

Salut dels joves a Catalunya: diagnòstic i perspectives

David Elvira Martínez

177

1. Salut i joves: context i marc d'anàlisi

1.1 Marc conceptual per a l'anàlisi de la salut dels joves

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la salut no solament com l'absència de malaltia, sinó també com el benestar social de l'individu i de la comunitat, entenent per benestar la qualitat de vida de la col·lectivitat i dels seus components.

Es pot dir que, en termes generals, la salut, malgrat les dificultats de definició epistemològica, és un factor essencial per al creixement personal i humà, és imprescindible per a la construcció de xarxes socials primàries i secundàries i és necessària per garantir una adaptació correcta al medi físic i social que ens envolta.

En aquelles etapes vitals de la construcció, maduració i consolidació psicobiològica i social de l'individu, com és la de la joventut, es fa encara més difícil distingir i analitzar de forma segmentada tot allò que és fruit de la predisposició genètica, de la biologia o de les experiències particulars de l'individu. Aquesta confusió causal en els resultats en salut és especialment significativa quan s'analitzen moltes de les causes que generen una pèrdua de salut o de qualitat de vida en els joves i que es vinculen a comportaments, hàbits o patologies que entren en l'àmbit de la salut mental.

Especialment l'individu jove és fruit de la influència del marc familiar, social i cultural en què viu. En períodes d'especial acceleració en les transformacions del context social (global i proper al jove), no es posa en dubte l'impacte que aquests canvis poden tenir en l'individu. Són impactes moltes vegades constants, discrets i que passen desapercibuts per a la majoria dels joves i les seves famílies, però que acaben tenint, com es veurà, una influència sobre la salut.

La salut està determinada per intervencions i factors socials, econòmics, culturals i de molts altres tipus que configuren el nivell de salut i de qualitat de vida de l'individu i de la població. Molts d'aquests factors, potser els més determinants per la salut dels joves, no són controlables directament per l'individu, però sí que poden ser matisats, modulats, influïts o generats per la col·lectivitat a través d'intervencions institucionalitzades o de grups socials que afecten els joves.

178 És per això que un objectiu fonamental de les intervencions sanitàries, enteses com intervencions públiques i privades encaminades a millorar la salut i la qualitat de vida de la població, és crear i facilitar les condicions que configuren l'esmentada salut i qualitat de vida (NAVARRO, 2005). A més, cal tenir en compte que la salut també és un element d'interès col·lectiu des del moment en què contribueix de forma essencial a la prosperitat, justícia social i solidaritat del país.

De fet, tots els sectors i agents de la societat haurien de responsabilitzar-se d'aquesta funció de manteniment i restitució de la salut, atès que l'optimització de la salut i la qualitat de vida hauria de ser un objectiu prioritari de tota societat. Es comparteix totalment la postura d'aquells autors que assenyalen que "l'estat de salut és un indicador del nivell assolit per una societat, i que els ciutadans conscients exigeixen un elevat nivell de protecció de la seva salut"(NAVARRO, 2005) .

En aquest sentit, cal tenir en compte que no només es fa salut a través d'intervencions dels "serveis sanitaris", sinó que es construeix salut per mitjà de les polítiques en matèria de treball, comerç, educació, habitatge, planificació urbana o comunicació de masses. En els determinants de les malalties hi ha factors globals d'ordre social i econòmic, entre ells, per exemple, la pobresa. La conseqüència que se'n deriva és que cal comptar també amb l'important efecte de les polítiques no directament sanitàries en la salut de les poblacions.

En el cas de la salut dels joves –on es veurà que les principals causes de mortalitat i pèrdua de salut són evitables i associades especialment a hàbits i comportaments de risc– l'enfocament multisectorial i propi de la salut pública assumeix una importància cabdal. Analitzar les polítiques de salut en joves requereix la valoració d'accions fonamentades en una orientació basada en la protecció, promoció i prevenció de la salut, així com en el fet que la responsabilitat recau sobre diversos actors socials, i no només sobre l'actuació directa dels serveis sanitaris.

Alguns autors ja indiquen que la natura diversa i multisectorial dels determinants de la salut ha estat àmpliament assimilada pel cos científic de la salut pública (SEGURA, 2005).

1.2 Salut pública i intersectorialitat

Els processos que es desenvolupen en funció de la salut, el benestar i la qualitat de vida es caracteritzen per la seva elevada complexitat, l'àmplia dimensió social i la multiplicitat dels seus components que, a més, tenen formes variables de relacionar-se i de combinar-se (SEGURA, 2005). Si s'accepta que els problemes de salut tenen fronteres difoses i els seus determinants són imprecisos i variables, també cal acceptar que, d'una banda, seran difícilment resolts per accions exclusives dels serveis sanitaris i que, de l'altra, en el cas específic dels joves, es requereixi encara més intersectorialitat en les actuacions de tipus socio sanitari que en d'altres grups socials.

179

Es tracta la intersectorialitat com una nova lògica per a la gestió que busca superar la fragmentació de les polítiques, que inclou una concepció àmplia del que significa la salut, i amb una concepció també àmplia de les actuacions que des de l'Administració es poden exercir o fomentar de cara a la promoció, protecció, prevenció i cura de la malaltia. Això significa una articulació de les polítiques públiques orientades a la salut dels joves basada en intervencions coordinades d'institucions representatives de més d'un sector social i que està vinculada total o parcialment a tractar els problemes de la salut, el benestar i la qualitat de vida (CASTELL, 1994).

Tal com ressalten alguns autors (CASTELL, 2004), fent una anàlisi no gaire exhaustiva en molts ajuntaments i també a la Generalitat de Catalunya es troben responsabilitats relacionades amb la salut pública i amb les polítiques d'ensenyament, de treball, de benestar social, de política territorial, d'indústria, de comerç, de turisme, de governació i de medi ambient que, de forma directa o indirecta, poden afectar a la salut i la qualitat de vida física i mental dels joves.

En la taula següent es fa un repàs concís sobre la necessitat d'intersectorialitat entre les actuacions sanitàries i les administracions públiques a l'hora d'afrontar els principals problemes de salut del col·lectiu d'entre 15 i 30 anys:

TAULA 1

ÀREA	OBJECTIU	SECTORS	CONTINGUTS	ACTORS
Seguretat Viària	Prevenció d'accidents i reducció de lesions	Salut Policia Obres públiques Educació Sector industrial	Repressió Protocol·s d'actuació sanitària Educació vial Senyalització Disseny viari Milliores de seguretat	Hegemonia compartida entre salut, trànsit, policia i obres públiques. Necessitat de col·laboració inter-institucional i foment de la responsabilitat social de la indústria.
Addiccions	Prevenció i control a les addiccions	Salut Educació Joventut Policia Serveis Socials Grups socials i de comunicació	Promoció, prevenció i protecció Repressió Assistència	Hegemonia compartida entre salut, educació i grups socials
Salut afectiva, sexual i reproductiva	Prevenció d'embarassos adolescents, educació en l'afectivitat i la sexualitat, prevenció d'ITS	Salut Educació Joventut Dona Grups socials i de comunicació	Promoció, prevenció i protecció Assistència	Hegemonia de salut amb un pes específic d'educació
Hàbits alimentaris	Prevenció de trastorns vinculats a l'alimentació	Salut Educació Joventut Consum	Promoció, prevenció i protecció Assistència	Hegemonia de salut amb un pes específic d'educació
Salut laboral	Prevenció d'accidents i malalties relacionades amb el treball	Salut Treball Mútues Empreses	Promoció, prevenció i protecció Assistència	Hegemonia de salut i mútues laborals amb un pes específic de salut

Fonts: *Inspirat en Castell, 2004*

Cal identificar la intersectorialitat com un element conceptual i metodològic fonamental per a l'aproximació a les polítiques de salut dels joves al nostre país. A més, està plenament reconeguda en el primer eix estratègic del mateix Pla de salut, Horitzó 2010 establert pel Departament de Salut: "El primer eix, el compromís intersectorial en la salut, parteix de la premissa que per tal de fer efectives determinades polítiques de salut cal un abordatge intersectorial, i que la millora de la salut només és possible si s'actua sobre aspectes relacionats amb el benestar i la qualitat de vida, com ara el treball, l'educació, l'habitatge o la cultura i, en general, sobre les condicions de vida de la població".

En definitiva, a l'hora d'afrontar la salut no es poden desvincular aspectes biològics dels purament socioculturals. En el cas dels joves aquesta vinculació és encara més evident i les polítiques públiques així ho han de demostrar. L'estat de salut i la qualitat de vida dels joves està lluny de ser resultat de l'edat, és sobretot conseqüència de les seves condicions de vida, dels seus comportaments i de les seves actituds.

1.3 Context social i valors emergents

Se sap que la salut és un dels elements de la vida més preuat i més valorat per ciutadania i, com s'ha vist, es requereix un enfocament intersectorial i fonamentat sobre els principis de la prevenció, protecció i promoció a l'hora de garantir-la. Mantenir uns nivells de qualitat de vida i salut de la ciutadania és un element bàsic de cohesió social, a més d'un element generador de riquesa, ocupació, innovació i progrés. Per aquesta raó, tot esforç per projectar una visió de la Catalunya progressista de futur implica incorporar la definició de qualsevol estratègia orientada a consolidar una Catalunya basada en la justícia, en la lluita contra l'exclusió, la dominació, la discriminació o l'opressió, i tot esforç per garantir la igualtat d'oportunitats i l'exercici de la llibertat individual. Aquests principis són necessaris per tal de definir actuacions sanitàries equitatives, efectives, eficients i sostenibles.

181

Els paràmetres que actualment defineixen les polítiques públiques i que han de sostenir la despesa social han canviat en relació amb aquells que varen definir l'Estat del benestar fa més de mig segle. Els destinataris, els contextos i els instruments per a executar les polítiques socials, entre elles la sanitària, han canviat. Aquestes transformacions en el context social, cultural, econòmic i polític afecten de forma transcendent als joves, i com es veurà, determinen les diferents estratègies d'aproximació a les accions de prevenció, protecció, promoció i assistència sanitària orientada als joves:

1.3.1 *Nous paradigmes de justícia social:* Fins i tot reflexions plenament vàlides durant els anys 90 actualment necessiten una revisió. Dels riscos de l'envelliment poblacional i la despoblació (que posaven en perill els mecanismes de protecció social i de creixement econòmic) s'ha passat al nou paradigma de models demogràfics duals: envelliment de la població autòctona i irrupció de nova immigració jove. El nombre d'estrangers que viuen al nostre país ha augmentat dels 65.990 el 1990, als 642.829 l'any 2006. Actualment els nouvinguts representen un 11% de la població catalana. La garantia d'accés d'aquesta nova ciutadania als serveis socials bàsics, com els sanitaris, i la forma en la qual accedeixen, així com la modulació de l'ús creixent i no sempre ordenat dels serveis per part d'una població cada cop més exigent i orientada al consum (també dels serveis públics), seran claus per garantir la integració social i evitar incentius de deserció al sistema sanitari de responsabilitat pública de les classes

mitjanes emergents. A tall d'exemple es pot anomenar la situació en la qual els joves que actualment valoren positivament els serveis sanitaris públics deixin d'utilitzar-los a causa del seu desprestigi creixent.

182 1.3.2 **Nous rols dels actors socials:** Superar una perspectiva tradicional marcadament assistencialista de les polítiques públiques passa per prioritzar una resposta efectiva de tots els actors implicats en el benestar individual i col·lectiu i plantejar polítiques més transversals i intersectorials. En el cas dels joves és evident la necessitat de reflexionar, per exemple, sobre el nou paradigma emergent entre salut i cultura. Alguns dels exemples serien la necessitat d'autoresponsabilitat sobre l'estat de salut individual i la necessitat de desmedicalitzar la vida quotidiana. En l'àmbit sanitari, i especialment en el col·lectiu de població jove, l'aposta per una perspectiva més comunitària, integral i preventiva és fonamental.

1.3.3 **Nous valors:** Aspectes com la llibertat individual, la forma en la qual s'entenen la justícia i la solidaritat, els efectes de la consolidació de la societat de consum, la demanada de major seguretat, la concepció del temps (en el treball i en el lleure) o l'evolució dels models i relacions familiars marquen la necessitat d'una revisió dels serveis de responsabilitat pública des de la perspectiva reformista de les forces de progrés. Els joves s'identifiquen com un dels col·lectius més vulnerables als canvis i en els quals els nous valors es consoliden amb més força. Els joves construeixen la seva realitat psicosocial a partir dels valors emergents imperants avui. Els valors de la societat actual, la immediatesa, la dificultat de crear projectes col·lectius, les noves realitats familiars i els mecanismes de socialització a través dels models de lleure determinen els hàbits, l'assumpció de riscos i la creació d'expectatives que afecten de forma determinant la salut física i mental de la ciutadania més jove.

1.3.4 **Nou equilibri entre llibertat i responsabilitat:** Avui, especialment el jove, aspira a exercir de forma diferent la llibertat individual. La llibertat d'elecció només és compatible amb la igualtat d'oportunitats que representa la garantia de l'accés equitatiu a la informació i a la formació. La llibertat ha de vincular-se, també, a la responsabilitat. En el cas dels serveis, a la responsabilitat en l'ús dels recursos públics; i en el cas dels comportaments i hàbits, a la necessitat d'evitar elements estigmatitzadors (propis de posicionaments liberals conservadors).

Aquestes premisses són bàsiques per tal d'evitar l'associació automàtica dels conceptes de risc i joventut. La construcció social del jove es defineix com un període de transició entre la dependència familiar i l'autonomia adulta. És una transició que cal monitoritzar i que permet associar certs comportaments individuals a la consideració de ser "propis dels joves" (ROMANÍ, 2006). Aquesta construcció social del concepte de jove ha donat lloc al fet que certs comportaments, especialment vinculats al risc (comportaments sexuals, consum de drogues, accidentalitat viària o fracàs escolar), s'hagin associat a fites pràcticament obligatòries del procés de transició cap a l'edat adulta. Al mateix temps, moltes de les estratègies d'intervenció pública per la promoció, prevenció i protecció de la salut dels joves s'han fonamentat partint del discurs del risc i, més especialment, en el discurs dels "grups de risc". Aquesta aproximació conceptual i operativa de programes i accions sanitàries ha tingut dues conseqüències mereixedores d'anàlisi: d'una banda, l'associació risc-jove ha generat a vegades la connexió automàtica d'identificar la joventut amb les conductes de risc, fet que ha convertit el jovent en un "grup de risc" intrínsec a la seva condició de jove i, per tant, ha fomentat una certa estigmatització. D'altra banda, molts comportaments juvenils que impliquen un potencial risc també ofereixen oportunitats d'experimentació, creixement personal i construcció de maduresa i autonomia. Les polítiques públiques han d'evitar el risc d'estigmatització dels joves i d'alguns comportaments: l'aprenentatge en l'àmbit afectiu, emocional i fisiològic de la sexualitat o la capacitat de gestió en el consum de drogues (tant socials com il·legals) han de tenir-se en compte a l'hora de configurar les polítiques públiques de salut orientades als joves, ja que configuren perfils d'autonomia psicològica i social de l'individu jove.

- 1.3.5 ***Nova relació amb l'entorn:*** Els models de gestió i valoració del temps privat, laboral, social, familiar o institucional són fruit de nous valors en les relacions amb el treball, l'entorn social o la família. En aquest sentit s'orienten les mesures destinades a adaptar l'horari laboral a les realitats socials i familiars. Segurament és agosarat parlar d'una crisi generalitzada de la família "tradicional", però cal reconèixer que la demanda de més llibertat individual, la debilitació dels llaços entre les generacions que conviuen en els nuclis familiars o la consolidació social i institucional de famílies monoparentals i homoparentals requereixen solucions creatives davant dels problemes d'inseguretat i desprotecció (física,

econòmica, professional o afectiva). En aquest sentit, una visió transversal de les polítiques socials ha d'evitar que els individus acabin arribant al sistema sanitari simplement perquè segueixen els recursos i aquests no estan òptimament distribuïts entre els dispositius socials existents (ELVIRA, 2008). En el cas dels joves, els elements d'entorn que de forma més evident determinen els hàbits, comportaments i resultats en la salut i la qualitat de vida es podrien dividir especialment en tres grans grups: els espais de lleure, la família i els factors estructurals socioeconòmics.

Una part fonamental dels estils de vida juvenils es desenvolupa en l'espai del lleure. En el procés de construcció de la pròpia identitat, el lleure ocupa cada vegada una posició més central en la vida social dels joves. És en els espais de lleure on els joves interaccionen de forma més evident amb els models culturals i socials hegemònics i emergents: necessiten d'immediatesa, alt consumisme, i alhora tenen dificultat de vinculació a projectes col·lectius, refracció a la dificultat o a l'incompliment d'expectatives. És en aquest àmbit, alternatiu al de la família, on els joves poden establir un escenari de templeig i experimentació, provar els límits, exercir els patrons socials de gènere o presentar i prendre consciència de la seva pròpia imatge i construcció d'identitat social (COMAS, 2003). Totes aquestes circumstàncies fan de l'àmbit del lleure el més idoni per a conèixer amb moltes situacions de risc que, com es veurà, afecten de forma explícita la salut i qualitat de vida dels joves catalans.

En l'àmbit familiar es donen situacions que contribueixen al risc de la salut dels joves. La incomunicació, l'aïllament, les dificultats d'aprenentatge, la manca de transmissió d'hàbits i valors es troben darrere d'algunes situacions de manca de salut dels joves. La família i el que coneixem com a grup domèstic són un espai de convivència que permet adquirir pautes d'hàbit i comportaments (ROMANÍ, 2006). Alguns autors (FLAQUER, 2002) indiquen que aquest espai està patint fortes transformacions que donen lloc a fenòmens com el del niu buit. La precarització del mercat de treball, la pressió social per mantenir certs perfils i volum de consum i la distribució i gestió del temps personal i professional estarien darrere d'una creixent debilitació dels llaços de comunicació amb les generacions més joves.

Alhora, aquestes mateixes condicions en el grup de joves de major edat, explicarien la necessitat d'una convivència forçosa al llarg de més anys i amb un retard en

l'emancipació familiar que, al mateix temps, pot generar situacions de pressió psicològica i baixa autoestima que derivin en trastorns del comportament.

Un pol de factors estructurals que determinen la salut dels joves és el que fa referència al mercat de treball, l'accés a l'habitatge i l'entorn social més immediat (el barri). Els hàbits i pràctiques juvenils cal emmarcar-les, d'una banda, en la consolidació d'una societat de consum que en molts aspectes pressiona els joves (en el volum i tipologia de consum) i, de l'altra, en una precarització del marc laboral de molts joves. Per a alguns autors (ROMANÍ, 2006) cal afegir el debilitament de les polítiques socials que l'Estat del benestar ha destinat als joves (i que s'analitzaran més endavant amb cert detall). La precarització social i econòmica del context del jove té com a conseqüència, segons aquests autors, el trencament dels llaços socials associats a l'entorn laboral i la generació de certs quadres d'ansietat continuada.

185

1.3.6 El repte de la immigració: En els darrers anys, Catalunya ha experimentat un fenomen d'incorporació de població immigrada sense precedents. A més, al marge de tractar-se de població jove, els fenòmens de reagrupament familiar han tingut un impacte evident en la configuració d'un col·lectiu de joves immigrants que, des del punt de vista de les polítiques sanitàries, requereix un enfocament específic. Actualment, la població immigrada jove (d'entre 15 i 30 anys) suposa el 29% de la població immigrada (329.000 joves en total). En termes d'anàlisi del fenomen de la immigració, amb la disponibilitat de dades que ens permeten els actuals sistemes d'informació sanitària, és útil discriminar entre població immigrada comunitària i no comunitària. En aquest sentit, les dades associades a població jove immigrada no comunitària destaquen que el percentatge és del 31% (258.000 joves en total). Tal com indica el Pla director d'immigració elaborat pel Departament de Salut, encara que els problemes de salut de les persones immigrades són essencialment equiparables als de la població no immigrada, cal considerar alguns aspectes generadors de desigualtats que determinen una especificitat en la seva atenció. Les característiques diferencials de la població que arriba, la seva cultura, la tradició, la seva religió, la seva manera d'interpretar la salut i la malaltia, les dificultats idiomàtiques o les diferències en estils de vida poden generar una sèrie de factors interns i externs que afecten la seva salut (especialment mental) i actuen com a barreres que dificulten l'accés als serveis de salut. En el cas dels joves, aquestes circumstàncies s'accentuen ja que a la necessitat

de desenvolupament de l'equilibri personal propi del procés de maduració i transició a l'edat adulta cal afegir els processos de dol migratori i adaptació sociocultural.

186

Al marge dels aspectes d'adaptació, que resulten de factors ètnics o culturals, cal no oblidar que, en la majoria de casos, els resultats que es poden observar en el col·lectiu de joves immigrants es deu, en gran mesura, a les situacions de marginalitat que poden viure (el mateix procés migratori), de la falta de formació adequada o de la manca de recursos bàsics, tant físics com socials, per desenvolupar la seva activitat vital quotidiana.

Cal assenyalar en aquest punt la percepció social negativa de l'evolució de la salut dels joves en els darrers anys. Aquesta percepció, a més de ser esbiaixada en la seva interpretació global, tendeix, com es deia més amunt, a estigmatitzar el col·lectiu jove. És cert que, com es veurà, en alguns àmbits hi ha hagut retrocessos notables que conviden a reflexionar sobre l'efectivitat d'algunes accions preventives (especialment en l'àmbit de la salut sexual i reproductiva o el consum d'alcohol). Però, al mateix temps, s'identifiquen tendències i progressos significatius en altres àmbits com el del consum del tabac, la cocaïna o el cànnabis.

2. Salut i cohesió social

La cohesió social és un actiu intangible sobre el qual es fonamenta part de la justificació de l'actuació pública i política que garanteix progressos econòmics i socials robustos, sostenibles i justos. La cohesió neix en els àmbits més petits de la col·lectivitat (com la família) i es consolida en àmbits de la col·lectivitat més amplis que tenen a veure amb el compromís individual cap a la comunitat (el barri, el municipi o el país).

Un valor essencial del progrés social es basa en l'exercici complet dels deures i la reclamació justa dels drets per poder fer sostenible l'equilibri entre el sector públic i els interessos purament individuals. L'equilibri entre el compromís comunitari i la responsabilitat individual és una part essencial. Aquest equilibri és especialment important quan es tracta dels serveis sanitaris i és especialment rellevant en certs col·lectius vulnerables (com el dels joves).

Una societat socialment més justa i que ofereix oportunitats genera més compromís, més participació i més implicació en la "cosa pública" per part dels individus que la

integren. En aquest sentit, les polítiques relacionades amb la salut són clau: cal incidir en la població més vulnerable –socialment parlant– a l'efecte de garantir una societat homogènia i sense fraccionaments. Al mateix temps que l'atenció del sistema sanitari ha de ser proactiva en la incidència sobre els factors de risc i les malalties evitables, cal no oblidar que part dels comportaments de risc són resultat del que s'ha anomenat factors estructurals, que condicionen la salut dels joves: mercat laboral, accés a l'habitatge i entorn social immediat (especialment el barri).

187

El mateix Pla Nacional de Joventut (Generalitat de Catalunya, 2006) reconeix la cohesió social, juntament amb la territorial, com l'eix transversal de les polítiques de joventut. El Pla recorda que "El seu valor orientador és doble: d'una banda, es reconeix la diversitat territorial i cultural com una de les grans riqueses del país i, d'altra banda, s'impulsa l'atenció d'aquestes diferències, quan sigui necessari, per tal de garantir la igualtat d'oportunitats". La cohesió social en l'àmbit de la salut ha de ser entesa, per tant, de forma bidireccional: com una base necessària per millorar la salut dels joves (com s'ha comentat, la desigualtat socioeconòmica és font de desigualtats en els resultats en salut) i com una conseqüència de disposar d'un bon sistema sanitari.

Una diagnosi de la situació econòmica i laboral dels joves avui, tal com s'apuntava anteriorment, és marcada pel fet que els treballadors joves han millorat escassament el seu ingrés relatiu respecte a la resta de cohorts de treballadors i han sofert les principals pèrdues relatives (LÓPEZ CASANOVAS, 2008). Aquesta mateixa diagnosi indica que en els darrers 20 anys, malgrat que els treballadors d'entre 20 i 30 anys han incrementat els seus ingressos relatius, ho han fet a costa de fer més extensives les seves jornades laborals. La realitat és que els treballadors menors de 30 anys avui tenen uns ingressos reals inferiors als que tenien l'any 1981.

Una estratègia clau per a la millora de la salut dels joves és combatre les desigualtats socials i millorar la qualitat de vida en termes socioeconòmics d'aquestes cohorts. En aquest sentit és interessant analitzar de quina manera el procés de consolidació de l'Estat del benestar al nostre país ha incidit de forma rellevant en les polítiques que fomenten la cohesió social en el col·lectiu de joves.

Actualment, a Catalunya, la despesa social és la partida més important del pressupost públic (la meitat del pressupost que representa el 17,5% del PIB). El 5,3% del PIB català es destina a despesa pública corrent dedicada a sanitat, el 4,5% a educació,

el 7,3% a vellesa o el 2,1% a atur. Cal tenir en compte, però, que la tendència a distribuir la despesa social cap a edats més avançades s'ha advertit en molts països desenvolupats (Catalunya no n'és una excepció).

188

Alguns autors (LÓPEZ CASANOVAS, 2008) ja apunten que les generacions de joves d'avui (especialment les del baby boom de principis dels anys 70) estan obligades a suportar una càrrega demogràfica excessiva privant-se d'un repartiment intergeneracional equitatiu fruit de l'increment de la productivitat natural del progrés econòmic. Indiquen que la prolongada dependència financera de la seva joventut (a causa d'una incorporació tardana i molt precària al mercat de treball), la situació immobiliària i la severa càrrega laboral no vindran compensats pels fluxos financers de la jubilació.

Aquesta diagnosi s'explica, en part, per l'estructuració vertical de l'Administració i l'aposta per les prestacions monetàries davant les prestacions en espècies. De fet, els beneficis destinats a les cohorts més joves han tingut històricament un caràcter residual en el conjunt de les prestacions socials: suport a les famílies, programes d'inserció laboral, inversió pública en habitatge...Totes són prestacions molt més sensibles al cicle econòmic i a la disponibilitat pressupostària.

En termes d'efectivitat de les polítiques públiques que contribueixen a la salut global dels joves, caldria tenir en compte l'efecte que suposaria el reforçament de polítiques socials destinades a joves, no només en termes d'equitat intergeneracional, sinó especialment pels efectes que una millora dels factors estructurals de l'entorn dels joves tindria sobre la seva salut.

En termes generals, per tant, amb vista a millorar la salut i qualitat de vida dels joves cal prendre atenció al conjunt d'actuacions que afecten de forma específica els factors estructurals dels seus entorns vitals: polítiques de lluita contra la precarietat laboral que fomentin la integració social dels nousvinguts, que modulin els valors hegemònics d'un consumisme desaforat, que ajudin a teixir xarxes socials de joves vinculats al seu entorn social més proper o que millorin les condicions físiques i socials dels seus barris. Aquests serien només alguns dels exemples d'una estratègia que té en la garantia de la salut social la base per a la salut individual.

3. Diagnosi de la salut dels joves a Catalunya

Catalunya és una societat que ja ha superat la transició epidemiològica (una baixa mortalitat infantil i una alta esperança de vida). És una societat en la qual les malalties infeccioses o la malnutrició han estat substituïdes per les malalties cròniques i degeneratives. En aquest context, l'estat general de salut dels joves catalans es podria definir com a bo si es prenen les dades epidemiològiques que es tenen: les xifres de mortalitat i morbiditat referides a les principals malalties assoleixen uns valors molt petits (ESCA, 2006).

189

L'evolució en els darrers 20 anys ha estat positiva a mesura que la taxa de mortalitat ha tendit a disminuir. En els darrers anys aquesta tendència s'ha confirmat, de manera que, amb dades de 2006, la taxa de mortalitat entre els joves de 15 a 29 anys se situa al voltant de 37 defuncions per cada 100.000 joves.

Cal assenyalar les diferències, molt importants, segons el gènere: la taxa de mortalitat dels nois de 15 a 29 anys (0,55‰) gairebé triplica la de les noies (0,17‰), fet que cal associar, com es veurà més endavant, a les pràctiques de risc, tant en l'oci com en el treball.

Un fet destacable i representatiu dels joves és que les principals causes de mortalitat de la població entre 14 i 30 anys són externes i per tant evitables (majoritàriament accidents de trànsit i suïcidis). Pel que fa a les càrregues de morbiditat són majoritàriament lleus (ESCA, 2006): dolor i malestar, migranyes i mal de cap, molèsties posturals relacionades amb la feina o l'estudi o al·lèrgies majoritàriament. El malestar relacionat amb l'estrès i l'angoixa mereixen un tractament específic.

L'autopercepció de la salut és bona, molt bona o excel·lent en el 95% dels homes joves i en el 92% de les dones joves (val a dir que les diferències més sensibles es donen entre aquells que declaren una salut molt bona o excel·lent).

3.1 Població

Actualment, el col·lectiu de població jove (14-30) suposa el 20% de la població, segons les darreres dades disponibles. Els fenòmens demogràfics dels darrers anys (associats per exemple a la immigració) han fet que el pes demogràfic dels joves hagi augmentat.

Una de les conseqüències immediates ha estat un increment de la fecunditat, que ha coincidit amb l'augment de dones en edat fèrtil (15-49 anys), que en el decenni 1996-2005 ha incorporat més de 170.000 dones, fins a ser prop d'1,8 milions. El fet més destacable d'aquest fenomen és que hi ha un cert increment de la taxa de fecunditat en les edats més joves que afavoreix la descendència final de les generacions i que al mateix temps, com es veurà, posen les polítiques de salut sexual i reproductiva entre les prioritàries en l'enfocament sanitari vers els joves.

No passa tampoc desapercibuda la circumstància que en relació amb la població autòctona, els immigrants presenten una estructura de població per edats molt jove (en el moment de màxima activitat productiva i reproductiva), fet que també condiciona l'enfocament de les polítiques sanitàries orientades als nous nadius. Així, per exemple, cal tenir en compte que pel que fa als naixements, el 2005 es compten 6 per cada 1.000 dones autòctones i 40 per cada 1.000 dones estrangeres. Tots aquests es van comptar en el grup de dones de 15 a 19 anys.

De fet el procés d'immigració ha tingut, i seguirà tenint, un impacte sobre la salut dels joves molt notable. Tal com es comentarà més endavant, el col·lectiu jove nouvingut pateix circumstàncies específiques que, des del punt de vista de l'actuació sanitària, han de tenir-se en compte. Els components de salut i qualitat de vida que caracteritzen aquest col·lectiu estan molt més condicionats per problemes culturals, de pobresa o d'exclusió que no pas pels components més "eticistes".

En una concepció global de la salut, l'exposició a les situacions d'estrès psicològic a què s'han vist abocats, com a resultat de l'emigració i l'adaptació al nou model sociocultural, originen que els models de comportament i les respostes a algunes actuacions sanitàries siguin diferents en la població immigrada jove que en l'autòctona. El disseny de polítiques sanitàries efectives ha de tenir en compte, per tant, aquesta circumstància.

3.2 Estils de vida

3.2.1 Alimentació, hàbits de nutrició i exercici físic

Tal com es ressaltava al principi d'aquest capítol, part del comportament associat a hàbits i assumptió de riscos es vincula a l'univers simbòlic sociocultural relacionat amb el gènere. Mentre els comportaments de risc s'associen als rols socials masculins

que encara es mantenen, cal assenyalar que els trastorns alimentaris es donen, encara en gran mesura, en les dones joves.

Tot i així, cal destacar que comencen a ser significatius els comportaments de risc associats amb l'alimentació i l'exercici físic en els homes joves (la vigorèxia, l'obesitat i el sobrepès són més freqüents entre el homes). Pressions associades amb la comunicació de masses (com a mecanismes de publicitat del mercat) i als mateixos grups socials de relació amb els joves són responsables d'identificar alguns cànons de bellesa a certs patrons d'identitat física que estan lluny de ser saludables.

191

Aquests són factors que no només afecten els patrons d'alimentació, sinó que clarament es vinculen a trastorns relacionats amb la salut mental en el seu conjunt. La frustració, el malestar o l'ansietat sorgeixen de la pressió d'estereotips estètics que també estan lluny d'ésser assolits per una immensa majoria de joves. Malgrat que és l'adolescència el període de màxima prevalença d'aquests trastorns, també és significativa la seva manifestació en joves d'entre 20 i 29 anys. Algunes dades poden il·lustrar la situació: entre els alumnes de 3r i 4t d'ESO (14-16 anys) del curs 2005-2006 en els últims 30 dies, el 30% declarava haver fet exercici per perdre pes i el 29,8% declarava haver fet o estar fent dieta per aprimar-se (42,4% noies; 17% nois).

En l'altre extrem dels comportaments que potencialment poden derivar en problemes de bulímia o anorèxia nerviosa es col·loquen les dades d'obesitat i sobrepès entre els adolescents i joves catalans. Aquest cop, el fenomen es podria explicar, entre altres causes, per problemes associats amb canvis en els hàbits alimentaris que poden ser resultat d'una ruptura clara de la transmissió per part de les generacions més grans: hi ha una manca de transmissió d'hàbits culinaris cap als grups d'edats de joves immersos en processos d'independència familiar (MARTÍNEZ RECIO, 2004).

La manca de conciliació horària, fruit de models de gestió del temps professional i personal que obliguen a horaris extensius, provoca fenòmens com el del niu buit pels joves de menor edat. El niu buit, per a alguns autors (ROMANÍ, 2006) és causa de la manca de comunicació, transmissió d'hàbits o autoritat materna/paterna en el marc del nucli familiar. Entre les conseqüències de l'afebliment dels llaços familiars quotidians, els mateixos autors assenyalen l'increment d'hàbits alimentaris poc recomanables (per exemple, un creixent consum de brioixeria en les cohorts més joves).

Aquest esquema horari també és, en part, responsable de les dificultats en l'estructuració d'hàbits entre els joves de més edat, que necessiten fer àpats fora de casa i que declaren en un alt percentatge "no tenir temps" per fer exercici regular. En aquest sentit, el 50% dels joves catalans declara no realitzar cap activitat física lleugera (ESCA, 2006).

3.2.2 Salut afectiva, sexual i reproductiva

192

La concepció del risc en les infeccions de transmissió sexual i malalties com la sida és baix entre la població jove a Catalunya. Els comportaments de risc en aquest aspecte, fruit d'una relaxació en la valoració del risc, pot estar darrere de fenòmens preocupants com el creixement dels embarassos adolescents o els repunts d'infeccions per VIH entre joves homosexuals al nostre país.

La irrupció de població jove immigrada amb hàbits i patrons culturals d'anticoncepció diferents als de la població autòctona o la percepció que una malaltia com la sida es tracta "només" d'una malaltia crònica, han donat lloc a una relaxació creixent de les pràctiques preventives.

Les relacions sexuals amb penetració en alumnes d'entre 14 i 16 anys s'han incrementat en un 30%, segons les dades de l'ESCA 2006. Addicionalment, es pot afirmar que el mètode anticonceptiu més freqüentment utilitzat és el preservatiu (75%), mentre que el 8,9% declara que no ha utilitzat cap mètode. El 20,8% del alumnes que han tingut relacions sexuals amb penetració han fet servir l'anticonceptiu d'emergència (conegut com la píndola de l'endemà) com a mètode anticonceptiu. En aquests darrers anys, a més, la taxa dels embarassos en dones de 14 a 17 anys a Catalunya s'està incrementant de forma sostinguda, i el 2006 se situa en l'11,6 per 1.000 en dones joves d'aquesta edat, en contrast amb la taxa de 9,0 de l'any 2002.

Paral·lelament, les interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) en dones de 14 a 17 anys s'han incrementat en el període 1989-2005 (0,8 IVE per 1.000 dones d'aquest grup d'edat l'any 1989, respecte a les 7,5 IVE per 1.000 dones l'any 2006). En la població de 15 a 19 anys, la taxa d'IVE se situa en 10,9 per 1.000 dones autòctones i en 26,4 per 1.000 dones estrangeres per a l'any 2006. El percentatge més elevat d'avortaments (25,5%) és el de dones de 25 a 29 anys, seguit del de 20 a 24 anys (23,9%). El 13,1% de les dones que fan una IVE té menys de 20 anys.

A les dècades dels anys 80 i 90, les infeccions de transmissió sexual van registrar una tendència a disminuir, que va interrompre's a partir de 2002 a causa, en gran part, de la relaxació en les conductes de prevenció. Estudis recents apunten que el món afectiu-sexual ocupa un lloc decisiu en la joventut i en el seu desenvolupament com a adults, i que els joves compten amb una concepció plural sobre la sexualitat i la procreació (ROMANÍ, 2006).

En els últims anys s'han continuat produint infeccions pel virus de la immunodeficiència humana (VIH), tot i que s'ha evidenciat un patró de canvi en la transmissió de la infecció, ja que s'ha fet més prevalent la que es produeix a través de les relacions heterosexuales sense protecció (CEESCAT, 2007). A més, la infecció pel virus de la sida afecta cada cop més la població més jove (especialment en el tram d'edat entre 20 i 25 anys, segons demostra el darrer informe publicat pel CEESCAT). Des de l'any 1993 ha estat una de les primeres causes de mort en la franja d'edat compresa entre els 20 i els 39 anys. La teràpia antiretroviral ha significat la reducció de la mortalitat i la millora de la qualitat de vida de les persones que viuen amb VIH/sida, però ha anat acompanyada d'un descens en la percepció de risc i, amb això, d'un abandonament de les conductes preventives.

193

El cas dels homes que practiquen sexe amb altres homes és paradigmàtic. La prevalença de la infecció de VIH a través de saliva mostra un increment significatiu des del 1993, quan es va començar a monitoritzar aquest col·lectiu. Les darreres dades disponibles pel Departament de Salut (CEESCAT, 2007) demostren que la prevalença de la infecció en menors de 30 anys és ja del 15,6% (amb una tendència creixent). També destaca en aquest grup una creixent subestimació del risc (evident des del moment en què el consum de drogues és cada cop més freqüent quan es mantenen relacions sexuals) i la dificultat per mantenir pràctiques sexuals segures. Les pròpies organitzacions de gais adverteixen que part de la relaxació en les pràctiques sexuals dels homes que tenen sexe amb homes es deu al fet que el VIH es comença a identificar, entre els joves gais, com un element d'autoreconeixement del grup, a banda que hi ha una creixent banalització de l'impacte que la sida té sobre la qualitat de vida.

3.2.3 Addiccions

Segons el darrer Informe 2007 de l'Observatori de Nous Consums de Drogues (ONCD) en l'àmbit juvenil, en els darrers anys l'alcohol, el tabac i el cànnabis continuen sent

les substàncies més valorades, consumides i utilitzades pels joves catalans. Destaca, però, que la cocaïna va reduint distància respecte d'aquestes drogues. Persisteix la barreja com a patró de consum (especialment pel que fa a la combinació d'alcohol, tabac i cànnabis, o la d'alcohol i cocaïna) ens els consumidors habituals d'aquesta darrera.

194

Tal com s'apunta a l'Informe 2007, la majoria de joves utilitza les drogues per sortir de festa, potenciar les relacions interpersonals, afavorir els rituals grupals i cercar un estat d'ànim desitjat segons el context (i lligat, moltes vegades, a la desinhibició sexual). Encara una minoria de joves pren drogues fora del context grupal festiu o en fa un ús abusiu. En aquest sentit cal tenir en compte les conseqüències que poden tenir alguns canvis en els patrons d'oci que s'observen en els darrers anys entre els joves: augmenta el número de joves que surten de festa entre setmana, aquells que surten més allarguen les sortides i la precarització laboral i econòmica dels joves fa disminuir l'assistència a locals tradicionals d'oci nocturn en favor d'espais públics i festivals.

En termes generals cal destacar que, malgrat l'alt percentatge de consumidors d'alcohol, continua augmentant el nombre de bevedors, les ocasions per beure i les quantitats. Es produeix un estancament o lleuger descens del consum de cànnabis (especialment entre els majors de 20 anys) i es dispara el consum de begudes energètiques en el context de festa (com a substituïts d'altres substàncies estimulants). Destaca el consum creixent de cocaïna i el fet que comenci cada cop a edat més baixes, en contextos no solament festius i de manera quotidiana en l'àmbit laboral. Malgrat ser minoritari entre els joves, augmenta el consum de LSD i disminueix el consum d'al·lucinògens naturals (que havien tingut un creixement molt notable durant els darrers anys). Es manté un creixement sostingut del consum d'èxtasi en pols i ketamina.

El patró de consum de substàncies addictives entre els joves és clarament distintiu entre gèneres. El tabac és l'únic consum que està igualat entre homes i dones i fins i tot, tal com destaca l'informe, elles poden consumir-ne més i de forma més habitual en entorns d'oci. De fet, mentre que el consum de tabac entre els joves homes s'ha mantingut estable en els dos darrers anys, destaca de forma significativa l'augment del consum entre les dones joves (mentre el 2006 es declaraven fumadores el 62% de les dones, el 2007 aquesta xifra ja s'enfilava al 72%). En contextos formals i dies laborables segueix sent la substància més consumida.

A l'hora de concentrar-se en les substàncies de més consum entre els joves, un lloc destacat en l'anàlisi es dona en l'alcohol. El consum de risc d'alcohol es defineix com un patró de consum que, si es manté, pot causar danys per a la salut física o mental de l'individu, sense que declari tenir problemes mèdics o psiquiàtrics actualment. Cal remarcar que el consum de risc de begudes alcohòliques inclou dos patrons de comportament: la ingesta intensiva i puntual, que es produeix principalment els caps de setmana, i la ingesta elevada de forma regular i diària.

195

En el col·lectiu de joves destaca que la difusió del consum d'alcohol és molt elevada i s'aprecia un augment i una intensificació del consum (ONCD, 2007).

El consum de risc d'alcohol per classe social mostra un patró diferent per als homes que per a les dones. Les dones de les classes socials més afavorides (grups I i II) fan un consum de risc més elevat, mentre que els homes no presenten una tendència clara segons la classe social. L'anàlisi del consum de risc d'alcohol segons el nivell d'estudis mostra que els homes amb estudis secundaris presenten una proporció més elevada de bevedors de risc d'alcohol, mentre que en les dones la proporció més alta de bevedores de risc s'observa entre les que tenen estudis universitaris.

Les dades sobre consum de risc d'alcohol de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006 mostren que, a Catalunya, la proporció de població de 15 a 29 anys bevedora de risc d'alcohol en el període 1999-2005 ha passat del 7,5% (9,0% en homes i 5,8% en dones) al 12,6% (12,9% en homes i 13,3% en dones) al 2006.

Tant en homes com en dones, la freqüència més elevada de consum de risc d'alcohol s'observa en les cohorts més joves. La prevalença de bevedors de risc d'alcohol disminueix a mesura que els grups són d'edats més elevades. Aquesta davallada és més accentuada entre els homes que entre les dones, les quals presenten prevalences similars de consum de risc per grup d'edat a partir dels 35 anys.

Segons l'Estudi sobre conductes relacionades amb la salut dels alumnes de 3r i 4t d'ESO a Catalunya (Departament de Salut, 2006), el 82,7% dels alumnes enquestats responen que han pres alguna beguda alcohòlica alguna vegada a la seva vida (almenys mig got) i ho han fet per primera vegada a partir dels dotze anys. El 46,8% dels alumnes ha pres begudes alcohòliques durant el darrer mes, el 43,9% ha pres alguna vegada quatre o més begudes amb alcohol i el 14,9% s'ha emborratxat més

de dues vegades a la seva vida. L'1,4% dels alumnes manifesta que pren alguna beguda alcohòlica els dies de classe, però la majoria (37,9%) beu durant el cap de setmana.

196

El mateix Informe 2007 de l'Observatori de Nous Consums de Drogues destaca que l'alcohol segueix sent el protagonista en les reunions i en contextos de celebració o d'oci dels joves. És constant la seva presència des de l'adolescència fins a l'edat adulta, fins i tot en els casos de joves que han deixat de consumir altres drogues. El patró de consum més habitual és l'abstinència durant els dies feiners i el consum elevat durant els caps de setmana. De fet, l'alcohol s'integra en la "normalitat" de l'oci juvenil i, en el cas de les dones, moltes vegades és l'única droga consumida en contextos de diversió i oci.

Un fenomen emergent, amb clares connotacions del marc sociocultural existent a Catalunya, al qual es tornarà més endavant, és el fet que continua la tendència dels joves a beure alcohol al carrer. Aquesta pràctica es combina amb una presència i visibilitat als espais públics urbans de joves de procedència sud-americana i magrebina (ROMANÍ, 2006). De fet, hi ha un ús creixent per part dels joves dels espais públics com a llocs de trobada, especialment entre el jovent immigrant. Aquests són espais bàsics en el procés de socialització i pateixen el risc de ser estigmatitzats en associar-se amb escenaris de consum de drogues tant legals com il·legals.

Un altre dels patrons emergents que mereixen atenció és el que fa referència al consum de cànnabis, que continua sent la substància il·legal més consumida entre els joves catalans (ONCD, 2007). De fet, en la població jove a Catalunya, el percentatge de consumidors de drogues il·legals se situa al voltant del 40%, i són l'haixix (amb un 23%), la marihuana (amb un 20%) i la cocaïna (amb un 15%) les drogues més consumides. En el col·lectiu de joves de 14 a 18 anys el consum de drogues segueix sent experimental o ocasional.

En aquest sentit, segons l'Estudi sobre conductes relacionades amb la salut dels alumnes de 3r i 4t d'ESO a Catalunya, la població escolar declara haver consumit cànnabis en un 37,7%, tranquil·litzants i/o sedants en un 13,1%, cocaïna el 3,2%, i estimulants del tipus amfetamines, LSD, drogues sintètiques i altres en un 2%. El 15% declara consumir cànnabis com a mínim una vegada a la setmana. L'edat més freqüent d'inici de consum se situa entre els dotze i els quinze anys. En general, els alumnes perceben un risc inferior respecte al fet de consumir tabac, alcohol, cànnabis

o tranquil·litzants, que a l'acte de prendre substàncies com l'heroïna, la cocaïna, les amfetamines i l'èxtasi, percebudes com a més perilloses.

S'ha donat en els darrers anys un augment progressiu del nombre de consumidors de cànnabis, tant joves com adolescents, malgrat que es comencin a reflectir alguns símptomes d'estancament. Cal tenir en compte que, a més, el consum es dona en edats baixes, concretament són els joves menors de 20 anys els que en consumeixen més. Cal tenir en compte la "tolerància" social que permet al jove entendre com a "normal" el seu consum. A aquest fet hi tornarem més endavant.

197

3.2.4 Accidentalitat: mobilitat i precarietat laboral

En molts grups d'edat cal recordar que els accidents viaris són la principal causa de mort, a banda de les conseqüències que se'n deriven, com són l'alt nombre de discapacitats, lesions i pèrdua de qualitat de vida en general. Darrere de l'alta accidentalitat cal buscar segurament un component important de factors culturals i simbòlics (ROMANÍ, 2004). Portats a l'extrem aquests referents poden portar a comportaments patològics com ara considerar, per exemple, la transgressió i el risc com a referents específics de masculinitat.

En aquest sentit la distinció de comportaments per gènere en aquest tipus d'accidents es fa evident, i així ho demostren les dades de l'ESCA o estudis específics d'organitzacions vinculades al sector del motor. Així, per exemple, el 58% dels conductors entre 18 i 24 anys s'accidenten en un any i, en el cas de les dones, el percentatge és menor i vinculat al fet que moltes vegades són accidentades mentre acompanyaven un conductor masculí (RACC, 2003).

L'ESCA 2006 explora, en la població usuària de vehicles a motor, la utilització de dispositius de retenció com ara el cinturó de seguretat en usuaris de cotxes, el casc en usuaris de motos i altres dispositius de retenció. Tot i l'elevada utilització de dispositius que redueixen el risc i la gravetat d'una lesió en cas de col·lisió, els ocupants joves d'automòbils que viatgen sense cinturó de seguretat és del 7,3% per la ciutat i del 2% per la carretera. Alguns usuaris de motocicleta efectuen desplaçaments sense casc (3,4% per la ciutat i 1,9% per la carretera).

L'Estudi sobre conductes relacionades amb la salut dels alumnes de 3r i 4t d'ESO a Catalunya mostra que el 81,6% dels alumnes enquestats declara posar-se sempre el

casc quan viatja en moto (com a conductor o passatger). El percentatge que utilitza sempre el cinturó de seguretat quan viatja en l'automòbil és inferior, el 74,4% dels alumnes enquestats. El 41,2% dels alumnes declara conduir algun tipus de vehicle a motor, i el 3,7% d'aquests diu que ha conduït sovint sota els efectes de l'alcohol o unes altres substàncies psicoactives. El 2,9% afirma haver viatjat en algun vehicle a motor en el qual el conductor estava sota els efectes de l'alcohol.

198

Un dels factors estructurals que incideix més clarament en la salut dels joves és la feina. Aquesta incidència pot ser positiva o negativa: no tenir feina pot empènyer a processos de marginació social que suposin, entre altres coses, dificultats psicossomàtiques més o menys greus. Per contra, tenir feina pot ser una font de socialització, de satisfaccions econòmiques, de reconeixement social o de realització personal (ESPLUGA, 2004).

Hi ha una clara percepció del deteriorament de la pròpia salut en relació amb l'activitat laboral, que suposa llargues jornades de treball, canvis d'horaris continuats, postures repetitives i molestes, esforços excessius, manipulacions perilloses —maquinària, productes tòxics—, a més de la sinistralitat pròpiament dita. Aquesta activitat laboral té com a conseqüència l'aparició de dolors de cames, braços, esquena, migranyes, cremades, talls, traumes musculars o esgotament general. Aquests símptomes són especialment significatius en el cas dels joves si es té en compte que un alt percentatge treballa de forma permanent o esporàdica en un sector com el de l'hostaleria, on aquestes manifestacions són evidents.

Els joves, a més, són el grup de població més vulnerable a la sinistralitat laboral. De fet, entre els joves catalans de 16 a 24 anys (12,3% de la població ocupada) es produeixen el 22,5% dels accidents laborals amb baixa (ROMANÍ, 2006). Aquesta xifra és congruent amb el fet que l'índex d'incidència arribi a 137,3 accidents per cada 1.000 treballadors de 16 a 24 anys, mentre que és força inferior (80,1) entre el següent grup d'edat (25 a 34 anys).

La creixent precarització de les condicions laborals dels joves sembla que és un element vinculat a l'augment dels accidents laborals registrat des de mitjans anys 90 (l'índex d'incidència ha passat de 107,9 a 137,3 en els darrers 10 anys): "Algunes de les causes d'aquesta situació són la major precarització dels contractes laborals realitzats als joves, la subcontractació, les condicions del lloc de treball, l'incompliment de la legislació de prevenció de riscos per part de l'empresa, del treballador o de totes dues parts i la relaxació de la inspecció de treball en la implementació de mesures efectives en matèria de salut laboral" (MARTÍNEZ/ RECIO, 2004).

3.3 Salut percebuda i capital de salut dels joves

La percepció de salut de la població jove a Catalunya és bona. Tal com s'ha assenyalat anteriorment, l'autopercepció de la salut és bona, molt bona o excel·lent en el 95% dels homes joves i el 92% de les dones joves (ESCA, 2006).

Adicionalment es pot disposar d'un indicador de la percepció de salut dels joves a partir de l'EuroQol-5Dimensions (EQ-5D). Aquest indicador mesura problemes o limitacions de la salut a partir de cinc dimensions: la mobilitat, la cura personal, les activitats quotidianes, el dolor o malestar i l'ansietat o la depressió. Els resultats se sintetitzen en un valor que oscil·la entre l'1 –com a millor estat de salut imaginable– i el 0, la mort, tot i que és possible obtenir valors negatius que es corresponen amb aquells estats de salut que es valoren com a pitjors que la mort. L'EQ-5D mostra diferències importants entre els grups d'edat i gènere. Les dones sempre presenten una salut pitjor que els homes, amb diferències petites respecte dels homes més joves, que s'incrementen segons augmenta l'edat. La puntuació mitjana és, per a homes i dones respectivament, de 0,95 i 0,92 en el grup de 15 a 30 anys (la diferència, però, no és estadísticament significativa).

Les dimensions de salut que resten qualitat als anys de vida són semblants entre homes i dones però força diferents en relació amb l'edat. De fet entre els joves és freqüent, a diferència d'altres grups d'edat, l'ansietat o la depressió. En els darrers anys es dona un lleuger augment dels trastorns adaptatius. Les dades de l'ESCA identifiquen percentatges significatius de joves que alguna vegada se senten ansiosos o deprimits, poc feliços, incapaços de superar les dificultats o que han perdut la confiança en si mateixos. Cal dir que hi ha diferències significatives entre els gèneres, especialment en edats més properes a l'adolescència: el sentiment de depressió en aquestes edats és fins a set vegades més freqüent en les noies (al voltant del 15%) que en els nois (al voltant del 3%). Aquestes dades són consistents amb el fet que, com es deia anteriorment, un dels problemes emergents en els darrers anys ha estat la insatisfacció, especialment de les noies, amb el seu propi cos i els trastorns en la conducta alimentària que aquest fet representa.

Es remarcava al principi d'aquest capítol la importància de la cohesió social en el marc de l'anàlisi dels resultats en salut i qualitat de vida dels joves. Segons els estudis liderats pels CAPS i la Fundació Bofill, en els darrers anys l'anàlisi de la salut per classes socials demostra que les desigualtats socials afecten la salut d'aquells que les pateixen de forma més desfavorable (BORRELL, 2008).

El cas de la salut mental no és una excepció i cal veure la implicació que l'estructura social, econòmica i d'ocupació de Catalunya han tingut sobre l'autopercepció de la salut mental dels joves catalans. Aspectes com la precarització laboral, la dificultat d'accés a l'habitatge, el manteniment de desigualtats de gènere, les perspectives vitals incertes en el mitjà i llarg termini, les dificultats de comunicació familiar o el freqüent fenomen del niu buit entre els joves de menor edat poden influir de forma significativa en la salut mental dels joves i són més freqüents en les classes socials més desfavorides. A aquests aspectes de tipus més estructural cal afegir-hi les peculiaritats de grups socials determinats, especialment les dels joves nous, que pateixen la pressió de l'adaptació al nou medi sociocultural i del fenomen d'enyorança, també conegut com a síndrome d'Ulisses.

La frustració respecte a les expectatives vitals dels joves que es troben en entorns socioculturals vulnerables contrasten clarament amb les exigències socials d'èxit i alegria que caracteritzen el col·lectiu de joves segons els estàndards imperants en la nostra societat. Alguns autors (ROMANÍ, 2006) destaquen que aquests fenòmens, que són obvis per als qui prenen un enfocament sociocultural en la interpretació dels comportaments humans, han estat incorporats progressivament des d'altres perspectives com la dels professionals de la salut mental (DOMÈNECH, 1997).

Finalment, en termes del que es pot dir capital salut del col·lectiu de joves a Catalunya, destaquem que l'evolució de l'Esperança de Vida Ajustada per Qualitat (EVAQ) per al període 1994-2006 a Catalunya, mostra uns valors absoluts molt estables per a les diferents edats en els homes, però un empitjorament de la qualitat de vida en les dones, especialment en les edats més joves (Departament de Salut, 2006).

3.4 Utilització de serveis sanitaris per part dels joves

Com s'ha vist a l'inici d'aquest capítol la població jove del nostre país és una població eminentment sana que, a més, s'acosta poc als serveis sanitaris. Quan el jove detecta símptomes relacionats amb problemes de salut generalment els socialitza en el seu entorn social més immediat i no sempre familiar. Davant la detecció de problemes de salut, és comú que el jove iniciï estratègies de reacció que no passen per l'assistència a un centre sanitari i que, bàsicament, es fonamenten en gestions entre l'individu i el seu entorn més immediat. És quan es percep que la problemàtica és més severa i que

no es pot solucionar a través de mitjans propis o de la xarxa relacional més propera quan es posen en marxa solucions que impliquen un ajut professional assistencial.

És notòria, i a vegades problemàtica, la distància entre els joves i alguns recursos socio-sanitaris. Es té prou evidència d'aquesta distància en el cas de problemes relacionats amb la salut mental i les addiccions. Cal tenir en compte que, mentre l'any 2006 les taxes d'hospitalització psiquiàtrica han estat de 32 per 10.000 habitants en els homes i de 28 per 10.000 habitants en les dones, en el grup d'edat de 20 a 39 anys la taxa és quasi el doble en els homes que en les dones, especialment entre els més joves. També és destacable el fet que serveis com l'assessorament en salut mental o els consells d'informació i promoció de la salut mostrin valors molt baixos en les cohorts d'homes i de dones joves (40,6% i 43,7% respectivament).

201

En l'ús dels recursos socio-sanitaris l'edat és un component molt rellevant. Un dels casos més coneguts i paradigmàtics és el dels centres d'atenció i seguiment (CAS) de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD). En aquests centres els joves es troben altres persones en tractament amb les quals no es coneixen. Es crea una distància entre el jove que precisa assistència i els usuaris de més edat de manera que es genera una barrera simbòlica entre el jove i el servei assistencial.

També cal tenir en compte que l'assistència a un centre pot generar una font d'estigmatització, de manera que el jove tendeix, a vegades i un cop iniciat el tractament, a voler-se'n desvincular ràpidament. Aquest tipus de comportament, evident en el cas dels centres d'atenció a les drogodependències, es pot fer extensiu a altres serveis assistencials.

De fet, aquest és un comportament que, especialment en alguns dels problemes de salut més prevalent en aquestes edats –salut mental, addiccions o salut afectiva, sexual i reproductiva– requereixen estratègies públiques d'apropament dels recursos assistencials als joves.

3.5 Mortalitat

Entre els joves de 15 a 34 anys, tant per a homes i dones, les causes externes (especialment accidents de trànsit i suïcidis) així com els tumors són les causes de mort més importants, seguides de les malalties del sistema nerviós en el grup d'edat 15-24 anys i les malalties infeccioses (sida) en el grup d'edat de 25-34.

La mortalitat juvenil (entre 15 i 24 anys i per al període 1999-2004) és especialment diferent entre gèneres. La mortalitat juvenil masculina té una taxa del 33,0 per 100.000 habitants davant la femenina, que és de 14,8 (Departament de Salut, 2006). És especialment significativa la diferència en el cas dels accidents de trànsit, que són la principal causa de mortalitat dels joves en el període 1999-2004 (15,0 enfront d'un 4,4). Les malalties de l'aparell nerviós i els sentits són, en ambdós gèneres, la segona causa de mort (1,7 enfront d'un 1,2). En el cas del homes, la tercera causa de mortalitat juvenil són els suïcidis, amb una taxa que pràcticament dobla la femenina (1,5 enfront d'un 0,8). La leucèmia és la tercera i quarta causa de mortalitat per a homes i dones joves, respectivament (amb una taxa masculina de l'1,4 davant d'un 0,9 per al cas de les dones).

Tal com es pot comprovar, les principals causes de mortalitat són evitables i, per tant, les polítiques de prevenció juguen un paper fonamental en l'estratègia sanitària orientada als joves. Sense anar més lluny, les defuncions derivades de les col·lisions de vehicles de motor afecten especialment els grups més joves de la població, esdevenen la primera causa de pèrdua d'anys potencials de vida a Catalunya i representen prop d'un terç de les defuncions entre la població d'1 a 34 anys, amb un màxim del 58% del total de les defuncions en la població en la cohort de 15 a 24 anys.

La principal causa de discapacitat en la població jove són els traumatismes cranioencefàlics, amb una incidència que s'estima en 300-400 nous casos l'any per cada 100.000 habitants, un 10% dels quals són greus i deixaran seqüeles. Cal assenyalar, en tot cas, que la progressió en els darrers anys en aquest àmbit ha estat positiva. Mentre que en termes generals, en el període 2000-2006 la mortalitat per accidents de trànsit a Catalunya s'ha reduït un 36%, en el cas dels joves d'entre 15 i 29 anys aquesta reducció ha estat del 53%. Aquest fet s'ha transformat en una petita millora en termes relatius: mentre que el 35% dels morts catalans en accident de trànsit l'any 2000 tenien entre 15 i 29 anys, aquest percentatge ha reculat fins al 30% l'any 2006.

Pel que fa al suïcidi, segueix mantenint-se com una de les principals causes de mortalitat juvenil. Al marge de les dades sobre mortalitat cal tenir en compte que les dades internacionals disponibles mostren una proporció de 20 intents per cada suïcidi consumat, fet que ens pot donar una idea del problema sanitari, social i personal que suposa el fenomen del suïcidi juvenil.

3.6 Desigualtats

3.6.1 Desigualtats i gènere

En relació amb els estils de vida, els homes acostumen a realitzar qualsevol activitat física amb més freqüència i intensitat que les dones. Tanmateix, el consum de tabac entre els joves d'ambdós sexes s'equipara i es mantenen més conductes de risc en el cas dels homes. En aquest sentit en el cas dels homes és superior la proporció d'accidentalitat general (tant laboral com relacionada amb la mobilitat) en edats joves. Aquest fet repercuteix en unes diferències de mortalitat per gènere notables: 69 nois i 20 noies entre 15 i 19 anys, i 318 nois i 95 noies de 20 a 29 anys durant el 2006.

En termes generals l'evidència sembla demostrar que les dones assumeixen menys riscos (ESCA, 2006; ONCD, 2007; ROMANÍ, 2006). En el cas, per exemple, del consum de substàncies addictives, les dones s'inicien en edats similars a les dels homes, però en les fases de consum regular, és més reduït en el cas de les dones, que prenen més precaucions i fan consums menys exposats.

Alguns experts coincideixen a destacar la importància del marc sociocultural en el comportament de les dones en contextos de risc (ONCD, 2007; ROMANÍ, 2006). En aquest marc les dones acostumen a exercir un paper protector en contraposició amb les figures masculines del seu entorn (companys, germans o amics). Aquests autors indiquen que al tenir assignada en part aquesta funció protectora, les noies tendrien a seguir comportaments més prudents. Aquest fet explicaria, per exemple, perfils de menor consum de drogues il·legals i menys problemes aguts derivats del consum d'alcohol i drogues il·legals.

Un cas a part mereixen dues situacions diferenciades: la salut laboral i la salut afectiva, sexual i reproductiva.

La major precarietat laboral en les dones joves (més atur, més temporalitat, pitjors salaris i més dificultats de promoció) accentua els efectes que té el marc sociolaboral dels joves catalans sobre la salut d'aquest col·lectiu.

En el cas de la salut sexual destaca el fet que els canvis en els patrons de comportament afectiu i sexual, així com els demogràfics dels darrers cinc anys –amb la incorporació de població nouvinguda– han tingut un impacte important en el nombre d'embarassos

entre la població més jove. En aquests casos, el pes acaba recaient pràcticament de forma exclusiva en les dones que, d'altra banda, són les que s'interessen més, com es veurà més endavant, pels mètodes anticonceptius i interactuen més amb els mecanismes d'orientació afectiva, sexual i reproductiva que tenen al seu abast.

3.6.2 Desigualtats, classe social i territori

204 Ja s'ha comentat extensament que les desigualtats socials s'assenyalen entre els determinants de les desigualtats en salut. Recentment han proliferat en el nostre entorn estudis per conèixer la relació entre les desigualtats socials i les desigualtats en salut existents, així com programes amb la finalitat de reduir-les. Les principals iniciatives dels països de la Unió Europea es recullen en el document "Taking Action on Health Equity", en el context del projecte europeu Strategies for Action to Tackle Health Inequalities.

Tal com destaca el Pla de salut a l'horitzó 2010 del Departament de Salut, la classe social i el nivell de renda són factors d'ordenació territorial que afavoreixen la segregació social, els riscos d'exclusió i la concentració de necessitats socials i sanitàries en determinats espais. El barri és, en aquest sentit, un dels primers espais de socialització en què es dona aquesta segregació. La identificació de barris "vulnerables" permet actuacions transversals orientades a la comunitat i amb bons resultats demostrables. Aquest és el cas del programa Salut als Barris sobre el qual s'incidirà més endavant.

La identificació dels barris "vulnerables" de Catalunya permet obtenir una radiografia dels principals riscos dels joves que hi viuen. Bàsicament, són barris on es detecta una alta prevalença de problemes de salut mental, com l'estrès, l'ansietat, la neurosi o la depressió. En el cas dels nouvinguts s'hi afegeix la síndrome d'Ulisses (o dol migratori), encara més agreujada en els casos d'aïllament social. Una alimentació inadequada és causa també, en aquests entorns, de problemes d'obesitat, diabetis gestacional, desnutrició i anèmia. A més, les precàries condicions d'habitabilitat de molts habitatges d'aquests barris dona lloc també a una prevalença significativa de malalties infeccioses (com la tuberculosi) i respiratòries.

De forma més evident són barris on es dona una manca de continuïtat assistencial superior, fruit de la descoordinació dels serveis sanitaris i socials, que afecten, especialment, una població nouvinguda que desconeix el sistema, i que té conseqüències en un plantejament inadequat dels problemes de salut. Finalment són

barris on es detecta una elevada accidentalitat, també laboral, i que també afecta bona part de la població nouvinguda.

De manera especial, els joves d'aquests barris duen a terme la seva activitat formativa en centres que han d'afrontar més problemes d'aprenentatge i hiperactivitat, viuen en entorns familiars desestructurats que dificulten un desenvolupament emocional saludable i mostren una prevalença elevada de les conductes de risc, que apareixen en edats molt precoces (embarassos, interrupcions voluntàries de l'embaràs, consum de drogues...). És també en aquests col·lectius on sorgeixen de forma significativa problemes d'adaptació social i conductes violentes.

205

Una aproximació territorial comparativa de la mortalitat per governs territorials de salut (GTS) permet comprovar algunes diferències significatives en la mortalitat. Aquestes diferències obliguen a fer certes reflexions que tenen a veure amb els models d'oci, de treball i mobilitat que, per exemple, poden estar condicionant la mortalitat diferencial per accidentalitat viària entre els joves de territoris més dispersos i amb infraestructures viàries més precàries. De fet, la taxa més alta de mortalitat juvenil (Terres de l'Ebre, 0,73‰) gairebé dobla la més baixa (en l'àmbit metropolità, 0,45‰), i la sinistralitat viària és un dels factors fonamentals per entendre aquestes importants variacions (ROMANÍ, 2006).

4. Política sanitària orientada als joves: iniciatives i perspectives

No és massa extensa la literatura que, de manera sistemàtica, ha estudiat la realitat de la salut juvenil del nostre país. És remarcable, en aquest sentit, la tasca portada a terme per l'Observatori Català de la Joventut que ha aconseguit ser motor d'algunes publicacions notables en els darrers anys (ROMANÍ, 2006; ALTARRIBA, 2007). Tradicionalment, les aproximacions a l'anàlisi de la salut dels joves s'han realitzat a partir d'una visió segmentada associada amb conductes de risc.

En aquest sentit és extensa la literatura que la mateixa Administració sanitària ha generat per a la diagnosi, anàlisi, disseny i implantació de polítiques associades, especialment en el cas dels joves, amb el consum de drogues i la salut afectiva, sexual i reproductiva. En els darrers anys alguns reptes emergents, relacionats especialment amb la immigració i la salut laboral, han permès aproximacions d'anàlisi, de disseny i d'implantació de polítiques de salut per a joves que reconeixen la importància de prendre una perspectiva de més intersectorialitat, transversalitat i orientació

a la comunitat. En aquesta línia són molt remarcables les experiències pioneres a Catalunya d'actuacions comunitàries i d'apropament dels serveis sanitaris als joves com són el programa "Salut i escola" o "Salut als barris", tal com es veurà més endavant.

206

Sobre la idea ja comentada que la major part dels problemes de salut i qualitat de vida que afecten els joves –inclosa la mortalitat– es dona per causes externes i evitables, les actuacions de les polítiques sanitàries per a joves s'han basat en actuacions de promoció i prevenció que s'han vist reforçades en els darrers anys. En un moment històric per a Catalunya, en el qual la política sanitària del país aposta per un reforçament del paper de les actuacions en salut pública i comunitària, l'impacte que es pot donar en l'àmbit de la salut juvenil pot ser molt remarcable.

L'enfocament de la salut pública cap al col·lectiu de joves ha estat basat tradicionalment en un punt de vista ortodox de les situacions de risc. Segurament els enfocaments tradicionals de risc i joves han tendit, indirectament, a estructurar-se al voltant d'estereotips culturals que poden arribar a entrar en contradicció amb els reptes emergents de la Catalunya d'avui o, fins i tot, poden haver arribat a estigmatitzar la condició de ser jove.

En els darrers anys, el reconeixement que els canals socials i les estructures culturals són bàsics per a la detecció i l'atenció dels possibles problemes de salut dels joves ha portat a concloure que el plantejament purament assistencialista, basat en un tractament preventiu exclusiu de categories de risc finals i dispositius assistencials també finalistes, s'ha vist superat per un enfocament en què clarament la societat i la comunitat han de prendre un paper protagonista. En aquest enfocament, el paper del mateix jove com a agent de salut està encara insuficientment explotat.

El disseny i la implantació de polítiques sanitàries orientades als joves dutes a terme en els darrers anys per l'Administració sanitària catalana es fonamenten al voltant dels diferents actors, entorns i models de relació dels joves. En aquest sentit cal remarcar el debilitament progressiu dels llaços dels joves amb les seves famílies; la consolidació de l'entorn d'oci com un dels llocs principals i fonamentals de construcció de la identitat individual i social dels joves, i la identificació de l'escola com un altre dels escenaris de relació social dels joves que permet una aproximació més institucional als seus models i referents de relació. Finalment també el barri, element clau en el reconeixement de la influència que pot tenir un entorn fràgil sobre la salut dels joves

(en termes de cohesió social, infraestructures físiques i socials), ha estat incorporat a l'estratègia d'actuació sanitària vers aquest col·lectiu.

La literatura existent (BORRELL, 2003; ESCA, 2006) reconeix el vincle entre la classe social, el nivell de renda i l'estat de salut (segons la qual les classes més desafavorides presenten resultats pitjors en salut respecte a les classes mitjanes i les més benestants). També ha influït en l'articulació de programes i iniciatives sanitàries per als joves.

També és pertinent, en aquest sentit, fer esment al paper que els serveis sanitaris, en el seu vessant més assistencial, estan tenint sobre les polítiques de salut per als joves al nostre país. És compartida per administradors, gestors i agents socials, la sensació que els serveis sanitaris (i no "dispositius") assumeixen responsabilitats que són pròpies d'altres institucions (de caràcter social, familiar o educatiu). La medicalització creixent de la vida quotidiana i la frustració davant d'expectatives difícilment assumibles afecten de manera especialment significativa els joves.

Aquests fenòmens, ja analitzats anteriorment amb més profunditat, fan cada cop més rellevant el paper de l'atenció primària i comunitària (en ple procés d'innovació per part de l'Administració sanitària catalana) i la implicació creixent de les poblacions afectades en el disseny, la implantació i l'avaluació de les polítiques públiques.

El Pla de salut a l'horitzó 2010 aprovat recentment pel Govern de la Generalitat marca les prioritats sanitàries en les quals s'articulen les diferents iniciatives sanitàries orientades als joves i, que de manera no exhaustiva, passarem a descriure i analitzar.

4.1 Lluita activa contra les desigualtats en salut: el programa "Salut als barris"

El Parlament de Catalunya va aprovar l'any 2004 la Llei de barris amb la qual el Govern pretén la rehabilitació integral d'entorns urbans fràgils per evitar-ne la degradació urbanística i millorar les condicions de vida dels seus habitants. El Departament de Política Territorial i Obres Públiques n'és l'impulsor a través d'intervencions urbanístiques, que es complementen amb altres actuacions de caire econòmic i social desenvolupades per programes específics dels departaments de Medi Ambient i Habitatge, Salut, Treball i Acció Social i Ciutadania. Arran de les convocatòries públiques dels anys 2004, 2005, 2006 i 2007, prop de setanta barris de ciutats catalanes es beneficien d'aquests ajuts.

Amb la voluntat d'abordar les desigualtats de caràcter intraterritorial el Govern pretén, amb aquesta iniciativa, aconseguir la rehabilitació integral dels barris que presenten problemàtiques específiques, evitar-ne la degradació i millorar les condicions de vida dels seus habitants.

208 L'estratègia del Departament de Salut en el marc de la intervenció en entorns urbans fràgils es concreta en el programa "Salut als barris", que té com a objectiu reduir les desigualtats socials en salut mitjançant l'acció local, promovent la creació de xarxes i generant oportunitats per a la cohesió social, especialment en els col·lectius de població més vulnerables.

En aquests territoris, el programa ha identificat els joves com un dels quatre col·lectius diana, juntament amb la gent gran, les dones i la població nouvinguda. L'objectiu és determinar els estats i processos de risc a partir dels quals es concreten problemes de salut i que es troben a la base de les desigualtats en salut. Els problemes identificats per als grups diana, si bé no difereixen de les principals preocupacions sanitàries de la població general, es consideren crítics per a aquests grups, ja que, com s'ha vist anteriorment en el cas específic dels joves, solen presentar una prevalença superior.

El programa es fa operatiu en els barris seleccionats prioritzant la implementació dels programes de prevenció i promoció de la salut, així com en l'accés als serveis, especialment pel que fa a actuacions en la comunitat educativa, el foment d'activitat física i alimentació saludable, la prevenció de les drogodependències i l'atenció a la salut sexual i reproductiva.

El programa "Salut als barris" intervé en quasi 70 barris de diferents ciutats catalanes. La població està inclosa a les àrees bàsiques de salut on es localitzen els barris escollits i és de més d'1,3 milions de persones.

Els barris beneficiats es distribueixen per tot el territori. Dels 37 governs territorials de salut que conformen la divisió territorial sanitària descentralitzada de Catalunya, fins al moment només vuit no tenen cap barri dins del programa: són els GTS del Montsià, l'Alt Urgell, l'Alta Ribagorça, la Cerdanya, el Pallars Jussà i el Pallars Sobirà, la Val d'Aran, el Baix Montseny i el Baix Vallès.

Com a resultat de l'anàlisi s'observa la importància de les condicions de vida, i concretament de les condicions a la llar i dels ingressos, com a factors generadors de vulnerabilitat en salut, així com també es destaca la idoneïtat de dissenyar i

implantar polítiques clarament transversals. Així, per exemple, el Servei d'Ocupació de Catalunya, mitjançant el projecte "Treball als barris", promou la realització d'accions complementàries a la Llei de barris en matèria ocupacional i de desenvolupament local. En definitiva, la iniciativa, que continua en fase d'implantació i extensió, permet aplicar mesures que condicionen i articulen les condicions de risc, que com s'ha vist fins ara, impacten sobre la salut dels joves de forma rellevant: l'habitatge, la solidesa de les seves xarxes socials, la formació, els hàbits de prevenció o la pròpia activitat laboral.

4.2 Promoció i prevenció com a prioritat: el Pla integral de promoció de l'activitat física i l'alimentació saludables (PAAS)

Coincidint amb les recomanacions de l'estratègia NAOS del Ministeri de Sanitat i Consum i de l'Organització Mundial de la Salut, el Pla integral de promoció de l'activitat física i l'alimentació saludable (PAAS) té per objectiu lluitar contra la tendència creixent a l'obesitat i l'augment de malalties cròniques en societats desenvolupades.

El Pla desenvolupa accions en els àmbits comunitari, sanitari, educatiu i laboral per promoure l'alimentació saludable i l'activitat física a través de l'edició de recursos didàctics per a formadors i orientacions sobre la col·locació de màquines expenedores d'aliments i begudes en espais de joves de Catalunya (centres esportius, esplais, centres educatius, associacions de joves...). De manera rellevant, com a base per al disseny d'actuacions futures en aquesta mateixa línia d'actuació, destaquen el paper que els centres de socialització de joves, com poden ser els esplais, podran tenir per desenvolupar activitats d'educació sanitària orientades, entre altres aspectes, al foment de l'alimentació saludable i l'exercici físic.

4.3 Lluita contra les addiccions i foment de la salut mental

Les situacions d'estrès derivades de la incapacitat de reflexió sentimental i emocional són pròpies de l'actual marc social. De manera particular, els adolescents i, en general, els joves tendeixen a manifestar la seva conducta per mitjà de l'actuació i aquest fet provoca dificultats de contenció en els àmbits educatius, sobretot als instituts d'ensenyament secundari (IES), i laborals. L'expulsió dels centres, la manca de referents i lligams socials, en serien algunes conseqüències. Com a resultat, aquestes situacions poden induir a conductes de risc per als mateixos joves i el seu entorn.

Tal com adverteixen alguns autors (ROMANÍ, 2006) la pubertat, a causa dels canvis corporals, reclama també canvis en l'esfera psicològica i relacional, com els que hi ha en els lligams de dependència i d'assoliment d'una nova identitat individual i social. Per aquesta raó, actualment podrien aparèixer diverses patologies relacionades amb la salut mental i les addiccions.

210

En els darrers anys les actuacions públiques en aquest àmbit han anat orientades bàsicament a la prevenció de trastorns mentals, la millora de la cartera de serveis públics, la reestructuració de l'hospitalització psiquiàtrica juvenil i la detecció i actuació precoç de joves en l'àmbit de la justícia juvenil. Destaca la posada en marxa d'algunes actuacions pioneres a l'Estat amb resultats notables respecte a fenòmens emergents, com han estat l'atenció als trastorns de la conducta alimentària o del joc patològic en joves. En ambdós casos destaca l'orientació preventiva i transversal de les actuacions basada en estratègies de sensibilització a la població, actuacions directes en l'àmbit educatiu i l'actuació precoç de la xarxa d'atenció primària i comunitària.

Respecte a les actuacions sobre una de les primeres causes de mortalitat juvenil, i tal com recull el Pla de salut a l'horitzó 2010, no hi ha prou evidència científica per recomanar l'avaluació rutinària del risc de suïcidi en la pràctica clínica. Tanmateix, hi ha consens en la necessitat de detectar els signes d'alerta en poblacions de risc, com ara persones amb trastorn mental, depressió i/o abús de substàncies, precedents d'autòlisi o antecedents familiars de suïcidi. La prevenció i el tractament adequats de la depressió, la dependència de l'alcohol i l'esquizofrènia són la base de l'actuació pública per reduir les taxes de suïcidi, tant si es tracta d'intervencions individuals com si van dirigides a les famílies o a les escoles.

Finalment, en els darrers anys les actuacions vinculades a les estratègies preventives en el consum de drogues per joves a Catalunya s'han orientat cap al foment de la sobirania del jove per tal que desenvolupi la seva capacitat de decisió responsable i lliure en el consum de drogues. En vista de l'augment de la precocitat en el consum de drogues, les accions s'han orientat a retardar al màxim possible l'edat d'inici de consum i mantenir-la en uns paràmetres que minimitzin els danys propis o a tercers.

A més, les actuacions s'han concentrat en les diferents esferes d'interacció social dels joves: l'àmbit educatiu (a través de materials didàctics i activitats que fomenten la

participació dels joves en un procés per involucrar-se en l'acció preventiva), l'àmbit familiar (a través de formació i suport a pares i mares especialment de joves de menor edat), l'àmbit del lleure (amb actuacions que, al marge de les informatives i sobre el terreny, han suposat la participació activa d'associacions juvenils com a agents d'informació i promoció sanitària) i l'àmbit comunitari (on les actuacions de les entitats juvenils d'àmbit territorial es consideren claus).

4.4 Atenció a la salut afectiva, sexual i reproductiva

211

Una revisió de les actuacions orientades a joves en aquest àmbit permet concloure que han estat dissenyades especialment per al desenvolupament i assessorament afectiu i sexual (especialment pel que fa al consell afectiu i sexual, el consell reproductiu i el consell referit a les infeccions de transmissió sexual) i la detecció i atenció, sobretot de malalties ginecològiques. Aquest enfocament d'actuació s'ha consolidat en els darrers anys a través d'un conjunt d'activitats que han fomentat la capacitat de consultes dels joves a través de l'escola o la comunitat ("Tardes joves") i la contribució dels professionals sanitaris en el consell i seguiment dels continguts d'informació sexual i reproductiva dels canals d'informació, comunicació i socialització més utilitzats pels joves, com per exemple, l'entorn web.

Entre les actuacions consolidades o reforçades en el marc de les polítiques públiques per a l'atenció a la salut afectiva, sexual i reproductiva dels joves cal destacar la consolidació del Programa d'anticoncepció d'emergència, que ha col·laborat en les estratègies de prevenció dels embarassos adolescents i de les interrupcions voluntàries de l'embaràs. Especialment s'ha centrat en la franja d'edat d'entre 15 i 19 anys, que és la cohort de més ús d'aquest mètode d'anticoncepció.

Pel que fa a les infeccions de transmissió sexual (ITS), atesa aquesta realitat i per tal d'evitar l'expansió d'epidèmies com la de la sida, els joves són un col·lectiu prioritari en les polítiques públiques de prevenció de la infecció pel VIH i les ITS en general. En aquest punt s'ha continuat amb l'orientació estratègica de lluita contra les ITS, s'ha promogut l'aprenentatge d'habilitats per al desenvolupament de conductes sexuals saludables, amb un plantejament des d'una perspectiva global de la salut sexual i també afectiva, la formació a mestres i pares, la sensibilització i l'apropament dels serveis sanitaris al jove a partir d'iniciatives interessants com el programa "Salut i escola".

4.5. Actuacions a la comunitat per a l'apropament dels serveis sanitaris: el programa "Salut i escola"

Moltes de les iniciatives i plans descrits fins al moment troben que l'escola és l'escenari ideal per implantar-lo. El programa "Salut i escola" neix amb la voluntat de l'Administració sanitària catalana d'apropar els serveis sanitaris als joves i fomentar estratègies d'atenció als joves més intersectorials i transversals.

212

Aquest programa s'inicia en el curs 2003-2004 per als alumnes d'ESO i té com a objectiu millorar la coordinació entre els centres docents i els serveis de salut. El programa dona resposta als adolescents a través d'actuacions de sensibilització i promoció de la salut, especialment pel que fa a la salut mental, el consum de drogues i els trastorns de tipus alimentari i sexual.

L'experiència ja consolidada a la pràctica totalitat de les escoles de Catalunya està permetent que els joves s'acostin i s'informin a través d'instruments com la "consulta oberta", un mecanisme a partir del qual els estudiants pregunten directament als professionals sanitaris sobre temes de salut, i permet identificar precoçment aquells signes d'alarma que puguin derivar en algun problema de salut. L'anàlisi de la tipologia de consultes permet identificar les principals inquietuds i angoixes de salut dels adolescents. En aquest sentit cal destacar la manera com els joves s'interessen per les primeres experiències sexuals, els mètodes anticonceptius, l'ús del preservatiu i aspectes de tipologia afectiva o d'orientació sexual. El coneixement de la tipologia de consultes pot permetre, de manera molt més efectiva, dissenyar polítiques i estratègies d'actuació pública.

5. Conclusions i orientacions de futur

Totes les evidències disponibles indiquen que la població jove de Catalunya parteix d'un bon estat de salut, que les principals causes que afecten la seva salut i qualitat de vida són externes i moltes vegades evitables ja que s'associen amb hàbits i estils de vida poc saludables o amb l'assumpció de riscos que posen en perill el manteniment de la integritat física o mental dels individus.

Tot i que el raonament és aplicable a la resta de població, en el cas de la cohort de joves és més evident la necessitat de fer un enfocament sociocultural, transversal i intersectorial del disseny de les polítiques de salut dels joves que superin l'enfocament

clàssic de tipus “biologista”. Des del moment en el qual molts dels fenòmens que són causa o conseqüència del nivell de salut i qualitat de vida dels joves es troben en factors estructurals de l’entorn social, cultural o econòmic de l’individu, el plantejament de les mesures correctores no es pot circumscriure només a l’àmbit assistencial sanitari o de la prevenció, promoció o protecció exclusivament sanitària.

De manera prioritària, l’enfocament de les polítiques de salut dels joves a Catalunya es podrien centrar en les següents orientacions estratègiques:

213

- Visió transversal: Cal reforçar i consolidar la idea de la “salut en totes les polítiques juvenils”. És necessari incidir en tots els factors socials i econòmics que també repercuteixen en la salut de la població, que genera desigualtats, i que tenen una base en el desavantatge social (per gènere, per nivell socioeconòmic, per edat, per discapacitat, per ubicació territorial o per cultura de referència).
- Promoció de la sobirania del jove: Compartim el raonament que apunten alguns autors (COMAS, 2005), segons els quals, si les institucions han d’acompanyar de forma efectiva la transició dels joves cap a l’edat adulta de manera que no es posi en perill la seva salut mental ni física, l’Administració sanitària no pot “prendre la part del seu procés d’aprenentatge que inclou el risc pel tot, sense considerar les seves experiències positives, els seus interessos i les seves expectatives” (ROMANÍ, 2006). Sense maximalismes, l’aposta per reforçar la sobirania del jove (entesa com a capacitat de decisió) en la gestió de la seva pròpia salut i assumpció de risc, ha de dirigir part de l’enfocament estratègic de les polítiques sanitàries. Aquesta estratègia passa per defensar l’autonomia del jove en el marc del reconeixement del menor madur com a interlocutor vàlid en la presa de decisions sanitàries o promoure els processos d’autogestió dels programes sanitaris per part del joves.
- Aposta per programes autogestionats per a joves: Molts dels processos que deriven en malaltia o afecten significativament la qualitat de vida dels joves s’originen en el marc de les activitats de la vida quotidiana en altres institucions que no són les pròpiament sanitàries. Així doncs es fa necessari dissenyar i sistematitzar actuacions de les institucions sanitàries públiques menys prescriptives i més dialogants amb els individus joves. Aquestes solucions passen per superar la relació gairebé jeràrquica i paternalista entre la institució i el jove, reconèixer la seva capacitat de decisió i d’autonomia i incorporar les

diferents poblacions implicades en el disseny i la implantació de les polítiques de salut. Cal fomentar l'autogestió de programes de promoció i de protecció de la salut per part d'aquest grup d'edat.

214

- Promoció dels joves com a agents de salut: Cal apostar per aproximar-nos a un model d'agents comunitaris de salut (joves, dones, treballadors, estudiants o monitors del lleure), establerts en el territori, ben articulats amb la xarxa d'atenció primària i que tinguin un enfocament preventiu de la salut (informació, formació, sensibilització, creació de xarxes socials de suport ben connectades amb les entitats cíviques de proximitat). Aspectes com la relativa normalització del cànnabis, que ajuden a abandonar posicionaments alarmistes i maximalistes i/o la consolidació de nous canals i agents més prestigiosos per als joves (com algunes associacions juvenils que treballen sobre el terreny) poden ajudar a reforçar de manera més efectiva els missatges de reducció de riscos.
- Pacte per la salut afectiva, sexual i reproductiva: Cal establir un programa que superi l'enfocament reproductiu i que posi èmfasi també en l'àmbit afectiu i relacional. Les polítiques d'educació afectiva, sexual i reproductiva transcendeixen més enllà de l'àmbit sanitari i requereixen un tractament integral i transversal centrat en tres eixos fonamentals: l'educació per la salut, la prevenció i la millora d'alguns processos assistencials. Cal introduir una perspectiva de gènere per tal que els homes joves assumeixin un compromís superior en la salut sexual i reproductiva de les seves companyes. En l'àmbit de la millora de l'assistència i la garantia de drets, el suport a les dones en el procés d'interrupció de la gestació per part de l'Administració pública sanitària, juntament amb la garantia de disposar d'aquesta prestació en el marc de la cartera pública de serveis, ha d'anar acompanyada de la determinació política i l'ajut financer per potenciar l'accés a tots els mètodes anticonceptius.

La joventut és l'etapa de la vida que presenta uns indicadors de salut millors. Però com s'ha vist, al mateix temps, és també l'etapa de la vida més subjecta a riscos propis d'un entorn personal i social en un canvi constant. Una etapa vital en la qual les principals dificultats a què cal enfrontar-se provenen de factors estructurals socials, econòmics i culturals que requereixen actuacions públiques coordinades.

Reflexionar sobre les estratègies sanitàries per millorar la salut i qualitat de vida dels joves té molt a veure amb reflexionar sobre els elements que ens han de portar a un

model social basat en la lluita contra les desigualtats i la millora de les condicions econòmiques i laborals de les noves generacions. Un país amb joves que gaudeixin de més autoestima, tinguin expectatives laborals millors, disposin d'espais de socialització sans, o participin en el disseny i la implantació de les polítiques que directament els afecten, és un país que gaudirà d'una joventut més sana, sens dubte.

6. Bibliografia

- BORRELL, C. i BENACH, J. Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Mediterrània, 2003
- BORRELL, C. i BENACH, J. Evolució de les desigualtats en salut a Catalunya. Barcelona: Mediterrània, 2008
- CASTEL, R. La gestión de los riesgos. De la anti-psiquiatría al post-análisis". Barcelona: Anagrama, 1994
- Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya (2006). "SIVES 2005: Sistema integrat de vigilància epidemiològica del SIDA/VIH/ITS a Catalunya (SIVES)": Informe anual. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2006
- COMAS, D. Jóvenes y estilos de vida: valores y riesgos en los jóvenes urbanos. Madrid: FAD/ INJUVE, 2003
- Departament d'Acció Social i Ciutadania. Pla Nacional de Joventut. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2006
- Departament de Salut. Estudi sobre conductes relacionades amb la salut dels alumnes de 3r i 4t d'ESO a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2006
- Departament de Salut. Estudis d'economia de la salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2006
- Departament de Salut. Enquesta de Salut de Catalunya, 2006. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2006
- Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2008
- ELVIRA, D. i GELI, M. "L'Estat del benestar a la Catalunya social del segle XXI", a L'esquerra, un instint bàsic: vint-i-una reflexions sobre els reptes del socialisme al segle XXI. Barcelona: Pagès editors, 2008
- GOVERN D'ESPANYA. Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006. Madrid: Ministeri de Sanitat i Consum, 2007
- ESPLUGA, J. et al. Desempleo juvenil, exclusión social y salud. Barcelona: Icària, 2004

- FLAQUER, L. i OLIVER, E. "Polítiques de suport a les famílies", a GÓMEZ-GRANELL, A. et al. La infància i les famílies a inicis del segle XXI. Barcelona: CIIMU, 2002, vol. 1, p. 299-347
- LÓPEZ - CASASNOVAS G. i MOSTERÍN, A. (2008). "El gasto sanitario en el contexto del gasto social. Un análisis generacional de las tendencias en España en un contexto de envejecimiento demográfico". Gaceta Sanitaria, núm. 22 (supl. 1) 2008, p. 43-52
- NAVARRO, V. et al. L'Agència de Salut Pública de Catalunya: document de bases per a la seva creació. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2005
- Observatori de Nous Consums de Drogues en l'Àmbit Juvenil. Informe 2007. Barcelona: Associació Institut Genus, 2007
- Reial Automòbil Club de Catalunya. Ús de dispositius de seguretat infantil. Barcelona: RACC, 2003
- ROMANÍ, O. La salut dels joves a Catalunya, un estudi exploratori. Barcelona: Departament de Presidència, Generalitat de Catalunya, Observatori Català de la Joventut, 2006
- SEGURA, A. 'Participació ciutadana en salut pública', a Reforma de la Salut Pública a Catalunya. Informe del comitè científic per donar suport tècnic i científic al projecte de reordenació del sistema de salut pública a Catalunya. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2005