat. A dues terceres parts dels joves fumadors els agradaria deixar-ho, sobretot als de més de 20 anys, i el 40% ho ha intentat alguna vegada. Només el 20% dels fumadors joves diuen que no tenen cap interès a deixar de fumar. La majoria de fumadors afirmen que els agrada fumar, però, al mateix temps, molts també reconeixen que els agradaria deixar-ho perquè perceben que els resta salut (es noten cansats, fatigats, s'ofeguen). En el cas de les dones, relacionen el consum amb una manera d'apaivagar el “nerviosisme” derivat de la pressió del context social en què viuen (familiar, escolar, laboral, d'oci, que els exigeix molt). La majoria de joves agraeixen les lleis restrictives de tabac dels últims anys i creuen que els valors socials sobre el tabac s'estan transformant de manera accelerada. Ells mateixos en tenen una imatge majoritàriament negativa. Alguns dels nois que s'han quedat a l'atur han aprofitat la manca de diners per deixar de fumar, la qual cosa confirmaria la hipòtesi que l'augment del preu pot constituir una mesura moderadora –potser no tant per a qui s'inicia en el consum, però sí per a qui pretén deixar-lo.

La proporció de joves que afirmen que han consumit **drogues il·legals** durant l'any anterior a l'enquesta s'ha estabilitzat al voltant de la tercera part de la mostra de joves, mentre que entre els adults els percentatges de consum són molt menors (no passen del 10%). El cànnabis, en les seves diferents formes (haixix i marihuana), és la droga il·legal consumida amb més freqüència per la joventut catalana (el 33% n'ha consumit el darrer any), seguida a força distància per la cocaïna (el 10% n'ha consumit el darrer any) i per les drogues de síntesi, que estan en declivi (5%). En tots els casos els homes són molt més consumidors que les dones, encara que amb el temps les distàncies s'escurcen: el 2001, la diferència entre uns i altres era del 20%, i el 2007 s'havia reduït a l'11%. Una anàlisi longitudinal realitzada entre 1999 i 2005 (Pallarés *et al.*, 2007) constata un augment progressiu en el consum de cànnabis i cocaïna, així com un cert estancament de la resta de substàncies (molt minoritàries). També s'observa que, a diferència del consum de cànnabis, que de moment ha tingut

conseqüències negatives poc apreciables, el consum d'alcohol i cocaïna afecta negativament amb cada cop més intensitat diverses àrees de la vida social (familiar, educativa, laboral, etc.). D'altra banda, s'ha detectat la proliferació entre els adolescents de comportaments compulsius relacionats amb el consum d'alcohol i cànnabis, que es manifesten en una forma de beure amb desmesura, repetidament, i en el consum de diversos "porros" diaris de manera sistemàtica. Del 2002 endavant també hi ha un increment sostingut dels inicis de **tractaments** motivats pel consum de cànnabis, tot i que en uns nivells força inferiors als de cocaïna (la tercera part d'aquests). Les demandes de tractaments per addiccions a l'alcohol i el tabac segueixen una tendència relativament estable al llarg de la dècada entre els grups d'edat joves. S'observa que la major part dels tractaments s'inicien entre els 20 i els 30 anys.

Malgrat les dades en sentit contrari, els joves manifesten la percepció que el consum de drogues no és una cosa només d'oci juvenil, sinó que afecta altres grups d'edat i àmbits socials. S'adverteix que la gent jove té una imatge negativa de l'addicció a les drogues i els efectes a llarg termini, però no els preocupa tant el consum puntual ni els efectes a curt termini. Generalment, els consums de drogues s'inicien en l'adolescència tardana, s'intensifiquen entre els 20 i els 24 anys i posteriorment disminueixen força, fins a esdevenir molt minoritaris a partir dels 30 anys (excepte en alguns grupuscles). Això permet deduir que aquests consums formen part d'unes *cultures juvenils* determinades, en el sentit que dóna al terme Martínez (2003), com uns rituals i unes pautes que donen sentit, que jerarquitzen les relacions intra i intergrupals, i que serveixen per marcar distàncies respecte al món de la infància i el dels adults. Per això, tot i que són uns consums relativament elevats durant la joventut, en part són un element més del procés d'aprenentatge i construcció d'identitats pròpies de la fase de transició que caracteritza aquesta etapa. És cert que constitueixen un risc –per a la salut, per al projecte vital– i que alguns joves patiran pèrdues, però també sembla cert que, en alguns contextos, alguns joves poden tenir la percepció que no seguir les pautes o els rituals associats a aquests consums pot constituir també un risc més immediat (en termes socials, de pèrdua del grup, de prestigi davant els iguals, d'autoestima, etc.).

Les **polítiques públiques** implementades contra el consum de substàncies són de diversos tipus. D'entrada, hi ha un enorme ventall d'accions informatives (campanyes, xerrades, exposicions, etc., com "Oh alcohol!", la web Respira, etc.), d'assessorament i de formació, amb més o menys grau d'interactivitat i participació dels joves (Línia Verda, programa "Beveu menys", "Salut i escola", Kolocat, concurs "Classe sense Fum", projecte de reducció de riscos d'Energy Control o SOM.NIT, etc.), i de formació d'experts (programa "Oci i drogues", etc.). També hi ha intervencions adreçades a generar canvis en l'entorn, per exemple augmentant la vigilància en zones d'oci nocturn (programa "Nit segura"), així com un increment progressiu de la legislació reguladora dels consums (Llei contra el tabac, Llei per regular l'alcohol, Llei de salut pública, lleis de trànsit, etc.), que efectivament ha aconseguit canvis contextuals importants i ha afavorit que moltes persones redueixin el consum de tabac i alcohol –en aquest cas, sobretot a l'hora de conduir–. Pel que fa a les drogues il·legals, més enllà de l'increment de la vigilància i la pressió policial, no hi ha cap legislació capaç de regular-ne el flux de l'oferta i la demanda i, de fet, un dels factors que sembla influir en l'increment acusat de la cocaïna en els darrers anys és que té un preu cada cop més assequible. Sembla, però, que alguns joves, arran de la crisi econòmica i d'haver-se quedat a l'atur, han decidit deixar de consumir-ne –una actitud que s'observa tant amb la cocaïna com amb el tabac.

En definitiva, les polítiques públiques contra les drogues legals i il·legals centren els seus esforços en intervencions informatives i formatives adreçades a joves (especialment en edats escolars) i professionals (mèdics, policials, del sector de l'oci nocturn, etc.). Les actuacions sobre el context on viuen els joves gairebé només es duen a terme mitjançant l'enduriment d'algunes legislacions, cosa que sembla tenir un cert èxit amb les drogues legals, però no tant amb les il·legals. El fet d'actuar principalment amb mesures informatives i formatives explica per què costa tant reduir els consums. Com hem dit, per a una part de la població jove, el consum de substàncies legals i/o il·legals forma part de les pautes i els rituals dels processos de socialització i transició a la vida adulta, per això aquests joves es mostren relativament refractaris als missatges institucionals sobre les drogues. No és possible informar qui no es vol deixar informar, o qui pensa que ja té tota la informació que necessita. No obstant això, la presència d'aquests missatges institucionals en l'ecosistema jove esdevé molt necessària, atès que, d'una banda, serveixen per a la majoria de joves (les dues terceres parts, com a mínim), que fan un consum moderat de drogues legals i que no en consumeixen cap d'il·legal, i, de l'altra, tenen una funció rellevant per als consumidors assidus, en la mesura que els serveixen de punt de referència a l'hora de formar-se una opinió –de fet, predomina una imatge negativa respecte a tot tipus de drogues, també entre els consumidors–, encara que a la pràctica els seus comportaments no siguin coherents amb aquesta opinió. Es podria dir que, per als consumidors assidus de drogues legals i/o il·legals, tenir una opinió ben fonamentada és essencial perquè puguin fer el seu trajecte –de risc– sense patir danys excessius.

c) Salut sexual, afectiva i reproductiva

La sexualitat és un dels fenòmens clau entorn del qual giren bona part de les pràctiques juvenils. D'entrada, l'adolescència i la joventut són les etapes vitals de descobriment i experimentació de la sexualitat, just quan es viuen uns processos de construcció de la identitat individual i col·lectiva on el sexe i el gènere esdevenen factors fonamentals. A més a més, el món juvenil és objecte d'un assetjament constant per part d'una poderosa indústria de l'oci i l'entreteniment que utilitza els reclams sexuals com a mecanisme de màrqueting principal, de manera que configura una sèrie de pautes culturals, estereotips i rituals al voltant de les relacions interpersonals. La sexualitat és també una esfera que serveix als joves per marcar distàncies respecte al món de la infància i el món adult "formal". Les persones joves analitzades intenten transmetre una imatge d'autosuficiència respecte als temes sexuals, més els nois que les noies, tot i que això no vol dir necessàriament que disposin de la millor informació. En certa manera, tot sembla indicar que els estereotips del passat (sobre rols de nois i noies, sobre formes i conseqüències de les activitats sexuals, etc.), transmesos amb molts biaixos ideològics mitjançant els mecanismes de socialització, serveixen als joves per donar sentit a les seves relacions afectives i sexuals. S'observa, per exemple, que tots diuen que coneixen la importància dels anticonceptius a l'hora de mantenir relacions sexuals, però molt sovint només la relacionen amb la possibilitat d'un embaràs no desitjat i pensen poc en el fet de contreure una malaltia de transmissió sexual. En resum, malgrat que els joves solen presentar-se a si mateixos com a persones enteses en la matèria, encara hi ha dèficits informatius clars, així com unes actituds i uns comportaments que no són sempre congruents amb la informació disponible.

Les taxes específiques dels registres d'interrupció voluntària de l'embaràs permeten observar una tendència creixent del nombre absolut d'**avortaments**, en especial entre les noies joves a partir dels 20 anys. Cal dir que es tracta d'una tendència que es registra en tota la població femenina de 15 a 45 anys, tot i que entre els grups joves l'increment sembla una mica més intens. Als grups de discussió, tots els joves afirmen conèixer algú que ha hagut d'avortar. També apunten que les conseqüències per a la noia d'un embaràs no desitjat són molt diferents en funció del context familiar que tingui –de la família d'origen–, ja que es pot mostrar més o menys favorable a la nova situació. Declaren que la majoria dels avortaments que coneixen es van fer sense que els pares se n'assabentessin –el recurs als pares acostuma a ser l'última opció– i que el més habitual és acudir a la sanitat privada perquè és més fàcil –de fet, molts no saben que també es pot fer a la sanitat pública.

Des de l'1 de gener de 1981 fins al 30 de juny de 2009 s'han declarat al registre corresponent 16.247 casos de **SIDA** de persones residents a Catalunya. Els homes quadrupliquen les dones. Històricament, els joves de 15-29 anys han constituït la quarta part del total dels malalts registrats (el gruix es concentra de manera massiva en la franja 25-29 anys). Pel que fa a l'evolució temporal de l'aparició de casos de SIDA, les dades disponibles mostren una tendència clarament a la baixa entre la població jove. Quant a les pràctiques de risc, s'observa que la disminució s'ha produït de manera molt acusada en l'administració de drogues per via parenteral i en les relacions sexuals entre homes homosexuals i bisexuals, però no tant en les relacions heterosexuals. Es detecta que la SIDA és una qüestió que apareix molt poc en les converses dels joves participants en els grups de discussió, els quals la perceben com una amenaça llunyana que, en principi, no forma part del seu context social. Assenyalen que quan comencen a sortir amb una noia o un noi rarament pensen si pot tenir la SIDA. Les generacions de més edat tenen una imatge relativament traumàtica de la SIDA, però els grups més joves n'han perdut la referència i només amb dificultat en recorden algunes campanyes mediàtiques.

En els grups de discussió es parla de **relacions afectives** problemàtiques entre el jovent, que de vegades es tradueixen en maltractaments i **violència de gènere**. És una qüestió que esmenten tant els nois com les noies, però que preocupa més les noies. Uns i altres perceben que les dones estan en una situació de desavantatge, que hi tenen més a perdre i que, en general, són més vulnerables a causa dels rols socials femenins (més dependència, més risc de perdre imatge i prestigi social, etc.). Parlen també de les **discriminacions** de joves per causa de l'opció sexual i consideren que, malgrat que els joves homosexuals encara són discriminats a la nostra societat, la situació actual és millor que fa uns anys i perceben que l'estigmatització tendeix a disminuir i la seva imatge s'està normalitzant.

Quant a les relacions socials, en alguns grups apareixen comentaris sobre les relacions al ciberespai. Tot i que tots els participants es reconeixen usuaris d'**Internet** i de les **xarxes socials**, en tenen una visió relativament negativa: creuen que els fa perdre massa temps, que les relacions socials que s'hi estableixen són de baixa qualitat i que generen una desprotecció per manca d'intimitat. Tanmateix, es perceben a si mateixos una mica fora de lloc en relació amb aquest fenomen i consideren que són els seus germans més petits els

que l'estan vivint de ple i els que possiblement en rebran les conseqüències més negatives (i positives). Per a ells, diuen, "arriba massa tard". D'altra banda, veuen les possibles ciberaddiccions i trastorns similars com a casos esporàdics i atípics.

Les **polítiques públiques** sobre prevenció de riscos i promoció de la salut en matèria de sexualitat i afectivitat també són diverses. Hi ha un gran ventall d'actuacions informatives i de sensibilització ("Millor sense risc", exposicions, xerrades, tríptics, Dia Mundial contra la SIDA, etc.), i també d'assessorament i formació (programa "Salut i escola", Kolocat, obres de teatre interactives, tallers, portal Jove.cat, etc.). Altres accions afavoreixen que els joves puguin prendre decisions (Programa Màquina, distribució de preservatius, accés a la pastilla de l'endemà, etc.). A més, hi ha diverses lleis que regulen l'àmbit de les relacions afectives i estableixen drets sobre la dignitat i la integritat física i psíquica (lleis de violència de gènere, etc.) i drets sobre el propi cos (lleis sobre salut reproductiva i interrupció voluntària de l'embaràs, etc.). Les polítiques de sexualitat tenen un cert paral·lelisme amb les relatives a les drogues. Els comportaments sexuals tenen molt a veure amb pautes i rituals dels joves en la seva transició al món adult, per la qual cosa el fet que una persona tingui al seu abast tota la informació no garanteix que no tingui comportaments de risc. El risc, en aquests casos, pot ser un dels elements que afavoreixi l'aprenentatge. Això fa que els missatges que emeten les institucions puguin ser rebuts amb indiferència per una població que, almenys en part, intenta presentar-se a si mateixa com a "suficientment informada" en aquests temes, encara que a la pràctica no sigui veritat. D'altra banda, les polítiques de sexualitat –com les de drogues– han evolucionat progressivament des de posicions penalitzadores i culpabilitzadores –que tractaven els joves com a persones incapacitades per prendre decisions coherents en aquesta matèria– cap a orientacions més disposades a acceptar que els joves són prou madurs per prendre decisions. En aquest sentit, gran part de les polítiques públiques van adreçades a informar i formar els joves, oferir-los elements perquè puguin tenir més autonomia, deixar-los experimentar i garantir-los alguns drets si les coses no surten bé.

Tot plegat sembla bastant coherent amb les percepcions, les experiències i les expectatives manifestades pels joves analitzats. De fet, hi ha un àmbit en què les polítiques públiques específiques sobre salut i joves no intervenen gaire (i on potser no poden intervenir): el context social en què els joves viuen les seves relacions afectives i sexuals, que es caracteritza per una pressió important, entre altres, de les famílies –que marquen uns rols de gènere no sempre igualitaris– i les indústries de l'oci i l'entreteniment –que promouen uns processos de construcció d'identitats força competitius entorn de la sexualitat i que carreguen els rols femenins amb una pressió constant per aparellar-se–. En aquest context, la capacitat de respondre dels joves és limitada per una sèrie de factors més estructurals, com les dificultats per independitzar-se de la família d'origen (fet que remet a problemes laborals, d'habitatge, etc.), la manca d'expectatives educatives (d'alguns sectors socials), la falta d'espais de trobada i relació al marge dels que ofereix la indústria de l'oci nocturn, etc.

d) Seguretat viària

L'evolució dels darrers anys mostra que la taxa de morts per **accidents de trànsit** es manté sempre superior entre els joves que entre la població general, si bé en ambdós casos la tendència és clarament a la baixa. Els darrers anys, els accidents de joves d'entre 14 i 29 anys han passat de constituir la meitat de tots els que es produïen a Catalunya a ser-ne una tercera part. A més, hi ha hagut una reducció d'accidents més acusada entre els joves que entre la població general (el nombre total s'ha reduït de 18%; en canvi, el dels joves ho ha fet de 28%). També s'observen diferències considerables entre la taxa dels homes i les dones, de tal manera que els primers multipliquen de llarg les segones en tota la sèrie. Pel que fa a les persones que van en **moto**, la proporció ha disminuït entre el 2002 i el 2006, sobretot entre la gent jove, i, al mateix temps, la freqüència d'ús del **casc** ha augmentat força tant per part dels joves com dels adults. Quant al **cinturó de seguretat**, gairebé tots els joves se'l corden quan van en cotxe, i el 2006 el nombre de persones que ho fan és més alt que el 2002. Per tant, es pot dir que hi ha una tendència clara a seguir uns comportaments més segurs respecte a aquesta qüestió.

Pel que fa a les percepcions de la gent jove, la majoria relaciona els accidents de trànsit amb el consum d'alcohol. Els nois –tant els que treballen com els que estudien– fan torns per conduir sense beure les nits que surten de festa (cada dia li toca a un), i el risc principal que perceben són les sancions policials, més que el d'accidents. En aquest sentit, sembla que l'enduriment de les normatives de trànsit té un impacte clar en els seus comportaments. Les noies són les que més noten la dependència d'altres conductors i sostenen que se senten obligades a confiar-hi si es volen desplaçar per motius d'oci. Així mateix, tant les que condueixen com les que no afirmen que agraeixen força l'entrada en vigor recent de les lleis penalitzadores de la conducció temerària.

Les polítiques públiques en matèria de seguretat viària són de diversos tipus: d'entrada, hi ha un conjunt d'accions sensibilitzadores que distribueixen informació: campanyes mediàtiques ("Conduir + alcohol o drogues = el pitjor viatge"), exposicions (que poden ser més o menys interactives, com "*Homo Transitus*"), etc. També hi ha iniciatives que pretenen actuar sobre l'entorn dels joves per facilitar l'opció pel transport públic (Bus Nit en algunes comarques, o iniciatives similars que es duen a terme principalment a l'Àrea Metropolitana). El Pla català de seguretat viària incorpora nombroses activitats de caràcter informatiu i de sensibilització, però també intervencions de vigilància i inspecció del compliment de les normatives (proves d'alcoholèmia, controls de velocitat, etc.). En aquest sentit, cal destacar el paper de diverses normatives que han endurit la prohibició de conduir sota els efectes de l'alcohol i les drogues, així com la penalització del carnet per punts. Es constata que han aconseguit canvis importants en el comportament, els hàbits i les actituds dels joves. Probablement encara hi ha alguns sectors juvenils en què les conductes de risc formen part de les pautes de relació grupal, de les proves exigibles per ser acceptat com a membre del grup d'iguals, però sembla que no és una cultura hegemònica i que està en declivi.

e) Salut laboral

Les dades evolutives sobre la **sinistralitat laboral** a Catalunya mostren que els joves (16-29 anys) tenen un índex d'incidència bastant més elevat que la gent adulta. En general, s'observa una tendència lleument descendent en els dos grups d'edat, una mica més acusada entre els joves, de manera que les diferències es van reduint a poc a poc. L'any 2003 els adults tenien 61 accidents per cada 1.000 treballadors i els joves en tenien 100; l'any 2008, en canvi, les xifres són de 53 per als adults i 70 per als joves. Sigui com sigui, és evident que els joves continuen tenint més sinistralitat que els grups d'edat més grans. Quan es destrien aquestes dades en funció del lloc on s'han produït els accidents, s'observa que els joves tenen el doble d'accidents *in itinere* (en el trajecte del domicili al centre de treball, i viceversa) que els adults.

Quant a les **condicions de treball**, la meitat dels joves que treballen han de fer moviments repetitius amb els braços o les mans de manera habitual a la feina. Una tercera part perceben que han de treballar massa i una quarta part ho han de fer sols. També hi ha una quarta part dels joves que han de treballar en ambients contaminats (pols, vapors, pol·lució) o sorollosos, així com que han de moure pesos excessius en postures perilloses (per sobre del nivell de l'espatlla). D'altra banda, més de la tercera part de la gent jove pateix unes condicions de treball adverses perquè no disposen de gaire autonomia en el treball –no poden fer la feina "al seu aire"– i, a més, tenen un treball monòton o repetitiu –feina poc variada–. Tots aquests factors de risc es registren també entre els adults, amb poques diferències.

El risc de patir **mala salut mental** es relaciona amb el fet de treballar en un ambient contaminat (pols, fum, etc.), fent moviments repetitius, una feina poc variada, quan es treballa massa i sense autonomia, i quan es treballa sol (aïllament). Quant a la **depressió i/o ansietat**, es correlaciona amb el fet de treballar en un ambient sorollós, on es fan moviments repetitius i on hi ha males relacions amb els caps i els companys. A més, el risc de mala salut mental, com també la depressió i/o ansietat, són fenòmens més elevats (i correlacionen positivament) entre els joves que treballen **sense contracte** i els que tenen un contracte laboral inferior als sis mesos de durada (**contracte temporal**). Les persones joves treballadores sense contracte són també les que més percentatge de casos presenten en els indicadors de mala salut mental, dolors o malestar, percepció de l'estat de salut regular o dolenta, mal d'esquena, depressió i/o ansietat i migranya, seguides de les persones que tenen contractes de durada no especificada i les que tenen contractes temporals. Pel que fa als treballadors autònoms i empresaris, són els que menys percentatge de casos presenten en tots els indicadors de mala salut física i mental. Finalment, cal dir que la gent jove que no té flexibilitat horària té una percepció de salut més dolenta que la que en té.

Tant els nois com les noies que treballen relaten nombroses **molèsties de tipus psicosocial** derivades de la feina. Bona part dels nois diuen que han desenvolupat feines en condicions precàries, amb contractes temporals, jornades molt llargues i una càrrega de treball física i mental molt elevada, motiu pel qual pateixen malestares psíquics i una desmotivació que els porta a adoptar comportaments de risc dins i fora de la feina (consumir cànnabis, alcohol, tabac, etc.) que incideixen negativament en el seu estat de salut. El món laboral sol ser concebut entre aquests joves –treballadors poc qualificats, la majoria– com una font de problemes que no poden evitar. Les noies treballadores entrevistades, en canvi, ocupen llocs de treball més qualificats del sector serveis, però també manifesten molta preocupació per les relacions entre salut i treball, sobretot perquè sovint pateixen "nerviosisme" (ansietat, estrès, angoixes, etc.) a causa de la tensió laboral/familiar (problemes de conciliació) i trastorns musculoesquelètics crònics (mal d'esquena, articulacions, etc.) relacionats amb la jornada de treball.

Les **polítiques públiques** adreçades a afrontar aquests problemes es basen principalment a oferir informació als joves (escolaritzats als IES), per exemple a través del Bus de la Prevenció, de fulletons i tríptics, així com d'un concurs periòdic de fotografia sobre salut laboral. D'altra banda, són molt pocs els joves que reben formació sobre prevenció de riscos laborals (només alguns que fan formació professional o ocupacional). Hi ha una legislació específica sobre salut laboral (Llei de prevenció de riscos laborals) que estableix els drets dels treballadors i els deures dels empresaris en aquest àmbit, de manera que una altra de les intervencions és la inspecció i la vigilància del compliment de la llei als llocs de treball, així com l'ofertament d'incentius als empresaris perquè prestin una atenció especial a la salut dels treballadors joves. En qualsevol cas, les polítiques sobre aquesta matèria adreçades a joves són molt poques, tot i la importància que tenen en la seva salut.

No podem deixar de tractar la vulnerabilitat de la gent jove a l'hora d'acceptar o no llocs de treball amb riscos per a la salut, una vulnerabilitat que té a veure amb la seva posició en el mercat de treball, ja que la població jove pateix unes condicions d'ocupació i de treball més adverses que la resta de grups d'edat. Per exemple, segons les dades de l'Enquesta de població activa del segon trimestre de 2009, la **taxa d'atur** entre els joves de 16-29 anys és del 26,6%, més de 10 punts per sobre de la taxa d'atur global, que és de 15,8% (36,4% per als joves de 16 a 24 anys). Pel que fa a la **taxa de temporalitat** entre els joves de 16 a 29 anys, se situa en el 34,5% (16-24 anys: 43,7%), mentre que per al conjunt de la població catalana és del 18,1%. I ja hem mostrat abans que l'índex d'accidents és més alt entre els joves que en la població adulta. Per tots aquests motius, les polítiques públiques destinades a pal·liar els efectes del treball en la salut dels joves, a més de centrar-se en la millora de la prevenció de riscos (materials, contaminants, ambientals, càrrega de treball, factors psicosocials, etc.), s'haurien de complementar amb polítiques adreçades a millorar les condicions d'ocupació dels joves, és a dir, a reduir l'atur (o almenys la manca d'ingressos econòmics per aquest concepte) i la temporalitat laboral. D'alguna manera, caldria augmentar el poder de negociació i de decisió dels joves a l'hora d'enfrontar-se amb condicions laborals adverses per a la seva salut.

Fins a quin punt les polítiques són adequades a la realitat social?

La salut de les persones joves és objecte de preocupació de les institucions públiques, raó per la qual dissenyen i implementen polítiques amb l'objectiu d'influir en els processos de pèrdua de salut i en el seu manteniment a llarg termini –a banda de les polítiques merament assistencials, dirigides a resoldre els problemes de salut un cop han aparegut–. L'anàlisi realitzada permet classificar totes aquestes polítiques, programes o activitats en quatre tipologies bàsiques:

- 1. Intervencions unidireccionals**, basades en la transmissió i el debat d'informació: Campanyes informatives, exposicions, webs, tríptics, jornades, seminaris (adreçats preferentment a experts i professionals), esdeveniments periòdics (dies mundials de la SIDA, de l'alimentació, contra el tabac, etc.). Aquestes intervencions solen compartir una conceptualització de la persona jove com algú que necessita ser informat, a qui es fa arribar un coneixement i una informació dissenyats i elaborats per experts i difosos des de les institucions públiques. Parteixen d'una distinció clara entre el coneixement expert i el profà, i actuen sobre la base del model clàssic del dèficit cognitiu: se suposa que la població no sap gaire què ha de fer i per això els que ho saben l'han d'informar.
- 2. Intervencions multidireccionals**, de caire més interactiu entre professionals de joventut, salut o educació (principalment), i joves: Programes d'assessorament i guiatge (en línia o *in situ*, com el programa "Salut i escola" i els punts joves de molts municipis), tallers i activitats participatives ("pack-escoles", Teatracció, concursos com "No em fumis", activitats esportives, etc.). Aquestes intervencions procuren fomentar la implicació dels joves en una sèrie de processos d'aprenentatge. No pretenen una mera transmissió d'informació, sinó facilitar un procés de reflexió en el curs del qual es generi un coneixement elaborat conjuntament entre joves i *facilitadors* (monitors, experts, etc.). La intensitat participativa d'aquests processos pot ser molt variable, però tots tenen una dimensió eminentment formativa.
- 3. Polítiques que eixamplen el poder de decisió** dels joves: Programes de lliure disposició d'anticonceptius (Programa Màquina), píndola de l'endemà, llei contra la violència de gènere, etc. Són polítiques adreçades a garantir drets ciutadans i procuren situar la gent jove en el centre del procés de decisió. Es faciliten els mitjans necessaris i es confia que la persona jove sabrà decidir el que més li convingui, sempre que disposi de la informació pertinent. Aquestes iniciatives normalment han d'anar acompanyades de mesures informatives i formatives com les esmentades més amunt.

4. Polítiques que **limiten el poder de decisió** dels joves: Lleis i normatives que regulen certs comportaments, com la prohibició de fumar en determinats espais o de conduir vehicles després de consumir alcohol o drogues, la limitació de la velocitat dels vehicles per carretera o ciutat, l'obligació de portar casc i cordar-se el cinturó de seguretat, la restricció de la venda d'alcohol, les restriccions al tabac, la prohibició de drogues, la llei de prevenció de riscos laborals i altres relacionades, etc. Són principalment polítiques reguladores, prohibicionistes o penalitzadores, que estan destinades a restringir determinats comportaments de risc i posar límits a les decisions de la població. Impliquen penalitzacions a través del sistema legal i els mecanismes habituals d'exercici de l'autoritat pública (policia, multes, etc.).

D'altra banda, en aquesta recerca hem classificat la població jove de Catalunya en quatre grups,¹² d'acord amb l'estat de salut, les pràctiques de risc i els factors estructurals que condicionen els seus comportaments:

Grup A. Joves que no tenen problemes de salut física ni mental, que no consumeixen cap tipus de substància de risc i que, en el seu temps de lleure, fan activitat física. En aquest grup predominen els estudiants, les persones que viuen amb la família d'origen i les que tenen un estatus social que tendeix a ser elevat. Representa el 43% de la mostra i hi ha homes i dones en la mateixa proporció.

Grup B. Un altre grup de joves que tampoc no té gaires problemes de salut, però els membres del qual, a diferència de l'anterior, es caracteritzen per fer una activitat laboral i expressen una satisfacció alta respecte a la feina. A més, fan menys activitat física i tenen un consum de tabac elevat. Representa al voltant del 29% de la mostra i inclou tant homes com dones.

Grup C. Joves que fan consums poc saludables amb un cert excés, especialment d'alcohol i tabac, però també de cànnabis o cocaïna (gairebé la meitat d'aquest grup són bevedors de risc). Tenen un estat de salut inferior a la mitjana, tot i que la percepció subjectiva de la salut pròpia és bona. Representa al voltant del 13% de la mostra i està format per més homes que dones.

Grup D. Joves que tenen un estat de salut regular o dolent, amb dolors o malestars moderats i amb un risc alt de mala salut mental. Els membres d'aquest grup es caracteritzen per fer una activitat laboral on estan exposats a diversos factors de risc (càrrega física de treball, contaminació, factors psicosocials) i per tenir poc suport social en la seva vida quotidiana. Representa al voltant del 15% de la mostra, hi ha més dones que homes, són persones d'edats més elevades a la mitjana dels joves i d'un estatus social mitjà-baix; també és el grup on hi ha més proporció d'immigrants.

En vista d'aquestes dades, podem fer les reflexions i les consideracions següents respecte a l'adequació de les polítiques a la realitat social:

- **Les polítiques informatives i de sensibilització** (unidireccionals) són útils per a les persones que volen adquirir informació. Dels quatre grups identificats, els més predisposats a adquirir nova informació sobre riscos són els membres dels grups A i B, sobretot els darrers, perquè ja han començat a percebre alguns efectes sobre la salut (cansament i fatiga a causa de la manca d'exercici físic i el consum de tabac). Cal recordar que les qüestions relacionades amb la salut no preocupen massa la gent que es troba bé, ja que la salut només preocupa quan es perd –d'aquí ve la complexitat a l'hora d'establir polítiques preventives–. Els membres del grup A, en principi, com que no tenen cap problema de salut i tenen uns comportaments prou saludables, no faran gaire cas de les informacions sobre riscos, encara que és convenient que aquesta informació formi part del seu entorn, atès que contribueix a definir la "normalitat", és a dir, allò que és esperable que passi. En aquest sentit, la informació té un paper socialitzador. El mateix es pot dir del grup C, el que té pitjor salut a causa d'un excés de comportaments de risc, ja que els membres d'aquest grup tendiran a fer poc cas de les campanyes de sensibilització i informació perquè viuen en un context que no els permet assumir aquesta informació (dissonància cognitiva). Tanmateix, és necessari que aquesta informació formi part del seu entorn, amb l'objectiu d'oferir-los un punt on aferrar-se quan vulguin abandonar els consums de risc.
- **Les polítiques de caire més formatiu** (multidireccionals) són útils especialment per als joves adolescents, que encara no tenen gaires consums de risc, per tal que adquireixin un coneixement contrastat i passin per un procés d'aprenentatge sobre aquests temes. En general, la utilitat d'aquestes polítiques coincideix

12 Vegeu el capítol 12.

bastant amb tot el que s'ha dit en el paràgraf anterior de les merament informatives. Cal advertir, però, que aquestes polítiques requereixen un grau de complicitat molt més gran amb els joves a què van dirigides, cosa que implica un treball seriós i aprofundit a escala local, que aconsegueixi involucrar els joves en projectes compartits donant-los protagonisme en totes les fases (disseny, realització, etc.). Això pot ser útil per fer accions de "reducció de riscos" amb persones del grup C. Tanmateix, no és un fet generalitzable i, si es vol que arribin a aquest grup, convé que les institucions públiques hi dediquin els recursos suficients i valorin el paper dels tècnics locals –la qual cosa implica dignificar les seves condicions de treball.

- **Les polítiques que eixamplen el poder de decisió** dels joves mitjançant la garantia de drets i la facilitació de determinats elements (preservatius, etc.) són una mica especials, ja que rarament poden funcionar per si mateixes. Es fonamenten en la idea que és inútil negar l'existència de certs factors de risc (relacionats amb la sexualitat, les drogues, etc.) i, per tant, val més acceptar que existeixen i ajudar els joves a conviure-hi sense prendre gaire mal. En aquest sentit, han d'anar acompanyades de fortes mesures informatives i d'aprenentatge, tal com ja procuren fer les anteriors. Així doncs, aquestes polítiques poden funcionar bé amb els joves a qui s'han ofert prèviament les polítiques informatives i formatives. Si observem per a quines persones són útils les darreres, podem deduir a qui beneficiaran les polítiques que eixamplen el poder de decisió.
- **Les polítiques que limiten o restringeixen el poder de decisió** dels joves, a través de prohibicions i penalitzacions legislatives, poden ser eficaces a l'hora de desincentivar alguns comportaments de risc –com s'ha vist en el cas de la conducció temerària o el consum de tabac i, en menys mesura, d'alcohol–. Aquestes mesures poden servir a tots els grups, amb l'excepció relativa del grup C, perquè els seus membres tendeixen a assumir comportaments de risc sense preocupar-se gaire de la legalitat. Aquests joves possiblement necessitin mesures de reducció del risc i d'acompanyament personalitzat (d'aquestes també n'hi ha, però són molt escasses).

Finalment, cal advertir que hi ha un grup que no s'ha esmentat en cap de les polítiques: els membres del grup D. Aquests joves es caracteritzen per tenir un estat de salut que tendeix a deteriorar-se, però no posen en pràctica gairebé cap dels comportaments de risc que centren l'atenció de les polítiques públiques. Aquest deteriorament està relacionat amb les seves condicions de vida (problemes d'habitatge, manca de suport social, aïllament, etc.) i de treball (riscos laborals, pressió psicossocial, precarietat laboral, etc.). És possible que proporcionar més informació sobre comportaments de risc a aquest grup de joves sigui inútil: d'una banda, perquè no fan gaires consums de risc i, de l'altra, perquè és poc probable que canviïn els possibles comportaments de risc que puguin estar posant en pràctica (per exemple, en termes d'activitat física o d'alimentació) a causa de les seves condicions de vida i treball. Aquí és on apareixen amb intensitat les variables estructurals (la classe social, el gènere, l'ètnia o el lloc de naixement, etc.), que dibuixen unes desigualtats socials que ubiquen aquests joves en situacions de subordinació i explotació de les quals és difícil sortir. En aquest sentit, aquest grup necessitaria polítiques adreçades a millorar la seva qualitat de vida (polítiques d'habitatge, polítiques socials, escoles bressol, etc.) i laboral (disminució de riscos a la feina, conciliació de la vida laboral i familiar, disminució de la temporalitat i la precarietat, etc.).

Quant als joves del grup B, no tenen problemes de salut, però presenten alguns comportaments de risc (tabac, manca d'exercici, etc.). Les campanyes informatives, doncs, poden ajudar-los a canviar aquests comportaments –de fet, molts ja estan predisposats a fer-ho–, però la pressió temporal i psicossocial que comporta el treball –i els seus intents de conciliació amb la vida privada– els pot obstaculitzar fer-ho a la pràctica. Es tracta d'un col·lectiu que treballa, per això, probablement, les polítiques que podrien ajudar-los tindrien a veure amb modificacions de l'organització laboral –en forma de polítiques de reordenació del temps de treball, de conciliació de la vida laboral i familiar, etc.–, així com amb la prevenció de l'estrès i els factors psicossocials al treball –i, en el fons, una major democratització de les relacions laborals.

Pel que fa a les polítiques informatives i formatives, és raonable pensar que són positives perquè aconsegueixen crear un entorn on la informació circula i on constitueix un punt de referència que pot servir per prendre decisions en moments clau. De fet, s'observa que, en general, els joves diuen que es consideren prou ben informats –independentment de si ho estan o no, però en tot cas sembla que la majoria sap on trobar la informació que no té–. Tot sembla indicar que els joves perceben que hi ha molta informació disponible, i sostenen que qui es vol informar ja ho fa. Cal tenir en compte aquesta actitud a l'hora de planificar campanyes informatives i de sensibilització, perquè no és el mateix transmetre informació a algú que es considera ignorant que a algú que pensa que ho sap tot o que, com a mínim, vol donar aquesta imatge davant els altres.

Consideracions finals sobre les polítiques de salut i joves

Finalment, hi ha diversos aspectes que cal comentar sobre el funcionament de les polítiques de salut i joves, relacionats amb el seu tipus de població diana, amb les polítiques que es poden fer en l'esfera local i amb les relacions entre les institucions de diversos àmbits territorials.

a) Població objecte de les polítiques

La definició de *jove* implica una franja molt gran d'edat, amb persones que viuen experiències molt dispars i diverses i, per tant, amb una gran variació de comportaments, hàbits, motius i expectatives, la qual cosa dificulta molt les polítiques a desenvolupar. S'observa que el moment aparentment més eficaç –i més utilitzat per les diferents institucions que fan promoció de la salut– per fer arribar informació i sensibilitzar els joves és durant la seva estada en un centre escolar, especialment l'**institut**. En efecte, moltes de les polítiques i programes d'intervenció que s'apliquen es vehiculen a través dels centres escolars. Els diferents cursos de l'ESO reben visites de tècnics especialistes en salut i joventut i organitzen activitats periòdiques d'orientació i sensibilització sobre nombroses qüestions relacionades amb els estils de vida i la salut. Tanmateix, les campanyes informatives funcionen força bé als instituts, però tenen dificultats per implicar els pares i arribar a certs grups (els **joves no escolaritzats**: per exemple, els membres del grup que hem identificat com a persones que tenen mala salut i treballen). A més a més, el seu èxit depèn en gran mesura de la implicació (fluctuant) de professors, directors, etc.

En general, quant a les institucions que s'ocupen de les polítiques de joventut, s'observa que hi ha dificultats per accedir al grup d'edat de **16 a 20 anys** –almenys a un sector d'aquesta edat de l'adolescència tardana–. Aquest grup està en procés d'aprenentatge i tendeix a rebutjar o ignorar els missatges que emeten les institucions (l'autoritat); suposadament, aquesta actitud forma part de l'aprenentatge i del procés de conformació d'una identitat personal, un procés molt dependent de les interaccions grupals, d'altra banda.

Els tècnics de joventut entrevistats també són conscients del fet que tenen dificultats per arribar als joves que més ho necessiten, que normalment són els d'**estatus social més baix** i que estan exposats a més riscos per a la salut. Destaquen les dificultats per arribar als que ja no estan escolaritzats. En termes general, els joves que reben més atenció dels programes i les polítiques de joventut i salut acostumen a ser els que menys ho necessiten, tot i que això no implica que no els siguin necessàries igualment.

b) Tipus de polítiques que es poden fer en l'àmbit local

Es constata que les polítiques més adients en l'àmbit local són de caire **preventiu i de promoció de la salut**, la qual cosa vol dir que s'han de pensar i articular abans que apareguin els danys. Això dificulta el plantejament d'objectius clars; a més, són objectius poc visibles i, per tant, poc atractius per a l'agenda política, que prefereix fer inversions en altres aspectes més ostensibles, que es puguin inaugurar, com les infraestructures, etc. La manca de recursos (econòmics, administratius, humans) fa dependre en excés les accions en matèria de salut i joves de la perícia dels tècnics municipals o comarcals i de la voluntat política dels regidors. Per aquest motiu, hi ha una casuística enormement variada pel que fa a les polítiques locals de salut i joves: alguns ajuntaments hi aposten clarament i d'altres no les tenen gens en compte. A més, moltes vegades, especialment en municipis no gaire poblats, les accions en aquest àmbit depenen del perfil del tècnic: si té formació prèvia en aquests temes, probablement els donarà importància i desenvoluparà accions en aquest sentit, però si té una altra orientació professional normalment no ho farà. L'anàlisi dels plans comarcals de joventut mostra que, en els municipis que tenen menys habitants i que no disposen d'un tècnic de joventut, les polítiques de salut són les primeres a "caure" –segurament perquè són fàcils de sacrificar en la mesura que la seva absència no genera protestes per part dels joves, ja que, si no tenen algun problema concret, rarament les demanen–. En general, hi ha grans dificultats per implicar els agents locals en el disseny i el desplegament d'aquestes polítiques, tant els càrrecs polítics d'ajuntaments i consells comarcals com els tècnics municipals i els familiars dels joves.

S'observa també que els municipis més perifèrics del territori tenen problemes per aconseguir alguns recursos, com ara serveis d'entitats del tercer sector que només poden arribar-hi si hi ha una subvenció o un conveni amb la Generalitat. Per exemple, Energy Control o SOM.NIT no es desplacen a alguns indrets del territori per manca de possibilitats o recursos. D'altra banda, a Barcelona ciutat, per exemple, Teatracció –o altres companyies de teatre i animació sociocultural, que funcionen molt bé– pràcticament no hi treballa, perquè no sol haver-hi subvencions per fer-ho.

c) *Relacions entre institucions de diferents nivells territorials*

Es detecten algunes disfuncions derivades de la coordinació de les diferents institucions implicades en l'aplicació de les polítiques i els programes d'intervenció, tant des de l'àrea de Joventut com de Salut. A escala local, els programes que finalment es duen a terme depenen de la implicació del tècnic de joventut local i del regidor de torn. Això fa que polítiques preventives i de promoció de la salut engegades des de la Generalitat, moltes vegades no es despleguin en certs territoris, perquè en l'àmbit local ningú no se n'encarrega, simplement perquè el municipi no les considera una prioritat i prefereix dedicar els recursos (econòmics, administratius i humans) a altres qüestions. Això confirma que no hi ha una demanda explícita d'aquestes polítiques per part del jovent –excepte la minoria de persones que pateix algun problema, que ja saben on acudir–. Com hem assenyalat en el marc teòric, la salut no preocupa fins que es perd, i els joves són el col·lectiu que té un millor estat de salut. A més a més, és relativament habitual que els tècnics municipals desconeguin el que es fa en altres llocs, fins i tot propers. De fet, en l'àmbit local es fan moltíssimes intervencions però ningú no en té una visió global. Els tècnics de joventut mateixos reclamen més treball en xarxa a escala territorial, no solament a través d'Internet. Així mateix, s'observa que en l'esfera autonòmica hi ha molts recursos d'intervenció que no sempre arriben als municipis, i que de vegades fluctuen en el temps o estan duplicats.

Reflexions sobre les hipòtesis de treball que han orientat aquesta recerca

A l'inici d'aquest estudi vam considerar diverses hipòtesis sobre l'estat de salut de la joventut catalana derivades d'una recerca prèvia coordinada per l'antropòleg Oriol Romaní (2006). Aquestes hipòtesis partien de la idea que l'estat de salut de la població jove catalana acostuma a ser força positiu, almenys pel que fa als indicadors de mortalitat, morbiditat i esperança de vida, tot i que hi ha una minoria significativa de joves afectats per diverses malalties (infeccioses, neurològiques, cròniques, etc.), així com per situacions i comportaments de risc que els generen problemes. L'anàlisi efectuada en aquest estudi confirma aquestes idees sense gaires matisos.

Romaní considerava també que les desigualtats de gènere i classe social, a mitjà o llarg termini, tenen una incidència fonamental en els problemes de salut. En canvi, la categoria *ètnia* o *immigrant* no sol tenir gaire sentit per si sola en relació amb la salut, sinó que més aviat constitueix un factor mediador en causes prèvies fruit de les desigualtats socials. Efectivament, en aquest text hem pogut veure que la classe social (o l'estatus social, ja que només hem disposat d'indicadors socioeconòmics per valorar-la) i el gènere són presents en la majoria de distincions per grups. La majoria dels factors de risc afecten més els grups d'estatus baixos i les dones. Per contra, les entrevistes a joves immigrants ens han mostrat que no hi ha massa característiques ètniques que influeixin en l'estat de salut, sinó que si alguns immigrants tenen pitjor salut és sobretot a causa de les altres variables clau: la classe social i el gènere.

Així mateix, es partia de la idea que en els àmbits juvenils hi ha una sèrie de factors que produeixen lesions immediates en els joves, com els riscos laborals, els accidents de trànsit, la violència urbana o la de gènere. És possible que alguns grups socials estiguin afectats per una acumulació d'aquestes "violències". A més, els problemes de salut solen estar relacionats amb un seguit de consums inadequats: d'alimentació (trastorns de comportament alimentari, obesitat, etc.), d'alcohol (noves pautes de consum compulsiu), de tabac (manteniment de consums elevats, edat d'inici cada cop menor) i de drogues il·legals (expansió del cànnabis i, en menys mesura, de la cocaïna). Tot plegat té a veure amb una forta pressió expansiva dels models hegemònics de recerca d'una identitat a través del consum, així com amb una forta pressió del mercat. En efecte, tal com Romaní havia detectat, una de les coses que s'ha constatat és el paper ritual de certes pautes culturals relacionades amb consums i comportaments de risc, unes pautes que influeixen en els processos de socialització i transició a la vida adulta. El risc és un element consubstancial a alguns grups de joves en aquesta fase vital i forma part dels processos d'aprenentatge cap a una vida més autònoma.

Finalment, Romaní ens advertia que hi ha aspectes de la vida on la dimensió relacional és fonamental, com en el sexe i la salut mental. La salut sexual es mou en uns nivells generalment acceptables, però els trastorns mentals difusos estan en expansió, fet que pot ser preocupant a mitjà o llarg termini. En aquest estudi també hem detectat elements que confirmen aquestes idees, els quals se sumen a la constatació d'una major pressió psicosocial sobre les noies en tots els àmbits (laboral, escolar, familiar i d'oci).

Com a conclusió final, cal dir que, encara que de vegades sembli que les polítiques de promoció de la salut no arriben prou als joves, o que aquests diguin que no les coneixen –cosa que no sempre és certa, perquè negar-ho forma part del joc–, o que a escala local no sempre hi hagi acord o voluntat per assumir-les i/o

implementar-les, no s'haurien de deixar de fer, ja que si s'abandonen el seu lloc serà ocupat pels missatges del "mercat" (la gran indústria de l'oci i de l'entreteniment, els promotors de begudes alcohòliques, tabac, cotxes, moda, etc.). D'altra banda, no cal que les accions concretes a favor de la salut siguin desenvolupades per l'Administració, ja que ho poden fer els joves mateixos –de fet, moltes de les polítiques que hem anomenat *multidireccionals* contenen fórmules per "apoderar la gent jove"–. Alhora, les polítiques dirigides a ampliar el poder de decisió dels joves es basen en el fet que aquests tenen una autonomia suficient per decidir sobre si mateixos. Probablement, aquesta seria una de les vies que les institucions públiques haurien d'aprofundir, sense deixar de fer polítiques informatives i de sensibilització, i de manera paral·lela a les polítiques de millora de la qualitat de vida i de treball, que tant afecten la salut de molts col·lectius joves.

Recomanacions

Des de fa quatre dècades, l'Organització Mundial de la Salut recomana prioritzar les polítiques encaminades a evitar que la gent caigui malalta per davant de les polítiques destinades al guariment, és a dir, potenciar les intervencions en les *causes* abans que en les *conseqüències* dels processos de pèrdua de salut (sense deixar d'actuar sobre els efectes, és clar). Des d'aquesta perspectiva, invertir recursos per evitar l'aparició de les conseqüències negatives per a la salut implicaria fer una aposta decidida per polítiques de prevenció i promoció de la salut. Tanmateix, la implementació d'aquestes polítiques ensopega amb diversos obstacles que s'haurien de superar, tal com suggerim a continuació.

a) Les institucions han d'actuar davant l'absència de demandes ciutadanes clares

La població diana d'aquestes polítiques no reclama explícitament aquestes intervencions. És lògic deduir que si una persona es percep a si mateixa sense problemes de salut, difícilment expressarà cap demanda en aquest sentit. A més a més, en el cas de la població jove, sobretot la que està en l'adolescència tardana –una fase vital d'aprenentatge, en la qual bona part dels individus procuren distanciar-se tant del món de la infància com del món adult per construir-se una identitat autònoma–, la indiferència respecte a les polítiques institucionals pot ser present fins i tot entre les persones que sí que consideren que tenen problemes de salut. Des d'aquesta perspectiva, qualsevol institució pública que pretengui actuar exclusivament a partir de les demandes ciutadanes rarament posarà en marxa polítiques de prevenció o promoció de la salut juvenil. Així doncs, aquest tipus de polítiques s'han de planificar de totes totes, sense esperar que algú les demani –com passa també amb altres accions com les de sostenibilitat, seguretat, gestió de residus, etc.–. Cal tenir en compte que aquesta peculiaritat atorga un paper especial i insubstituïble a unes institucions públiques que es legitimen davant el públic exercint aquesta funció.

b) Les polítiques de prevenció i promoció de la salut són poc visibles i sovint incòmodes per als responsables polítics i tècnics, motiu pel qual caldria saber argumentar-ne la necessitat per conscienciar-los

Efectivament, les intervencions adreçades a millorar els hàbits alimentaris o la disminució del consum d'alcohol del jovent d'un municipi, per exemple, suposen unes despeses que són difícils de rendibilitzar en termes polítics. Si afegim a aquest fet que la població a la qual van adreçades ni ho demana ni ho agraeix públicament, veiem que aquest tipus de polítiques són fàcils de relegar davant d'altres prioritats, especialment en contextos d'escassetat de recursos com els que viuen la majoria d'ajuntaments. Per això, a escala local hi ha dues situacions molt disperses, que comporten recomanacions diferents:

- En primer lloc, els **municipis grans** acostumen a donar una importància clara a les polítiques de prevenció i promoció de la salut dels joves, hi destinen recursos econòmics de manera estable i tenen seccions administratives i personal que s'hi dediquen en exclusiva. Sovint dissenyen molts dels seus programes i els apliquen durant períodes de temps prou llargs per avaluar-los i fer-hi les correccions pertinents, de manera que generen un coneixement acumulatiu força interessant. La recomanació, en aquest cas, seria continuar en la mateixa direcció, si bé amb més connexió amb el que fan altres institucions –a hores d'ara sembla que cada municipi actua aïllat de la resta–, en especial amb els municipis del seu entorn territorial i amb els diversos organismes de la Generalitat de Catalunya que tenen competències en la matèria. Tot plegat requeriria més coordinació intrainstitucional (dins dels mateixos ajuntaments) i interinstitucional (amb altres organismes públics).
- En segon lloc, als **municipis mitjans i petits**, que són la gran majoria, el disseny i l'aplicació de polítiques sobre salut i joventut són molt més atzarosos, ja que depenen d'una conjunció d'interessos i preferències que no sempre es produeix, on es conjuguen factors tan diversos i poc previsibles com el tarannà i el perfil professional dels regidors i els tècnics de joventut (si n'hi ha), així com, en molts casos, del professorat i els òrgans directius dels instituts d'ensenyament secundari de cada localitat. La majoria d'aquests municipis recorren, de manera no gaire sistemàtica, als programes oferts per diversos departaments de la Generalitat, en especial Salut i Joventut. A més, solen patir una manca de planificació a llarg termini coordinada amb els agents del territori, motiu pel qual les intervencions no tenen gaire continuïtat, són

difícils d'avaluar i el fet que existeixin i s'apliquin depèn en bona mesura de la voluntat i l'entusiasme d'uns tècnics de joventut que sovint treballen en condicions laborals relativament precàries. Per tot això, les recomanacions adreçades a millorar les actuacions d'aquests municipis són:

- Procurar que els responsables polítics municipals, els tècnics de joventut i altres professionals locals (professorat dels instituts, professionals dels CAP, etc.) tinguin més comprensió del que impliquen les polítiques de prevenció i promoció de la salut, i el que suposa que no n'hi hagi.
- Promoure la planificació d'aquestes polítiques a mitjà o llarg termini, a partir de diagnòstics participatius i multidisciplinaris de la realitat local.
- Afavorir un major coneixement entre els tècnics de joventut dels recursos existents per planificar i aplicar polítiques de prevenció i promoció de la salut, així com millorar la connexió amb els programes impulsats per la Generalitat de Catalunya.
- Millorar les condicions d'ocupació i de treball dels tècnics de joventut, especialment pel que fa a la reducció de la temporalitat, la millora dels horaris laborals o el suport institucional a l'hora de fer les seves tasques.

c) La fragmentació institucional frena la potencialitat d'aquestes polítiques, per la qual cosa caldria facilitar espais interdepartamentals i multidisciplinaris a diferents nivells

Probablement, moltes de les recomanacions esmentades en els paràgrafs anteriors es podrien incloure en els plans locals i/o comarcals de joventut. Caldria tenir present la conveniència de planificar polítiques locals coherents amb les propostes i els criteris dels organismes de la Generalitat, com la Direcció General de Salut Pública. Així mateix, seria convenient establir espais de trobada i comunicació conjunta de tots els agents que en l'àmbit local s'ocupen de la salut juvenil (taules comarcals de salut o entitats similars), uns espais que permetessin coordinar en una mateixa població i territori les intervencions d'escoles, ajuntaments, CAP, entitats socioculturals i del tercer sector, AMPA, associacions de joves, etc.

Des del punt de vista institucional, és clau promoure una actuació més interdepartamental dels diferents organismes de la Generalitat que tracten qüestions de salut i joves. Tot i que ja s'ha avançat bastant en aquesta direcció, caldria intensificar el treball d'una comissió interdepartamental on tinguessin cabuda tots els projectes de promoció de la salut, tant els adreçats a promoure estils de vida saludables (campanyes informatives, tallers formatius, etc.) com els dirigits a generar entorns saludables (polítiques laborals, educatives, urbanístiques, d'usos del temps, Llei de barris, etc.).

d) Els continguts de les polítiques existents es basen sobretot en accions informatives i formatives, mentre que les intervencions transformadores de l'entorn tenen un abast molt més limitat, motiu pel qual caldria potenciar aquestes darreres sense deixar de fer les primeres

En relació amb el seu contingut, les polítiques de prevenció i promoció de la salut juvenil haurien de tenir dos objectius principals:

- Ajudar a elaborar missatges, reflexions i informacions sobre comportaments i actituds saludables, que puguin servir de punt de referència als joves (i a tota la població) i donar lloc a un aprenentatge continuat. Aquests missatges haurien de partir de l'aportació d'experts en la matèria, però també poden ser elaborats pels joves mateixos (tallers participatius, etc.). El paper de les institucions hauria de consistir principalment a donar suport i orientació, així com a garantir la continuïtat de les iniciatives i dotar-les d'infraestructures per fer circular els discursos. Aquests missatges i discursos haurien de ser presents en l'entorn dels joves, sobretot en els àmbits escolars i d'oci, de manera que constituïssin una mena de "soroll de fons" que contribuís a definir la "normalitat" desitjable.
- Actuar sobre l'entorn dels joves per tal d'afavorir les opcions més saludables, tant pel que fa a comportaments de risc (alimentació, exercici físic, sexualitat, consums, etc.) com a condicions de vida i de treball (riscos laborals, conciliació, suport social, integració en la vida social, possibilitats de participar en la vida associativa, infraestructures de barri, etc.). Les intervencions transformadores de l'entorn s'haurien de dur a terme sense disminuir les anteriors (formatives i informatives). Es recomana facilitar espais i temps

saludables aprofitant les iniciatives dels joves mateixos (per exemple, fomentar l'esport, la música, les activitats que ja facin i organitzin els joves) i donar suport a l'expressió de tot un seguit d'actituds saludables que els joves manifesten amb més mesura que la resta de la població. Cal tenir en compte que a la pràctica no és gens fàcil articular aquest suport de manera efectiva, ja que la institució promotora sempre connotarà certs trets d'autoritat (el "poder" contra el qual rebel·lar-se), per això és molt important trobar fórmules per potenciar iniciatives que ja duuguin a terme els joves.

e) No tothom pot comunicar-ho tot, una institució no pot dur a terme totes les polítiques, de manera que caldria trobar fórmules per implicar els joves en el disseny i l'aplicació de certes intervencions

Les polítiques de salut per a joves, en particular les adreçades a una part de l'adolescència tardana –i, en la societat actual, pràcticament fins als 25 anys– ensopeguen amb una paradoxa difícil de gestionar. En funció de la subcultura juvenil de la qual es formi part –cosa relativament aleatòria, segons el grup d'iguals que la persona jove tingui al seu voltant–, les institucions públiques i les famílies poden ser percebudes com l'autoritat de què cal distanciar-se simbòlicament per poder construir-se una identitat personal i grupal en el trànsit cap al món adult. És un distanciament temporal, que sol durar el temps suficient per bastir-se com a persona autònoma –un temps que pot variar molt d'uns joves a uns altres–. Aquest fenomen dificulta l'emissió de missatges preventius per part de les institucions, les quals, facin el que facin, queden inevitablement connotades com l'autoritat a rebatre, per dir-ho sense matisos. Malgrat això, no poden renunciar al seu paper d'autoritat per almenys dos motius: d'una banda, els joves necessiten aquest punt de referència respecte al qual distanciar-se per poder construir-se de nou; de l'altra, tot i que els missatges de les institucions solen ser rebutjats o negats per molts joves, sembla clar que en el fons els serveixen de marc de referència en la seva exploració més o menys arriscada del medi. D'aquí ve la paradoxa: les institucions han de fer unes accions que molts joves prefereixen ignorar i, al mateix temps, els joves no poden fer explícit el profit que en treuen. Per això caldria cercar fórmules imaginatives per dissenyar i aplicar aquestes polítiques, si fos possible aprofitant les interaccions dels grups d'iguals i fomentant que els joves mateixos s'organitzin i facin reflexions col·lectives. No ser conscient d'aquesta paradoxa afavoreix, amb freqüència, el sacrifici de moltes de les polítiques de salut i joventut que "cauen" de l'agenda política davant altres prioritats més visibles o mediàtiques.

f) Les polítiques i les intervencions no sempre arriben als joves que més ho necessiten, per això caldria dedicar recursos a l'atenció de grups particulars o, fins i tot, a acompanyaments personalitzats

Totes les intervencions haurien d'intentar ser accessibles a tots els grups socials. Actualment, els destinataris de bona part de les polítiques acostumen a ser joves amb pocs comportaments de risc i que viuen en un entorn social, laboral i urbà relativament saludable. Per tant, caldria procurar arribar als grups de joves més exclosos de les polítiques públiques, que normalment són els d'un estatus més baix i amb unes circumstàncies socials i personals més adverses, i també als que en aquest estudi hem classificat com a "grup C", caracteritzats per pràctiques de risc elevades (consums) i un estat de salut més dolent, que probablement necessitarien un acompanyament personalitzat per poder finalitzar la seva transició sense patir danys irreversibles en la seva salut física, psíquica i/o social. Tot això s'hauria de fer sense renunciar a les polítiques destinades a tota la joventut en general.

g) És necessari dotar-se dels instruments de recopilació de dades i anàlisi per fer visible la realitat social de la població jove catalana

La darrera recomanació gira al voltant de la necessitat de mantenir un sistema de monitoratge de la salut juvenil, els seus determinants i les seves conseqüències. En aquest sentit, les fonts estadístiques que hi ha actualment proporcionen una informació bastant detallada dels vectors i variables principals que caracteritzen la salut juvenil. El Sistema d'indicadors sobre la joventut a Catalunya elaborat per l'Observatori Català de la Joventut, basat en una sèrie de registres estadístics de diverses institucions i àmbits, és força complet i té l'avantatge d'oferir les dades segmentades segons la variable *edat* i de manera pertinent per als estudis sobre joventut, cosa que no sempre passa amb altres fonts de dades rellevants (com l'Idescat o l'INE). D'altra banda, l'ESCA és una base de dades sobre salut juvenil molt bona, amb un nivell de representativitat elevat en moltes de les variables clau (sexe, edat, territori, etc.) i que presenta una quantitat important de variables, encara que s'hi podria incloure més informació d'àmbits com l'alimentació dels joves, la salut afectiva, la salut sexual i reproductiva, i les socioaddiccions.

Bibliografia

- Abel, T.; Walter, E.; Niemann, S.; Weitkunat, R. (1999). "The Berne-Munich Lifestyle Panel", a *Sozialund Prdi-ventivmedizin*, núm. 44, pp. 91-106.
- Adler, N. E.; Ostrove J. M. (1999). "Socioeconomic Status and Health: What We Know and What We Don't", a *Annals of the New York Academy of Sciences*, núm. 896, pp. 3-15.
- Alonso, L. E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología*. Madrid, Fundamentos.
- Alonso, L. E.; Callejo, J. (1999). "El análisis del discurso: del postmodernismo a las razones pràcticas", a *REIS*, núm. 88, pp. 37-74.
- Babor, T.; Caetano, R.; Casswell, S.; Edwards, G.; Giesbrecht, N.; Graham, K.; Grube, J.; Gruenewald, P.; Hill, L.; Holder, H.; Homel, R.; Österberg, E.; Rehm, J.; Room, R.; Rossow, I. (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity*, Oxford, Oxford University Press.
- Backett, K. C.; Davison, C. (1995). "Lifecourse and Lifestyle: The Social and Cultural Location of Health Behaviours", a *Social Science and Medicine*, núm. 40, pp. 629-638.
- Beck, U. (1992). *Risk Society. Towards a New Modernity*, Londres, Sage [1986].
- Beck, U. (1996). "Teoría de la sociedad del riesgo", a J. Beriain (ed.). *Las consecuencias perversas de la modernidad*, Barcelona, Anthropos, pp. 201-222.
- Blanes, A.; Spijker, J. J. A. (2005). "La quarta fase de la transició epidemiològica a Catalunya", comunicació presentada a les *II Jornades de població. La població a Catalunya*, 9-11 de febrer, Bellaterra/Barcelona, Espanya.
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. Londres, Routledge.
- Borrell, C.; Benach, J. (2002). *Les desigualtats socials en salut a Catalunya. Informe del CAPS*, Barcelona, Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris i Fundació Jaume Bofill.
- Bourdieu, P. (1988). *La distinción: criterios y bases sociales del gusto*, Madrid, Taurus.
- Brener, N. D. et al. (2007). "Youth Risk Behavior Surveillance – Selected Steps Communities, 2005", a *Morbidity and Mortality Weekly Report CDC Surveillance Summaries*, núm. 56(2), pp. 1-16.
- Browning, C.; Cagney, K. A. (2002). "Neighborhood Structural Disadvantage, Collective Efficacy, and Self-Rated Physical Health in an Urban Setting", a *Journal of Health and Social Behavior*, núm. 43, pp. 383-399.
- Buckingham, D. (2000). *After the Death of Childhood*, Cambridge, Polity Press.
- Cachón, L. (dir.) (2000). *Juventudes y empleos: Perspectivas comparadas*, Madrid, Injuve.
- Casal, J.; Garcia, M.; Merino, R.; Quesada, M. (2004). *Enquesta als joves de Catalunya 2002*, Barcelona, Secretaria General de Joventut, Departament de la Presidència de la Generalitat de Catalunya.
- Castillo, J. J. (2008). *La soledad del trabajador globalizado*, Madrid, La Catarata.
- CSDH (Commissió de Determinants Socials de la Salut) (2007). *Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes*, Ginebra, OMS.
- CSDH (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*, Ginebra, OMS.

Cockerham, W. C. (2000a). "The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyles", a C. Bird; P. Conrad; M. A. Fremont (eds.). *Handbook of Medical Sociology, 5th ed.*, Nova Jersey, Prentice Hall, pp. 159-172.

Cockerham, W. C. (2000b). "Health Lifestyles in Russia", a *Social Science and Medicine*, núm. 51, pp. 1313-1324.

Cockerham, W. C. (2005). "Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure", a *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46, núm. 1, pp. 51-67.

Comissió de les Comunitats Europees (1996). *Directrices para la evaluación de riesgos en el lugar de trabajo*, Luxemburg, Oficina de Publicacions Oficials de les Comunitats Europees.

Comissió de les Comunitats Europees (2005). *Libro verde: Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*, Brussel·les, Comissió de les Comunitats Europees.

Crespo, C. J. et al. (1999). "Prevalence of Physical Inactivity and its Relation to Social Class in U.S. Adults: Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994", a *Medicine and Science in Sports and Exercise*, núm. 21, pp. 1821-1827.

CTESC (2008). *Memòria socioeconòmica i laboral de Catalunya 2008*. Barcelona, CTESC [en línia: <http://www.ctescat.cat/memoria2008/web/index1ns.html>].

Currie C. et al. (1997). "Indicators of Socioeconomic Status for Adolescents: the WHO Health Behaviour in School-Aged Children Survey", a *Health Education Research*, núm. 12(3), pp. 385-397.

Currie C. et al. (2008). "Researching Health Inequalities in Adolescents: The Development of the HBSC Family Affluence Scale", a *Social Science and Medicine*, núm. 66(6), pp. 1429-1436.

Currie C. et al. (eds.) (2000). "Health and Health Behaviour among Young People", a *WHO Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents*, Copenhagen, núm. 1, Oficina Regional per a Europa de l'OMS.

Currie C. et al. (eds.) (2004). "Young People's Health in Context: International Report from the HBSC 2001/2002 Survey", a *WHO Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents*, Copenhagen, núm. 4, Oficina Regional per a Europa de l'OMS.

Currie, C. et al. (eds.) (2008). *Inequalities in Young People's Health. HBSC International Report from the 2005-06 Survey*, Copenhagen, Oficina Regional per a Europa de l'OMS.

Dalton, M. et al. (2003). "Effect of Viewing Smoking in Movies on Adolescent Smoking Initiation: A Cohort Study", a *The Lancet*, núm. 362(9380), pp. 281-285.

DeCicca, P.; Kenkel, D.; Mathios, A. (2002). "Putting Out the Fires: Will Higher Taxes Reduce the Onset of Youth Smoking?", a *Journal of Political Economy*, núm. 110, pp. 144-69.

Denton, M.; Walters, V. (1999). "Gender Differences in Structural and Behavioral Determinants of Health: An Analysis of the Social Production of Health", a *Social Science and Medicine*, núm. 48, pp. 1221-1235.

Departament de Salut (2006). *Pla director de salut mental i addiccions*, Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Departament de Salut (2008). *Llibre blanc de la prevenció a Catalunya: Consum de drogues i problemes associats*, Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Departament de Salut (2009). *Els catalans parlen de la seva salut*, Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Departament de Salut (2010). *Productes i serveis del programa "Salut als Barris"*, Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Direcció General de Comunicació del Govern (2009). *Acord de mesures per a l'ocupació juvenil a Catalunya*, Barcelona, Departament de la Presidència de la Generalitat de Catalunya.

Distefan, J.; Pierce, J.; Gilpin, E. (2004). "Do Favorite Movie Stars Influence Adolescent Smoking Initiation?", a *American Journal of Public Health*, núm. 94(7), pp. 1239-1244.

Domingo, A.; Marcos, J. (1989). "Propuesta de un indicador de clase social basado en la ocupación", a *Gaceta sanitaria*, núm. 3, pp. 320-326.

Domínguez, M.; López Roldán, P. (1996). "La construcció de tipologies: procés i tècniques d'anàlisi de dades", a *Papers. Revista de sociologia*, núm. 48, pp. 31-39.

Durán, F. (coord.) (2001). *Informe sobre riesgos laborales y su prevención. La seguridad y la salud en el trabajo en España*, Madrid, Presidencia del Gobierno.

Dwyer, J. H. et al. (1988). "Low Level Cigarette Smoking and Longitudinal Change in Serum Cholesterol among Adolescents", a *Journal of the American Medical Association*, núm. 259, pp. 2857-2862.

Escamilla, G.; Craddock, A.; Kawachi, I. (2000). "Women and Smoking in Hollywood Movies: A Content Analysis", a *American Journal of Public Health*, núm. 90(3), pp. 412-414.

Espluga, J. (2001). "Atur juvenil, salut i exclusió social", a *Revista catalana de sociologia*, núm. 15, pp. 41-67.

Espluga, J. (2004). "Conflictes socioambientals i estudi de la percepció social del risc", a *Papers. Revista de sociologia*, núm. 72, pp. 145-162.

Espluga, J. (2006). "Siniestralidad laboral y sociedad del riesgo. Paradojas de un desencuentro", a *Sociología del trabajo*, núm. 58, pp. 137-158.

Espluga, J.; Baltiérrez, J.; Lemkow, L. (2001). "Empirical Analysis of the Risk of Social Exclusion of Long-term Unemployed Young People in Spain", a Kieselbach, T. (ed.). *Living on the Edge. Long-term Unemployed Youths in Europe: A Qualitative Analysis on the Risk of Social Exclusion in Six European Countries*, Opladen, Leske+Budrich, pp. 247-283.

Espluga, J.; Baltiérrez, J.; Lemkow, L. (2004a). "Relaciones entre la salud, el desempleo de larga duración y la exclusión social de los jóvenes en España", a *Revista de trabajo social*, núm. 17, pp. 45-62.

Espluga, J.; Lemkow, L.; Baltiérrez, J.; Kieselbach, T. (2004b). *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.

Falkin, G. P.; Fryer, C. S.; Mahadeo, M. (2007). "Smoking Cessation and Stress Among Teenagers", a *Qualitative Health Research*, núm. 17(6), pp. 812-823.

Franz, G. A. (2008). "Price Effects on the Smoking Behaviour of Adult Age Groups", a *Public Health*, núm. 122, pp. 1343-1348.

Glantz, S.; Kacirk, K.; McCulloch, C. (2004). "Back to the Future: Smoking in Movies in 2002 Compared with 1950 Levels", a *American Journal of Public Health*, núm. 94(2), pp. 261-263.

Goldberg, D. P.; Cooper, B.; Eastwood, M. R.; Kedwart, H. B.; Shepherd, M. (1970). "A Standardized Psychiatric Interview for Use in Community Surveys", a *British Journal of Preventive and Social Medicine*, núm. 24, pp. 18-23.

Gordo López, A. (2008). "¿Jóvenes en peligro o peligrosos? Alarmas y tecnologías sociales del 'desarrollo' y gobierno digital", a *Revista de estudios de juventud*, núm. 82, pp. 103-114.

Gordo López, A.; Megías, I. (2006). *Jóvenes y cultura Messenger. Tecnologías de la información y la comunicación en la sociedad interactiva*, Madrid, Injuve/FAD.

Gracia Arnaiz, M. (dir.) (2007). *Els trastorns alimentaris a Catalunya. Una aproximació antropològica*, Barcelona, Secretaria de Joventut de la Generalitat de Catalunya.

Gruber, J. (2000). "Youth Smoking in the U.S.: Prices and Policies", a *National Bureau of Economic Research*, núm. 7506.

Grzywacz, J. G.; Marks, N. F. (2001). "Social Inequalities and Exercise during Adulthood: Toward an Ecological Perspective", a *Journal of Health and Social Behavior*, núm. 42, pp. 202-220.

Harford T. C.; Wechsler, H.; Seibring, M. (2002). "Attendance and Alcohol Use at Parties and Bars in College: A National Survey of Current Drinkers", a *Journal Studies Alcohol*, núm. 63, pp. 726-733.

Harris, J.; Chan, S. (1999). "The Continuum of Addiction: Cigarette Smoking in Relation to Price among Americans Aged 15-29", a *Health Economics*, núm. 8, pp. 81-66.

Hingson, R.; Heeren, T.; Winter, M.; Wechsler, H. (2004). "Magnitude of Alcohol-related Mortality and Morbidity among U.S. College Students Aged 18-24: Changes from 1998 to 2001", a *Annual Review of Public Health*, núm. 26, pp. 259-279.

Humbert, M. L. *et al.* (2006). "Factors that Influence Physical Activity Participation among High- and Low-SES Youth", a *Qualitative Health Research*, núm. 16(4), pp. 467-483.

Jarvis, M. J.; Wardle, J. (1999). "Social Patterning of Individual Health Behaviours: The Case of Cigarette Smoking", a M. Marmot; R. G. Wilkinson (eds.). *Social Determinants of Health*, Oxford, Oxford University Press.

Jernigan, D.; O'Hara, J. (2004). "Alcohol Advertising and Promotion," a R. Bonnie; M. O'Connell (eds.). *Reducing Underage Drinking: A Collective Responsibility*, Washington, National Academies Press, pp. 625-653.

Jernigan, D. H.; Ostroff, J.; Ross, C. (2005). "Alcohol Advertising and Youth: A Measured Approach". a *Journal of Public Health Policy*, núm. 26, pp. 312-325.

Jetté, S.; Wilson, B.; Sparks, R. (2007). "Female Youths' Perceptions of Smoking in Popular Films", a *Qualitative Health Research*, núm. 17(3), pp. 323-339.

Johnston, L. D. *et al.* (2004). *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2003*, Bethesda, National Institute on Drug Abuse.

Jones, A.; Forster, M. (2001). "The Role of Taxes in Starting and Quitting Smoking: Duration Analysis of British Data", a *Journal of the Royal Statistical Society*, núm. 164, pp. 517-547.

Karam E.; Kypri, K.; Salamoun, M. (2007). "Alcohol Use Among College Students: An International Perspective", a *Current Opinion Psychiatry*, núm. 20, pp. 213-221.

Kassel, J. D.; Stroud, L. R.; Paronis, C. A. (2003). "Smoking, Stress, and Negative Affect: Correlation, Causation, and Context across Stages of Smoking", a *Psychological Bulletin*, núm. 129(2), pp. 270-304.

Keanle, J.; French, S. (2008). "Mapping Alcohol: Health, Policy and the Geographies of Problem Drinking in Britain", a *Drugs: Education, Prevention and Policy*, núm. 15(3), pp. 233-249.

Kelly, M. *et al.* (2006). *The Social Determinants of Health: Developing an Evidence Base for Political Action. Final Report to the WHO Commission on the Social Determinants of Health*, Londres, Universidad del Desarrollo/ NICE.

Kelly, M. P.; Bonnefoy, J. (2007). *The Social Determinants of Health: Developing an Evidence Base for Political Action*, Ginebra, OMS.

- King, A. et al. (1996). "The Health of Youth: A Cross-national Survey", a *WHO Regional Publications. European Series*, núm. 69, Copenhague, Oficina Regional per a Europa de l'OMS.
- Kolip, P.; Schmidt, B. (1999). "Gender and Health in Adolescence", a *WHO Policy Series: Health Policy for Children and Adolescents*, Copenhague, Oficina Regional per a Europa de l'OMS.
- Krauth, B. V. (2005). "Peer Effects and Selection Effects on Smoking among Canadian Youth", a *The Canadian Journal of Economics*, núm. 38(3), pp. 735-757.
- Lemkow, L.; Espluga, J. (2000). "Youth Unemployment and Health in Spain", a T. Kieselbach (ed.). *Youth Unemployment and Health. A Comparison of Six European Countries*, Opladen, Leske+Budrich, pp. 175-206.
- López Roldán, P. (1996). "La construcción de tipologías: metodología de análisis", *Papers. Revista de sociologia*, núm. 48, pp. 9-29.
- Lowry, R. et al. (1996). "The Effect of Socioeconomic Status on Chronic Disease Risk Behaviors among US Adolescents", a *Journal of the American Medical Association*, núm. 276(10), pp. 792-797.
- Marmot, M. G. (1999). "Epidemiology of Socioeconomic Status and Health: Are Determinants within Countries the Same as between Countries?", a *Annals of the New York Academy of Sciences*, núm. 896, pp. 16-29.
- Marmot, M. G. et al. (1997). "Social Inequalities in Health: Next Questions and Converging Evidence", a *Social Science and Medicine*, núm. 44, pp. 901-910.
- Martín Criado, E. (1998). *Producir la juventud*, Madrid, Itsmo.
- Martínez, A.; Muñoz, A. (2008). "Ratllats, burxats, xofs i deprimits. Com els adolescents perceben el malestar i actuen davant l'adversitat", a *III Informe CIIMU – Volum 1. Malestars*, Barcelona, Institut d'Infància i Món Urbà, pp. 369-370.
- Martínez, R. (2002). "Ilusión y reflexividad en el campo de juego de las políticas de juventud en España", *Revista de estudios de juventud*, núm. 59, pp. 1-10.
- Martínez, R. (2003). *Cultura juvenil i gènere*, Barcelona, Secretaria General de Joventut.
- Martínez, R. (2007). *Taste in Music as a Cultural Production. Young People, Musical Geographies and the Imbrication of Social Hierarchies in Birmingham and Barcelona*, Bellaterra, Departament de Sociologia de la UAB [tesi doctoral].
- McCreanor, T. et al. (2005). "Youth Identity Formation and Contemporary Alcohol Marketing", a *Critical Public Health*, núm. 15(3), pp. 251-262.
- McKelvie, K. J.; Khan, K. M.; McKay, H. A. (2002). "Is There a Critical Period for Bone Response to Weight Bearing Exercise in Children and Adolescents? A Systematic Review", a *British Journal of Sports Medicine*, núm. 36, pp. 250-257.
- Megías Quirós, I. (2008). "El concepto de 'normalidad' en el contexto de los riesgos asociados a los y las jóvenes y la gestión de oportunidades", *Revista de estudios de juventud*, núm. 82, pp. 47-66.
- Méndez Gago, S. (2008). "Las perversiones de la 'amenaza del riesgo'", *Revista de estudios de juventud*, núm. 82, pp. 31-46.
- Menéndez, E. L. (2002). *La parte negada de la cultura*, Barcelona, Bellaterra.
- Miret, P.; Salvadó, A.; Serracant, P.; Soler, R. (2008). *Enquesta a la joventut de Catalunya 2007. Una anàlisi de les transicions educatives, laborals, domiciliars i familiars*. Barcelona, Secretaria de Joventut, Departament d'Acció Social i Ciutadania de la Generalitat de Catalunya.

Mulatu, M. S.; Scooler, C. (2002). "Causal Connections between Socio-Economic Status and Health: Reciprocal Effects and Mediating Mechanisms", a *Journal of Health and Social Behavior*, núm. 43(1), pp. 22-41.

Nacions Unides (1998). *Women and Health. Mainstreaming the Gender Perspective into the Health Sector. Report of an Expert Group*, Nova York, Nacions Unides.

Nebot, M.; Tomás, Z.; Ariza, C.; Valmayor, S.; Mudde, A. (2002). "Factores asociados con la intención de fumar y el inicio del hábito tabáquico en escolares: Resultados del estudio ESFA en Barcelona", a *Gaceta sanitaria*, núm. 16(2), pp. 131-138.

Observatori del Tercer Sector; QUIT (2006). *La realitat juvenil a Catalunya*, Barcelona, Secretaria General de Joventut, Departament de la Presidència de la Generalitat de Catalunya.

Oliver S.; Peersman G. (2001). *Using Research for Effective Health Promotion*, Buckingham, Open University Press.

OMS (1948). *Constitution of the World Health Organization*, Nova York, OMS.

OMS (1998). *Glosario de promoción de la salud*, Ginebra, OMS.

OMS (2001). *Strengthening Mental Health Promotion*. Ginebra, OMS [Nota descriptiva núm. 220].

OMS (2002). "Definición y evaluación de los riesgos para la salud", a *Informe sobre la salud en el mundo, 2002* [en línia]. OMS <<http://www.who.int/whr/2002/en/Chapter2S.pdf>> [Consultat el 20 d'octubre de 2009].

Pallarés, J.; Díaz, A.; Barruti, M. (2007). *Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil de Catalunya: Metodologia i informe evolutiu 1999-2005*, Barcelona, Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Pallarés, J.; Barruti, M.; Espluga, J.; Martínez Oró, D. P.; Canales, G. (2008). *Observatori de nous consums de drogues en l'àmbit juvenil. Informe 2007*, Barcelona, Fundació Institut Genus.

Pallarés, J.; Martínez Oró, D. P. (2009). *Entre rayas. La mirada adolescente hacia la cocaína*, Lleida, Milenio.

Patón, J. M. (2005). *Joves adults i polítiques de joventut a Europa*, Barcelona, Secretaria General de Joventut, Departament de la Presidència de la Generalitat de Catalunya.

Pérez Díaz J.; Spijker J. J. A. et al. (2005). *Cambios generacionales de la salud en España*, Madrid, IM-SERSO.

Pust, S.; Mohnen, S. M.; Schneider, S. (2008). "Individual and Social Environment Influences on Smoking in Children and Adolescents", a *Public Health*, núm. 122, pp. 1324-1330.

Puy, A. (1995). *Percepción social de los riesgos*, Madrid, Mapfre.

Robert, S. A.; House, J. S. (2000). "Socioeconomic Inequalities in Health: Integrating Individual-, Community-, and Societal-level Theory and Research", a G. L. Albrecht; R. Fitzpatrick; S. C. Scrimshaw (eds.). *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*, Londres, Sage, pp. 115-135.

Rodríguez, J. A. (1987). *Salud y sociedad*, Madrid, Tecnos.

Rodríguez, J. A. (1995). *Psicología social de la salud*, Madrid, Síntesis.

Rodríguez San Julián, E. (2008). "Riesgo y sociedad. Revisando las aproximaciones al riesgo (cuando hablamos de juventud)", *Revista de estudios de juventud*, núm. 82, pp. 13-30.

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.

Roos, E.; Lahelma, E.; Virtanen, M.; Prätälä, R.; Pietinen, P. (1998). "Gender, Socioeconomic Status and Family Status as Determinants of Food Behaviour", a *Social Science and Medicine*, núm. 46, pp. 1519-1529.

Roos, E.; Bird, C. E. (1994). "Sex Stratification and Health Lifestyle: Consequences for Men's and Women's Perceived Health", a *Journal of Health and Social Behavior*, núm. 35, pp. 161-178.

Salvadó, A.; Serracant, P. (2003). "For ever young. Vulnerabilitat social juvenil o vulnerabilitat social generacional?", ponència presentada al Quart Congrés Català de Sociologia [en línia: <http://www20.gencat.cat/docs/Joventut/Documents/Arxiu/salvado%20serracant.PDF>].

Servei Català de Trànsit; DGT (2007). *Exposició al risc a la xarxa viària catalana*, Barcelona, Servei Català de Trànsit, Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació de la Generalitat de Catalunya.

Servei Català de Trànsit (2009). *Anuari estadístic d'accidents de trànsit de Catalunya*, Barcelona, Servei Català de Trànsit, Departament d'Interior, Relacions Institucionals i Participació de la Generalitat de Catalunya.

Sharma, B. (2008). "Road Traffic Injuries: A Major Global Public Health Crisis", a *Public Health*, núm. 122(12), pp. 1399-1406.

Shepherd, J. et al. (2006). "Young People and Healthy Eating: A Systematic Review of Research on Barriers and Facilitators", a *Health Education Research. Theory and Practice*, núm. 21(2), pp. 239-257.

Snead, M. C.; Cockerham, W. C. (2002). "Health Lifestyles and Social Class in the Deep South", a *Research in the Sociology of Health Care*, núm. 20, pp. 107-122.

Spence, J. C.; Lee, R. E. (2003). "Toward a Comprehensive Model of Physical Activity", a *Psychology of Sport and Exercise*, núm. 4, pp. 7-24.

Stanton, W. R.; Gillespie, A. M.; Lowe, J. B. (1995). "Reviewing the Needs of Unemployed Youth in Smoking Intervention Programmes", a *Drug and Alcohol Review*, núm. 14(1), pp. 100-108.

Strauss, A. L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*, Cambridge, Cambridge University Press.

Subirats, J. (2007). "Els miratges de la certesa. Polítiques d'intervenció en el territori i processos democràtics", a A. Tarroja; M. Castañer; M. Marcadé (coords.). *Anuari territorial de Catalunya 2006*, Barcelona, Societat Catalana d'Ordenació del Territori.

Subirats, J.; Knoepfel, P.; Larrue, C.; Varone, F. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*, Barcelona, Ariel.

Tauras, J.; Chaloupka, F. (1999). "Determinants of Smoking Cessation: An Analysis of Young Adult Men and Women", a *National Bureau of Economic Research*, núm. 7262.

Tauras, J.; O'Malley, P.; Johnston, L. (2001). "Effects of Price and Access Laws on Teenage Smoking Initiation: A National Longitudinal Analysis", a *National Bureau of Economic Research*, núm. 8331.

Taylor, J. P.; Evers, S.; McKenna, M. (2005). "Determinants of Healthy Eating in Children and Youth", a *Canadian Journal of Public Health*, núm. 93(3), pp. 203-229.

Thompson, A. M.; Humbert, M. L.; Mirwald, R. L. (2003). "A Longitudinal Study of the Impact of Childhood and Adolescent Physical Activity Experiences on Adult Physical Activity Perceptions and Behaviours", a *Qualitative Health Research*, núm. 13, pp. 358-377.

Toroyan, T.; Peden, M. (eds.) (2007). *Youth and Road Safety*, Ginebra, OMS.

Treno, A. J.; Grube, J. W.; Martin, S. E. (2003). "Alcohol Availability as a Predictor of Youth Drinking and Driving: A Hierarchical Analysis of Survey and Archival Data", a *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, núm. 27(5), pp. 835-840.

Verd, J. M.; López Roldán, P. (2008). "La eficiencia teórica y metodológica de los diseños multimétodo", a *EMPIRIA. Revista de metodología de ciencias sociales*, núm. 16, pp. 13-42.

Vogel, L. (2006). "Health at Work in the 'Contingent' Generation", a *Young Workers: Health at Risk! Special Report. HESA Newsletter*, núm. 30-31, pp. 14-24.

Wickrama, K. A. S. *et al.* (1999). "The Intergenerational Transmission of Health-Risk Behaviors: Adolescent Lifestyles and Gender Moderating Effects", a *Journal of Health and Social Behavior*, núm. 40, pp. 258-272.

Wilkinson, R.; Marmot, M. (eds.) (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, Copenhaguen, Oficina Regional per a Europa de l'OMS.

Woodward, M. *et al.* (2003). "Contribution of Contemporaneous Risk Factors to Social Inequality in Coronary Heart Disease and All Causes Mortality", a *Preventive Medicine*, núm. 36(5), pp. 561-568.

Wynne, B. (1996). "May the Sheep Safely Graze? A Reflexive View of the Expert-Lay Knowledge Divide", a S. Lash; B. Szerszynski; B. Wynne. *Risk, Environment and Modernity*, Londres, Sage, pp. 44-83.

Annex I: Codificació i taules de freqüències de les variables independents

Per a l'anàlisi bivariada de l'ESCA 2002 i 2006 s'han utilitzat les variables independents següents, amb la categorització que s'indica en aquesta taula.

Taula 70. Variables independents, categorització i pregunta corresponent al qüestionari de l'ESCA 2006

Variables individuals	Codificació realitzada	Pregunta del qüestionari de l'ESCA 2006
Sexe	Home Dona	p. 1
Grup d'edat	15-19 anys 20-24 anys 25-29 anys	p. 2 p. 3
Nivell d'estudis finalitzats	Inferiors a obligatoris Obligatoris Secundaris postobligatoris Universitaris	p. 24
Activitat principal*	Treballa Estudia A l'atur Feines de la llar Altres, inactiu	p. 25
Amb qui viu	Sol Amb la família d'origen Amb la parella Amb la parella i fills Amb amics Altres	p. 4 p. 5
Lloc de naixement	A Catalunya A la resta d'Espanya Fora de l'Estat espanyol	p. 21
Variables familiars**		
Classe social*** - categoria socioeconòmica (de la persona principal)	Classe I Classe II Classe III Classe IVa Classe IVb Classe V	Ja codificada d'aquesta manera a la base de dades
Variables territorials		
Àmbit territorial	Àmbit Metropolità Àmbit de Ponent Alt Pirineu i Aran Camp de Tarragona Comarques Centrals Comarques Gironines Terres de l'Ebre	"rsn" de la base de dades, recodificada
Mida del municipi	Fins a 2.000 habitants De 2.001 a 10.000 habitants De 10.001 a 50.000 habitants Més de 50.000 habitants	Variable estrat de la base de dades

Font: Elaboració pròpia.

* Quant a l'**activitat principal** de la unitat mostral, no es pot codificar la categoria "estudia i treballa" perquè el qüestionari de l'ESCA no la tenia en compte –dada que probablement seria molt necessària per a la població jove.

** Respecte a les variables familiars, no es pot saber el **lloc de naixement** dels pares –com a indicador de família immigrant– perquè no hi ha cap pregunta en aquest sentit al qüestionari de l'ESCA. Només es pot conèixer el lloc de naixement de la unitat mostral.

*** Per determinar la variable **classe social** s'ha utilitzat la proposta del grup de treball de la Societat Espanyola d'Epidemiologia, que codifica l'ocupació segons la Classificació catalana d'ocupacions de l'any 1994 i que es basa en la classificació de Domingo i Marcos (1989). Per incloure cada persona entrevistada en una de les categories següents s'ha tingut en compte la pregunta sobre l'ocupació actual o anterior de la persona de referència de la llar, complementada amb la informació sobre l'activitat de l'empresa i la situació laboral, tal com s'havia fet en les anteriors edicions de l'ESCA. La categorització resultant és aquesta:

- Grup I: directius de l'Administració pública i empreses de 10 o més assalariats. Professions associades a titulacions de segon i tercer cycle universitari.
- Grup II: directius d'empreses de menys de 10 assalariats. Professions associades a titulacions de primer cycle universitari. Tècnics i professionals de suport. Artistes i esportistes.
- Grup III:
 - IIIa: personal administratiu i professionals de suport a la gestió administrativa i financera. Treballadors de serveis personals i de seguretat.
 - IIIb: treballadors per compte propi.
 - IIIc: supervisors de treballadors manuals.
- Grup IVa: treballadors manuals qualificats.
- Grup IVb: treballadors manuals semiqualicats.
- Grup V: treballadors no qualificats.

Taules de freqüències de les variables independents dels joves de 15-29 anys. ESCA 2006

Taula 71. Sexe de la persona enquestada en la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006

Sexe	Freqüència	Percentatge
Home	1.923	53
Dona	1.722	47
Total	3.646	100

Font: Elaboració pròpia a partir de l'ESCA 2006.

Taula 72. Grups d'edat joves en la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006

Edat	Freqüència	Percentatge
De 15 a 19 anys	890	24
De 20 a 24 anys	1.159	32
De 25 a 29 anys	1.597	44
Total	3.646	100

Font: Elaboració pròpia a partir de l'ESCA 2006.

Taula 73. Nivell d'estudis finalitzats en la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006

Nivell d'estudis	Freqüència	Percentatge
Inferiors a obligatoris	491	13
Obligatoris	1.027	28
Secundaris postobligatoris	1.514	42
Universitaris	611	17
Altres	2	0
Total	3.646	100

Font: Elaboració pròpia a partir de l'ESCA 2006.

Taula 74. Activitat principal en la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006

Activitat principal	Freqüència	Percentatge
Treballa	2.289	63
Estudia	1.032	28
A l'atur	206	5
Feines de la llar	93	3
Altres	26	1
Total	3.646	100

Font: Elaboració pròpia a partir de l'ESCA 2006.

Taula 75. Amb qui viu la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006

Amb qui viu	Freqüència	Percentatge
Sol	101	3
Amb la família d'origen (inclou família directa, altres familiars i altres no familiars que resideixen al domicili)	2.824	77
Amb la parella	396	11
Amb la parella i fills (o amb fills)	253	7
Amb amics	71	2
Total	3.646	100

Font: Elaboració pròpia a partir de l'ESCA 2006.

Taula 76. Lloc de naixement de la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006

Lloc de naixement	Freqüència	Percentatge
Catalunya	3.110	86
Resta d'Espanya	121	3
Fora d'Espanya	415	11
Total	3.646	100

Font: Elaboració pròpia a partir de l'ESCA 2006.

Taula 77. Estatus socioeconòmic de la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006

Estatus socioeconòmic	Freqüència	Percentatge
Grup I	382	10
Grup II	335	10
Grup III	1.104	30
Grup IVa	880	24
Grup IVb	483	13
Grup V	462	13
Total	3.646	100

Font: Elaboració pròpia a partir de l'ESCA 2006.

Taula 78. Àmbit territorial de residència de la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006

Àmbit territorial	Freqüència	Percentatge
Alt Pirineu i Aran	33	1
Lleida	176	5
Camp de Tarragona	286	8
Terres de l'Ebre	93	2
Catalunya central	252	7
Girona	358	10
Barcelona	2.449	67
Total	3.646	100

Font: Elaboració pròpia a partir de l'ESCA 2006.

Taula 79. Mida del municipi de residència de la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006

Mida del municipi	Freqüència	Percentatge
Menys de 10.000 habitants	683	19
Entre 10.001 i 50.000 habitants	852	23
Entre 50.001 i 100.000 habitants	578	16
Més de 100.000 habitants	1.533	42
Total	3.646	100

Font: Elaboració pròpia a partir de l'ESCA 2006.

Annex II: Guions de les entrevistes i dels grups de discussió

Mitjançant el treball qualitatiu s'ha intentat que s'establiessin converses fluïdes amb els joves i entre si, per tal que fossin ells mateixos els que introduïssin els temes que consideressin més rellevants, en l'ordre que preferissin i amb la mínima direcció possible de l'entrevistador o el moderador dels grups de discussió. Per a l'anàlisi s'ha considerat significatiu el fet que un tema sorgís espontàniament en la conversa o discussió, o bé que fos introduït per l'entrevistador o moderador. És per això que els guions d'entrevista són molt oberts i no inclouen gaires preguntes concretes, sinó que es tracta simplement d'una llista de temes que, d'acord amb el marc teòric i l'anàlisi quantitativa realitzada prèviament, se suposa que convindria abordar. Sigui com sigui, no s'han seguit tots els punts assenyalats en el guió en totes les entrevistes ni en tots els grups i, al mateix temps, habitualment han sorgit temes no previstos –tal com es buscava amb aquest disseny de recerca.

a) Guió de l'entrevista a professionals

Pregunteu per les opinions, les percepcions i les valoracions de la persona entrevistada sobre:

- Institució i posició de l'entrevistat en l'organigrama. Competències i àmbits a què es dedica.
- Polítiques de la institució relacionades amb els joves/amb la salut:
 - Tipus, objectius, durada, etc.
 - Col·lectius objecte d'intervenció. Motius de la selecció
 - Procediments per elaborar-les: experts, experiència, exigències ciutadanes, participació, etc.
 - Mitjans?
 - Hi ha avaluació?
- Intervencions o programes considerats més reeixits (i per què).
- Intervencions o programes a millorar (i per què).
- Coordinació entre administracions sectorials: Salut, Educació, Treball, etc.
- Coordinació entre administracions de diferents nivells administratiu: Ministeri, Generalitat, diputacions, consells comarcals, ajuntaments, etc.
- Percepció de l'evolució en el temps de les polítiques adreçades als joves/a la salut.
- Expectatives de futur.

b) Guió de les entrevistes a joves immigrants

Obtingueu dades bàsiques de la persona entrevistada (això es pot fer a l'inici o al final de l'entrevista, com vagi millor):

- Sexe
- Edat
- Nivell d'estudis
- Si treballa o no (en cas afirmatiu, de què)
- Amb qui viu
- Lloc de naixement/lloc de residència i quant temps fa que hi viu

Possible pregunta d'inici: "Recordes l'última vegada que has tingut un trastorn de salut? O quan vas anar per últim cop al metge o algun altre professional sanitari?" (Demaneu-li que ho expliqui.)

A partir d'aquí, indagueu en la seva salut (autopercepció):

- Com es troba actualment? (Està ara millor o pitjor que abans?)
- Ha tingut accidents? (A quin lloc i de quina manera?)
- Malalties agudes (refredats, infeccions, etc.)
- Malalties cròniques (al·lèrgies, mal d'esquena, etc.)
- Altres situacions que poden afectar la salut: violència, Internet, addiccions, discriminacions socials, aïllament, etc.
- Trastorns mentals o psicosocials (estrès, ansietat, depressió, etc.)

Indagueu també en què ha fet per respondre a totes aquestes situacions: on ha anat, on ha trobat ajut, quines dificultats ha tingut, etc.

Pregunteu també si en el seu entorn hi ha gent que hagi patit alguna d'aquestes situacions.

Pregunteu sobre els temes següents, en dos sentits:

1. Com afecten la persona entrevistada
2. Com percep que afecten el seu entorn d'amistats, escolar, familiar i, si és el cas, laboral
 - Consum d'alcohol
 - Consum de tabac
 - Consum de drogues il·legals
 - Activitat física
 - Alimentació
 - Salut sexual, afectiva i reproductiva
 - Seguretat viària
 - Salut laboral (si és el cas)

Pregunteu si coneix accions de les institucions públiques per fer prevenció d'aquestes problemàtiques (programes preventius, campanyes informatives de l'ajuntament, el consell comarcal, la Generalitat, etc.). Valoracions respecte a aquestes accions.

c) Guió temàtic dels grups de discussió amb joves

- Roda de presentació: nom, on vius?, què estudies?, has anat al metge darrerament?, per què?, on?, etc.
- Estat de salut (autopercepció)
- Accidents
- Malalties agudes/cròniques
- Altres (violència, etc.)
- Pràctiques de salut/risc - prevenció/promoció
 - Consum d'alcohol

- Consum de tabac
 - Consum de drogues il·legals
 - Activitat física
 - Alimentació
 - Salut sexual, afectiva i reproductiva; discriminacions per identitats sexuals
 - Seguretat viària
 - Salut laboral
 - Noves tecnologies, Internet, addiccions
- Polítiques i intervencions de l'ajuntament, el consell comarcal, la Generalitat
- Experiències, prioritats i necessitats. Expectatives

Índex de taules

Taula 1. Mostra de persones entrevistades	27
Taula 2. Mostra de grups de discussió	28
Taula 3. Mostra de joves immigrants entrevistats	29
Taula 4. Evolució de l'esperança de vida a diferents edats segons el sexe. Catalunya, 1997- 2007	33
Taula 5. Esperança de vida, esperança de vida en bona salut i esperança de vida lliure de discapacitat segons l'edat, per sexe. Catalunya, 2005	34
Taula 6. Esperança de vida ajustada per qualitat de la població de 15 anys i més segons l'edat, per sexe. Catalunya, 2006.....	35
Taula 7. Dimensions de qualitat de vida percebuda de la població de 15 a 65 anys segons l'edat (EuroQol-5D) (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006	36
Taula 8. Estat de salut percebuda de la població de 15 a 65 anys segons el grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006	37
Taula 9. Taxes específiques de mortalitat en la població de 15 a 34 anys segons la causa de mort, per sexe (morts per 100.000 habitants). Catalunya, 2007	39
Taula 10. Taxa de mortalitat en la població de 15 a 34 anys segons la causa externa de mort, per sexe i grup d'edat. Catalunya, 2007	40
Taula 11. Evolució de les taxes específiques de mortalitat en la població de 15 a 24 anys segons les principals causes de mort (defuncions per 100.000 habitants). Catalunya, 2000-2007.....	40
Taula 12. Persones de 15 a 65 anys que han patit algun accident durant el darrer any segons l'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006.....	42
Taula 13. Lloc on han tingut el darrer accident, població de 15 a 65 anys segons l'edat (percentatge). Catalunya, 2002-2006	43
Taula 14. Trastorns crònics de la població de 15 a 65 anys segons el grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006	44
Taula 15. Trastorns crònics més esmentats per la població de 15 a 65 anys, segons el grup d'edat (percentatges, resposta múltiple). Catalunya, 2002 i 2006	45
Taula 16. Visites al metge durant el darrer any de la població de 15 a 65 anys segons el tipus de metge, per grup d'edat (percentatges, resposta múltiple). Catalunya, 2002 i 2006	47
Taula 17. Discapacitats de la població de 15 a 65 anys segons el tipus de limitacions, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006	48
Taula 18. Visites al metge de la població de 15 a 65 anys durant el darrer any segons el servei visitat, per grup d'edat. Catalunya, 2002 i 2006	49

Taula 19. Visites al metge de capçalera durant el darrer any en la població de 15 a 65 anys segons el nombre de visites, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006	50
Taula 20. Ingressos hospitalaris durant el darrer any en la població de 15 a 65 anys segons el temps d'hospitalització, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006	50
Taula 21. Visites a serveis d'urgències durant el darrer any en la població de 15 a 65 anys segons el nombre de visites, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006	51
Taula 22. Consulta a farmàcies els darrers quinze dies en la població de 15 a 65 anys, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006.....	52
Taula 23. Trastorns no atesos en els darrers quinze dies en la població de 15 a 65 anys, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006.....	52
Taula 24. Activitats preventives realitzades durant el darrer any en la població de 15 a 65 anys segons el tipus d'activitat, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006	52
Taula 25. Suport social de la població de 15 a 65 anys segons les dimensions de suport, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006.....	53
Taula 26. Consum de medicaments en els últims dos dies en població de 15 a 65 anys segons el tipus de medicament, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002-2006	55
Taula 27. Consum de tranquil·litzants en població de 15 a 65 anys segons la freqüència temporal, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006.....	55
Taula 28. Síntomes de trastorns mentals entre la població de 15 a 65 anys segons el tipus, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006.....	57
Taula 29. Trastorns mentals en la població de 15 a 29 anys segons els casos diagnosticats i les altes hospitalàries, per tipus de trastorn. Catalunya, 2003-2008	59
Taula 30. Activitat física habitual en la població de 15 a 65 anys segons el grau d'activitat, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006	66
Taula 31. Evolució de la població de 15 a 29 anys atesa als centres d'atenció primària per trastorns de la conducta alimentària segons el sexe, per grup d'edat (dades absolutes). Catalunya, 1998-2008	69
Taula 32. Evolució de la població de 15 a 29 anys atesa als centres d'atenció primària per trastorns de la conducta alimentària segons el tipus de diagnòstic (dades absolutes). Catalunya, 1998-2008.....	70
Taula 33. Evolució de la població de 15 a 29 anys donada d'alta als centres hospitalaris per trastorns de la conducta alimentària segons el sexe (dades absolutes). Catalunya, 1998-2008	71
Taula 34. Evolució de la població de 15 a 29 anys donada d'alta als centres hospitalaris per trastorns de la conducta alimentària segons el tipus de diagnòstic (dades absolutes). Catalunya, 1998-2008.....	71
Taula 35. Prevalença del consum d'alcohol entre la població de 15 a 29 anys segons la freqüència temporal de consum, per sexe (percentatge). Catalunya, 2005-2007	79

Taula 36. Consums d'alcohol en persones de 15 a 65 anys segons el nivell de consum, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006	79
Taula 37. Índex de consum d'alcohol en la població de 15 a 65 anys segons el tipus de consumidors, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006	80
Taula 38. Consum d'alcohol en la població de 15 a 29 anys segons la categoria, per franja setmanal (percentatge). Catalunya, 2006	81
Taula 39. Evolució de l'hàbit de fumar en majors de 15 anys segons el sexe, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 1990-2006	87
Taula 40. Consums de tabac en la població de 15 a 65 anys segons la freqüència, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002-2006	88
Taula 41. Edat mitjana d'inici en el consum de tabac de la població de 15 a 65 anys, per grup d'edat. Catalunya, 2002 i 2006	89
Taula 42. Consums de cànnabis i cocaïna en la població de 15 a 65 anys segons el tipus de droga, per sexe i freqüència temporal (percentatge). Catalunya, 2006	95
Taula 43. Evolució del consum de drogues entre la població de 15 a 29 anys segons el tipus de drogues, per sexe i freqüència temporal (percentatge). Catalunya, 2003-2007	96
Taula 44. Consum de drogues durant els darrers 30 dies entre la població escolar de 14 a 18 anys segons el tipus de droga (percentatge). Catalunya, 2000-2006	98
Taula 45. Evolució dels inicis de tractaments contra drogodependències entre la població de 15 a 29 anys segons el tipus de droga (dades absolutes). Catalunya, 1998-2007	98
Taula 46. Inicis de tractaments contra drogodependències entre la població de 15 a 29 anys, segons el grup d'edat, per tipus de droga (dades absolutes). Catalunya, 2007	99
Taula 47. Evolució dels avortaments legals entre les dones residents a Catalunya segons el grup d'edat (dades absolutes). Catalunya, 1994-2004	108
Taula 48. Taxa d'avortaments legals entre les dones residents a Catalunya segons el grup d'edat (avortaments per 1.000 dones). Catalunya, 1998-2007	108
Taula 49. Casos de SIDA declarats segons el grup d'edat, per sexe (dades absolutes). Catalunya, 1981-2009	111
Taula 50. Casos de SIDA declarats entre la població de 15 a 29 anys segons el grup d'edat, per sexe i any de diagnòstic (dades absolutes). Catalunya, 1999-2008	111
Taula 51. Casos de SIDA declarats entre la població de 15 a 29 anys segons el grup de transmissió, per any de diagnòstic. Catalunya, 1998-2002	112
Taula 52. Evolució de les víctimes d'accidents de trànsit, excloent els vianants i els ciclistes, en la població de 14 a 29 anys, per sexe i edat (dades absolutes). Catalunya, 2000-2004	119
Taula 53. Taxa de defuncions per accidents trànsit segons el grup d'edat i el sexe (morts per 100.000 habitants). Catalunya, 2006	121
Taula 54. Taxa de defuncions per accident de trànsit en la població de 15 a 29 anys segons l'àmbit territorial de residència (morts per 100.000 habitants). Catalunya, 2006	122

Taula 55. Ús de la moto i el casc durant el darrer mes en la població de 15 a 65 anys, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006	122
Taula 56. Ús del seient davanter d'un cotxe i del cinturó durant el darrer mes, per ciutat, carretera i/o autopista, en la població de 15 a 65 anys, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006	123
Taula 57. Índex d'incidència d'accidents de treball amb baixa entre la població ocupada assalariada segons el lloc on s'han produït, per grup d'edat (accidents per 1.000 treballadors). Catalunya, 2005-2008	130
Taula 58. Situacions de risc laboral en la població de 15 a 65 anys que treballa, està de baixa, està en excedència o fa treball en pràctiques segons el factor de risc, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006	131
Taula 59. Prevalença d'indicadors de salut física, mental i autopercepció de la salut en la població ocupada de 15 a 20 anys segons la presència de riscos laborals (percentatge). Catalunya, 2006.....	133
Taula 60. Indicadors de salut física, mental i autopercepció de la salut entre la població ocupada de 15 a 29 anys segons les condicions de treball (percentatge). Catalunya, 2006	134
Taula 61. Caracterització dels grups de la població de 15 a 29 anys d'acord amb les variables que formen la tipologia (percentatge). Catalunya, 2006.....	146
Taula 62. Polítiques del Programa drogues	158
Taula 63. Polítiques del Programa afectiu i sexual.....	158
Taula 64. Polítiques del programa "Alcohol, drogues, medicaments i conducció"	159
Taula 65. Polítiques del Pla de salut mental.....	159
Taula 66. Polítiques del programa "Salut i escola"	159
Taula 67. Polítiques del programa "Promoció de la Salut"	160
Taula 68. Polítiques del Pla català d'esport a l'escola.....	160
Taula 69. Polítiques del Pla integral per a la promoció de la salut mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable	161

Taules Annex 1

Taula 70. Variables independents, categorització i pregunta corresponent al qüestionari de l'ESCA 2006	199
Taula 71. Sexe de la persona enquestada en la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006.....	200
Taula 72. Grups d'edat joves en la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006	200
Taula 73. Nivell d'estudis finalitzats en la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006.....	201
Taula 74. Activitat principal en la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006.....	201
Taula 75. Amb qui viu la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006	201

Taula 76. Lloc de naixement de la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006	202
Taula 77. Estatus socioeconòmic de la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006	202
Taula 78. Àmbit territorial de residència de la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006.....	202
Taula 79. Mida del municipi de residència de la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006.....	203

Índex de gràfics

Gràfic 1. Model teòric.....	19
Gràfic 2. Esperança de vida als 20 anys segons el sexe. Catalunya, 1997-2007	34
Gràfic 3. Estat de salut percebuda segons el grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006	37
Gràfic 4. Taxa de mortalitat específica de la població de 15 a 29 anys segons el sexe (morts per 1.000 habitants). Catalunya, 2000-2007	38
Gràfic 5. Evolució de les taxes específiques de mortalitat segons les tres principals causes de mort en la població de 15 a 24 anys (morts per 100.000 habitants). Catalunya, 2000-2007	41
Gràfic 6. Evolució de les taxes específiques de mortalitat segons tumors, malalties del sistema circulatori i malalties del sistema nerviós, en població de 15 a 24 anys (morts per 100.000 habitants). Catalunya, 2000-2007	42
Gràfic 7. Índex global de suport social en població de 15 a 65 anys, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006	54
Gràfic 8. Salut mental (índex de Goldberg GHQ-12) en població de 15 a 65 anys, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006.....	58
Gràfic 9. Seguiment de dieta per motius de salut segons el sexe i el grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2002	69
Gràfic 10. Evolució de la població de 15 a 29 anys atesa als centres d'atenció primària per trastorns de la conducta alimentària segons el sexe. Catalunya, 2003-2008	70
Gràfic 11. Evolució de l'hàbit de fumar entre joves de 15 a 24 anys segons el sexe (fumadors diaris i ocasionals) (percentatge). Catalunya, 1990-2006	88
Gràfic 12. Evolució del consum de drogues en la població major de 15 anys segons el sexe, per edat (percentatge). Catalunya, 2001-2007	95
Gràfic 13. Evolució de la freqüència de consum de drogues durant els darrers dotze mesos en la població de 15 a 29 anys segons el tipus de droga (percentatge). Catalunya, 2003-2007	97
Gràfic 14. Evolució de la taxa d'avortaments entre les dones residents a Catalunya segons el grup d'edat (avortaments per 1.000 dones). Catalunya, 1998-2007	109
Gràfic 15. Edat i sexe de les víctimes mortals (dades absolutes). Catalunya, 2008	120
Gràfic 16. Evolució de les taxes específiques de víctimes mortals per accidents de trànsit en la població de 15 a 24 anys, per sexe i grup d'edat (morts per 100.000). Catalunya, 2000-2007	120
Gràfic 17. Proporció de conductors implicats en accidents en relació amb el total de conductors segons l'edat i la mobilitat de cada grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2007	121

Gràfic 18. Índex d'incidència d'accidents de treball amb baixa, en jornada i <i>in itinere</i> , entre la població ocupada assalariada segons el grup d'edat (accidents per 1.000 treballadors). Catalunya, 2003-2008	129
Gràfic 19. Índex sintètic de percepció del risc laboral en la població de 15 a 65 anys, per grup d'edat (percentatge). Catalunya, 2006	132
Gràfic 20. Projecció de les categories i els centroides dels grups a les dimensions 1 i 2, en la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006.....	143
Gràfic 21. Projecció de les categories i els centroides dels grups a les dimensions 1 i 3, en la població de 15 a 29 anys. Catalunya, 2006.....	144
Gràfic 22. Distribució probable dels grups dels joves de 15 a 29 anys segons les relacions entre el seu estat de salut i els seus determinants (percentatge). Catalunya, 2006	145