

a

Salut i joves

Dels contextos i les pràctiques
de risc a les polítiques
de promoció de la salut

Josep Espluga i Trenc
(coordinador)



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



Salut i joves

Dels contextos i les pràctiques
de risc a les polítiques
de promoció de la salut

*Institut de Govern
i Polítiques Públiques*

*Seminari d'Anàlisi de Polítiques Socials
Departament de Sociologia*

Universitat Autònoma de Barcelona

**Josep Espluga i Trenc
(coordinador)**

Àlex 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

Biblioteca de Catalunya. Dades CIP

Salut i joves : dels contextos i les pràctiques de risc a les polítiques de promoció de la salut. – (Col·lecció aportacions ; 47)

Bibliografia

ISBN 9788439385622

I. Espluga, Josep, 1964- ed. II. Catalunya. Secretaria de Joventut III. Universitat Autònoma de Barcelona. Institut de Govern i Polítiques Públiques IV. Universitat Autònoma de Barcelona. Seminari d'Anàlisi de Polítiques Socials V. Col·lecció: Aportacions ; 47

1. Joves – Salut i higiene – Catalunya 2. Hàbits sanitaris en els adolescents – Catalunya 3. Catalunya – Política de la joventut 4. Catalunya – Política sanitària
613.96(467.1)

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.

Col·lecció Aportacions. Observatori Català de la Joventut

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

1a edició: setembre de 2010

Tiratge: 2.000 exemplars

Disseny: Unitat d'autoedició i disseny, Secretaria de Joventut

Maquetació: Eloi Andiañach Fernández

Impressió:

D. L.:

ISBN: 9788439385622

ÍNDEX

Presentació	5
Agraïments.....	7
Introducció	9
1. Marc teòric	11
2. Objectius i metodologia	15
3. Quin és l'estat de salut de la joventut catalana?	19
4. Quins factors de risc influeixen en la salut dels joves i quines polítiques s'implementen per fer-hi front?	23
4.1. Activitat física i alimentació.....	23
4.2. Consums de substàncies.....	26
4.3. Salut sexual, afectiva i reproductiva.....	32
4.4. Seguretat viària	35
4.5. Salut laboral.....	37
5. Classificació de la joventut catalana segons el seu estat de salut i els seus determinants.....	41
6. Fins a quin punt les polítiques implementades són adequades a la realitat social?	45
Recomanacions.....	51
Bibliografia	59

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 nouvinguts, 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, una síntesi de la publicació inclosa a la col·lecció *Estudis* (número 29), 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 dóna continuïtat a la investigació publicada l'any 2006 per la Secretaria de Joventut *La salut dels joves a Catalunya*. Un estudi exploratori dintre de la col·lecció *e-quaderns*. 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



AGRAÏMENTS

Com totes les activitats que fem els humans, aquest és un treball més col·lectiu del que aparenten les signatures de la coberta. Per això, els autors volem agrair l'ajut de Mihaela Vancea en els aspectes conceptuals de la immigració, el suport de Roser Pérez en la discussió sobre les relacions entre les classes socials i la salut, les converses amb Joan Pallarès i la gent de l'Observatori de Nous Consums de Drogues en l'Àmbit Juvenil en tots els aspectes de consums de drogues, l'assessorament de Susana Mayoral en les qüestions de salut laboral i el 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 Mompart i d'Antònia Medina, del Servei del Pla de Salut, Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut, que sempre han atès amb molta amabilitat tots els nostres dubtes sobre les bases de dades de l'ESCA i ens han proveït de tots els recursos necessaris per poder-les interpretar. D'altra banda, qualsevol possible deficiència del text és només cosa nostra. Volem també transmetre la nostra gratitud a totes les persones que ens han ofert una part del seu temps per ser entrevistades (18 persones d'institucions públiques i 6 joves immigrants) i per participar en els grups de discussió (37 persones joves), així com a la gent de l'Observatori Català de la Joventut, en particular a la Xènia Pascual, Pau Serracant i Roger Soler, que sempre ens han donat tot el seu suport i dels quals hem tingut el luxe de gaudir de l'estimulant lectura crítica dels primers esborranys del text.



INTRODUCCIÓ

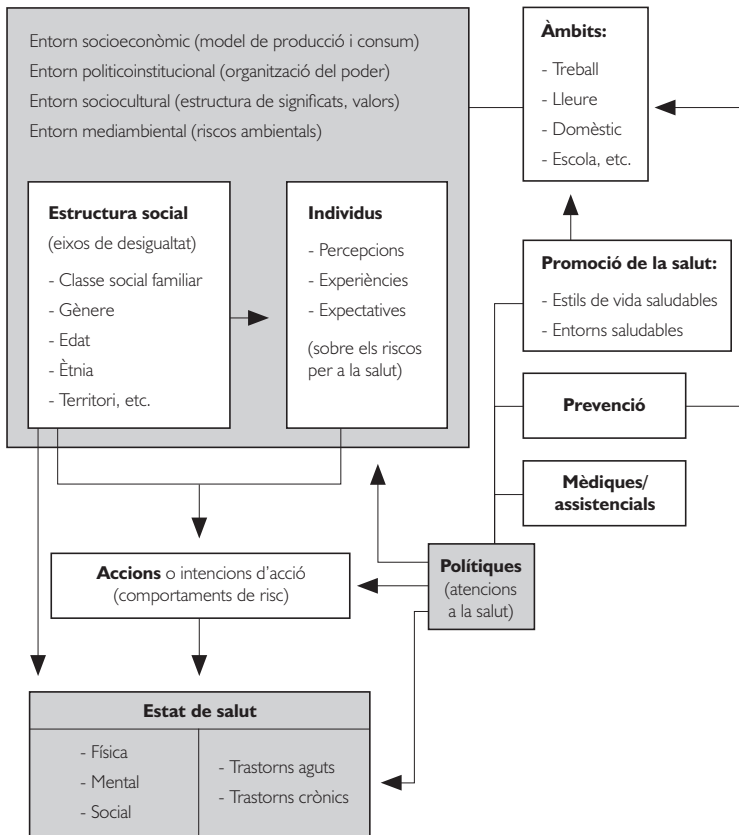
La salut és un concepte ambigu, que tendeix a la invisibilitat perquè s'equipara a la "normalitat" de viure. De fet, de la salut només en tenim una experiència clara quan la perdem, és llavors quan ens adonem que en algun moment del passat gaudíem de salut, d'alguna mena d'estat d'equilibri dinàmic en forma de benestar físic, psíquic i social (OMS, 1948). Per això, els professionals de la salut s'ocupen més aviat d'estudiar-ne la pèrdua i de procurar el retorn de l'equilibri perdut. Aquesta característica afavoreix que, mentre es té salut, la gent no expressa gaires preocupacions sobre aquest tema. Precisament, una de les característiques dels joves és que es tracta del grup d'edat que, en general, té més bona salut i, per això, rarament n'expressa demandes ni reivindicacions. Però, al mateix temps, és justament en l'època juvenil de la vida quan entrem en contacte amb tota una sèrie de factors de risc, posem en pràctica una sèrie d'hàbits i comportaments, i aprenem a considerar "normals" unes coses i no unes altres que poden condicionar en bona mesura com serà la nostra salut en un futur. És per això que resulta rellevant fer una diagnosi i avaluació com la que ací proposem, ja que la prevenció i la promoció de la salut seran les principals estratègies d'intervenció sobre la realitat social que ens poden ajudar a disminuir els problemes de salut de la població en general. Per anar bé, però, aquestes intervencions haurien d'anar dirigides molt especialment a la població jove.



I. MARC TEÒRIC

De manera pragmàtica, en el present estudi es considera jove tota persona d'entre 15 i 29 anys d'edat (ambdues incloses). Per estudiar la salut de la població jove catalana emprarem una sèrie de conceptes articulats en un model teòric que procura vincular el context social, econòmic, polític, cultural i ambiental amb la capacitat d'agència de l'individu, les seves percepcions, expectatives i comportaments relacionats amb els efectes sobre la salut (gràfic 1).

Gràfic 1. Model teòric



Font: Elaboració pròpia.

A l'igual que el conjunt de la població catalana, la població jove està exposada a una sèrie de factors de risc que afecten més o menys la seva salut, si bé amb unes certes peculiaritats pròpies de l'etapa de transició que el caracteritza. D'acord amb el model proposat, l'estat de salut dels joves es considera conseqüència de la combinació de diversos processos i factors individuals i contextuals.¹

En termes dels **individus**, a efectes del present estudi és important tenir en compte:

- Les accions o els 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, queden al marge de la nostra anàlisi.

En termes **contextuals**, cal observar:

- L'estructura social on l'individu viu i interacciona amb altres, una estructura formada per relacions de poder i que és travessada per una sèrie d'eixos de desigualtat, dominació i subordinació (classe social, gènere, edat, etc.).
- Uns entorns socioeconòmic, polític, institucional, ambiental i sociocultural on es defineixen una sèrie de pautes culturals, significats i possibilitats d'acció (fonamentats en el model de producció i de consum característic de la societat contemporània).

D'altra banda, estar malalt implica posar en marxa un conjunt de mecanismes adreçats a recuperar la suposada "normalitat" perduda. La malaltia és conceptualitzada com una anomalia que només pot ser superada a través d'una sèrie d'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. Aquí distingim bàsicament entre dues modalitats:

¹ Borrell i Benach (2002); CSDH (2008); Espluga et al. (2004); Espluga i Caballero (2005); Marmot et al. (1997); OMS (1998); Romaní (2006); OMS (2007); Wilkinson i Marmot (2003).



- 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 aquesta ha aparegut i amb la intenció de retornar els individus a la "normalitat" perduda (guarir). Aquest tipus d'atencions no les hem tingut en compte en aquest estudi.
- L'**atenció preventiva** i de **promoció de la salut**, que tenen la finalitat d'actuar sobre les causes dels processos de pèrdua de salut, abans que els trastorns es produeixin, per tal d'evitar que aquests apareguin i la població es mantingui sana. Aquestes darreres són les que millor reflecteixen les polítiques a favor de la salut juvenil.

L'anàlisi conjunta de tots aquests factors i dimensions ens ha d'ajudar a entendre millor els processos que condicionen la salut dels i les joves a Catalunya i l'adequació de les polítiques públiques relacionades amb aquesta temàtica.



2. OBJECTIUS I METODOLOGIA

Els objectius de l'estudi són:

- Realitzar una aproximació a l'estat de salut de la població jove de Catalunya, així com a la seva evolució i 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 i les joves de Catalunya.
- Avaluat la coherència entre les necessitats de la joventut pel que fa a la salut i les polítiques implementades a Catalunya.
- Formular recomanacions sobre aquest tema.

En aquest estudi s'utilitza una combinació de mètodes quantitius i qualitius, en la línia dels *mixed methods* (Verd i López, 2008). Per una part, l'aproximació al coneixement sobre l'estat de salut percebuda de la població jove de Catalunya l'hem dut a terme principalment a través de l'**Enquesta de salut de Catalunya** (ESCA), a partir de les edicions de 2002 i de 2006 (les més recents en el moment de fer la recerca).² L'anàlisi estadística ha estat univariada (freqüències bàsiques), bivariada (χ^2 de Pearson) i tipològica multivariada (López Roldán, 1996; Domínguez i López Roldán, 1996).

D'altra banda, hem analitzat una sèrie de **registres estadístics oficials** facilitats per l'Observatori Català de la Joventut, que formen part del *Sistema d'indicadors sobre la joventut a Catalunya* i tracten temes que no apareixen a les enquestes, com ara la mortalitat, els accidents de trànsit, els accidents laborals, els avortaments, els casos de sida, etc.

Hem dut a terme l'estudi de les polítiques de joventut 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 particular el *Pla Nacional de Joventut* i el *Pla de salut de Catalunya*.

2 L'ESCA 2002 comptava amb una mostra total de 8.400 persones, de les quals 2.068 tenien entre 15 i 29 anys. L'ESCA 2006 té una mostra total de 18.126 persones, de les quals 3.646 tenen entre 15 i 29 anys.

A més a més, s'han realitzat **18 entrevistes en profunditat** a responsables tècnics, polítics i institucionals vinculats a la temàtica d'estudi.³

Finalment, hem dut a terme **4 grups de discussió** amb joves per tal d'explorar les seves experiències, percepcions i expectatives sobre la seva salut i sobre les polítiques de salut impulsades per les institucions del seu entorn vital. La taula 1 descriu la composició d'aquests grups de discussió.

Taula 1. Mostra de grups de discussió

Municipi	N	Sexe	Activitat principal	Edat mitjana	Rang d'edat	Nivell d'estudis acabats
A) 20.000 habitants. Comarques Gironines	10	Dones	Estudien	21	18-29	2 obligatoris 6 secundaris postobligatoris 2 universitaris
B) 15.000 habitants. Àmbit de Ponent	9	Homes	Estudien	22	18-26	2 obligatoris 5 secundaris postobligatoris 2 universitaris
C) 15.000 habitants. Terres de l'Ebre	7	Dones	Treballen o en atur	25	23-29	1 postobligatoris 6 universitaris
D) 200.000 habitants. Àrea Metropolitana de Barcelona	11	Homes	Treballen o en atur	23	18-25	1 sense estudis 4 obligatoris 6 secundaris postobligatoris
Total	37	17 dones 20 homes	19 estudien 18 treballen o en atur	23	18-29	1 sense estudis 8 obligatoris 18 secundaris postobligatoris 10 universitaris

3 Secretaria de Joventut, dues persones entrevistades; Agència Catalana de la Joventut, 3; Direcció General de Salut Pública – Promoció de la Salut, 1; Drogues, 1; Sida, 1; Direcció General de Relacions Laborals, 1; responsables tècnics de l'Àrea de Joventut i de l'Àrea de Salut de quatre municipis catalans, 8; i un representant d'una entitat sociocultural (empresa de serveis). En total, s'entrevisten 18 persones clau.



En la participació en els grups de discussió i s'ha garantit l'anonimat dels participants i la confidencialitat de les opinions individuals. El debat s'ha enregistrat i s'ha transcrit literalment per analitzar-lo posteriorment. Les sessions es van dur a terme entre el juliol i l'octubre de 2009.

Davant la dificultat d'incloure la variable immigració en els grups de discussió, hem elaborat **6 entrevistes en profunditat** addicionals a joves immigrants (3 dones i 3 homes), en diferents situacions laborals i provinents de diferents països.⁴ Tot i que és una mostra petita i poc estructurada, compleix la funció de proveir-nos alguns indicis sobre les dinàmiques que aquestes persones estan experimentant en relació amb la seva salut.

La informació obtinguda mitjançant els grups de discussió i les entrevistes (i, de fet, també amb les enquestes) ha permès saber *allò que diuen que fan* els joves pel que fa a la seva salut i les seves circumstàncies, però difícilment permet saber *allò que realment fan ni quin és el seu estat de salut objectiu*. És a dir, s'han recollit les manifestacions verbals dels joves sobre les seves pràctiques quotidianes, però no en sabem gaire de les pràctiques en si. No obstant això, hem considerat suficient l'aproximació a les manifestacions verbals dels joves, ja que l'objectiu últim és saber quina és la seva percepció dels riscos, quins significats els atorguen i quina interpretació en fan, i com justifiquen els seus actes o comportaments pel que fa a aquest tema (tant si els duen a terme realment o no).

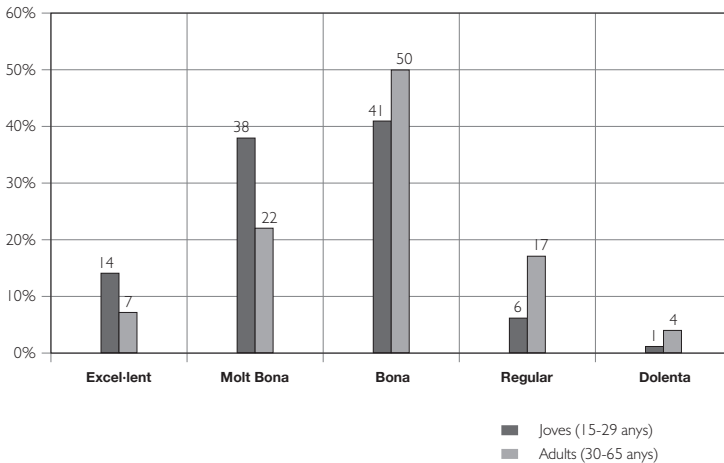
4 Són 3 homes nascuts al Marroc, de 23, 24 i 29 anys, tots ells sense feina i residents a Premià de Mar. I 3 dones nascudes a Bolívia, Romania i Equador, de 24, 25 i 25 anys respectivament; una estudia, l'altra treballa i l'altra fa les dues coses alhora, i residents a Barcelona.



3. QUIN ÉS L'ESTAT DE SALUT DE LA JOVENTUT CATALANA?

La gran majoria dels i les joves catalans (93%) diuen tenir una salut bona, molt bona o excel·lent. Només una minoria (7%) té una salut regular o dolenta (gràfic 2). 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 tenir una salut dolenta o regular es manté inalterada. A més, la percepció de l'estat de salut propi és molt més bo entre el grup d'edat dels joves (15-29 anys) que entre el grup que aquí hem denominat (sense gaire fortuna) "adults" (30-65 anys).

Gràfic 2. Estat de salut percebuda segons grups d'edat (percentatge). Catalunya, 2006

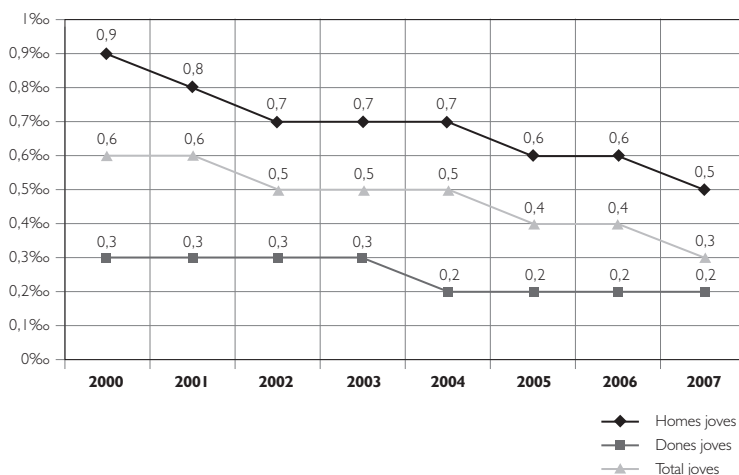


Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'ESCA 2006.

L'esperança de vida de les persones joves mostra una clara tendència a augmentar 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 seva mateixa generació (Departament de Salut, 2009). No obstant això, els homes viuen menys anys però proporcionalment amb més bona salut i menys discapacitats. A més a més, la mortalitat dels i les joves catalanes presenta una clara tendència a la baixa (gràfic 3). Les defuncions tenen lloc 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 de 2007 per a joves de 15-24 anys). El factor que més influeix en la tendència a la baixa de la mortalitat és la disminució dels accidents de trànsit, mentre que la resta de causes es mantenen més o menys estables durant l'última dècada.

Gràfic 3. Evolució de la taxa de mortalitat específica de la població de 15 a 29 anys segons sexe (morts per cada 1.000 habitants). Catalunya, 2000-2007



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

El nombre de persones joves que pateixen accidents és aproximadament el 23% anual, i el 15% entre els adults.⁵ Es tracta de percentatges que es mantenen estables els últims anys. Pel que fa al lloc, la tercera part han patit el darrer accident a la via pública (el 9% dels quals ha estat anant o tornant de la feina o de l'escola), una quarta part a la feina, el 15% a 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-

5 D'ací endavant, i sempre que no es digui res en contrari, les dades citades provenen de l'anàlisi que hem fet de l'ESCA 2002 i/o 2006.



2006, mentre que els esdevinguts a la feina han disminuït, tendència que també presenten els succeïts a dins de casa. Cal destacar que entre els joves (a diferència dels adults) es produeix també una proporció remarkable d'accidents als centres esportius.

Pel que fa a malalties, més de la meitat dels joves (57%) diu tenir almenys un trastorn crònic (el 25% en té 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 certa distància de la depressió i/o ansietat. S'observa una tendència creixent de trastorns crònics entre 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 entre els adults no són el principal trastorn.

S'observa que la gran majoria dels i les joves (84%) ha anat a visitar-se al metge durant el darrer any. La proporció de visites al metge presenta tendència a augmentar tant en joves com en adults, i el tipus de professionals visitats és molt similar en ambdós grups d'edat. De fet, les visites a serveis mèdics són molt similars per grups d'edat (cosa sorprenent, ja que els joves tenen una més bona salut, excepte pel que fa a patir accidents). D'altra banda, més del 40% dels i les joves afirma haver consumit algun medicament durant els dos dies anteriors a la data de l'enquesta, la qual cosa és una proporció remarkable i ens il·lustra sobre 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) diu haver patit un trastorn de salut (en els darrers 15 dies) i no haver anat als serveis mèdics per resoldre'l. Entre els motius adduïts per justificar aquesta actuació es comenta la convicció que "no era prou greu" o que no es volia "perdre hores de treball".

La proporció de dolors i malestar i dels que diuen estar ansiosos o deprimits és menor entre els joves (15% i 11%, respectivament) que entre els adults (31% i 20%), però tendeix a augmentar entre els primers i es manté estable entre els segons. D'altra banda, el risc de mala salut mental disminueix lleument (en joves i en adults), situant-se 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 haver experimentat més situacions de crisi d'ansietat i símptomes depressius que els nois, la qual cosa les ha portat a urgències mèdiques nombroses vegades. Ho atribueixen a contextos que no poden controlar, i a dificultats

per afrontar les incerteses enmig d'una pressió social que els exigeix molt (particularment a les noies que treballen), i en el cas d'algunes joves estudiants s'apunta com a detonant de les crisis d'ansietat el consum puntual de cànnabis o alcohol, principalment en contextos d'oci nocturn.

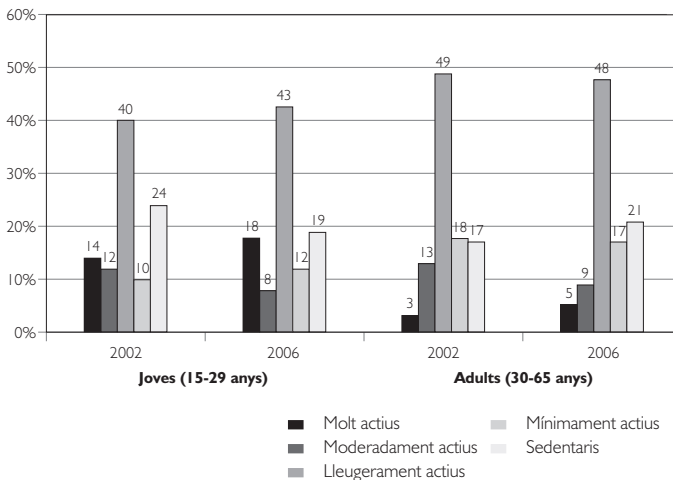


4. QUINS FACTORS DE RISC INFLUEIXEN EN LA SALUT DELS JOVES I QUINES POLÍTIQUES S'IMPLEMENTEN PER FER-HI FRONT?

4.1. Activitat física i alimentació

Es pot considerar que la majoria de la població és "lleugerament activa" (és a dir, no té una activitat física que li exigeixi gaires esforços físics, però es desplaça a peu amb regularitat i fa almenys vint minuts d'exercici un parell de dies per setmana), tant entre els joves com entre els adults, en unes proporcions molt similars que en tots dos casos es mantenen estables entre els anys 2002 i 2006 (gràfic 4). Entre els joves cal destacar que hi ha un grup relativament nombrós (al voltant del 18%) que es pot classificar com a "molt actiu", cosa que no es dona entre els adults (on només ho seria el 5%). Una cinquena part de la població, tant en joves com en adults, es pot considerar "sedentària" per la seva escassa pràctica d'activitat física. Aquest grup es manté relativament estable en el període de temps observat, per la qual cosa és possible sospitar que els joves sedentaris ho continuïn sent d'adults.

Gràfic 4. Evolució de l'activitat física habitual en població de 15 a 65 anys segons grau d'activitat, per grups d'edat (percentatge). Catalunya, 2002 i 2006



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

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 temps de lleure, de tal manera que les persones ocupades en fan menys que les que no treballen. Pel que fa a les seves percepcions, la major part dels i les joves reconeixen que "haurien de fer" més activitat física, un desig que els apareix quan comencen a percebre molèsties i limitacions a l'hora de fer esforços físics. Com a excuses per no fer-ne s'apunta bàsicament la manca de temps i la manca de diners (especialment entre les dones). És interessant observar que les dones es plantegen més fer-ne de manera dirigida, en gimnasos o llocs similars, i sense necessitat de formar equips ni lligues, mentre que els nois prefereixen fer-ne en solitari pel carrer o en equips competitius (futbol, per exemple). 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, així com l'existència o no d'infraestructures adequades per fer-ne (en el cas de les dones). En general, els i les joves que no acostumen a fer esport no s'ho plantegen fins que els comencen a aparèixer símptomes de cansament o fatiga en dur a terme activitats quotidianes.

Pel que fa a l'**alimentació**, hi ha diferències sensibles entre homes i dones, així com entre treballadors i estudiants. En general, s'observa que bona part dels i de les estudiants viuen al domicili matern, per la qual cosa consideren que mengen prou bé perquè cuina la seva "mare" (o figura similar en el si de la família, normalment una dona). Però n'hi ha que viuen en pisos d'estudiants, on observen que la qualitat de l'alimentació tendeix a disminuir, especialment en el cas dels nois; això es procura compensar amb les visites periòdiques a la unitat familiar d'origen. D'altra banda, entre els nois treballadors hi ha més casos de pautes alimentàries poc equilibrades, fins i tot entre aquells que continuen vivint al domicili matern, normalment atribuïdes a 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 (generalment són elles les que el fan) a causa del poc temps que tenen per planificar-lo i cuinar-lo. S'observa aquí una problemàtica vinculada a la "doble presència" (Balbo, 1978; Carrasquer, 1997) i de conciliació de vida laboral i familiar amb efectes sobre la salut. La gent que viu sola també expressa una tendència a menjar de manera poc equilibrada, cosa que de vegades s'argumenta per la mandra de cuinar bé per a un sol comensal. En general, es percep una certa insatisfacció respecte de les pròpies pautes alimentàries, especialment entre les persones que cuinen per a elles mateixes.



D'altra banda (tot i que això podria anar a l'apartat de salut mental), les dades disponibles mostren que cada any més de mil joves reclamen atenció als centres d'atenció primària per motiu de **trastorns de la conducta alimentària**. Nou de cada deu d'aquests joves són dones. Es tracta bàsicament de trastorns classificats com anorèxia, bulímia i altres trastorns inespecífics, però la seva evolució és molt irregular d'un any per l'altre. La quantitat d'altres mèdiques tot just representa la quarta part de les demandes d'atenció als CAP 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.

Les **polítiques** implementades per les institucions públiques amb l'objectiu de millorar i mantenir la salut de la gent jove 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 a 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 on fer esport als barris, rutes per caminar, etc.). En l'àmbit local, també hi ha experiències com els programes TAHO o *Shape Up*, que inclouen una dimensió comunitària i participativa dels joves en la diagnosi i formulació de propostes. Així mateix, hi ha altres mecanismes que ofereixen informació i assessorament en matèria d'alimentació i d'activitat física (programa Salut i Escola, portal Jove.cat, etc.).

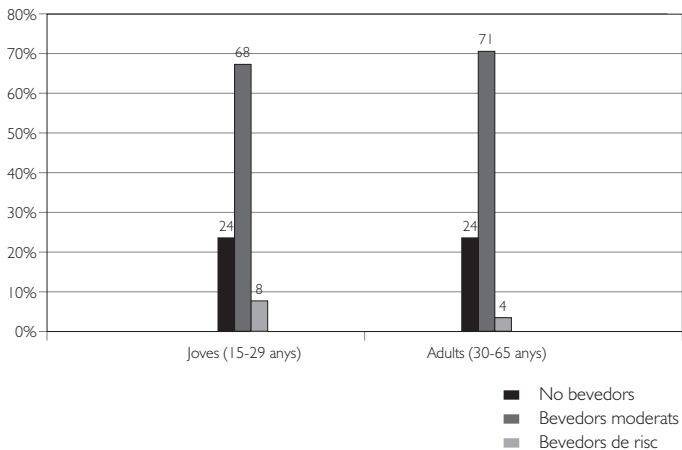
La major part de les polítiques públiques analitzades intenten influir sobre els comportaments dels individus oferint-los informació, assessorament, participació en tallers de reflexió i d'aprenentatge, etc.; i també es fan intervencions en l'entorn on viuen les persones (millorar l'accés a alimentació saludable, facilitar la pràctica d'exercici físic). Aquestes intervencions sobre l'entorn són molt positives, si bé encara molt incipients i es fan a molt petita escala, per la qual cosa la seva incidència no sembla gaire gran. Probablement caldria ampliar-les a tot el territori i fer-les accessibles a tots els grups socials (a hores d'ara tot sembla indicar que els grups d'estatus social baixos en són exclosos en bona part, amb l'excepció puntual d'alguns col·lectius afectats per la Llei de barris – projecte Salut als barris). Tanmateix, d'acord amb les percepcions dels i les 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, d'oci i domèstica amb més facilitat. Això, juntament amb la disponibilitat d'infraestructures adequades en l'àmbit local (en especial per fer esport), molt probablement afavoriria aquells joves que ja són conscients de la necessitat de millorar els seus comportaments alimentaris i d'activitat física.

4.2. Consums de substàncies

Dues tercers parts dels i les joves (67%) han consumit **alcohol** durant els 30 dies anteriors a l'enquesta (gràfic 5). Només el 13% diu que no n'ha consumit mai. S'observa que la proporció de consumidors es manté més o menys igual entre joves i adults. L'explicació pot estar en l'edat mitjana d'inici en el consum, que se situa aproximadament en l'adolescència. Es pot dir que la majoria dels joves catalans (68%) són bevedors moderats (entre els adults una mica més, 71%), mentre que només un 8% són bevedors de risc (entre els adults la meitat). La resta es poden classificar com a abstemis (24%) (hi ha la mateixa proporció entre els adults).

Gràfic 5. Índex de consum d'alcohol en la població de 15 a 65 anys segons tipus de consumidors, per grups d'edat (percentatge). Catalunya, 2006



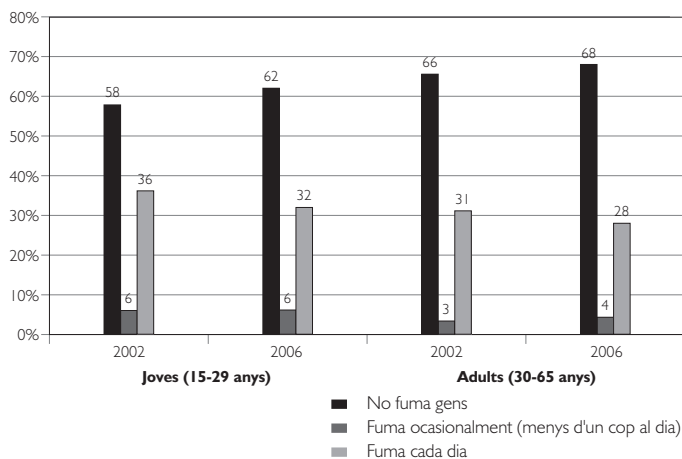
Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'ESCA 2006.



El consum d'alcohol es concentra sobretot en els caps de setmana, especialment pel que fa als licors d'alta i baixa graduació. Tot i que aquests consums es poden donar de manera molt diversa, els bevedors de risc concentren també altres consums de substàncies en més proporció que la resta (cànnabis o cocaïna, i també tabac). 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, mentre que les de més edat ho relativitzen més. Els nois remarquen el paper que juga l'alcohol en els rituals de cap de setmana, on el temps està organitzat per poder arribar "contents" a les discoteques o locals musicals destinació de la majoria de sortides nocturnes. Entre els joves treballadors i/o en atur es detecten consums d'alcohol regulars també en dies feiners. S'observa com la crisi afavoreix beure al carrer ("botellón"), i que aquesta pràctica té una vessant social important (permet relacionar-se). En els municipis petits, a més a més, el jovent de vegades no té cap altre lloc de reunió que els bars de la localitat, on conviuen amb altres grups d'edat, cosa que "normalitza" la percepció que tenen del consum d'alcohol.

La tercera part dels i les joves manifesta ser fumador o fumadora habitual de **tabac** (és a dir, que fuma cada dia), una proporció que entre els grups d'edat adults és lleument inferior (gràfic 6). En ambdós grups d'edat s'observa una tendència a la baixa.

Gràfic 6. Evolució del consum de tabac en població de 15 a 65 anys segons freqüència, per grups d'edat (percentatge). Catalunya, 2002-2006



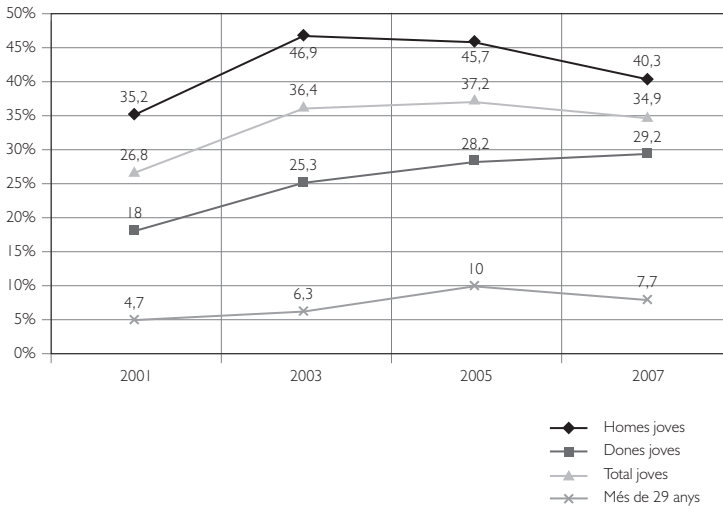
Font: Elaboració pròpia a partir de dades de l'ESCA 2002 i 2006.

Les diferències entre homes i dones joves no són gaire rellevants en les edats més joves (hi ha tantes dones com homes fumadors, però sí que ho són en edats més elevades (a partir dels 25 anys, on predominen encara els homes). L'edat mitjana d'inici en el consum de tabac se situa en els 16 anys (tot i que, segons les experiències relatades en els grups de discussió, el consum sistemàtic no comença fins a un parell d'anys més tard). Curiosament, més de la meitat dels joves fumadors (58%) afirmen estar "preocupats" pels efectes del **tabac** sobre la salut (només un 9% diu que no està gens preocupat). La preocupació és més freqüent a partir dels 20 anys. A dues tercers parts dels joves fumadors els agradaria deixar de fumar (sobretot entre els majors de 20 anys), i el 40% ho ha intentat alguna vegada. Només el 20% dels joves fumadors diuen que no tenen cap interès a deixar de fumar. La majoria de joves fumadors i fumadores diuen que els agrada fumar, però, al mateix temps, bona part d'ells també reconeix que els agradaria deixar-ho perquè perceben que els resta salut (es noten cansats, fatigats, s'ofeguen). En el cas de les noies fumadores, relacionen el seu consum amb una manera d'apaivagar el "nerviosisme" derivat de la pressió del context social en què viuen (familiar, escolar, laboral o d'oci). La majoria de nois i noies agraeixen les lleis restrictives de tabac dels últims anys, i perceben que els valors socials al voltant del tabac s'estan transformant de manera accelerada. Ells mateixos en tenen una imatge majorment negativa. Alguns dels nois que s'han quedat en atur han aprofitat la manca de diners per deixar de fumar, cosa que 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 ajudar els qui pretenen deixar-lo.

La proporció de joves que afirmen haver consumit **drogues il·legals** durant l'any anterior a la data d'enquesta s'ha estabilitzat al voltant de la tercera part de la mostra de joves, mentre que entre els adults els percentatges de consums són molt menors (no passen del 10%) (gràfic 7).



Gràfic 7. Evolució del consum de drogues en població major de 15 anys segons sexe, per grups d'edat (percentatge). Catalunya, 2001-2007



Font: Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas. Plan Nacional sobre Drogas.

El cànnabis en les seves diferents formes de presentació (haixix i marihuana) és la droga il·legal consumida amb més freqüència per la joventut catalana (33% n'ha consumit el darrer any), seguida a bastant distància de la cocaïna (10% n'ha consumit el darrer any) i, en descens, de les drogues de síntesi (5%). En tots els casos els homes són molt més consumidors que les dones, tot i que amb el temps les distàncies s'escurcen: mentre el 2001 la diferència entre uns i altres era del 20%, el 2007 s'havia reduït a l'11%. Una anàlisi longitudinal realitzada entre 1999 i 2005 (Pallarés et al., 2007) constata augments progressius en el consum de cànnabis i de cocaïna, així com un cert estancament de la resta de substàncies (molt minoritàries). Així mateix, s'observa que mentre el consum de cànnabis de moment ha tingut unes conseqüències negatives poc apreciables, els consums d'alcohol i de cocaïna estan afectant negativament amb cada cop més intensitat diverses àrees de la vida social (familiar, educativa, laboral, etc.). D'altra banda, també s'ha observat la proliferació entre un sector minoritari d'adolescents de comportaments compulsius relacionats amb el consum d'alcohol i de 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. Del 2002 endavant també hi ha un sostingut

increment dels inicis de **tractaments** motivats pel consum de cànnabis, tot i que en uns nivells força inferiors als de cocaïna (la tercera part). Les demandes de tractaments per addiccions a l'alcohol i al tabac són molt superiors i segueixen una tendència relativament estable al llarg de la dècada entre aquests grups d'edat joves. A més, s'observa que la majoria dels tractaments s'inicia entre els 20 i els 30 anys.

Tot i les dades en sentit contrari, els i les joves manifesten la percepció que els consums de drogues no és una cosa només d'oci juvenil, sinó que afecta altres grups d'edat i àmbits socials (sembla una forma de "normalitzar-ho"). D'altra banda, s'observa que els i les joves tenen una imatge negativa de l'addicció a les drogues i els efectes a llarg termini, però no els preocupen tant els consums puntuals ni els efectes a curt termini. Generalment, els consums de drogues s'inicien en l'adolescència tardana, s'intensifiquen entre els 20-24 anys i posteriorment disminueixen força, de manera que arriben a ser molt minoritaris a partir dels 30 anys (excepte en alguns grups/cls). Això permet deduir que aquests consums formen part d'unes certes cultures juvenils, en el sentit donat a aquest terme per 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 al món dels adults. Per això, tot i que es tracta d'uns consums relativament elevats durant la joventut, en part (per a un sector de joves) són un element més del procés d'aprenentatge i de construcció d'identitats pròpies de la fase de transició que la caracteritza. És cert que constitueixen un risc (per la salut, pel projecte vital), i que alguns joves patiran pèrdues, però també sembla 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, d'exclusió del grup, de prestigi davant els iguals, d'autoestima, etc.).

Les **polítiques públiques** implementades contra els consums de substàncies són de diversos tipus. Hi ha un enorme ventall d'accions informatives (campanyes informatives, xerrades, exposicions, etc., com ara Oh alcohol, web Respira, etc.) i d'assessorament i formació, amb més o menys interactivitat i participació dels joves (Línia Verda, programa Beveu menys, Salut i Escola, programa Kolocat, concurs Classe sense Fum, Reducció de riscos per part d'Energy Control o Som-Nit, etc.) o de formador d'experts (programa Oci i Drogues, entre d'altres). També hi ha intervencions adreçades a generar canvis en l'entorn, per exemple incrementant la vigilància en zones d'oci nocturn (programa Nit Segura), així com un progressiu increment 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 han aconseguit canvis contextuals importants i que han afavorit que moltes persones reduïxin els consums de tabac i d'alcohol (aquests darrers 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 sembla haver-hi cap legislació capaç de regular-ne el flux oferta-demanda, i, de fet, un dels factors que sembla influir en l'acusat increment de la cocaïna en els darrers anys és el seu preu cada cop més assequible. Tot i això, arran la crisi econòmica i la seva entrada a l'atur, alguns joves diuen haver decidit deixar de consumir-ne (una actitud que s'observa tant en la cocaïna com en el tabac).

En definitiva, les polítiques públiques contra les drogues legals i il·legals centren els seus esforços principalment 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 de certes 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 una mica per què costa tant reduir-ne el consum. Com s'ha dit, per a una part de la població jove, el consum de substàncies legals i/o il·legals semblen formar part de les pautes i rituals dels seus processos de socialització i de transició a la vida adulta, motiu pel qual aquests joves es mostren relativament refractaris als missatges institucionals sobre drogues. No és possible informar a qui no es vol deixar informar, o a 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, ja 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 consumeixen cap droga il·legal, i, per l'altra, també tenen una funció rellevant per als consumidors assidus, ja que els serveixen de punt de referència a l'hora de formar-se opinió (de fet, predomina una imatge negativa sobre tot tipus de drogues, fins i tot entre els consumidors), encara que a la pràctica els seus comportaments no siguin coherents amb aquella opinió. Es podria dir que, per als consumidors assidus de drogues (legals i/o il·legals), el fet de tenir una opinió ben fonamentada és essencial per poder dur a terme el seu trajecte (de risc) sense patir danys excessius.



4.3. Salut sexual, afectiva i reproductiva

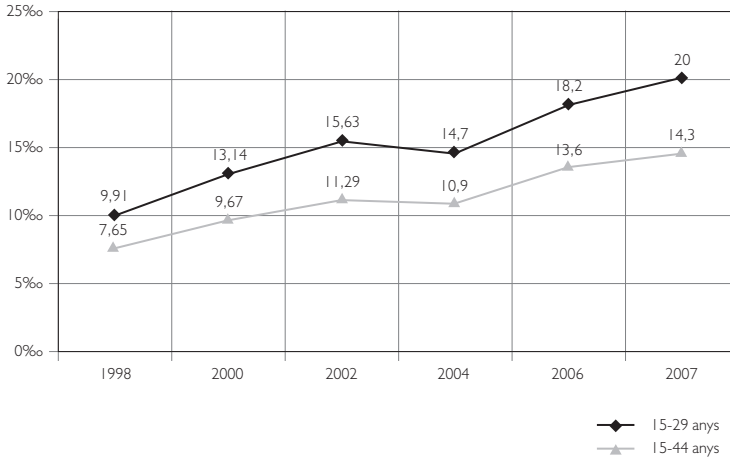
La sexualitat és un dels fenòmens clau al voltant del qual gira bona part de les pràctiques juvenils. D'una banda, l'adolescència i la joventut són les etapes vitals de descobriment i d'experimentació de la sexualitat, just enmig d'uns processos de construcció d'identitat individual i col·lectiva on el sexe i el gènere esdevenen factors fonamentals. De l'altra, el món juvenil és objecte d'un assetjament constant per part d'una poderosa indústria de l'oci i de l'entreteniment que utilitza els reclams sexuals com a principal mecanisme de màrqueting, tot configurant una sèrie de pautes culturals, estereotips i rituals al voltant de les relacions interpersonals. La sexualitat és també una esfera que serveix els joves per marcar distàncies respecte del món de la infància i respecte del món adult "formal" (Megías Quirós, 2008). Els i les joves analitzats intenten expressar una imatge d'autosuficiència respecte dels temes sexuals, més els nois que les noies, tot i que això no vol dir necessàriament que disposin de la millor informació sobre el tema. 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 a través dels mecanismes de socialització, serveixen els joves per donar sentit a les seves relacions afectives i sexuals. S'observa, per exemple, que tothom diu saber la importància dels anticonceptius a l'hora de mantenir relacions sexuals, però molt sovint aquests només es relacionen amb la possibilitat d'un embaràs no desitjat, mentre que rara vegada es pensa en la possible adquisició d'una malaltia de transmissió sexual. És a dir, tot i que els i les joves tendeixen a presentar-se com a persones enteses en la matèria, encara hi ha una sèrie de dèficits informatius clars, així com unes actituds i comportaments no 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**, especialment entre les joves a partir dels 20 anys (gràfic 8). Cal dir que es tracta d'una tendència que es dona entre tota la població femenina de 15 a 45 anys, però entre els grups joves l'increment sembla una mica més gran. Als grups de discussió realitzats tothom diu conèixer algú que ha hagut d'avortar en algun moment. Observen 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 pot ser més favorable o menys a la nova situació. Es diu que bona part dels avortaments que coneixen s'han fet sense que els pares se n'assabentin (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, la majoria no saben que també es pot fer en la sanitat pública).

Gràfic 8. Evolució de la taxa d'avortaments entre les dones residents a Catalunya, per grups d'edat (avortaments per cada 1.000 dones). Catalunya, 1998-2007



Font: *Interrupción voluntaria del embarazo*. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Des de l'1 de gener de 1981 fins al 30 de juny de 2009 s'han declarat al registre 16.247 casos de **sida** residents a Catalunya (CEEISCAT, 2009). 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 el sector 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 pràctiques de risc, s'observa que la disminució s'ha produït de manera molt acusada per l'administració de drogues per via parenteral i per relacions sexuals entre els homes homosexuals i bisexuals, però no tant per relacions sexuals entre les persones heterosexuales. S'observa que la sida és un tema que apareix molt poc en les converses dels i les joves participants als grups de discussió, els quals la perceben com una amenaça llunyana que, en principi, no forma part del context social en què viuen. Diuen que

quan comencen a sortir amb una noia o un noi rarament pensen si pot tenir la sida. Mentre les generacions d'edats més grans tenen una imatge relativament traumàtica de la sida, els grups d'edat més joves sembla que n'han perdut la referència i només amb dificultat recorden algunes campanyes mediàtiques sobre el tema.

En els grups de discussió es parla també de **relacions afectives** problemàtiques entre el jovent, que de vegades es tradueixen en maltractaments i **violència de gènere**. És una qüestió que comenten tant nois com noies, tot i que preocupa més entre les noies. Tant uns com altres perceben que les dones es troben en situació de desavantatge, que hi tenen més a perdre i, en general, són més vulnerables a causa dels rols socials femenins (més dependència, més risc de pèrdua d'imatge i prestigi social, etc.). Es parla també de les **discriminacions** de joves per motius de l'opció sexual i consideren que, malgrat que els i les joves homosexuals encara són discriminats a la nostra societat, la situació avui dia és millor que fa uns anys i perceben que l'estigmatització tendeix a disminuir.

Les **polítiques públiques** sobre prevenció de riscos i promoció de la salut en temes de sexualitat i afectivitat són diverses. Primerament, hi ha tot 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, obres de teatre interactives, tallers, portal Jove.cat, programa Kolocat, 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 sobre violència de gènere, etc.) i drets sobre el propi cos (Llei sobre salut reproductiva i interrupció voluntària de l'embaràs, etc.). Les polítiques de sexualitat tenen un cert paral·lelisme amb les de drogues. D'una banda, els comportaments sexuals tenen molt a veure amb pautes i rituals dels joves en la seva transició al món adult, per la qual cosa encara que una persona tingui tota la millor informació disponible, això no garanteix que posi en pràctica comportaments segurs. El risc, en aquests casos, pot ser un dels elements que afavoreix l'aprenentatge. Això fa que els missatges que s'emeten des de les institucions puguin ser rebuts amb indiferència per part d'una població que, almenys en part, s'intenta presentar ella mateixa com a "suficientment informada" en aquests temes, encara que a la pràctica això no sigui cert. De l'altra banda, les polítiques de sexualitat (igual que les de drogues) han evolucionat progressivament des de posicions penalitzadores



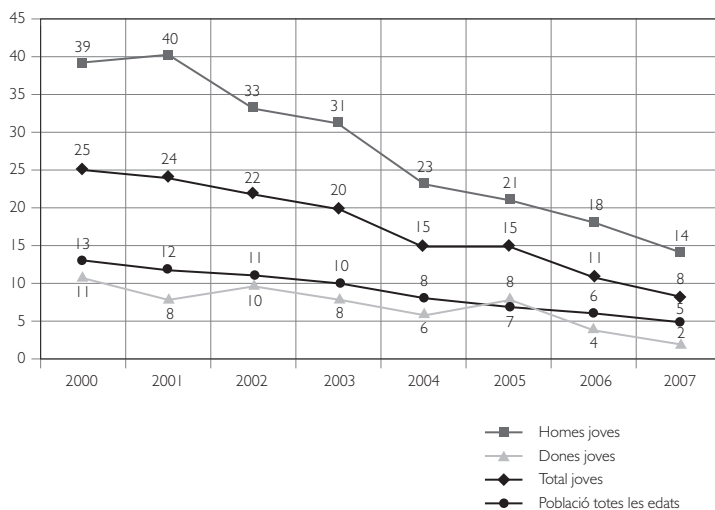
i culpabilitzadores, que tractaven els joves com a incapacitats per prendre decisions coherents en aquest àmbit, vers orientacions més disposades a acceptar que els joves poden ser prou madurs per prendre les seves pròpies decisions. En aquest sentit, bona part de les polítiques públiques van adreçades a informar i formar els i les joves, oferir-los alguns elements per poder 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, experiències i expectatives manifestades pels joves analitzats. De fet, hi ha un àmbit sobre el qual les polítiques públiques específiques sobre salut i joves no intervenen gaire (i on potser no poden intervenir): la transformació del context social en què els joves viuen les seves relacions afectives i sexuals, un context caracteritzat per una pressió important per part de les famílies (que marquen uns rols de gènere no sempre igualitaris), de les indústries de l'oci i de l'entreteniment (que promouen uns processos de construcció d'identitats força competitiu al voltant de la sexualitat i que carreguen els rols femenins amb una pressió constant per aparellar-se), etc., en el qual les capacitats dels joves per donar resposta es veuen limitades 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'accés a l'habitatge, etc.), la manca d'expectatives educatives d'alguns sectors socials, la manca d'espais de trobada i de relació al marge dels proveïts per la indústria de l'oci nocturn o de les institucions oficials, etc.

4.4. Seguretat viària

L'evolució durant els darrers anys mostra com la taxa de morts per **accidents de trànsit** es manté sempre superior entre els joves que entre la població en general, si bé en tots dos casos la tendència és clarament a la baixa (gràfic 9). Durant els darrers anys, els accidents de joves d'entre 15 i 29 anys han passat de constituir la meitat de tots els que es produïen a Catalunya a ser-ne només una tercera part. A més, s'observa que hi ha hagut una reducció d'accidents més acusada entre els joves que entre la població en general (mentre aquests s'han reduït el 18%, els dels joves ho han fet el 28%). D'altra banda, hi ha considerables diferències entre les taxes d'homes i de dones, de tal manera que els primers multipliquen de llarg les segones en tota la sèrie.

Gràfic 9. Evolució de les taxes específiques de víctimes mortals per accidents de trànsit en població de 15 a 24 anys per sexe i per grups d'edat (víctimes per cada 100.000 habitants). Catalunya, 2000-2007



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

Pel que fa als que afirmen anar 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. Cal remarcar que gairebé tots els joves diuen cordar-se el **cinturó de seguretat** quan van en cotxe, i la tendència és creixent. Per tant, es pot dir que hi ha una tendència clara a posar en pràctica uns comportaments més segurs respecte d'aquesta qüestió. Pel que fa a les percepcions dels i les joves, la majoria tendeix a relacionar els accidents de trànsit amb els consums 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 s'observa que el principal risc que perceben és el de sancions policials (més que el risc d'accident). En aquest sentit, sembla que l'enduriment de les normatives de trànsit té un impacte clar en els comportaments d'aquests joves. Les noies són les que més perceben la seva dependència d'altres conductors, i sostenen que es veuen obligades a confiar-hi si es volen



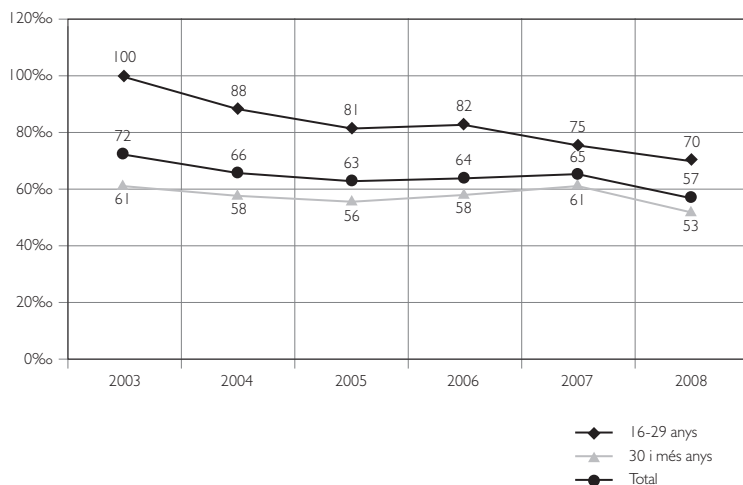
desplaçar per motius d'oci. Les noies, tant les que conduïxen com les que no, afirmen agrair força l'existència de les recents lleis penalitzadores de la conducció temerària.

Les **polítiques públiques** en matèria de seguretat viària són variades: d'una banda, 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 l'Homo Transitus), etc. També existeixen iniciatives que pretenen actuar sobre l'entorn del jove, per tal de 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 sobre el compliment de les normatives (proves d'alcoholèmia, controls de velocitat, etc.). En aquest sentit, cal destacar el paper jugat per diverses normatives que han endurit les prohibicions sobre conducció sota els efectes d'alcohol i drogues, així com la penalització del carnet per punts. Es constata que aquestes normatives han aconseguit importants canvis en els comportaments, hàbits i actituds dels joves. Probablement encara hi ha alguns sectors juvenils on els comportaments de risc al volant 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 ja no és una cultura hegemònica o que està en descens.

4.5. Salut laboral

Les dades evolutives sobre **sinistralitat laboral** a Catalunya mostren que els joves (16-29 anys) tenen un índex d'incidència d'accidents bastant més elevat que els adults (gràfic 10). En general, s'observa una tendència lleument descendent en tots dos grups d'edat, una mica més acusada entre els joves, de manera que les diferències es van reduint a poc a poc. Mentre l'any 2003 els adults tenien 61 accidents per cada mil treballadors i els joves en tenien 100, l'any 2008 aquestes xifres són de 53 per als adults i 70 per als joves. En qualsevol cas, resulta clar que els joves continuen tenint una sinistralitat més elevada 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.

Gràfic 10. Evolució de l'índex d'incidència d'accidents de treball amb baixa (en jornada i *in itinere*) entre la població ocupada assalariada, per grups d'edat (accidents per cada 1.000 persones ocupades assalariades). Catalunya, 2003-2008



Font: Elaboració pròpia a partir de dades sobre accidents de treball del Departament de Treball i Indústria, i de 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.

Pel que fa a les **condicions de treball**, segons l'ESCA 2006, la meitat dels joves que treballen ha de realitzar moviments repetitius amb els braços o les mans de manera habitual a la feina. Una tercera part percep que ha de treballar massa i una quarta part han de treballar sols (sense poder parlar amb ningú). Una quarta part dels joves diuen 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 de l'altura de l'espatlla). Per altra banda, més de la tercera part dels i les joves pateixen 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 donen també entre els adults, amb poques diferències.

S'observa que el risc de patir **mala salut mental** es relaciona amb el fet de treballar en un ambient contaminat (pols, fum, etc.), fent moviments repetitius, fent una feina poc variada, on es treballa massa i "al seu aire", i



on es treballa sol (aïlladament). I 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 amb els companys. A més, el risc de mala salut mental, així com la depressió i/o ansietat, són fenòmens més elevats (i correlacionen positivament) entre els joves que treballen **sense contracte** i entre els que tenen un contracte laboral inferior als 6 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 especificada i de les que tenen contractes temporals. D'altra banda, els treballadors autònoms i empresaris són els que menys percentatge de casos presenten en tots aquests indicadors de mala salut física i mental. Finalment, cal dir que els i les joves que no tenen flexibilitat horària presenten una percepció de salut pitjor que les que sí que en tenen.

Tant els nois com les noies que treballen relaten (en els grups de discussió) nombroses **molèsties de tipus psicosocial** derivades de la feina. Bona part dels nois (treballadors o en atur) diu haver tingut feines en condicions precàries, amb contractes temporals i jornades molt llargues, amb elevades càrregues de treball físiques i mentals, motiu pel qual alguns diuen patir un cert malestar psíquic i una desmotivació que els porta a adoptar comportaments de risc dins i fora del treball (com ara consumir cànnabis, alcohol, tabac, etc.) que incideixen negativament en el seu estat de salut. El món laboral tendeix a 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 manifesten també nombroses preocupacions pel que fa a les relacions entre salut i treball, sobretot perquè diuen patir amb freqüència de "nerviosisme" (ansietat, estrès, angoixes, etc.) a causa de la tensió laboral / familiar (problemes de conciliació), i també perquè assenyalen trastorns musculoesquelètics crònics (mal d'esquena, d'articulacions, etc.) relacionats amb la seva jornada de treball.

Les **polítiques públiques** adreçades a fer front a aquests problemes es basen principalment a oferir informació als joves (en especial als escolaritzats als IES), per exemple a través de l'anomenat Bus de la Prevenció, de fullets i tríptics, així com d'un concurs periòdic de fotografia sobre salut laboral (organitzat des de la Direcció General de Relacions Laborals). D'altra banda, són molt pocs els joves que reben formació adequada sobre

prevenció de riscos laborals (només alguns que fan formació professional o ocupacional). Finalment, 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 pel que fa en aquest tema, per la qual cosa una altra de les intervencions en aquesta política és la inspecció i vigilància del compliment de la llei als llocs de treball, així com els incentius als empresaris perquè tinguin especial atenció a la salut dels treballadors joves. En qualsevol cas, les polítiques sobre aquesta matèria adreçades a joves són molt poques i d'escàs abast, tot i la importància que tenen en la salut juvenil.

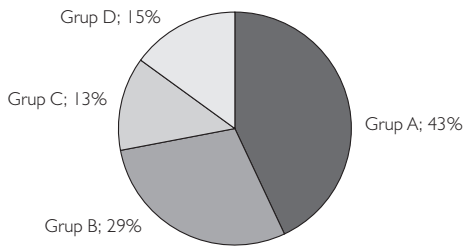
No es pot deixar d'observar la vulnerabilitat que tenen els joves a l'hora d'acceptar o no llocs de treball amb riscos per a la salut, una vulnerabilitat que té a veure amb la seva posició en el mercat de treball, ja que la població jove pateix unes condicions d'ocupació i de treball més adverses que la resta de grups d'edat. Per exemple, la **taxa d'atur** entre els joves (16 a 29 anys) (segon trimestre de 2009) era 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). Pel que fa a la **taxa de temporalitat** entre els joves de 16 a 29 anys, se situava en el 34,5% (43,7% per als de 16-24 anys), mentre que per al conjunt de la població catalana la taxa de temporalitat se situava en el 18,1% (dades de l'Enquesta de població activa del segon trimestre de 2009). I ja hem mostrat abans que l'índex d'accidents és més alt en joves que en adults. Per aquest motiu, les polítiques públiques destinades a pal·liar els efectes del treball sobre la salut dels joves, a més de centrarse a millorar la prevenció de riscos (materials, contaminants, ambientals, càrrega de treball, factors psicosocials, etc.), haurien de complementar-se 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 a reduir la seva temporalitat laboral. D'alguna manera, caldria augmentar el poder de negociació (de decisió) dels i les joves a l'hora d'enfrontar-se amb condicions laborals adverses per a la seva salut.



5. CLASSIFICACIÓ DE LA JOVENTUT CATALANA SEGONS EL SEU ESTAT DE SALUT I ELS SEUS DETERMINANTS

L'anàlisi de l'ESCA 2006 ens ha permès classificar la població jove de Catalunya en quatre grups, d'acord amb el seu estat de salut, pràctiques de risc i factors estructurals que condicionen els seus comportaments (gràfic 11).

Gràfic 11. Distribució probable de la població de 15 a 29 anys segons el seu estat de salut i els seus determinants (percentatge). Catalunya, 2006



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

Grup A. Representa aproximadament el 43% de la mostra. Els joves d'aquest grup tenen **hàbits i estats de salut saludables**: el 95% dels joves que en formen part són no fumadors, el 97% no bevedors o moderats, el 93% no consumeixen altres drogues, el risc de salut mental és del 6% i només un 3% manifesta dolors o molèsties. A més, destaca l'elevat percentatge de joves que fan una **activitat física intensa** (80% davant del 51% general), que contrasta amb la baixa proporció dels que tenen una ocupació laboral (36% davant del 63% general); d'aquesta manera, només el 18% dels membres d'aquest grup està exposat a les situacions de risc laboral que hem inclòs al model (treballar habitualment amb soroll, pols o moviments repetitius). És un grup que té una percepció més **positiva** del seu estat de salut (menys d'un 1% manifesta que és "regular" i "dolent", davant el 6% del conjunt de la mostra). Aquest grup està format en bona part pels **més joves** (amb una mitjana d'edat de 21,7 anys) i la probabilitat de pertànyer a aquest grup és més elevada entre aquells joves que **viuen amb les respectives famílies** d'origen.

Grup B. Representa un 29% de la mostra. Com el grup A, aquest grup de joves també es caracteritza per tenir **hàbits i estats saludables**, si bé presenta algunes diferències amb l'anterior. En aquest cas s'observa una major presència de persones **fumadores** (47%), tot i que la pràctica totalitat dels joves que el formen ni són bevedors 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". Però la diferència d'aquest grup amb l'anterior ve determinada sobretot perquè **només** el 19% fa una **activitat física intensa** (davant del 80% al grup A i el 51% general), **majoritàriament duu a terme una activitat laboral** (el 94% davant el 63% general) i la meitat d'aquests (és a dir, el 46% del total) diu que ho fa en situacions de **risc laboral** (sorolls, pols o moviments repetitius). La mitjana d'edat d'aquest grup és de 24,8 anys. Al voltant del 60% d'aquests joves **conviu amb la parella i/o fills**. Aquest és el grup que presenta uns nivells de suport social més alts.

Grup C. Representa al voltant del 13% de la mostra. Aquest grup es caracteritza especialment pels seus **consums no saludables**: el 85% dels i les joves que en formen part són fumadors diaris (davant el 32% general), el 48% són bevedors de risc (davant el 8,5% general) i el 83% ha consumit cànnabis o cocaïna el darrer mes (16% general). Presenten un **estat de salut pitjor** que la mitjana, tot i que millor que el del grup D: un 17% amb risc de mala salut mental i un 17% amb dolors o malestars moderats o alts (7 i 2 punts per damunt de la mitjana, respectivament), tot i que 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% del total de nois davant el 8,7%). La probabilitat de pertànyer a aquest grup és nou punts superior a la mitjana quan es **viu sol, o amb amics i amigues**.

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% (mitjanes generals del 15% i del 10%, respectivament). Un 34% manifesta tenir un estat de salut regular o dolent, mentre que només un 24% afirma que és molt bo (52% de mitjana). El 12% té una activitat física **sedentària**, el doble que el conjunt de la mostra; en contrast, el 80% duu a terme una **activitat laboral** i fins al 56% manifesta tenir una ocupació on habitualment treballa amb soroll, pols o moviments repetitius (exposició a **risc laboral**). S'observa que la probabilitat de pertànyer a aquest grup (el que



té un pitjor estat de salut) és gairebé el doble en el cas de les **dones** que en els homes (el 20,1% versus el 10,3%, respectivament). La mitjana d'edat d'aquest grup és de 24,6 anys. Gairebé el 60% d'aquests joves **conviu amb la parella i/o fills**. Haver **nascut a l'estranger** augmenta el 8% la probabilitat de pertànyer a aquest grup. Aquest 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 de cadascun d'ells en el conjunt. El que reflecteixen els resultats és l'associació entre diferents variables relatives a la salut, tot permetent la identificació dels perfils generals.



6. FINS A QUIN PUNT LES POLÍTIQUES IMPLEMENTADES SÓN ADEQUADES A LA REALITAT SOCIAL?

La salut de les persones joves és objecte de preocupació de les institucions públiques, i per això es dissenyen i implementen polítiques adreçades a influir en els processos de pèrdua de salut i en el manteniment d'aquesta a llarg termini (a banda de les polítiques merament assistencials, dirigides a resoldre els problemes de salut un cop aquests han aparegut). L'anàlisi realitzada permet classificar totes aquestes polítiques, programes o activitats en quatre tipologies bàsiques:

A. Intervencions unidireccionals, basades en la transmissió i el debat d'informació (com ara campanyes informatives, exposicions, webs, tríptics); jornades, seminaris, etc. (adreçats preferentment a experts i professionals); així com esdeveniments periòdics (dies mundials de la sida, de l'alimentació, contra el tabac, etc.). Aquestes intervencions solen compartir una conceptualització del jove com algú que necessita ser informat, a qui es fa arribar un coneixement i una informació dissenyada i elaborada per experts i difosa des de les institucions públiques. Es basen en una distinció clara entre el coneixement expert i el profà, i actuen d'acord amb el model clàssic del dèficit cognitiu: se suposa que la població no sap gaire el que ha de fer i per això els qui sí que ho saben l'han d'informar.

B. Intervencions multidireccionals, de caire més interactiu entre professionals de joventut, salut o educació (principalment) i joves, com programes d'assessorament, guiatge, etc., (en línia, *in situ* com el programa Salut i Escola, com els punts joves de molts municipis, etc.); o com tallers, activitats participatives (Pack-escoles, Teatre-acció, concursos com el No em fumis, activitats esportives, etc.). Aquestes intervencions procuren més implicació dels joves en una sèrie de processos d'aprenentatge. No es pretén una mera transmissió de coneixement, sinó facilitar un procés de reflexió en el curs del qual es genera 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.

C. Polítiques que eixamplen el poder de decisió dels joves, com els programes de lliure disposició d'anticonceptius (projecte Màquina), píndola de l'endemà, projecte AMED (foment de l'alimentació mediterrània), programa Nit Segura i accions d'Energy Control, etc.; Llei contra la violència de gènere; Llei de salut reproductiva, etc. Són polítiques adreçades a garantir

drets ciutadans i procuren situar el jove en el centre del procés de decisió. Es donen els mitjans necessaris i es confia que el o la jove sabrà decidir el que millor li convingui, sempre que disposi de la informació pertinent. Aquestes iniciatives normalment han d'anar acompanyades de mesures informatives i formatives com les esmentades anteriorment.

D. Polítiques que limiten el poder de decisió dels joves, com lleis i normatives que regulen certs comportaments: prohibicions de fumar en determinats llocs, prohibicions de conduir vehicles després de consumir alcohol o drogues, limitacions de velocitat en vehicles per carretera o ciutat, obligació de portar casc, cinturó de seguretat, etc.; restricció de venda d'alcohol; restriccions al tabac; prohibició de drogues il·legals; Llei de prevenció de riscos laborals i altres de relacionades, etc. Són principalment polítiques reguladores, prohibicionistes o penalitzadores. Aquestes polítiques van dirigides a restringir determinats comportaments de risc, a posar límits a les decisions de la població. Suposen penalitzacions a través del sistema legal i dels mecanismes habituals d'exercir l'autoritat pública (policia, multes, etc.).

A la vista d'aquesta tipologia, es poden fer les següents reflexions i consideracions sobre l'adequació entre les polítiques i la realitat social:

Les polítiques informatives i de sensibilització (unidireccionals) són útils per a les persones que volen adquirir informació. De tots els quatre grups identificats, els més predisposats a adquirir nova informació sobre riscos són els membres dels grups A i B, principalment aquests darrers perquè ja s'han començat a percebre alguns efectes sobre la salut (cansament i fatiga a causa de la manca d'exercici físic i de consum de tabac). Cal recordar que les qüestions relacionades amb la salut no preocupen gaire la gent que es troba bé, la salut només preocupa quan es perd (d'aquí ve la complexitat a l'hora d'establir polítiques preventives). Els joves del grup A, en principi, com que no tenen cap problema de salut i tenen uns comportaments prou saludables, presumiblement no faran gaire cas de les informacions sobre riscos, tot i que és convenient que aquesta informació formi part del seu entorn ja que contribueix a definir la "normalitat", és a dir, allò que s'espera que passi. En aquest sentit, la informació juga 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 d'informació perquè ells es troben en un context que no els permet assumir aquesta informació (dissonança cognitiva). Però és necessari que aquesta informació



formi part del seu entorn, per tal 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 d'obtenir un coneixement contrastat i passar per un procés d'aprenentatge sobre aquests temes. En general, la utilitat d'aquestes polítiques coincideix bastant amb tot el que s'ha dit en el paràgraf anterior per a les merament informatives. Cal advertir, però, que aquestes polítiques requereixen un grau de complicitat molt més gran amb els joves als quals van dirigides, cosa que implica un treball seriós i aprofundit a escala local, que aconseguixi involucrar els joves en projectes compartits, amb un protagonisme d'aquests en totes les fases (disseny, realització, etc.). Això també pot ser útil per fer accions de "reducció de riscos" amb persones del grup C (dels més deteriorats). Tanmateix, no és una cosa generalitzable i, si es vol que arribin al grup C, es requereix 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 i dotar-los dels recursos materials i cognitius adequats).

Les polítiques que eixamplen el poder de decisió dels joves mitjançant el garantiment d'una sèrie de drets i la facilitació de determinats elements (preservatius, per exemple) són una mica especials, ja que rarament poden funcionar per si soles. Aquestes polítiques es fonamenten en la idea que és inútil negar l'existència de certs factors de risc (relacionats amb la sexualitat, amb les drogues, etc.), que val més acceptar que existeixen i ajudar els joves a conviure-hi sense prendre gaire mal. En aquest sentit, aquestes polítiques necessiten anar acompanyades de fortes mesures informatives i d'aprenentatge, cosa que ja procuren les polítiques anteriors. Per tant, aquestes polítiques que eixamplen el poder de decisió poden funcionar bé amb els joves a qui se'ls ha ofert prèviament les polítiques informatives i formatives esmentades més amunt. Si observem a qui són útils aquestes, podrem deduir a qui beneficiaran aquelles.

Les polítiques que limiten o restringeixen el poder de decisió dels joves, a través de prohibicions i penalitzacions legislatives, poden ser útils per desincentivar alguns tipus de comportaments de risc (com s'ha vist amb el cas de la conducció temerària o els consums de tabac i, en menor mesura, d'alcohol). Aquestes mesures poden ser útils a tots els grups, amb l'excepció relativa del grup C perquè els seus membres tendeixen a assumir comportaments de risc sense preocupar-se excessivament de

la seva legalitat. Aquest grup possiblement necessiti mesures de reducció del risc i d'acompanyament personalitzat (d'aquestes mesures també n'hi ha, però molt escasses).

Finalment, cal advertir que hi ha un grup que no ha aparegut 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. El deteriorament de la salut d'aquests joves està relacionat amb les seves condicions de vida (problemes d'habitatge, manca de suport social, aïllament, etc.) i condicions de treball (riscos laborals, pressió psicosocial, precarietat laboral, etc.). Es tracta d'un conjunt de joves al qual pot ser difícil donar més informació sobre comportaments de risc, per una banda perquè no duen a terme gaires consums de risc i, per l'altra, perquè els possibles comportaments de risc que puguin estar posant en pràctica (per exemple, en termes de manca d'activitat física o d'alimentació deficient), probablement tenen poques possibilitats de canviar a causa de les seves pròpies condicions de vida i treball. Aquí és on es presenten amb tota intensitat les variables estructurals (la classe social, el gènere, l'ètnia o el lloc de naixement, etc.), unes variables que dibuixen unes desigualtats socials que ubiquen aquests joves en situacions de subordinació i d'explotació de les quals els és difícil sortir. En aquest sentit, aquest grup necessitaria de polítiques adreçades a millorar la seva qualitat de vida (polítiques d'habitatge, polítiques socials, escoles bressol, espais públics de convivència, polítiques familiars, etc.) i la seva qualitat laboral (disminució de riscos laborals, conciliació de vida laboral i familiar, disminució de la temporalitat i la precarietat laboral, etc.).

A més a més, els joves del grup B no tenen problemes de salut, però presenten alguns comportaments de risc (tabac, manca d'exercici, etc.). En aquests, les campanyes informatives poden ajudar-los a canviar aquests comportaments i, de fet, molts d'ells ja estan predisposats a fer-ho, però la pressió temporal i psicosocial que comporta el treball (i els seus intents de conciliació amb la vida privada) els pot obstaculitzar fer-ho a la pràctica. S'observa que és un col·lectiu que treballa, i probablement les polítiques que podrien ajudar-los tindrien a veure amb modificacions en forma de polítiques de reordenació del temps de treball, de gènere, de conciliació de vida laboral i familiar, etc., així com polítiques de prevenció de l'estrès, dels factors psicosocials al treball (i d'una més democratització de les relacions laborals, en el fons).

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 aquesta informació es constitueix en punts de referència que poden servir per prendre decisions en moments clau. De fet, s'observa que, en general, els joves diuen considerar-se prou ben informats (independentment de si n'estan o no, però en qualsevol cas la majoria semblen saber on trobar el que no saben). Tot sembla indicar que perceben molta informació al seu voltant, i sostenen que qui es vol informar ja ho fa (saben on fer-ho). Aquesta actitud cal tenir-la en compte a l'hora de planificar campanyes informatives i de sensibilització, ja que no és el mateix transmetre informació a algú que es considera ignorant que a algú que pensa que ja ho sap tot (o que, com a mínim, es vol presentar davant els altres amb aquesta imatge).





RECOMANACIONS

Des de fa almenys quatre dècades l'Organització Mundial de la Salut (OMS) recomana prioritzar les polítiques encaminades a evitar que la gent caigui malalta per davant de les polítiques encaminades al guariment, és a dir, potenciar les intervencions sobre les *causes* abans que sobre les *conseqüències* dels processos de pèrdua de salut (sense deixar d'actuar sobre aquestes darreres, és clar). Des d'aquesta perspectiva, invertir recursos per evitar l'aparició de les conseqüències negatives per a la salut implicaria una aposta decidida per polítiques preventives i de promoció de la salut. Tanmateix, la implementació d'aquest tipus de polítiques ensopega amb diversos obstacles que s'haurien de superar, tal com a continuació suggerim.

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 la 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 entre aquella que es troba 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 tal de construir-se una identitat autònoma), la indiferència respecte a les polítiques institucionals pot ser present fins i tot entre aquells que sí que es perceben amb problemes de salut. Des d'aquesta perspectiva, qualsevol institució pública que pretengui dissenyar aquestes polítiques exclusivament a partir de les demandes ciutadanes rarament posarà en marxa polítiques de prevenció o promoció de la salut juvenil. És a dir, aquest tipus de polítiques s'han de planificar de totes totes, sense esperar que ningú les demani (cosa que també passa amb altres polítiques com les de sostenibilitat, seguretat, gestió de residus, etc.). Cal tenir en compte que aquesta peculiaritat atorga un rol especial i insubstituïble a unes institucions públiques que es legitimen davant el públic tot exercint aquesta funció.

B. Les polítiques de prevenció i de promoció de la salut són poc visibles i sovint incòmodes per als responsables polítics, motiu pel qual caldria saber **argumentar la seva necessitat per tal de conscienciar-ne responsables polítics i tècnics.**

Efectivament, les intervencions adreçades a millorar els hàbits alimentaris o la disminució dels consums d'alcohol del jovent d'un municipi, per exemple, requereixen d'unes despeses que són difícils de rendibilitzar en termes polítics. Si a això li afegim que ni la mateixa població a la qual van adreçades les intervencions ho demana ni ho agraeix públicament, ens trobem 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 major part d'ajuntaments. Per això, a escala local ens trobem amb dues situacions molt disperses, que comporten recomanacions diferents:

- D'una banda, els **municipis grans** acostumen a donar una clara importància a les polítiques de prevenció i de promoció de la salut en matèria de joventut, hi destinen recursos econòmics de manera estable i compten amb seccions administratives i personal dedicat a aquests temes en exclusiva. Aquests municipis, amb freqüència, dissenyen molts dels seus propis programes i els apliquen durant períodes de temps suficientment llargs per poder avaluar-los i fer-ne les correccions pertinents, de tal 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 cada municipi sembla actuar 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 el tema. Tot plegat requeriria més coordinació intrainstitucional (dins dels mateixos ajuntaments) i interinstitucional (amb altres organismes públics).
- De l'altra, als **municipis mitjans i petits** (que són la gran majoria), el disseny i l'aplicació de polítiques sobre salut i joventut és molt més atzarosa, ja que depèn d'una conjunció d'interessos i preferències que no sempre es dona, on es conjuguen factors tan diversos i poc previsibles com el tarannà i perfil professional dels regidors i/o dels tècnics de joventut (si aquests existeixen), així com, en molts casos, del professorat i dels òrgans directius dels instituts d'ensenyament secundari de cada localitat. La majoria d'aquests municipis fan ús, de manera no gaire sistemàtica, dels programes oferts per diversos departaments de la Generalitat (en especial des de Salut i des de Joventut). A més, solen patir d'una manca de planificació a llarg termini i de coordinació amb els agents del territori, motiu pel qual les intervencions no tenen gaire continuïtat,



són difícils d'avaluar i la seva existència i aplicació depèn en bona mesura de la voluntat i 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 serien:

- Procurar més comprensió del que impliquen les polítiques de prevenció i de promoció de la salut (i del que implica la seva absència) per part dels responsables polítics municipals, dels tècnics de joventut i d'altres professionals locals (professorat dels instituts, professionals de la salut dels CAP, etc.). També les associacions de mares i pares i associacions juvenils.
- Promoure la planificació d'aquestes polítiques a mitjà o llarg termini, a partir de diagnòstics participatius i multidisciplinaris de la realitat local.
- Afavorir més coneixement entre els tècnics de joventut dels recursos existents per planificar i aplicar polítiques de prevenció i de promoció de la salut. Així mateix, millorar la connexió amb els programes impulsats des de 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, millora d'horaris laborals o suport institucional a l'hora de fer les seves tasques.

C. La fragmentació institucional frena la potencialitat d'aquestes polítiques, i per això caldria **proveir 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 a escala local polítiques 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 similar), que permetessin coordinar les intervencions d'escoles, ajuntaments, CAP, entitats socioculturals i del tercer sector, AMPA, associacions de joves, etc., sobre una mateixa població i territori.

Des del punt de vista institucional, resulta clau promoure una actuació més interdepartamental entre els diferents organismes de la Generalitat que tracten temes 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 diferents projectes de promoció de la salut, és a dir, 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, llei de barris, d'usos del temps, etc.).

D. Els continguts de les polítiques existents es basen sobretot en accions informatives i formatives, mentre que les intervencions transformadores de l'entorn són de molt menor abast, motiu pel qual caldria potenciar aquestes darreres sense deixar de fer les primeres.

En relació amb els seus continguts, 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 comptar amb l'aportació d'experts en la matèria, però també poden ser elaborats pels mateixos joves (tallers participatius, per exemple). El paper de les institucions hauria de consistir principalment a donar suport i orientació, així com 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, especialment en els àmbits escolars i d'oci, de tal manera que configuressin una mena de “soroll de fons” que contribueixi a definir la “normalitat” desitjable (definida col·lectivament).
- 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 pel que fa 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 procurar espais i temps



saludables tot aprofitant les iniciatives dels mateixos joves (per exemple, fomentar l'esport, la música, activitats que ja facin i organitzin els mateixos joves), donar suport a expressar tota una sèrie d'actituds saludables que els joves manifesten més que la resta de la població. Cal tenir en compte que articular aquest suport de manera efectiva en la pràctica no és gens fàcil, ja que la institució promotora sempre estarà connotada amb certs trets d'autoritat (el "poder" contra el qual rebel·lar-se), i per això és molt important trobar fórmules per potenciar iniciatives ja existents entre els joves.

E. No tothom pot comunicar-ho tot, qualsevol institució no pot dur a terme qualsevol política, i per això caldria trobar fórmules per implicar els joves en el disseny i l'aplicació de certes polítiques.

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 també 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 el o la jove tingui al seu voltant), les institucions públiques i les famílies poden ser percebudes com a l'autoritat de la qual cal (simbòlicament) distanciar-se per poder construir-se una identitat personal (i grupal) en el trànsit vers el món adult. És un distanciament temporal, que acostuma a durar el temps suficient per bastir-se com a persona més autònoma (que pot ser molt diferent d'uns joves a altres). Aquest fenomen dificulta l'emissió de missatges preventius per part d'aquelles institucions públiques, les quals, facin el que facin, queden inevitablement connotades com l'autoritat a rebatre (per dir-ho sense matisos). Tot i això, les institucions no poden renunciar al seu rol d'autoritat per, almenys, dos motius: primer, els joves necessiten aquest punt de referència respecte al qual distanciar-se per poder construir-se de nou; i segon, tot i que els missatges de les institucions acostumen a 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 la paradoxa: les institucions han de dur a terme 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, fomentant que els mateixos joves 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 intervencions no sempre arriben als joves que més ho necessiten, i per això caldria **dedicar recursos a atencions a grups particulars o, fins i tot, a acompanyaments personalitzats.**

Totes aquestes intervencions haurien de procurar ser accessibles per 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 compten amb un entorn social, laboral i urbà relativament saludable. Per això, caldria procurar arribar també als grups de joves més exclosos de les polítiques públiques, normalment dels grups d'estatus més baix i amb circumstàncies socials i personals més adverses. I també als que aquí hem classificat com grup C, caracteritzats per pràctiques de risc elevades (consums) i pitjor estat de salut, els quals probablement necessitarien d'un acompanyament personalitzat per poder finalitzar la seva transició sense patir danys irreversibles a la seva salut física, psíquica i/o social. Tot això sense renunciar a fer polítiques per a tota la joventut en general.

De manera particular, s'observa que les institucions que s'ocupen de les polítiques de joventut tenen algunes dificultats per accedir a un sector de l'adolescència tardana que ja no està escolaritzada, que malgrat tot es troba en procés d'aprenentatge social, i que 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). La recomanació seria dissenyar polítiques personalitzades per als membres d'aquests grups, implicar-los d'alguna manera a través de les seves activitats habituals (“empoderar-los”).

G. És necessari dotar-se dels instruments de recollida de dades i d'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 actualment existents donen una informació bastant detallada dels principals vectors i variables 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 que ofereix les dades segmentades per la variable edat i de manera pertinent per als estudis sobre joventut, una cosa

que no sempre passa en altres fonts de dades rellevants (com l'Idescat o l'INE). D'altra banda, l'ESCA és una molt bona base de dades sobre salut juvenil, amb elevats nivells de representativitat per moltes de les variables clau (sexe, edat, territori, etc.), ofereix una important quantitat de variables, tot i que es podria procurar incloure-hi més informació de temes com l'alimentació dels joves, la salut afectiva, la salut sexual i reproductiva, o sobre temes de socioaddiccions.





BIBLIOGRAFIA

Balbo, L. (1978). "La doppia presenza", *Inchiesta*, núm. 32, pàg. 3-11.

Borrell, C.; Benach, J. (2002). *Les desigualtats socials en salut a Catalunya. Informe del CAPS*. Barcelona. Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris & Fundació Jaume Bofill.

Carrasquer, P. (1997). "Jóvenes, empleo y desigualdades de género" *Cuadernos de Relaciones Laborales*, núm. 11, pàg. 55-80.

CSDH (Commission on Social Determinants of Health). (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Ginebra. Organització Mundial de la Salut.

CEEISCAT. (2009). *Registre de casos de sida a Catalunya*. Barcelona. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i sida de Catalunya, Departament de Salut.

Departament de Salut. (2009). *Els catalans parlen de la seva salut*. Barcelona. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Domínguez, M.; López Roldán, P. (1996). "La construcció de tipologies: procés i tècniques d'anàlisi de dades", *Papers, Revista de Sociologia*, núm. 48, pàg. 31-39.

Espluga, J. et al. (2004). *Desempleo juvenil, exclusión social y salud. Investigaciones, experiencias y acciones institucionales en España*. Barcelona. Icaria.

Espluga, J.; Caballero, J. (2005). *Introducción a la prevención de riesgos laborales: Del Trabajo a la Salud*. Barcelona. Ariel.

López Roldán, P. (1996). "La construcción de tipologías: metodología de análisis", *Papers, Revista de Sociologia*, núm. 48, pàg. 9-29.

Marmot, M. et al. (1997). "Social Inequalities in Health: Next Questions and Converging Evidence", *Social Science and Medicine*, núm. 44, pàg. 901-910.

Martínez, R. (2003). *Cultura juvenil i gènere*. Barcelona. Secretaria General de Joventut.

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, pàg. 47-66.

OMS *Achieving health equity: from root causes to fair outcomes*, Ginebra. Organització Mundial de la Salut, Comissió sobre Determinants Socials de la Salut, 2007.

OMS *Constitution of the World Health Organization*, Nova York. Organització Mundial de la Salut, 1948.

OMS *Glosario de promoción de la salud*, Ginebra. Organització Mundial de la Salut, 1998.

Romaní, O. (dir.) (2006). *La salut dels joves a Catalunya. Un estudi exploratori*. Barcelona. Secretaria General de Joventut. Departament de la Presidència de la Generalitat de Catalunya.

Strauss, A.L. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge. Cambridge University Press.

Verd, J.M.; López Roldán, P. (2008). "La eficiencia teórica y metodológica de los diseños multimétodo", *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, núm. 16, pàg. 13-42.

Wilkinson, R.; Marmot, M.; (eds.) (2003). *Social determinants of health: the solid facts*, Copenhagen, OMS, Oficina Regional Europea.

Observatori Català de la Joventut

Altres títols publicats en aquesta col·lecció

1. Joves entre dos segles. *Francesc-Marc Àlvaro*. 1998
2. Nous objectius per a l'educació-Informe Delors. *Enric Masllorens*. 1998
3. Enquesta a la joventut de Catalunya. *Gabise, SA*. 1999
4. Joves i participació a Catalunya. *Fundació Ferrer i Guàrdia*. 1999
5. 20 anys de participació democràtica. 20è aniversari del Consell Nacional de la Joventut de Catalunya. *CNJC*. 1999
6. Estudi de comportament dels joves estudiants de Barcelona. *Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat*. 1999
7. La violència com a recurs i com a discurs. *Manuel Delgado*. 1999
8. Els joves catalans en el 2011. Els canvis que vénen. *Centre d'Estudis Demogràfics*. 2000
9. Els joves catalanes i l'habitatge. *Carme Trilla*. Institut DEP. 2000
10. L'entorn quotidià dels adolescents amb malalties cròniques. *Joan Carles Surís, Russell Viner, Robert W. Blum*. 2000
11. Treball, valors i canvi. Les ruptures en la precarietat. *Daniel Ortiz i Iván Miró*. 2001
12. Generació @. La joventut al segle XXI. *Carles Feixa*. 2001
13. Jugar treballant, treballar jugant: les identitats juvenils i el debat sobre ocupació i ociositat. *Robert G. Hollands*. 2001
14. Els contextos canviants de la joventut al segle XXI. *Andy Furlong i Fred Cartmel*. 2001
15. Migracions internacionals i població jove de nacionalitat estrangera a Catalunya. *Centre d'Estudis Demogràfics*. 2001
16. De les oportunitats desiguals a la manca igualitària d'oportunitats. Les dimensions de gènere del canvi social i la joventut a Europa. *Lynne Chisholm*. 2001



17. Els tècnics en la política de joventut de l'Administració pública catalana. *Pere Soler(coord.), Albert Bayot, Anna Planas i Josep Vila.* 2002
18. Joventut, okupació i polítiques públiques a Catalunya. *Equip de recerca: Robert González, Marc Martí, Lluç Peláez, Oriol Barranco, David Brunet. Coordinació de l'estudi: Ricard Gomà.* 2003
19. Enquesta als joves de Catalunya 2002 –Avançament de resultats–. *Joaquim Casal, Maribel García, Rafael Merino i Miguel Quesada.* Grup de Recerca Educació i Treball (UAB). 2003
20. La immigració i el treball intercultural a les entitats d'educació en el lleure de Catalunya. *Diego Herrera, Bernat Albaigés i Mercè Garet.* 2003
21. Cultura juvenil i gènere. *Roger Martínez Sanmartí.* 2003
22. El territori i la mobilitat migratòria dels joves a Catalunya. *Juan Antonio Mòdenes Cabrerizo, Joaquim Recaño Valverde.* 2003
23. Els joves catalans i l'habitatge, 1999-2003. Institut DEP. *Carme Trilla.* 2003
24. Crisi del treball i emergència de noves formes de subjectivitat laboral en els joves. *Bernat Albaigés (dir.), Vicente Sisto, José Romàn.* 2004
25. Emancipació domiciliària, laboral i familiar dels joves a Catalunya. *Pau Miret i Gramundi.* 2004
26. Els nous rurals del Pallars Sobirà. *Eva Lluvich i Mònica Ortega.* 2004
27. La sobrequalificació entre els joves catalans. *Pau Serracant.* *Observatori Català de la Joventut.* 2005
28. Joves adults i polítiques de joventut a Europa. *Premi Joventut 2003* *Juan Manuel Patón i Casas.* 2005
29. Els comportaments alimentaris dels i les joves en el procés d'emancipació. *Elena Espeitx i Bernat (dir.); Juanjo Cáceres i Nevot, Anna Pachual i Sabartés, Cristina Marfil i Verchili; Martina Miserach i Blasco.* 2006
30. Adolescència femenina i risc social. *Premi Joventut 2005.* *Anna Berga i Timoneda.* 2007



31. La influència de l'edat en el comportament electoral a Catalunya. *Raül Tormos*. 2007
32. Identitat, integració i escola. Els joves d'origen marroquí a la perifèria de Barcelona. Premi Joventut 2006. *Jordi Pàmies i Rovira*. 2008
33. Participació, política i joves. Una aproximació a les pràctiques polítiques, la participació social i l'afecció política de la joventut catalana. *Isaac González i Balletbó, Jordi Collet i Sabé i Josep Sanmartín i Morant*. 2008
34. Fer-se adult. Sociologia comparada de la joventut a Europa. *Cécile Van de Velde*. 2008
35. Les transicions de la vida adulta en el context de la globalització. *Carles Simó i Noguera*. 2008
36. Una nova escena del drama entre vell i jove / New performance of the old vs. young drama. *Zygmunt Bauman*. 2008
37. Enquesta a la joventut de Catalunya 2007. *Pau Miret i Gamundi, Antoni Salvadó i Nayach, Pau Serracant i Melendres i Roger Soler i Martí*. 2008
38. Catalan Youth Survey -2007 Edition-. *Pau Miret i Gamundi, Antoni Salvadó i Nayach, Pau Serracant i Melendres i Roger Soler i Martí*. 2009
39. Estratègies, trajectòries i aportacions de joves trans, lesbianes i gais. *Gerard Coll-Planas, Gemma Bustamante i Senabre, Miquel Missé i Sánchez*. 2009
40. Strategies, trajectories and contributions of young transsexuals, lesbians and gays. *Gerard Coll-Planas, Gemma Bustamante i Senabre, Miquel Missé i Sánchez*. 2010
41. Joves d'origen immigrant a Catalunya. Necessitats i demandes. Una aproximació sociològica. *Amado Alarcón Alarcón i Rosa Alcalde Campos*. 2010
42. The needs and demands of young people of immigrant origins in Catalonia. A sociological approximation. *Amado Alarcón Alarcón i Rosa Alcalde Campos*. 2010
43. Llengua i joves. Usos i percepcions lingüístics de la joventut catalana. *Joan Pujolar i Cos, Isaac González i Balletbò, Anna Font i Tanyà, Roger Martínez i Sanmartí*. 2010

44. Condicions de vida i hàbits socials de la joventut de Catalunya. *Cristina Sánchez i Miret*. 2010
45. Mitjans de comunicació i joves. Anàlisi de la situació, mecanismes d'intervenció i decàleg per a un tractament informatiu adequat de les persones joves. *Mònica Figueras i Maz, Marcel Mauri i de los Ríos*. 2010
46. Cultura i joves II. Hàbits culturals i polítiques públiques. *ICC Consultors. Xavier Fina i Ribó, Martí Comas i Soler, Marta Domènech i Gutiérrez, Sònia Marzo i Macarrón, Carles Spà i Novellas*. 2010



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

